

Bilagssamling til sparekatalog 2016

Indhold

1.	Forslag 1.1 – Lukning af Middelfart Sygehus	1
2.	Forslag 1.3 – Lukning af Give Sygehus.....	8
3.	Forslag 1.5 – Lukning af Tønder Sygehus.....	12
4.	Forslag 1.7 – Lukning af Nyborg Sygehus.....	23
5.	Forslag 1.9 – Udvendig bygningsvedligeholdelse	31
6.	Forslag 1.11 – Udbud af vaskeriydelser	38
7.	Forslag 1.13 – Strålebehandling Flensborg.....	40
8.	Forslag 2.1 – 2.8 – Begrænsning af udgifterne til medicin	43
9.	Forslag 4.1 – Revurdering af de patientnære rammer	45
10.	Forslag 5.1- Opsigelse af §2 aftaler.....	48
11.	Forslag 6.1, 6.2 og 6.3 – Revurdering af præhospital dækning	52
12.	Forslag 9.1 og 9.2 – Patientombuddet.....	57

1. Forslag 1.1 – Lukning af Middelfart Sygehus

Udflytningen af psykiatrien på Vejle Sygehus frigør ca. 8.100 m² og ca. 17.448 m² i Kolding. Udflytningen sker i etaper og forventes endeligt tilendebragt i foråret 2017.

Middelfart Sygehus rummer ca. 20.000 m² samt 2 bygninger med et lejlighedskompleks og lægeboliger.

Middelfart Sygehus er en del af Sygehus Lillebælt og rummer følgende funktioner:

- Rygcenter Syddanmark	ca. 6.882 m ²
- Operationsgang	ca. 1.333 m ²
- Smerteklinik	ca. 491 m ²
- Røntgen	ca. 1.096 m ²
- Laboratorie	ca. 200 m ²
- Skadesklinik	ca. 66 m ²
- Lægevagt	ca. 24 m ²
- Økonomiafdeling	ca. 455 m ²
- Center for Kvalitet	ca. 455 m ²
- Teknisk Afdeling/IT	ca. 887 m ²
- Servicefunktioner øvr.	ca. 1.286 m ²
- Fælles områder	ca. 2.925 m ²
- Teknik-/depotrum	ca. 4.225 m ²

I alt ca. 20.325 m²

1.1 Rygcenter Syddanmark

Rygcenter Syddanmark varetager medicinsk og kirurgisk udredning og behandling af non-inflammatoriske rygsygdomme for hele Region Syddanmark og er en del af Sygehus Lillebælt og Syddansk Universitet. Centeret blev dannet den 1. september 2009 som en sammenlægning af de tidligere medicinske rygcentre i Ringe og Give, samt en sammenlægning af de rykirurgiske funktioner i Give, Esbjerg og Aabenraa.

Den medicinske del af Rygcentret har årligt ca. 26.000 ambulante besøg i Middelfart. Afdelingen disponerer med de aktuelle fysiske rammer over ca. 60 ambulatorierum.

Den kirurgiske del har ca. 9.000 ambulante besøg pr. år og ca. 1.400 operationer samt tilsvarende indlæggelser.

Rykirurgien råder aktuelt over ca. 13 ambulatorierum i Middelfart.

Til den kirurgiske del er der et sengeafsnit med 18 senge, hvor belægningen er ca. 60% (primært på grund af lav belægning i weekenden).

Der er en relativ stor forskning- og udviklingsaktivitet knyttet til Rygcentret – samt kiropraktoruddannelsen med ca. 65 studerende.

Operationsgangens kapacitet på 4 op-stuer udnyttes primært (ca. 75%) til Rykirurgien med årlig ca. 1.400 operationer.

Derudover anvendes ca. 1 op-stue til ortopædkirurgiske dagkirurgiske operationer ca. 700 operationer pr. år.

Samlet er der en bemanning i Rygcentret på ca. 164 fuldtidsstillinger inkl. anæstesi og opvågningspersonalet.

1.2 Rygcenter Syddanmark – fremtidig placering

Det vurderes at en placering af Rygcentret på Vejle Sygehus vil være en central placering. Det vil give god mening i forhold til, at der er tale om planlagt patientaktivitet, som overvejende er ambulanset og som vil passe godt i forhold til profilen for Specialsygehuset i Vejle.

Rygmedicinen i Middelfart har i forvejen et tæt samarbejde med reumatologerne i Medicinsk Afdeling Vejle. I forbindelse med Rygcentrets rekrutteringsudfordringer i forhold til speciallæger, sender Medicinsk Afdeling Vejle reumatologer til Middelfart til dækning af aktiviteten i ambulatoriet. Et tættere samspil med Medicinsk Afdeling, Vejle antages også at kunne bidrage til rekrutteringen af speciallæger i Rygcentret og i øvrigt et fagligt fællesskab på området.

Rygmedicinen vil kunne indplaceres i lokalerne i E-bygningen i Vejle, når Psykiatrien rykker ud af disse i foråret 2017. De fysiske rammer vurderes velegnet til aktiviteten.

Rygkirurgien er en integreret del af konceptet for Rygcenter Syddanmark og følger Rygmedicinen til Vejle. Rygkirurgien i Middelfart ledes i forvejen af afdelingsledelsen ved Ortopædkirurgisk Afdeling Vejle.

Ambulatoriedelen foreslås ligeledes indplaceret i E-bygningen sammen med Rygmedicinen i et samlet Rygcenter.

Sengene foreslås indplaceret i sengebygning A1/A2 i Vejle i sammenhæng med det Ortopædkirurgiske sengeafsnit. Dette giver mulighed for samdrift og en reduktion af den nuværende sengekapaletet i Rygkirurgien fra 18 senge til 13 senge svarende til en forventet belægningsprocent på 85 – 90 %. Når Neurologisk Afdeling flytter til Kolding Sygehus i 2016 vil der – selvom Urologisk Afdeling flytter ind på Vejle Sygehus – netto være mulighed for at rumme de ekstra senge til Rygkirurgien.

Operationsgangskapaciteten er en flaskehalskapacitet i Vejle, når Urologisk Afdeling i efteråret 2016 flyttes til Vejle Sygehus. En udvidet dagkirurgisk kapacitet er planlagt etableret i de tidligere fødestuer på A510 (hvor Neurologisk Afdeling aktuelt er placeret).

Det vurderes, at kapaciteten på de 3 op-stuer til den stationære rygkirurgiske operationsaktivitet kan findes på operationsgangen på 5. sal på Vejle Sygehus. Det kan ske dels ved en etablering af 2 ekstra stuer på 5. sal (A750) og yderligere etablering af 1 dagkirurgisk op-stue på A510.

Etableringen af operationsstuerne på A750 forudsætter en flytning af depotrum til A350 og fortrænger dermed nogle kontorarbejdspladser herfra. Dette kan håndteres ved en mindre rokade indenfor de samlede rammer på Vejle Sygehus inkl. E-bygningen.

Den 3. op-stue til rygkirurgien findes på OP 5. sal ved en flytning af mindre operationer fra OP. 5. sal til A510 i tilknytning til den ortopædkirurgiske dagkirurgi, som planlægges etableret her, når Neurologisk Afdeling flytter.

Samlet vil etableringen af de 3 ekstra operationsstuer kræve en investering på ca. 2,4 mio. kr. (ekskl. udstyr/flytning af udstyr).

Sterilcentralens nuværende kapacitet på Vejle Sygehus antages ikke at kunne håndtere de ca. 1.400 ekstra operationer indenfor de eksisterende rammer. Det er forholdsvis omkostningstungt, at udvide kapaciteten, hvorfor det vurderes nødvendigt at udvide arbejdstiden i Sterilcentralen som alternativ hertil.

Dagkirurgisk aktivitet svarende til 1 operationslinje foreslås flyttet til Kolding Sygehus. Aktiviteten varetages i forvejen af læger fra Ortopædkirurgisk Afdeling, Kolding. Kapaciteten vil kunne rummes inden for den eksisterende fysiske operationsstuekapacitet i Kolding.

Beredskaber. Der er kun en anæstesisygeplejerske i rådighedsvagt (16 timer/døgn) knyttet til aktiviteten i Middelfart. Med flytningen af den stationære aktivitet til Vejle Sygehus vil beredskabet kunne varetages indenfor det eksisterende beredskab her.

Forskning og udvikling. Såvel den rygmedicinske som den rygkirurgiske forskningsaktivitet tænkes placeret i den tidligere Sygeplejerskolebygning ("På Bjerget") ved Vejle Sygehus. Her er i forvejen samlet en stor del af forskerne ved Sygehus Lillebælt og forskerne fra Rygcentret vil dermed kunne blive en del af forskningsmiljøet her. Det vil i givet fald fortrænge funktioner som skal genhuses indenfor de samlede fysiske rammer på Vejle Sygehus inkl. E-bygningen.

Terapiafdelingen i Middelfart blev ved en reorganisering nedlagt og terapeuterne ansat i Rygmedicinsk og Rygkirurgisk Afdeling. I alt er der ca. 25 fuldtids fysio- og ergoterapeutstillinger tilknyttet Rygcentret i Middelfart.

Med udflytningen af Neurologien fra Vejle Sygehus reduceres den nuværende medarbejderstab i Terapiafdeling i Vejle med ca. 1/3 til ca. 30 stillinger. Det kan give god mening at overveje at integrere terapeuterne fra Rygcentret i en fælles terapiafdeling i Vejle med henblik på fordele i forhold fællesstillinger m.m.

2. Smerteklinikken, Middelfart

Smertecenter Middelfart vurderer og behandler patienter med kroniske non-maligne eller cancer-relaterede smertetilstande. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og psykologer, socialrådgiver – i alt ca. 12 behandlere.

Smerteklinikken har årligt ca. 3.000 ambulante besøg. Funktionen fylder aktuelt ca. 500 m² på Middelfart Sygehus.

2.1 Smerteklinikken – fremtidig placering

Smerteklinikken i Middelfart er tidligere flyttet fra Vejle Sygehus til Middelfart Sygehus og funktionen ledes af Afdelingsledelsen ved Anæstesiologisk Afdeling, Vejle Sygehus. Det vil således give god mening at flytte funktionen tilbage til Vejle Sygehus, hvis Rygcentret flyttes fra Middelfart Sygehus. Fagligt vurderes funktionen også at passe godt sammen med Rygcentret i E-bygningen i Vejle.

En flytning af funktionen til Vejle vil give fordele i forhold til ledelsesfunktionen, kørsel m.v.

3. Røntgenafdelingen, Middelfart

Røntgenafdelingen i Middelfart omfatter 2 MR-skanner, 1 CT-skanner og derud over Ultralyd og almindelig røntgen. Aktiviteten udgør ca. 25.000 patienter/ca. 34.000 undersøgelser pr. år fordelt på:

Ca. 7.200 MR-skanninger

Ca. 4.200 CT-skanninger

Ca. 3.900 Ultralydsundersøgelser

Ca. 18.800 røntgenundersøgelser

3.1 Røntgenafdelingen - fremtid placering

Genetablering af Røntgenkapaciteten fra Middelfart skal understøtte de faglige patientforløb samt ses i sammenhæng med den samlede kapacitet i Sygehus Lillebælt og forslaget om nedlukning af Give Sygehus.

Aktiviteten i Røntgenafdelingen, Middelfart er væsentligst knyttet op på Rygcentrets aktivitet og følger derfor mest hensigtsmæssigt med Rygcentret, som foreslås placeret på Vejle Sygehus.

MR-diagnostik har siden etableringen af Rygcentret i 2009 været et af grund-elementerne i den tværfaglige udredning, som indgår i hovedparten af patientforløbene. Endvidere indgår MR-diagnostik også i flere af forskningsprojekterne ved Forskningsafdelingen ved Rygcentret.

Afdelingen i Middelfart ledes i forvejen af Afdelingsledelsen ved Røntgenafdelingen, Vejle Sygehus og afdelingsledelsen har i samarbejde med Teknisk Afdeling vurderet muligheden for en flytning af afdelingen i Middelfart til Vejle Sygehus.

De to MR-scannere foreslås indplaceret på Røntgenafdelingen A520 i Vejle i forlængelse af eksisterende MR-scannere.

Røntgenrummet foreslås placeret i rum i umiddelbar nærhed af skaderøntgen på Vejle Sygehus.

Den konventionelle røntgenaktivitet i Middelfart udgøres i høj grad af patienter fra lokalområdet henvist fra praksissektoren. Det forventes, at ca. halvdelen af disse patienter – primært fra Fredericia og Middelfart kommuner – vil følge med til Sygehus Lillebælt, mens de resterende patienter vil søge mod Odense og Svendborg.

Genetableringen af røntgenrummet på Vejle Sygehus skal imidlertid også ses i sammenhæng med forslaget om nedlukningen af Give Sygehus, hvor der ligeledes er konventionel røntgenkapacitet i dag. Med flytning af rummet fra Middelfart skal Give-rummet ikke genetaberes.

Det nye røntgenrum i Vejle vil ligeledes skulle betjene de patienter, som henvises direkte fra Rygcentret, hvilket svare til ca. 14% af den konventionelle aktivitet i Middelfart.

CT-scanneren foreslås ligeledes placeret i nærheden af den nuværende skadestue i Vejle med fælles betjeningsrum med CT3 i Vejle

CT-scanneren betjener fortrinsvis kræftpatienter henvist fra Medicinsk og Onkologisk Afdeling på Vejle Sygehus samt patienter fra lokalområdet henvist fra praksissektoren. Hovedparten af disse patienter forventes at flytte med til Vejle Sygehus.

Det ekstra ultralydsrum foreslås placeret på A520 sammen med de øvrige UL- og røntgenfunktioner.

Det samlede prisoverslag inkl. ventilation, køl, elforsyning samt bygningsmæssige ændringer anslås til ca. 5,9 mio. kr. Hertil kommer, at der på grund af det øgede strømforbrug skal undersøges nærmere hvorvidt der er behov for en opgradering af nødforsyningen samt den almindelige elforsyningen med henblik på at sikre at der er tilstrækkelig kapacitet. Så fremt det behov viser sig nødvendigt anslås udgiften hertil til ca. 2,5 mio. kr.

Umiddelbart vurderes det muligt at genhuse de funktioner som fortrænges ved indflytningen af Røntgenafdelingen fra Middelfart Sygehus indenfor de samlede fysiske rammer på Vejle Sygehus inkl. E-bygningen.

Indflytningen af MR- og CT-scannere samt røntgenrum ventes at ske i sommeren 2017. Det er Medicotekniks vurdering, at det til den tid ikke vil være rationelt at flytte de nuværende scannere, da de vil

være forældede. Flytningen sker således sammenfaldende med en apparatmæssig nyanskaffelse og udgift.

Indflytningens anlægsomkostninger på ca. 5,9 mio. kr. består således for størstepartens vedkommende af afledte omkostninger i forbindelse med apparaturanskaffelser. Det er dog nyanskaffelser af scannere, som skulle foretages under alle omstændigheder.

Med denne indflytning vil røntgenkapaciteten fra Give og Middelfart være genetableret på de tilbageværende matrikler i Vejle og Kolding.

Der er et opmærksomhedspunkt omkring parkeringspladskapaciteten på Vejle Sygehus, som skal vurderes nærmere ud fra en samlet netto effekt ved udflytning af Psykiatrien samt Neurologisk Afdeling og akutte funktioner til Kolding Sygehus og modsat indflytning af Urologisk Afdeling og funktionerne fra Middelfart Sygehus.

Derudover er der et opmærksomhedspunkt omkring de lejlighedskomplekser og lægeboliger, som evt. skal frasælges, og kapaciteten skal findes inden for rammerne i Vejle og Kolding (se nedenstående).

4. Laboratoriet, Middelfart Sygehus

Laboratoriet på Middelfart Sygehus ledes og bemandes med 2 – 3 bioanalytikere fra Klinisk Immunologisk Afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse.

Analyseaktiviteten er beskeden, idet størstedelen af prøverne analyseres enten i Kolding eller Vejle.

Der er et åbent prøvetagningsambulatorium 4 timer dagligt på hverdage. Herudover betjener laboratoriet Retspsykiatrien i Middelfart med udadgående prøvetagningsfunktion.

Aktiviteten vil delvist følge flytningen af aktiviteten til Vejle (Rygcentret) og Kolding (Ortopædkirurgisk dagkirurgi). Patienter til ambulans prøvetagning vil, idet omfang prøverne ikke kan tages af egen læge skulle til enten Vejle, Kolding eller Odense for at få taget blodprøverne. Der er dog tale om en forholdsvis beskeden aktivitet.

Betjeningen af Psykiatrien vil skulle fortsætte i henhold til samarbejdsaftalen og derfor planlægges med udefunktion fra enten Kolding eller Vejle.

5. Skadesklinikken i Middelfart

Nedlæggelsen af skadesklinikkerne er et selvstændigt forslag i Sparekataloget.

Aktiviteten i Middelfart er faldende og udgjorde i 2014 ca. 4.000 besøg.

Aktiviteten vil i givet fald skulle håndteres på nærmeste skadestue

6. Service- og administrative funktioner

Køkkenet er nedlagt som selvstændig funktion på Middelfart og forplejningen kommer fra Køkkenet i Vejle.

Portørfunktionen på Middelfart Sygehus udgør ca. 11 stillinger som i givet fald vil skulle følge den kliniske aktivitet primært til Vejle. Hertil kommer en række opgaver i forhold til samarbejdsaftalen med Psykiatrien som videreføres fra Sygehus Lillebælt

Økonomiafdelingen i Sygehus Lillebælt bestående af 20 medarbejdere er midlertidigt placeret på Middelfart Sygehus (ca. 455 m²). Funktionen planlægges flyttet til Kolding Sygehus i de frigjorte lokaler efter Psykiatrien og samles med Planlægningsfunktionen.

Center for Kvalitet ca. 455 m² foreslås ligeledes flyttet til Kolding Sygehus

7. Teknisk Afdeling, Middelfart Sygehus

Teknisk Afdeling, Middelfart Sygehus er en del af en fælles Teknisk Afdeling i Sygehus Lillebælt. Funktionen i Middelfart bemannes med ca. 10 stillinger med en årlig lønudgift på ca. 3,9 mio. kr./år.

Ca. 3 stillinger er knyttet op på samarbejdsaftalen omkring serviceringen af Psykiatrien i Middelfart.

8. Sammenhæng med Psykiatrien i Middelfart

Psykiatrien har vurderet de afledte konsekvenser af en lukning af Middelfart Sygehus i forhold til betjeningen af psykiatrien fra Sygehus Lillebælt. Der er opmærksomhedspunkter i forhold til følgende punkter, hvor der ikke allerede er aftalt opgave- og budgetoverflytning til Psykiatrien. Sygehus Lillebælt vurderer at det er muligt efter nærmere aftale med Psykiatrien at videreføre servicen fra den øvrige del af Sygehus Lillebælt.

9. Jordemoderfunktionen og vagtlægefunktionen

Jordemoderfunktionen og vagtlægen forudsættes i henhold til de politiske aftaler der ligger på dette område genhuset i Middelfart.

10. Lægeboliger og lejligheder

I tilknytning til sygehusmatriklen i Middelfart findes tre lægeboliger på Blekingevej og tre lægeboliger på P. V. Tuxensvej, som anvendes til yngre læger, jf. overenskomsten. Dertil kommer en lægebolig på P. V. Tuxensvej, som udlejes til jordemoderfunktion fra OUH.

Ydermere er der på Sverigesvej 40 et kompleks med 21 lejligheder/værelser, som anvendes til forskellige ikke-overenskomstbetingede formål. Det være sig vagtværelser, kontorer for Center for Kvalitet og regulær udlejning til ansatte. Til sammen et boligareal på ca. 1.700 m².

De seks (syv) lægeboliger vil skulle erstattes med andre lægeboliger, såfremt de afhændes. Der er p.t. ventelister til lægeboliger både i Vejle og Kolding. Sygehus Lillebælt har således ikke ledig kapacitet og anbefaler ikke et salg.

Regionen varetager den udvendige vedligeholdelse, mens Sygehus Lillebælts tekniske afdeling varetager den indvendige. En opgave, som dog ikke beløber sig til større beløb i normalår, hvor der ikke foretages decideret renovering/udskiftning af interiøret.

Komplekset på Sverigesvej kan afhændes uden krav om erstatningsbygninger. Der er på nuværende tidspunkt udvist interesse fra en potentiel køber, og ejendommen er vurderet til at kunne indbringe ca. 6 mio. kr. ved et salg. Dog kan der komme udgifter til etablering af egen el-forsyning, parkeringsarealer m.v. i forbindelse med et salg.

11. Økonomi

Med ovennævnte forslag vil der kunne opnås samlede besparelser i form af:

- Reduceret sengekapaletet/samdrift ca. 3,0 mio. kr./år
- Nedlæggelse af anæstesisygeplejerske beredskab ca. 1,5 mio. kr./år
- Samordning af ledelsesfunktioner ca. 1,0 mio. kr./år
- Reorganisering og sammenlægning af terapifunktioner ca. 0,9 mio. kr./år.
- Fælles receptioner ca. 0,45 mio. kr./år.
- Røntgenvagt, Fredericia og Middelfart sygehuse ca. 0,65 mio. kr./år.

- Matrikelkoordinator ca. 0,4 mio. kr./år.
- Synergieffekter ved integration af funktionerne på Middelfart Sygehus i Vejle ca. 2,6 mio. kr./år.

I alt besparelser i forhold til klinikfunktioner svarende til ca. 10,5 mio. kr./år. (ca. 25 stillinger).

Derudover vil der være en række matrikelbundne udgifter som falder bort ved lukning af sygehuset i Middelfart – herunder:

- Ejendomsskat ca. 0,5 mio. kr./år.
- Indvendig vedligeholdelse ca. 1,9 mio. kr./år.
- Udvendig vedligeholdelse ca. 0,675 mio. kr./år.
- Rengøring ca. 3,0 mio. kr./år. (inkl. besparelse på tilkøbsaftale vedr. forplejningstjeneste på sengeafsnittet).
- El ca. 2,3 mio. kr./år
- Opvarmning ca. 1,3 mio. kr./år.
- Renovation, vand, afløb ca. 0,5 mio. kr./år.
- Forsikringer ca. 0,2 mio. kr./år.
- Teknisk personale ca. 3,9 mio. kr./år.

I alt besparelser på ca. 14,3 mio. kr./år hvor der dog skal modregnes "genhusningsudgifter" som omfatter:

- Driftsudgifter (el, vand, varme, rengøring, teknisk drift m.v.) til lokalerne som overtages fra Psykiatrien. Sat i forhold til budgettet som er flyttet med Psykiatrien svarer dette til ca. 3,9 mio. kr./år til ibrugtagning af E-bygningen i Vejle (ca. 8.000 m²) og ca. 0,362 mio. kr./år til genhusning af Center for Kvalitet og Økonomiafdelingen i Psykiatriens lokaler i Kolding.
- Særlig rengøring ved OP-stuer og Røntgenfunktionerne ca. 0,4 mio. kr./år.
- Øget el-udgifter til Røntgenafdelingen (ikke indeholdt i genhusningsopgørelsen i E-bygningen) ca. 0,3 mio. kr./år.
- Videreførelse teknisk service Psykiatrien og Røntgen/OP ca. 2 mio. kr./år.

I alt "genhusningsudgifter" svarende til ca. 6,962 mio. kr./år.

Samlet vurderet besparelse ca. 17,8 mio. kr./år.

Hertil kommer en besparelse ved lukning af Skadesklinikken svarende til ca. 3 mio. kr./år.

I alt ca. 21,8 mio. kr./år ved lukning af sygehuset i Middelfart.

12. Anlæg

Anlægsomkostningerne fundet med indflytningen af funktionerne i Vejle er vurderet til:

- Indretning i E-bygningen ca. 7 mio.
- Ombygning OP-kapaciteten ca. 2,4 mio. kr.
- I forbindelse med udskiftningen af røntgenmodaliteter vil der være afledte ombygninger vurderet til ca. 5,9 mio. kr. (Afholdes over investeringsrammen)
- Eventuelt en opgradering af nød-el og el-forsyningen. (skal undersøges nærmere).

Der vil også være engangsindtægter ved salg af det samlede bygningskompleks i Middelfart.

2. Forslag 1.3 – Lukning af Give Sygehus

Nærværende notat er udarbejdet efter anmodning fra Per Busk, Adm. Direktør, Sydvestjysk Sygehus via mail af 11. november 2015. Notatet redegør for, med afsæt i ovennævnte, muligheden for at etablere "Friklinikken", som i dag er hjemhørende på Give Sygehus, på Grindsted Sygehus og i forlængelse heraf at anslå en forventelig anlægsudgift forbundet herved.

Friklinikkens kliniske behov er opgjort i bilag 3 af regionens afdeling for Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling – se del heraf indsat i nedenstående tabel:

Behovsredegørelse: (primære rum)					
Aktivitet, Friklinikken 2014	Aktivitet	tid/aktivitet	timer/dag	antal dage	Antal rum
Ambulatorier	37.762	45	7	245	16,5
Ambulant op	6.946	45	7	245	3,0
Stationær op	765	120	7	245	0,9
Senge (se nedenfor)					2,1

Areal til ambulante operationer er lavet ud fra en præmis om, at relativt simple operationer på hovedfunktionsniveau, der tager 45 min. pr. operation.

Udover ovennævnte skal der etableres mulighed for friklinikkens modtagelse, ventearealer for patienter, kontorfaciliteter, vare- og sterildepoter, medicinrum, personalerum, omklædningsfaciliteter som tilgang til radiologisk og OP-kapacitet.

I henhold til redegørelse fra POS, se evt. bilag 5 20151105 Areal_Give_POS, er det samlede arealbehov opgjort med afsæt i ekspertpanelets anbefalinger til 1873 m²./2.810 m².(ekspertpanelets anbefaling/korrektion for byggeri i eksisterende forhold)

1. Arealdisponering

Vurderingen for at implementere Friklinikkens funktioner på Grindsted Sygehus sammen med den nuværende drift er gennemført ved en indledende arealdisponering – evt. bilagene 1b og 2b.

I forbindelse med arealdisponeringen der taget afsæt i patientens vej ift. Friklinikken og efterfølgende tilsvarende undersøgt forholdet for personale og slutteligt den supporterende drift. Endvidere er det forsøgt, at fastholde især OP stuemiljøerne i de nuværende områder uden at nedlægge tilhørende birumsfaciliteter

Det er vurderet, at Friklinikken vil have et behov for egen modtagelse. Dette skabes indledningsvist i stueplan i bygning 02øst, som giver en direkte adgang til 1. sal i bygning 02, hvor Friklinikkens ambulante drift tiltænkes placeret.

1.1 Ambulant behandling

Patienter, som skal til en ambulant behandling, kan få dette gennemført i et mindre omfang i stueplan umiddelbart i forlængelse af friklinikkens modtagefunktion, men primært i ambulatorier placeret på 1. sal i bygning 02. (tidligere sengestuemiljøer)

1.2 Stationær OP/ambulant OP: (fælles)

Funktionerne tiltænkes oprettet ved at reetablere to tidligere OP stuer fra nuværende skopidrift. Det forudsættes, at den eksisterende ventilation fortsat er imødekomme herfor.

Herudover forventes det, at udvide omfanget af OP stuer ved nyetablering af 1 OP- stue overfor de førnævnte OP Stuer, som nu reetableres. Det er dog her en kondition, at lofthøjden i dette areal er imødekomme herfor. Herved opnås en samlet OP- stuekapacitet på 7 stuer. Der er endvidere indlagt en option på yderligere 1 OP stue. Det vil være muligt at klyngeopdele OP-Stuerne fordelt som stuerne 5, 6 og 7(friklinik) samt 1, 2, 3 og 4 (SVS), således produktionen derved mere opdeles i to driftsorganisationer.

Skopifunktionerne flyttes til området hvor plastikkirurgien i dag har undersøgelsesrum. Vente- og opholdsarealer for patienterne til SVS drift samles ved det nuværende plastikkirurgiske område.

1.3 Kontor og administration:

Forholdet forventes løst ved bedre og mere intensiv arealudnyttelse på de allerede eksisterende kontorforhold. Herved vurderes det, at et af etageplanerne i sygehuset nordøstlige hjørne i bygning 6 kan overdrages til Friklinikkens administrative behov.

Disponeringen er generelt skitseret på hhv. bilag 2b 20151117 Grindsted Sygehus_Stueplan samt bilag 3b 20151117_Grindsted Sygehus_1 sal.

Det konkluderes ud fra ovennævnte, at Friklinikken kan implementeres på sygehuset i Grindsted under følgende forudsætninger:

Arealdisponeringen er gennemført under følgende forudsætninger:

1. at patienterne for Friklinikken benytter sygehuset østlige indgang mod syd øst ved bygning 02
2. at bygningshøjden er tilstrækkelig til at kunne indrette skopistue 7 i det givne område.
3. at inventar, medicoteknisk udstyr og It genanvendes for både Friklinik og SVS
4. at vareforsyning til øget drift kan gennemføres i de allerede eksisterende rammer tiltænkt dette formål (depoter, sterildepoter osv.)
5. at en sengeafdeling, beliggende 1. sal bygning 02, kan inkluderes i de øvrige sengeafsnit.
6. at kontorkonceptet fra SVS Esbjerg implementeres for at opnå en mere intensiv arealudnyttelse i kontormiljøerne. Herved antages det, at de herved overskydende kontorarealer kan dække Friklinikkens administrative behov
7. at laboratoriefunktionen beliggende i bygning 02 i samarbejde med laboratoriet i Esbjerg kan udnytte de eksisterende arealer mere effektivt og derved skabe plads til Friklinikkens modtagelse og fremskudte ambulatorier.
8. at OP, Kirurgisk ambulatorie, opvågning deles mellem SVS og Friklinikken
9. at den eksisterende sygehusdrift kan nøjes med 3-4 OP-stuer, 2 skopistuer og 2 undersøgelsesrum til plastikkirurgi, som vist også bruges til mindre operationer.
10. at to eksisterende skopistuer forholdsvist simpelt kan ændres tilbage til OP stuer.
11. at Friklinikken benytter faciliteterne i den radiologiske afdeling, sterilcentral, opvågning mv. og at disse er tilstrækkelige til at rumme det samlede behov
12. at eksisterende rammer fastholdes som de er, uden i væsentligt omfang at flytte vægge og renovering.

2. Økonomi:

I bilag 7 er der nærmere redegjort for hvorledes overslaget for implementering af Friklinikken er sammensat. Det samlede overslag er baseret på vurdering og erfaringer indhentet fra byggeriet af Generalplanen ved Sydvestjysk sygehus samt driftserfaringsudveksling/vurderinger med teknisk afdeling, Grindsted.

Der er vurderet/placeret en optionspris på nyindretning af yderligere 1 OP rum i et nuværende sterildepot

Der er i nærværende ikke afsat midler til flytningsomkostninger, IT, inventar, medicoteknik, idet det forudsættes, at der er tale om en flytning og ikke en opgradering af klinikken

Prisoverslag for implementering af Friklinikken på Grindsted Sygehus					
Esbjerg d. 14. december 2015					
pos	Emne	rum/m2	kr./m2	kr.	pris
	<i>Bygning 6</i>				
	Stueplan, bygning 6				6.256.000
1.	Nyindretning af 1. OP stue i nuværende personalemodtagelse			3.000.000	
2.	Reetablering af 2 stk. OP stuer fra nuværende skopifunktion			1.000.000	
3.	Indretning af 2 skopistuer i tidligere ventefaciliteter			1.400.000	
4.	Indretning af ventefacilitet ved plastikkirurgiens undersøgelsesrum			40.000	
5.	Flytning af plastikkirurgisk samtalerum			270.000	
6.	Indretning af kontorafsniit bygning 6	240	1.000	240.000	
7.	Maling og generel opfriskning af resterende afsnit i området	1700	180	306.000	
	<i>Bygning 2</i>				
	Stueplan				1.612.000
8.	Flytning af hæmatologirum til portørvagtrum			350.000	
9.	Indretning af 8 opvågningspladser i tidligere laboratorieområde			950.000	

10.	Indretning af skranke til modtagelse for friklinik			150.000	
11.	Maling og generel opfriskning af Resterende afsnit i området	900	180	162.000	
	1. sal bygning				3.120.000
12.	Indretning af ambulatorier på 1. sal bygning 02	600	5.200	3.120.000	
	Generelt:				
13.	Skiltning	1	75.000	75.000	75.000
	<i>Samlet prisoverslag for implementering af Friklinikken på Grindsted Sygehus ex optioner</i>				11.063.000
14.	Option: Nyindretning af 1 stk. OP stue i stueplan bygning 6 (OP8)	1	3.000.000	3.000.000	3.000.000

3. Forslag 1.5 – Lukning af Tønder Sygehus

Indledning: I forbindelse med behandlingen af budget 2016 har regionsrådet vedtaget, at der skal spares 200 mio. kr. på sundhedsområdet, heraf 13 mio. kr. på central administration i regionshuset og 187 mio. kr. på sygehusene. Regionsrådet har derfor anmodet om, at der udarbejdes et sparekatalog på 210 mio. kr. på sundhedsområdet, hvilket giver rum for prioritering svarende til 23 mio. kr.

Sparekataloget skal omfatte en række definerede områder, og herunder bl.a. besparelsesmuligheder vedr. samling af funktioner i de enkelte sygehusenheder og nedlæggelse af sygehusmatrikler.

På denne baggrund er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal undersøge og finde forslag til strukturelle besparelser, og herunder potentialet ved lukning af sygehusene i Give, Middelfart, Tønder, Brørup og Nyborg.

Til at forestå dette arbejde er der nedsat fem arbejdsgrupper, som skal undersøge potentialet herfor, herunder beskrive konsekvenser for økonomi, kvalitet, service og personale samt tidshorizonten.

Indeværende notat redegør for potentialet ved at lukke Tønder Sygehus. Idet lukning af Skadeklinikken i Tønder er et selvstændigt spareforslag, er konsekvenserne herved beskrevet i et selvstændigt dokument, og besparelspotentialet indgår ikke i indeværende notat.

1. Sygehusfunktioner i Tønder

Tønder Sygehus er i dag et sammedagssygehus, jf. beslutning på Regionsrådets møde d. 23. september 2009. Sygehuset varetager funktioner indenfor det medicinske område, røntgenydelser, laboratoriydelser, gynækologi, pædiatri og servicefunktioner.

1.1 Medicinsk Center

Medicinsk daghospital udgør den ene af 4 klinikker i Medicinsk Center. De 3 øvrige er beliggende i Sønderborg.

Aktiviteten udgøres dels af almindelig elektiv ambulante aktivitet og dels af en akut ambulante funktion. Klinikens hovedfunktion er et lokalt tilbud til befolkningen i Tønder kommune, men der er en vis søgning fra andre områder af regionen samt andre regioner grundet hurtig og fleksibel opgaveløsning.

Den elektive ambulante aktivitet retter sig især mod hovedgrupperne:

- Diabetes og andre stofskiftesygdomme inkl. garatiklinik. Herunder varetages funktionen med udredning og behandling af knogleskørhed for hele SHS. Der er et velfungerende samarbejde med speciallæger og -sygeplejersker fra den øvrige endokrinologiske funktion i medicinsk center.
- Mave/tarmsygdomme. Der udføres udredning (herunder endoskopiske(kikkert-) undersøgelser) og behandling af forskellige mave/tarm sygdomme. Der er et samarbejde med Organmedicinsk klinik, Aabenraa, i forhold til faglige standarder, arbejdsgange, fagligt miljø samt udveksling af personale.
- Generel intern medicin. Aktiviteten udgøres af en blandet gruppe af patienter med en medicinsk lidelse, der ikke behøver at blive set i et speciallæge-ambulatorium. Her ses også patienter, der har behov for opfølgning efter indlæggelse, alternativt er blevet hurtigere udskrevet idet den videre behandling kan foregå i lokalt, ambulante regi i Medicinsk Daghospital.

Den akutte ambulante funktion ("daghospitalsfunktionen"):

- Her modtages patienter til akut, ambulante udredning og behandling af stort set alle medicinske symptomer efter henvisning fra egen læge. De fleste patienter ses samme dag som de henvises,

- oftest som et alternativ til indlæggelse. Patienter, der af egen læge vurderes til at være akut cirkulatorisk (kredsløbs-) eller respiratorisk (vejtræknings-) påvirkede, indlægges direkte i Aabenraa.
- Ganske få patienter, der i første omgang er blevet henvist akut til medicinsk daghospital viser sig efterfølgende at have behov for en akut indlæggelse i Aabenraa.
 - Som led i udredning og start af behandling, møder en del af patienterne flere dage, enten i træk eller med dages mellemrum, indenfor en kort periode – dette ses oftest i de tilfælde, hvor det ambulante forløb er et alternativ til indlæggelse. Patienterne kan sidestilles med indlagte, blot tager de hjem for at sove.

Generelt arbejder Medicinsk Daghospital målrettet med "alle relevante undersøgelser på færrest muligt dage" både i den ambulante og daghospitalsfunktionen.

Medicinsk Daghospital har åbent i tidsrummet 8.00 - 20.00 mandag til fredag 50 uger om året. Der er læger tilstede frem til klokken 18, hvorefter sygeplejerskerne anvender de sidste to timer til at afslutte behandlinger, kontakt til hjemmepleje mm., inden de sidste patienter sendes hjem.

Medicinsk Daghospital er beliggende i nyere lokaler, som er velegnede til funktionen. Der er fornødent medicoteknisk udstyr tilgængeligt, herunder udstyr til ultralydsundersøgelser, helt nyt udstyr til kikkertundersøgelser af mave/tarm, samt en nyere scanner til undersøgelse for knogleskørhed.

Der er et godt samarbejde med de øvrige funktioner på matriklen. Den hurtige udredning er afhængig af nem adgang til blodprøvetagning og undersøgelser samt diverse radiologiske undersøgelser.

Det medicinske daghospital behandler således, i det væsentligste, patienter, der ofte har én eller flere til grund liggende kroniske sygdomme, for forværring i deres kroniske sygdom eller for nyttilkomne almindelige og hyppigt forekommende medicinske sygdomme, der ikke kan håndteres ved den praktiserende læge. Patienter, hvor alternativet hyppigt vil være en akut indlæggelse.

Aktiviteten i Daghospitalet var i 2014 ca. 11.700 ambulante besøg.

1.2 Radiologisk Center

Røntgenklinikken i Tønder udfører undersøgelser på patienter henvist fra klinikker og ambulatorier ved Sygehus Sønderjylland samt fra primærsektoren og patienter henvist fra andre regioner.

Klinikken er i forbindelse med lukningen af Haderslev Sygehus og overflytningen af funktioner nu en fuldt dækkende røntgenklinik med en MR-scanner, en CT-scanner, et ultralydsapparat og to almindelige røntgenrum (thorax/knogle), som primært varetager undersøgelser på patienter fra lokalområdet.

Røntgenklinikken lavede i 2014 ca. 17.700 undersøgelser, heraf ca. 4.200 MR-scanninger og 470 CT-scanninger (CT er først tilført i efteråret 2014).

1.3 Akutcenter (skadeklinik)

Skadeklinikken er åben 8-22 alle ugens dage, og varetog i 2014 ca. 4.300 besøg.

1.4 Familiecenter

Familiecentret varetager gynækologisk ambulatorium, børne- og ungeambulatorium og jordemoderkonsultationer i Tønder.

Gynækologisk ambulatoriefunktion udfører undersøgelse og behandling af kvinder med gynækologiske problemer/sygdomme, f.eks. blødningsforstyrrelser, smerter i underlivet, nedsynkning af underlivsorganerne, cyster på æggestokkene, hormonforstyrrelser og provokeret abort.

Ambulatoriet er åbent ca. 1-2 dage pr. måned, og der ses kun ikke-akutte patienter fra lokalområdet.

Børne- og ungeambulatoriet behandler udvalgte diagnoser på børn og unge fra lokalområdet. Ambulatoriet er åbent ca. 1 dag pr. uge.

Jordemoderkonsultationen servicerer gravide fra lokalområdet, og er åbent 1 dag hver anden uge.

Aktiviteten i Gynækologisk Ambulatorium var i 2014 ca. 250 besøg. Aktiviteten i børne- og ungeambulatoriet samt jordemoderkonsultationen registreres under klinikkerne i Aabenraa.

1.5 Laboratoriecenter

Laboratoriecentret varetager blodprøvetagning, EKG, urinprøver.

I 2014 blev der udført ca. 135.000 analyser, heraf 24.000 fra praksissektoren.

1.6 Øvrige funktioner

Sygehus Sønderjylland håndterer udover ovenstående receptionsopgaver mv., teknisk service og køkken/café.

Øvrige funktioner på Tønder Sygehus

Den specialiserede genoptræning (ca. 830 besøg i 2014) varetages af Tønder Kommune.

Der er lokalpsykiatri på Tønder Sygehus.

Herudover er store dele af sygehuset udlejet til Tønder Kommune samt private leverandører af diverse sundhedsydelse, herunder praktiserende læger og speciallæger, psykologer og zoneterapeuter mv. Lejeaftalerne er indgået efter reglerne i erhvervslejeloven. Lejemålene er ikke tidsbegrænsede og vil kun kunne opsiges af udlejer, såfremt bygningerne skal nedrives, eller de udlejede lokaler skal anvendes af udlejer til eget brug. Så lejerne følger med til en evt. ny ejer. Ejerskifte kan ikke i sig selv begrunde en opsigelse.

I alt er der 14 eksterne lejere på Tønder Sygehus, som lejer ca. 3.500 m² af det samlede areal på ca. 12.000 m².

2. Aktivitet på Tønder Sygehus

Den samlede aktivitet på Tønder Sygehus i 2014 ekskl. børne- og ungeambulatoriet og jordemoderkonsultationen fremgår af nedenstående tabeller. DRG-værdien er opgjort i 2015-takstsystem.

	Ambulante besøg	DRG-værdi
Røntgenklinikken (se nedenstående)	11.556	13.416.880
Skadeklinikken	4.342	6.027.799
Gynækologisk klinik Ambulatorie	247	481.538
Ortopædkirurgisk klinik Ambulatorie	31	26.044
Nyremedicinsk klinik Diabetes ambulatorium	1.297	1.362.190

Medicinsk Daghospital Ambulatorie	10.397	12.285.242
I alt	27.870	33.599.693

Røntgenundersøgelser:	2014
CT skanninger (efter lukning af Haderslev Sygehus)*	470
MR skanninger	4.210
Øvrige røntgenundersøgelser	13.030
I alt	17.710

* I 2015 forventes der udført ca. 3.700 CT-scanninger.

2.1 Forventet fremtidig aktivitet

Det blev på Regionsrådets møde d. 23/ 3 2009 besluttet at gøre Tønder sygehus til et "Sammedagssygehus". Man havde på det tidspunkt 7.500 ambulante besøg, og forventede at man ville kunne fordele de 1.000 indlæggelser, der på det tidspunkt var på Tønder Sygehus, til yderligere 700 ambulante forløb og 300 indlæggelser på Aabenraa sygehus. Siden etableringen af Medicinsk Daghospital er den ambulante aktivitet steget jævnt begrundet i alderssammensætning og sygdomsmønster til i alt 11.700 kontakter i 2014. Der er til dato i 2015 en yderligere stigning på 23 % i antallet af henvisninger i forhold til 2014. Set i forhold til indbyggertal har der siden etableringen været færre indlæggelser per indbygger for de +65-årige fra Tønder Kommune sammenlignet med de øvrige tre kommuner i SHS optageområde, jf. nedenstående.

Patientgruppen udgøres generelt af ældre medicinske patienter, der typisk har et stort behov for den type af sundhedsydelse der tilbydes i Medicinsk Daghospital. Det gælder både patienter med ambulante behandlingsforløb af kendte, ofte kroniske lidelser, og de patienter der ses akut på foranledning af en henvendelse fra de praktiserende læger. De praktiserende lægers gode kendskab til lægerne på Medicinsk Dagafsnit giver en let adgang for dem til at få besvaret faglige spørgsmål, hvilket formodes at øge antallet af problemer der kan løses i primærsektoren til gavn for patienterne.

Det er vanskeligt systematisk at påvise effekten af daghospitalet grundet databrud, indførelse af FAM og manglende systematisk statistik fra SST vedr. genindlæggelser mv., men de tilgængelige data indikerer dog alt andet lige en lavere indlæggelsesfrekvens på borgere fra Tønder Kommune i forhold til de øvrige sønderjyske kommuner.

Af nedenstående tabel fremgår indlæggelsesfrekvensen for sønderjyske borgere på alle syddanske sygehuse ekskl. OUH. Heraf fremgår det, at indlæggelsesfrekvensen er ca. 15 % lavere på Tønder-borgere end gennemsnittet for de tre øvrige kommuner.

En del af forklaringen på den lavere frekvens er formentlig afstanden til sygehus med stationære funktioner, men baseret på tallene vedr. Haderslev Kommune må det ligeledes antages, at daghospitalet har en positiv effekt. Samtidig ses det også, at hvor der generelt er tale om en stigning i frekvensen fra 2014 til 2015 (hvilket helt reelt skyldes ca. 1.000 ekstra "akutte cpr.nr." i 1. halvår 2015), er der et fald vedr. Tønder og Sønderborg kommuner, og ifht. sidstnævnte har Sygehus Sønderjylland netop i 2014 implementeret en medicinsk daghospitalsfunktion i Sønderborg også.

Tabel 5.1. Frekvens på akutte indlæggelser (sygehusudskrivninger) på SHS, SVS og SLB af patienter på 65 år eller ældre, pr. kommune, pr. 1.000 indbygger, der er 65 år eller ældre.

	Haderslev	Sønderborg	Tønder	Aabenraa
2015 (jan-juni)	128	127	108	125
2014 (jan-juni)	112	131	112	117
2013 (jan-juni)	138	143	120	137

Den lave indlæggelsesfrekvens modsvares ikke af en tilsvarende højere ambulansfrekvens, for hvis der ses på det ambulante område som helhed, er frekvensen her nogenlunde ens, jf. tabel 5.2.

Tabel 5.2. Ambulante besøg på SHS, SVS og SLB for sønderjyske patienter på 65+. Perioden jan-juni 2015.

	Haderslev	Sønderborg	Tønder	Aabenraa
Antal ambulante besøg	14.536	24.441	10.823	16.068
Besøgsfrekvens pr. 1.000 indb. på 65 år +	1.240	1.424	1.258	1.273

I forbindelse med en evt. nedlæggelse af daghospitalet i Tønder vil man derfor kunne forvente en stigning i antallet af indlæggelser blandt gruppen af ældre medicinske patienter. En faglig vurdering er at der kommer ca. 160 flere indlæggelser per år, hvilket vil være en forringelse af kvaliteten af behandlingen. En indlæggelse vil, alt andet lige, øge risikoen for komplikationer fx i form af sygehusinfektioner og tryksår.

Der vil dog fortsat være tale om lettere patienter, og det antages derfor, at en evt. stigning vil blive håndteret som korte indlæggelser i FAM i Aabenraa/AMVA i Sønderborg, uden at det vil føre til flere indlæggelser i de medicinske stamafdelinger.

De øvrige patienter vil opleve en øget transporttid/afstand, hvad enten den fremtidige ambulante behandling kommer til at være i Aabenraa (40 km. / ca. 36 min. køretid) eller Sønderborg (67 km. / ca. 54 min. køretid.). Der er beregnet en nedgang i den ambulante aktivitet begrundet i den længere transporttid. Denne nedgang i aktivitet vil formodentligt være størst i den mest sårbare del af patienterne, og den vil således være med til at øge uligheden i sundhed blandt borgerne i kommunen.

Tanken bag opgaveløsningen i Medicinsk Daghospital, som løsning på den kommende udfordring med en stor stigning i antallet af ældre patienter med almindelige medicinske sygdomme var i 2010, og er fortsat, visionær, og der er blevet etableret lignende løsninger i andre regioner, fx Sundhedshuset i Helsingør (Nordsjællands hospital), Tværfaglig Dagklinik, Silkeborg (Hospitalsenhed Midt) og Diagnostisk Center (Sygehus Vendsyssel). I den anledning indgår Medicinsk Daghospital som "rolle model" i et projekt finansieret af EUSBSR (EU Strategy for the Baltic Sea Region): "When Rural Medicine Goes To Town".

I forhold til den ambulante aktivitet inden for det medicinske område skal der skelnes mellem to typer af aktivitet, nemlig de specialiserede medicinske ambulante besøg (diabetes/endokrinologi og gastromedicin mv.) og daghospitalsfunktionen. De specialiserede ambulante besøg forventes overført en til en fra Tønder til Aabenraa (gastromedicin) og Sønderborg (øvrige ambulante besøg), mens der for daghospitalsfunktionens vedkommende antages at der er tale om en delvis størekasseeffekt, bl.a. betinget af det nære tilbud og de praktiserende lægers adfærd. Baseret på erfaringerne fra lukningen af andre sygehusmatrikler, og herunder Haderslev Sygehus og flytningen af pædiatri og gynækologi/obstetrik fra Sønderborg, må der påregnes et aktivitetsfald som følge af lukning.

Ud af den samlede aktivitet i Medicinsk Daghospital på 11.700 ambulante besøg, udgør de specialiserede ambulatorier ca. 7.900 besøg, mens daghospitalsfunktionen udgør ca. 4.800 besøg. Det forventes, at der i forbindelse med en lukning af Tønder Sygehus vil bortfalde ca. 1.000 besøg fra daghospitalet, svarende til en reduktion i aktiviteten på ca. 8,6 %.

2.2 Erfaringer fra lukning af skadestuen og røntgenklinikken i Haderslev

De foreløbige aktivitetseffekter af lukningen af Haderslev Sygehus og generel ændret visitationspraksis for skadestuebesøg viser, at antallet af skadestuebesøg pr. 1. halvår 2014 og 2015 er faldet fra 3.495 til 2.786 besøg for borgerene fra Haderslev Kommune, altså et fald på ca. 20 %. Sygehus Sønderjylland har generelt haft et fald i antal skadestuebesøg på ca. 5 procentpoint i perioden hvorfor faldet, der kan tilskrives lukningen, antages at udgør ca. 15 %.

Overføres aktivitetsnedgangen på 15 % til skadesklinikken i Tønder, vil det svare til en nedgang på ca. 900 besøg årligt (fra 6.000 til 5.100 besøg), hvis skadesklinikken lukkes.

Lukningen af røntgenklinikken i Haderslev har medført et fald på SHS i antal røntgenydelser på 656 fra første halvår 2014 til 2015 på borgere fra Haderslev Kommune. Dette svarer til 14 % og kan overføres til evt. lukning eller delvis lukning af røntgenklinikken i Tønder. Røntgenklinikken i Tønder har i perioden januar til juni 2015 haft 4.936 røntgenydelser. Ved en reduktion på 14 % svarer dette til et fald på ca. 1.382 ydelser årligt.

3. Besparelser på centerniveau

I indeværende afsnit opgøres besparelspotentialet for centre (ekskl. Akutcentret/Skadesklinikken), der vil blive påvirket af lukning af sygehuset i Tønder.

3.1 Medicinsk Center

Tabel 6.1 viser besparelsen for Medicinsk Center opgjort i årsværk og t.kr.

Tabel 6.1. Besparelse vedr. Medicinsk Center, t.kr. i 2015-niveau

	Årsværk	Udgift
Klinikleder	0,50	281
Speciallæge	0,34	338
Plejepersonale	1,15	502
Sekretær	0,50	183
Øvrig drift	-	66
I alt	2,49	1.370

Ved en lukning af Tønder Sygehus vil aktiviteten i Medicinsk Daghospital blive fordelt mellem Aabenraa og Sønderborg efter den nuværende specialeopdeling i Sygehus Sønderjylland. Al aktivitet vedr. medicinske specialambulatorier flyttes til Aabenraa (gastromedicin) og Sønderborg (øvrige ambulante besøg). Patienter i daghospitalsfunktion flyttes til tilsvarende tilbud i Sønderborg, men det forventes i den forbindelse, at der bortfalder ca. 1.000 besøg, svarende til 8,6 % af den samlede aktivitet. DXA-scanneren med tilhørende aktivitet flyttes til Sønderborg.

Ressourcetrækket personalemæssigt mv. er stort set ens for de medicinske specialer og daghospitalsfunktionen, og alt personale arbejder med begge funktioner – undtagen ift. kliniklederfunktionen. Det antages derfor, at besparelsen kan beregnes forholdsmæssigt, svarende 8,6 % af de samlede ressourcer, herunder øvrig drift (sidstnævnte dog reduceret for udgifter til særlig dyr medicin, som vil blive reguleret automatisk med takstsyngsmodellen). Grundet funktionens størrelse indgår kliniklederen også i de daglige opgaver, og ledelsesopgaverne fylder relativt mindre. På baggrund af en konkret vurdering skønnes det derfor, at der kan spares en halv kliniklederstilling.

Såfremt al aktivitet flyttes fra Tønder, skal DEXA-scanneren flyttes til Sønderborg. Afskærmningskravene til en dexa-scanner er begrænsede, og det foreslås derfor, at scanneren af driftsmæssige hensyn placeres i endokrinologien (M13).

Medicoteknisk Afdeling har udarbejdet overslag over engangsudgifter til flytning mv., som i alt beløber sig til 275.000 kr. (demontering i Tønder, fysisk flytning og opstilling i eksisterende lokaler samt opkobling og anmeldelse til SIS 75.000 kr. Afskærmning med 1 mm bly og ny dør mv. 200.000 kr.).

3.2 Radiologisk Center

I tabel 6.2 angives besparelsen for Radiologisk Center. I alt forventes besparelsen at være 3,43 årsværk svarende til 1,525 mio. kr.

Tabel 6.2. Besparelse vedr. Radiologisk Center, t.kr. i 2015-niveau

	Årsværk	Udgift
Klinikleder	1,00	510
Lægeseekretær	1,00	377
Radiograf	1,43	555
Serviceaftale	-	83
I alt	3,43	1.525

For Radiologisk Centers vedkommende vil aktiviteten skulle flyttes til både Aabenraa og Sønderborg. Til varetagelse af aktiviteten i Aabenraa/Sønderborg vil der være behov for 6 radiografer, som skal flyttes fra Tønder. Lægerne er ansat i Sønderborg med udetjeneste, så de skal ikke flyttes. I Tønder bemander sekretærene receptionen. Denne opgave flyttes ikke med, hvorfor det antages, at sekretærnormeringen kan reduceres med halvdelen. Herudover bortfalder udgiften til serviceaftale vedr. det ene thorax-/knoglerum.

Såfremt al aktivitet flyttes fra Tønder, skal MR-scanneren flyttes til Sønderborg, hvor den kan placeres i eksisterende arkiv. Et af de to knoglerum kan flyttes til Sønderborg. De nuværende lokaler til ultralydsundersøgelser i Sønderborg kan anvendes til et ekstra knoglerum, hvilket vil sikre tilstrækkelig kapacitet i dagtimerne i forbindelse med indflytningen af Gigthospitalet. Ultralyd i Sønderborg skal etableres i Klinisk Fotos nuværende lokaler. Klinisk Foto skal reetableres andet sted. Såfremt omrokeringen vedr. ultralyd, klinisk foto og knoglerum ikke er muligt, kan åbningstid i thorax/knoglerum udvides.

CT-scanneren fra Tønder skal til Aabenraa og kan rummes i eksisterende ultralydsrum, hvorved der vil være fællesbetjening med nuværende CT-scanner. Løsningen kræver, at der skal findes plads til de nuværende ultralydsundersøgelser andre steder.

Medicoteknisk Afdeling har udarbejdet overslag over engangsudgifter vedr. flytning af scannere mv., jf. ovenstående:

Aabenraa:

- Flytning af scanner og test opkobling og anmeldes til SIS 425.000 kr.
- Ombygning af CT rum og forrum samt birum 2.5 mio. kr.
- Ombygning til UL-rum og flytning af UL apparatur 50.000 kr.

I alt en samlet engangsudgift på 2,975 mio. kt.

Sønderborg:

- Flytning af scanner og test samt opkobling 600.000 kr.
- Ny RF kabine 700.000 kr.
- Ombygning af arkiv og tilpasning af ventilation og strøm samt køl 1.0 mio. kr.
- Flytning af knoglerum samt testopkobling og anmeldelse 350.000 kr. (forudsætter at eksisterende jernbæringer kan genanvendes)
- Ombygning til UL-rum 75.000 kr. (maling, evt. gulv, lys og håndvask.)
- Etablering af toilet i forbindelse med UL-rum 110.000 kr. pr. toiletrum (under forudsætning af at der er tilgang til afløb inden for en rimelig afstand)

I alt en samlet engangsudgift på 2,835 mio. kr.

3.3 Akutcenter

Konsekvenser ved lukning af Skadeklinikken i Tønder behandles i selvstændigt spareforslag, jf. tidligere.

3.4 Familiecenter

Samlet kan der ikke påregnes besparelser vedr. Familiecentret som følge af ændringer i profilen for Tønder Sygehus.

Det er ikke muligt at flytte al aktivitet til Aabenraa. I *Fødeplan i Region Syddanmark* (side 43) er der taget udgangspunkt i, at der bør være en jordemoderkonsultation i hver kommune. Sygehus Sønderjylland kan vælge at flytte den nuværende jordemoderkonsultation i Tønder til fx Skærbæk, men det vurderes at ville medføre merudgifter til transport/tidsforbrug for jordemødrene.

Det forudsættes derfor, at jordemoderkonsultationen opretholdes uændret på lejet adresse. Udgifterne hertil indgår p.t. under beregningerne vedr. Servicecentret.

Øvrige kliniske funktioner skal flyttes og aktiviteten videreføres i Aabenraa. I det aktiviteten er uændret, forudsættes der ikke stillingsbesparelser.

Aktiviteten i pædiatrisk og gynækologisk ambulatorium varetages af overlæger, som med den nye overenskomst ikke modtager kørepenge eller betaling for rejsetid. Der kan derfor ikke påregnes besparelser i den forbindelse.

3.5 Laboratoriecenter

Besparselsen for Laboratoriecentret opgjort i årsværk og t.kr. er angivet i tabel 6.5.

Tabel 6.5. Besparelse vedr. Laboratoriecenter,

t.kr. i 2015-niveau

	Årsværk	Udgift
Bioanalytiker	2,40	1.003
Øvrig drift	-	400
I alt	2,40	1.403

Laboratoriecentret anvendes 4,4 stillinger til funktionerne i Tønder. Ved en lukning kan stillingsbehovet reduceres med 2,4 stillinger. Udgifter til vedligehold af apparatur, servicekontrakter og management timer bortfalder. Udgifter til reagenser mv. forventes uændrede, da analyseaktiviteten blot flytter til Aabenraa/Sønderborg.

3.6 Servicecenter

Tabel 6.6 viser udgifterne for Servicecentret opgjort i regnskab 2014 samt besparelspotentialet ved lukning af Tønder Sygehus. Besparelsen er i alt 2 årsværk og 3,125 mio. kr.

Tabel 6.6. Besparelse vedr. Servicecenter, t.kr. 2015-niveau

	Udgift R2014	Årsværk	Udgift
Terræn	574	-	425
Rengøring*	1.376	-	903
Vinduespolering	35	-	35
Planter	9	-	9
Vagtordning	45	-	45
Måtter	26	-	26
Linned	255	-	124
Vedligehold	800	-	800
Teknisk Service	414	1,00	414
Køkken	183	1,00	183
I alt	3.717	2,00	2.964

* Der er fratrukket 161 t.kr. til rengøring af Skadeklinikken.

Teknisk Service anvender i alt 1 stilling til varetagelse af funktionerne på Tønder Sygehus, som bortfalder ved lukning. Køkkenet anvender efter den nyligt gennemførte personaleproces vedr. tilpasning til psykiatriens bespisningskoncept 1 stilling til opgaverne i Tønder. Herudover anvendes der 260.000 kr. til fødevarer, og der genereres en indtægt fra cafeen på 365.000 kr. Alle udgifter vedr. køkkenet bortfalder ved lukning.

Der har i 2014 været ekstraordinære udgifter til genopretning af fortove i Tønder (terræn), hvilket der justeres for i opgørelsen af besparelespotentialet, men herudover forventes der bortfald af alle udgifter vedr. terræn, vinduespolering, planter, vagtordning, måtter, vedligehold, teknisk service og køkkenet i Tønder.

Omvendt vil flytningen af aktiviteten til Aabenraa og Sønderborg medføre opdrift i udgifterne til de kontraktstyrede området, herunder udgifter til ekstra soignering af lokale mv. Merudgifter kan ikke opgøres præcist, men baseret på erfaringerne fra lukningen af Haderslev Sygehus anslås det, at merudgifterne vil svare til ca. 25%, dog med udtagelse af få områder, hvor der enten forventes fuld besparelse (eks. vagt og planteservice) eller mindre besparelse (uniformer). Fællesområdet (bygningsdrift)

I tabel 6.7 vises udgifterne for Fællesområdet (bygningsdrift) opgjort i regnskab 2014 samt besparelespotentialet ved lukning af Tønder Sygehus. Besparelsen er i alt 0,868 mio. kr.

Tabel 6.7. Besparelse vedr. fællesområdet, t.kr. i 2015-niveau

	Udgift R2014	Årsværk	Udgift
El	1.483	-	1.186
Varme	1.582	-	1.582
Vand	53	-	0
Ejendomsskat	389	-	389
Huslejeindtægter	-2.175	-	-2.175
Genhusning	0	-	-114
I alt	1.332	-	868

Der er generelt ikke opsat separate målere til energiforbruget, udover ifht. Tønder Kommunes fælles produktionskøkken. Besparelespotentialet kan derfor ikke opgøres entydigt, men er baseret på overslag fra Teknisk Service.

For udlejede lokaler gælder det, at energiforbruget afregnes som en del af huslejen, og indtægter i den forbindelse indgår dermed i de samlede huslejeindtægter.

I forhold til de enkelte delelementer er vurderingen følgende:

- El. ca. 20% af forbruget går til apparatur (primært røntgenudstyr), og der vil således være en tilsvarende opdrift i Aabenraa/Sønderborg, hvis al aktiviteten flyttes (model a). Hvis det alene er skadeklinikken der lukker (model b), vurderes elforbruget at blive reduceret med ca. 60-80.000 kr.
- Varme. Ved flytning (model a) vil der være en fuld besparelse, mens der ikke kan påregnes besparelser ved lukning alene af skadeklinikken (model b), idet der er lejere på alle sider af klinikken.
- Vand. Det anslås at forbruget vil være uændret ved flytning af aktiviteten.

Der påregnes herudover merudgifter til genhusning af lægevagten og jordemoderkonsultationen. Der forventes et behov på ca. 50 m² til lægevagten og ca. 80 m² til jordemoderkonsultationen, hvilket vil svare til en udgift på 114.000 kr. (775 kr./m² inkl. forbrug og rengøring).

3.7 Totale besparelser og engangsudgifter

De totale besparelser (ekskl. Skadeklinikken, jf. tidligere) samt engangsudgifter til flytning af radiologisk udstyr ved lukning af sygehuset i Tønder fremgår af tabel 7.1 og tabel 7.2 herunder.

Tabel 7.1. Totale årlige besparelser, t.kr. i 2015-niveau

Medicinsk Center	1.370
Radiologisk Center	1.525
Familiecenter	0
Laboratoriecenter	1.403
Servicecenter (ekskl. rengøring til Skadeklinikken)	2.964
Fællesområdet (forsyning, ejendomsskat)	3.157
Fællesområdet (mistede huslejeindtægter, genhusning)	-2.289
I alt	8.131

Tabel 7.2 Anlægsudgifter, t.kr. i 2015-niveau

	Model a)	Model b)
CT-scanner, Aabenraa	2.975	0
MR-scanner, Sønderborg	2.835	0
DEXA-scanner, Sønderborg	275	0
I alt	6.085	0

Udover anlægsudgifter skal der – baseret på erfaringerne fra lukningen af Haderslev Sygehus - påregnes engangsudgifter til flytning/tømning, tekniske installationer, medicotekniske installationer og IT-installationer mv. for et pt. ukendt beløb. Engangsudgifterne forventes afholdt af Sygehus Sønderjylland for besparelsen i år 1, jf. Region Syddanmarks hidtidige paradigme vedr. sygehuslukninger.

4. Forslag 1.7 – Lukning af Nyborg Sygehus

Lukning af Nyborg Sygehus

– en mulighed for at skabe det fremtidige Svendborg sygehus

Som konsekvens af regionalt sparekrav på 212 mio.kr. i budget 2016/17 er der nedsat en arbejdsgruppe, som har fået til opgave at undersøge mulighederne for - og det besparelsesmæssige potentiale i - at lukke Nyborg Sygehus.

Dette notat beskriver arbejdsgruppens forslag til håndtering af opgaven.

Helt overordnet har udgangspunktet for arbejdet i arbejdsgruppen været, at de patienter som i dag behandles i Nyborg fremover kan tilbydes behandling et andet sted på OUH alternativt i Region Syddanmark. Derfor skal det sikres, at den nødvendige kapacitet findes andre steder, når der lukkes ned for aktiviteten i Nyborg.

Det ligger i planerne, at Svendborg Sygehus skal overgå til specialsygehus, når Nyt OUH står klar. En lukning af Nyborg Sygehus får konsekvens for både Odense og Svendborg. Aktiviteten fra Nyborg skal primært flyttes til Svendborg. For at skaffe den fornødne plads i Svendborg er der behov for at flytte noget af den aktivitet, som i dag er i Svendborg til Odense.

Det er væsentligt, at de omlægninger, der følger af at lukke Nyborg Sygehus, er i tråd med de eksisterende sygehusplaner for Nyt OUH og Svendborg Sygehus og samtidigt styrker det samlede OUH og Svendborg.

Arbejdsgruppen vurderer, at en lukning af Nyborg Sygehus er en god anledning til allerede nu at få taget fat på at skabe det fremtidige Svendborg Sygehus. Det vil give en afklaring, som er vigtig i forhold til fortsat at kunne fastholde og rekruttere kvalificeret personale og dermed opretholde en god og stabil sygehusdrift.

Derfor anbefales det, at Svendborg Sygehus overgår til specialsygehus, når Nyborg Sygehus lukkes. Det indebærer, at alt akut kirurgi og fødsler flyttes fra Svendborg til Odense.

Der lægges vægt på, at den fremtidige placering af specialernes funktioner mellem Odense og Svendborg, giver Svendborg Sygehus en stærk faglig profil, som er tydelig for borgere, patienter og personale og som kan bidrage til et fremtidigt bæredygtigt specialsygehus i Svendborg.

Notatet indledes med en kort skitsering af aktiviteten i Nyborg og anbefalinger til fremadrettet håndtering (afsnit 1). Den fremtidige profil for Svendborg Sygehus tegnes i afsnit 2 og der redegøres for afledte fysiske ændringer i afsnit 3. Notatet afsluttes med en beskrivelse af økonomien i forslaget samt bud på en tidsplan (afsnit 4).

1. Aktivitet i Nyborg i dag og anbefaling til fremadrettet håndtering

Nyborg Sygehus rummer i dag dagkirurgisk operationsaktivitet og kirurgisk/medicinsk skopifunktion. Der udføres årligt operationer på 600 ortopædkirurgiske patienter, primært korsbånd, fod/ankel- samt håndkirurgiske operationer. Godt 3.200 patienter får foretaget galde-, hernie- eller hæmorideoperationer. Og endelig får 700 patienter årligt lavet variceoperationer i Nyborg.

Hertil kommer betydelig skopiaktivitet i Nyborg bestående af både medicinske og kirurgiske skopier.

Der er ambulatoriefunktion i Nyborg indenfor de medicinske specialer: lungemedicin, kardiologi, endokrinologi og gastroenterologi. Efter planen flyttes de medicinske ambulatorier til Svendborg ved årsskiftet 2015/2016, så kun den gastroenterologiske funktion er tilbage i Nyborg.

Osteoporosepatienter får lavet dexaskanninger i Nyborg, svarende til 4.800 skanninger årligt.

Radiologi og laboratoriefunktion varetages, begge med drop-in funktion, i Nyborg. Den radiologiske aktivitet i Nyborg udgør årligt 4.600 CT-skanninger, 4.500 UL-skanninger og 15.700 konventionelle radiologiske undersøgelser. Laboratorieaktiviteten tæller knap 24.000 ambulante prøvetagninger og EKG-optagelser, heraf ca. 3.400 prøvetagninger i patientens eget hjem (herunder statsfængslet) samt en beskeden analysesproduktion på ca. 60.000 analyser.

Herudover findes en række øvrige funktioner på Nyborg Sygehus samt planer om fremtidige funktioner i Nyborg. Nedenstående tabel 1 giver et skematisk overblik over alle funktioner på Nyborg Sygehus.

Tabel 1: Funktioner på Nyborg Sygehus

Funktioner i Nyborg	Beskrivelse af funktion
Kirurgi:	
Ortopædkirurgisk dagkirurgi	600 patienter årligt, primært operation af korsbånd, fod/ankel- samt håndkirurgi
Kirurgisk dagkirurgi	3.200 patienter årligt til operation af galde-, hernier og hæmorider
Kirurgisk skopifunktion	Skopifunktion på 5 skopistuer
Karkirurgisk veneklinik	700 variceoperationer årligt
Medicin:	
Endoskopifunktion	Skopifunktion på 1 skopistue. Noget medicinsk skopiaktivitet foregår i kirurgisk kapacitet
Dexa-scanninger	4.800 dexaskanninger af osteoporose patienter årligt på to dexascannere
Radiologi inkl. dropin funktion:	
CT, UL og konventionel røntgen	4.600 CT-scanninger, 4.500 UL og 15.700 konventionel røntgen årligt
Laboratorie:	
Prøvetagningslaboratorium	24.000 prøvetagninger og EKG-optagelser samt 60.000 analyser
Øvrige:	
Sterilcentral	Genbehandling af operationsudstyr til 17 operationslejer.
Videncenter for rehabilitering og palliation	930 m ² i hovedbygning og bygning 16. Er lige renoveret for 4,3 mio.kr.
Køkkenfunktion, FM og Rengøring og Patientservice	Udfører opgaver, som er matrikelbundet.
Arkiv og hjælpemiddeldepot	Hjælpemiddeldepot i bygning 37, stuen og ca. 200m ² arkiv
Lægevagtsfunktion	Lægevagten er i bygning 10.
Jordemoderfunktion	Jordemoderfunktion et par dage ugentligt i separat bygning tilknyttet sygehuset
Distriktpsykiatri og diverse lejemål	Distriktpsykiatri findes i bygning 15 uden lejekontrakt. Herudover diverse lejemål
Planlagte funktioner ifm. Nyt OUH:	
Administration	Administrationen på OUH skal efter planen flyttes til Nyborg ifm. Nyt OUH

Lukkes Nyborg Sygehus skal der tages stilling til, hvor aktiviteten fremadrettet skal tilbydes.

Funktioner vedr. køkken, FM og Rengøring og Patientservice er matrikelbundet og vil helt eller delvist bortfalde ved en lukning af Nyborg Sygehus. Distriktpsykiatrien og diverse lejemål ses ikke som en udfordring i forhold til et eventuelt salg af Nyborg.

Lægevagstens fremtidige virke forventes håndteret centralt i regionen.

Der kører et særskilt spor i budgetprocessen 2016, hvor den regionale variceaktivitet ses under ét. Derfor antages det, at der ikke skal skabes plads til denne aktivitet indenfor OUH's fysiske rammer.

Håndtering af "Videncenter for Rehabilitering og Palliation", arkiv, hjælpemiddeldepot samt den fremadrettede planlagte funktion i Nyborg beskrives i afsnit 3 vedr. fysik.

Det bør overvejes at opretholde blodprøvetagningen i Nyborg. Vurderingen er, at det udover at give patienterne et geografisk nært tilbud også vil være det økonomisk mest fordelagtige. Laboratoriefunktionen i Nyborg er i dag placeret i fysisk nærhed med Videntret for Rehabilitering og Palliation og de to funktioner vil kunne håndteres i sammenhæng ved evt. salg af Nyborg. Tilsvarende gælder for jordmoderkonsultationen i Nyborg, som fremadrettet også forudsættes at være et lokalt tilbud i Nyborg.

Den kliniske aktivitet i Nyborg er alt sammen planlagt aktivitet. Der er ingen akutte patienter i Nyborg. Svendborg Sygehus skal i fremtiden sikres en stærk faglig profil, når sygehuset overgår til specialsygehus. Derfor giver det god mening at tænke den planlagte aktivitet i Nyborg sammen med planlagt aktivitet i Svendborg og til dels også planlagt aktivitet fra Odense. Det vil kunne medvirke til at skabe attraktive funktioner i Svendborg funderet på stor volumen. Og ud fra et "øvelse gør mester" perspektiv er der grund til at forudse, at en samling af funktionerne kan bidrage til den høje faglige kvalitet på specialistniveau, som berettiger, at Svendborg Sygehus kan kalde sig specialsygehus.

For at få fysisk plads i Svendborg til aktiviteten fra Nyborg er det nødvendigt, at der flyttes aktivitet ud af Svendborg og til Odense. Også i den rokade vil det give bedst mening at skabe nogle langsigtede og robuste løsninger. Derfor er planen at akut kirurgisk aktivitet og fødsler i Svendborg flyttes til Odense, når Nyborg lukkes.

I det følgende afsnit konkretiseres planerne i forhold til en fremtidig profil for Svendborg Sygehus.

2. Fremtidig profil for Svendborg Sygehus

De beskrevne omlægninger som følger af lukningen af Nyborg vil kunne give Svendborg Sygehus en stærk faglig profil som specialsygehus, bestående af:

MEDICIN:

- Stor og bred medicinsk / geriatrisk funktion med visiteret akut modtagelse
- Diagnostisk udredningscenter for hele OUH
- Medicinsk sengeafsnit og ambulatoriefunktion

KIRURGI:

- Planlagt kolerektalkirurgi og hernieklifik
- Ortopædkirurgisk Center for planlagt ortopædkirurgi
- Dagkirurgisk Center

MEDICIN/KIRURGI

- Medicinsk / kirurgisk endoskopiscenter
- Medicinsk og kirurgisk ambulatoriefunktion

ANDRE FUNKTIONER – HERUNDER TVÆRGÅENDE:

- Neurorehabilitering
- Sygeplejebemandet skadestuefunktion med lægeligt backup
- Anæstesi og Intensivfunktion, radiologi, rehabilitering og laboratoriefunktion.
- Jordmoderkonsultation

Svendborg Sygehus vil, når Nyt OUH står klar, få visiteret akut medicinsk/geriatrik modtagefunktion. I en indfasningsperiode frem mod Nyt OUH vil akutmodtagelsen af de medicinske/geriatrike patienter fungere som i dag, bortset fra at alle patienter inkl. kardiologiske modtages i én og samme fysik.

De medicinske specialer kardiologi, gastroenterologi, reumatologi, endokrinologi, lungemedicin og geriatri vil alle være i Svendborg. Dexameter-scanninger på osteoporosepatienter vil ligeledes blive udført i det fremtidige Svendborg Specialsygehus.

Diagnostisk udredningscenter for hele OUH etableres og placeres i Svendborg. Aktivitet i DMU-centret i Odense flyttes til Svendborg og vil sammen med Svendborgs nuværende diagnostiske center udgøre det fremtidige udredningscenter. Det vil sikre centret en betydelig volumen, som kan understøtte den faglige udvikling og dermed bidrage til hurtigere og bedre diagnostik af de alvorligt syge patienter, som ses i centret.

Der etableres skadeklinik. Skadeklinikken bemannes af behandlersygeplejersker med mulighed for tilkald af læger fra matriklen. Skadestuefunktionen anbefales at lukke kl. 21.00, pga. få patienter aften/nat.

Den planlagte kirurgi i Svendborg vil omfatte organkirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi, urologi og øre-, næse og hals kirurgi.

På det organkirurgiske område vil Svendborg varetage planlagt kræftkirurgi (kolorektal- og analcancer), operation af tarmsygdomme, galde- og hæmorrhoidoperationer ligesom alle planlagte hernie-operationer samles i en hernie-klinik i Svendborg.

Fremtidens ortopædkirurgi i Svendborg rummer et ortopædkirurgisk center for planlagt ortopædkirurgi, hvor hovedparten af OUHs planlagte knæ-, hofte og skulderalloplastikker laves. Der skal også udføres planlagte operationer af blandt andet korsbånd, fod/ankel- samt håndkirurgi.

Der etableres et stort fælles medicinsk / kirurgisk skopocenter rummende den nuværende skopiaktivitet i Nyborg og Svendborg.

Neurorehabiliteringen er en del af det fremtidige Svendborg Sygehus. Funktionen er delvis flyttet fra Ringe til Svendborg i oktober 2015 og vil være fuldt indflyttet i april/maj 2016, når de fysiske rammer i Svendborg står klar.

Intensivfunktion konsolideres og udvikles, da placeringen af Neurorehabiliteringen i Svendborg giver nye muligheder. Patienter som i dag ligger på neurointensivt afsnit i Odense og venter på at komme til Hammel / Silkeborg vil fremover blive indlagt på intensivafdelingen i Svendborg. Her vil intensivfunktionen, i tæt samarbejde med Neurorehabiliteringen, kunne påbegynde rehabilitering af patienterne allerede mens de er i respirator. Den tidligere rehabiliteringsindsats er værdifuld for patienterne.

Hertil kommer en markant ambulant aktivitet indenfor organkirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi, urologi, øre-næse-halskirurgi, medicin og geriatri. I en konkret udmøntning kan der blive behov for at se på mindre justeringer mellem OUH og Svendborg inden for det ambulante område, så der sikres sammenhæng til de øvrige funktioner i specialsygehuset og/eller den lokale servicering af de sydfynske borgere.

Den nuværende jordemoderkonsultation videreføres.

3. Fysik

For at kunne udmønte planerne for Svendborg Sygehus som specialsygehus og finde plads til funktionerne fra Nyborg Sygehus og er der behov for mindre rokader og ombygninger. Dette afsnit skitserer disse fysiske konsekvenser i store linjer for hver matrikel.

3.1. Konsekvenserne på Nyborg Sygehus

OUH flytter al aktivitet ud af Nyborg Sygehus bortset fra Videntcenter for Rehabilitering og Palliation. Som en del af salget af sygehuset ønskes en klausul på at Videntcenteret fortsat kan være på matriklen minimum 10 år frem i tiden. Centeret er i dag beliggende i to bygninger. Det vil være hensigtsmæssigt at samle det i en fløj i hovedbygningen og at der etableres særskilt indgang hertil.

3.2 Konsekvenser på Svendborg Sygehus

Som beskrevet i ovenstående, så er der nogle større aktivitetsgrupper, der flytter ind eller ud af Svendborg Sygehus, hvilket afføder nogle fysiske tilpasninger.

På afdelingsniveau centrerer de største fysiske konsekvenser på Svendborg Sygehus sig hovedsageligt omkring Kirurgisk afd. A og Medicinsk afd. M. Endvidere ændres operationsområdet grundet højere dagkirurgisk aktivitet og mindre stationær kirurgi. På det radiologiske område skal der sandsynligvis etableres et konventionelt røntgenrum og et ultralydsrum og der skal ses på evt. udskiftning af udstyr med det fra Nyborg.

Kirurgisk Afdeling A flytter dagkirurgi og endoskopi fra Nyborg til Svendborg og akutkirurgi fra Svendborg til Odense. Skopiaktivitet svarende til 1 leje flyttes til Odense. I bygning 35 2. sal etableres et medicinsk/kirurgisk skopocenter med 7-8 lejer og tilhørende skopvaskeområde. Modtagelse, omklædning og hvilestuer etableres i sammenhæng med skopocenteret i bygning 13. 2. sal, hvor afd. A i dag har ambulatoriefunktion. Ambulatoriefunktionen inkl. sekretariat flyttes til bygning 18/39 3. sal, hvor afd. A har deres sengeafsnit. Her frigives plads som følge af at akutaktiviteten flytter til Odense.

Som en del af etablering af AMA-funktionen flytter Medicinsk Afdeling M en del aktivitet ned i området for den nuværende FAM. Kardiologisk modtagelse og sengeafsnit flyttes fra bygning 39 1. sal og ned i AMA (bygning 35 1. sal). Medicinsk sengeafsnit flyttes fra bygning 18 1. sal over i bygning 39 1. sal. Gastroenterologisk funktion flyttes fra Nyborg og ind i bygning 18 1. sal.

Diagnostisk center Svendborg og DMU center i Odense samles i Svendborg. Muligvis i Medicinsk Afdeling M's nuværende sengeafsnit bygning 18. 1. sal. Begge Dexa-skannere fra Nyborg påtænkes placeret i bygning 25 i sammenhæng med Medicinsk Afdeling M's andre funktioner der.

Operationskapaciteten på Svendborg Sygehus fordeler sig i dag på bygning 35 2. og 3. sal. Med mere dagkirurgi og mindre stationær kirurgi stiger behovet for modtage- og hvilestuekapacitet i nærhed med operationsstuerne. Derfor omdannes de tidligere fødestuer på 3. sal til modtage- og hvilestuer for dagkirurgien. Fremover er der 6 stationære og 7-8 dagkirurgiske operationslejer.

Øre-næse-halsafdeling F har i dag ambulatorier i bygning 35 2. sal. Disse inddrages muligvis til etablering af det nye kirurgisk/medicinske skopocenter. Det er pt. uafklaret hvor Afd. F i så fald skal genhuses.

For Radiologisk afdeling medfører lukning af Nyborg, at der sandsynligvis bliver behov for etablering af et nyt konventionelt røntgenrum og et nyt ultralydsrum i Svendborg. Placering af disse er ikke fastlagt endnu, men skal ske under forudsætning af at det er hensigtsmæssigt ifht. patientflow og ventefaciliteter.

Hjælpemiddeldepotet i Nyborg flyttes til Svendborg og placeres i tilknytning til eksisterende hjælpemiddelcentral – evt. med fjerndepot.

3.3 Konsekvenser på Odense Universitetshospital

På Odense matriklen skal der tages højde for følgende aktivitetsændringer, hvoraf nogle forventes at medføre ombygninger.

FAM Odense bliver akutfunktion for hele Fyn og flere patienter skal derfor i flow herigennem. Det vil muligvis give anledning til bygningsmæssige justeringer.

Afdelings D's obstetriske afsnit i Svendborg flyttes til Odense. Det giver anledning til mindre rokader og ombygninger. På fødegangen på 3. sal absorberes aktiviteten fra Svendborgs 5 fødestuer på de nuværende 10 fødestuer. På 4. sal skal der skabes plads til de 4-5 barselsenge fra Svendborg ved at flytte de akut svangre samt latensstuer og observationsstuer til henholdsvis fødegangen på 3. sal og svangreambulatoriet i stueetagen.

Kirurgisk Afdeling A og Ortopædkirurgisk Afdeling O flytter begge akutkirurgi svarende til hver 5 ugentlige lejer fra Svendborg til Odense. Afdeling O flytter tilsvarende elektiv aktivitet den anden vej, som mht. sengedage og operationskapacitet tilnærmelsesvis bliver et nulsumspil. Kirurgisk Afdeling A flytter derimod ikke aktivitet fra Odense til Svendborg og udvider derfor både sengekapacitet og operationskapacitet i Odense. Udvidelse af operationskapaciteten kan muligvis give anledning til ombygninger, men forventes håndteret gennem omlægning af operationskapaciteterne på tværs af afdelingerne i Odense. Sengekapaciteten kan håndteres med baggrund i de frie sengepladser, der skabes ved de generelle samdriftsspor.

Kirurgisk Afdeling A flytter skopiaktivitet svarende til 1 ugentligt leje til Odense, hvor der er ledig kapacitet.

Laboratorie og røntgenområdet vil få øget aktivitet, men det forventes håndteret i nuværende setup. Hjælpemiddelcentralen i Odense vil muligvis få øget aktivitet med lukning i Nyborg.

Når Nyt OUH tages i brug, er det planen, at administration skal genhuses på Nyborg Sygehus. Der er pt. ikke taget stilling til, hvor administration alternativt kan genhuses.

3.4 Afledte konsekvenser for sengekapaciteten i Odense og Svendborg.

På det medicinske/geriatiske område er vurderingen, at de beskrevne ændringer ikke umiddelbart fører til ændringer i sengekapaciteten i Svendborg og Odense. Der skal der løbende være fokus på, om nedlukningen af akut kirurgisk aktivitet i Svendborg får konsekvens for omfanget af gastroenterologiske patienter til Odense.

FAM Svendborg har i dag 22 senge, Når Svendborg overgår til specialsygehus, så lukkes FAM og erstattes af en medicinsk akut modtagefunktion med ca. 12 medicinske senge, som kan rumme de medicinske patienter, der i dag indlægges i FAM.

På det ortopædkirurgiske område vil der ske et mageskifte, som indebærer, at den akutte aktivitet, der flyttes fra Svendborg til Odense erstattes af elektive patienter, som flyttes fra Odense til Svendborg - i et tilsvarende omfang. Forskellige indlæggelsestider for de to matriklers patientmix vil formentligt betyde, at der er behov for en marginal reduktion af sengekapaciteten i Svendborg og en tilsvarende marginal udvidelse af sengemassen i Odense.

Den akutte kirurgiske aktivitet i Svendborg fylder i dag 22 senge. Der kalkuleres en udvidelse af det kirurgiske sengeantal i Odense på 16-17 senge. En samling af akutmodtagelsen på én matrikel, muligheden for fuld tilstedeværelse af speciallæger hele døgnet i FAM samt omlægning af de akutte kirurgiske patientforløb er årsagen til, at kapaciteten i Odense ikke udbygges i forholdet 1:1.

Det er ikke mulighed for at flytte yderligere planlagt kirurgisk aktivitet fra Odense til Svendborg.

De 4 barselssenge fra Svendborg flyttes til Odense.

Alt i alt vil der være en sengeudvidelse i Odense, svarende til ca. 21-23 senge samt en sengereduktion i Svendborg på 26-28 senge.

Den konkrete fordeling af de akutte kirurgiske senge i Odense mellem FAM og specialafdelingerne sker i en efterfølgende detailplanlægning.

4. Økonomi og tidsplan

I dette afsnit beskrives de økonomiske forudsætninger for lukning af Nyborg Sygehus og etablering af Svendborg Sygehus som specialsygehus. Der vil være nogle engangsudgifter til flytning og ombygning og der vil være permanente driftsbesparelser som følge af omlægningerne. Et evt. provenu ved salg af Nyborg Sygehus er ikke medtaget her.

Afsnit 4.3 beskriver den forventede tidsplan for gennemførelse af projektet.

4.1 Anlæg- og flytteomkostninger

For at skabe de fysiske forudsætning beskrevet i afsnit 3 er der behov for ombygning af flere af de eksisterende arealer – hovedsageligt i Svendborg men også i Odense.

På nuværende tidspunkt er udgifterne hertil estimeret på overslagsniveau i samarbejde med arkitekter og byggerådgivere på generalplanen i Svendborg og FM.

Tabel 4.1: Anlæg- og flytteomkostninger. Tkr.

Udgiftsområde	Matrikel	Tkr.
Etablering af skopicenter m. 7-8 stuer	Svendborg	7.900
- Skopi ventilation	Svendborg	2.000
- Skopi vaskeområde*	Svendborg	2.000
Genetablering af 1 rgt. + 1 UL-rum**	Svendborg	500
Udvidelse af dagkirurgi	Svendborg	2.700
Etablering af 2 DXA-skannerrum	Svendborg	500
Udvidelse af fødeafsnit og FAM	Odense	1.000
CT-skanner flyttes	Nyborg -> Svendborg	500
Rokade- og genhusningsudgifter	Nyborg -> Svendborg	300
Rokade- og genhusningsudgifter	Svendborg -> Svendborg	1.250
Rokade- og genhusningsudgifter	Svendborg -> Odense	300
Udgifter i alt		18.950

*hertil kommer vaskemaskiner der enten skal flyttes eller genanskaffes

**hertil kommer flytning af udstyr fra Nyborg

4.2 Driftsbesparelser

Lukning af Nyborg Sygehus medfører nogle driftsbesparelser, som især knytter sig til bygningerne og energiforbruget.

Samtidig vil lukningen af akutfunktionen på Svendborg Sygehus medføre nogle besparelser på vagtberedskaberne på afdeling A, O, D og V. Disse besparelser skal dog ses i forhold til eventuelle udvidelser af vagtberedskabet på Odense Universitetshospital og den samlede besparelse er derfor et nettoresultat heraf. Ligeledes kan der opnås nogle synergieffekter af den nye organisering, hvor der bl.a. på afdeling D reduceres i antallet af jordemødre.

Tabel 4.2: Årlige besparelser for OUH. Tkr.

Årlige besparelser	Tkr.
Driftsbesparelser (energi m.m.) – Nyborg	5.600
Facilities Management – Nyborg	1.600
Rengøring & Patientservice – Nyborg	1.600
Bortfald af huslejeindtægter i Nyborg	-324
Udgifter til ekstern leje af arkiv/depot – Nyborg	-100
Reduktion af vagtberedskaber	8.400
Synergibesparelser	2.000
Driftsbesparelser i alt	18.776

4.3 Tidsplan

Fra endelig godkendelse af projektet til de bygningsmæssige forudsætninger er på plads vil der ifølge byggerådgiverne gå 12 måneder. Hvis projektet godkendes af regionsrådet i foråret 2016 vil det nye skopicecenter, som er den største bygningsmæssige ændring, derfor stå klar til foråret 2017. Sammenholdt med de driftstab, der vil være under ombygning og flytning, betyder det, at det anbefales, at besparelserrealiseringen tidligst pålægges OUH i 2. kvartal 2017.

5. Forslag 1.9 – Udvendig bygningsvedligeholdelse

Bygningsvedligeholdelse, Somatiske Sygehuse og Behandlingspsykiatri

Regionens samlede brutto areal:

2015	974.600m ²
2016	961.512m ² heraf er tilbyg 2016 : 53.617m ²
2017	973.420m ² heraf er tilbyg 2016 : 53.617m ² og tilbyg 2017 : 11.908m ²
2018	973.420m ² heraf er tilbyg 2016 : 53.617m ² og tilbyg 2017 : 11.908m ²
2019	986.520m ² heraf er tilbyg 2016 : 53.617m ² , tilbyg 2017 : 11.908m ² og tilbyg 2019 : 13.100 m ²

I ovenstående arealer er følgende kendte ændringer i m² fra 2016 – 2017 justeret i samlet brutto areal:

- Ringe Sygehus på 8.300m² som er solgt pr. 31.12.2016.
- Fredericia Sygehus på 26.600m² fraflyttes i 2016.

1. Budget for bygningsvedligeholdelse

Nedenfor er oplyst pris pr. m² for vedligehold af terræn, udvendige og indvendige overflader samt installationer i henholdsvis middel og høj niveau.

Vedligehold - Terræn, planlagt og akut

Middel niveau (22x0,95) = 20,90 kr./m²

Høj niveau (42x0,95) = 39,90 kr./m²

Vedligehold - Udvendig, planlagt og akut

Middel niveau (35x0,95) = 33,25 kr./m²

Høj niveau (73x0,95) = 69,35 kr./m²

Vedligehold - Indvendigt, planlagt og akut

Middel niveau (42x0,95) = 39,90 kr./m²

Høj niveau (82x0,95) = 77,90 kr./m²

Vedligehold - Installationer, planlagt og akut

Middel niveau (151x0,95) = 143,45 kr./m²

Høj niveau (300x0,95) = 285,00 kr./m²

Sum for ovenstående vedligehold, planlagt og akut

Middel niveau (250x0,95) = 237,50 kr./m²

Høj niveau (497x0,95) = 472,15 kr./m²

Datakilde: V&S Prisdata 2015, bygningsdrift.

Med henvisning til Rambøll's rapport af november 2014 vedr. Regionernes behov for investeringer på sundhedsområdet, forudsættes det fremadrettede vedligeholdelsesbehov at beløbe sig til 2,1 mia. kr. årligt for alle regionernes eksisterende 3,8 mio. m², som der ikke er planer om at nedlægge.

Dette svarer til en m² pris på 552 kr. Det skal bemærkes, at det i rapporten er beskrevet, at ca. 32 % af regionernes eksisterende bygningsmasse er i kritisk stand, hvilket baseres på et landsplans gennemsnit.

Budget for udvendig bygningsvedligeholdelse

Samlet bevilling i 2015 er på 37,350 mio. kr. for 974.600 m²

Med udgangen af 2015 er 75 % af regionen m² i middel niveau eller derover.

10 % af regionens m² opdateres i 2015 med højt niveau svarende til 6,759 mio. kr. for opdatering til middel niveau. De resterende m² er vedligeholdt med 30,591 mio. kr.

Samlet indstillet bevilling for 2016 er på 37,347 mio. kr. for 907.895 m²

Med udgangen af 2016 forventes 85 % af regionens m² i middel niveau eller derover.

10 % af regionens m² opdateres dermed i 2016 med højt niveau svarende til 6,296 mio. kr. for opdatering til middel niveau. De resterende m² vedligeholdes med 31,051 mio. kr.

Samlet anbefalet bevilling 2017 er på 33,465 mio. kr. for 907.895 m²

Med udgangen af 2017 forventes 95 % af regionens m² i middel niveau eller derover.

For opfyldelse af en middelstand eller derover på 95 % planlægges 10 % af regionens m² at blive opdateret i 2017 med højt niveau svarende til 6,296 mio. kr. for opdatering til middel niveau. De resterende m² middel vedligeholdes med 27,169 mio. kr. iht. erfaringspriser fra V&S Prisdata 2015.

Samlet anbefalet bevilling 2018 er på 31,826 mio. kr. for 907.895 m²

Med udgangen af 2018 forventes alle regionen m² at fremstå i middelstand eller derover.

For opfyldelse af middel niveau eller derover planlægges 5 % af regionens m² at blive opdateret i 2018 med højt niveau svarende til 3,148 mio. kr. for opdatering til middel niveau. De resterende m² middel vedligeholdes med 28,678 mio. kr. iht. erfaringspriser fra V&S Prisdata 2015.

Fremadrettet anbefalet bevilling pr. år fra 2019 til 2020 er på 30,188 mio. kr. for 907.895 m²

Ovennævnte anbefaling tager udgangspunkt i middel vedligehold iht. erfaringspriser fra

V&S Prisdata 2015.

Oversigt over sygehuse / psykiatri	2015	2016	2017	2018	2019	Bemærkninger
SYDVESTJYSK SYGEHUS:						
Esbjerg Sygehus Finsensgade 35, 6700 Esbjerg	85.600	85.600	85.600	85.600	98.700	Tilbyg 2019 : 13.100 m ²
Grindsted Sygehus Engparken 1, 7200 Grindsted	20.900	20.900	20.900	20.900	20.900	
Brørup Sygehus Fredensvej, 6650 Brørup	9.100	9.100	9.100	9.100	9.100	1/3 af udgifterne betales af Vejen Kommune
Sundhedscenter Varde Frisvadvej 35, 6800 Varde	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	
SYGEHUS SØNDERJYLLAND:						
Aabenraa Sygehus Egelund 10, 6200 Aabenraa	30.700	58.000	58.000	58.000	58.000	Tilbyg 2016 : 27.300 m ²
Haderslev Sygehus Skallebækvej 7, 6100 Haderslev	45.000					Er solgt pr. 31.12.2014 Areal har indgået i sum 2015
Sønderborg Sygehus Sydvang 1, 6400 Sønderborg	85.500	85.500	85.500	85.500	85.500	
Tønder Sygehus Carstensgade, 6270 Tønder	13.600	13.600	13.600	13.600	13.600	

OUH - SVENDBORG

OUH 241.000 241.000 241.000 241.000 241.000

Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.

Svendborg Sygehus 49.000 49.000 49.000 49.000 49.000

Valdemarsgade 51 A, 5700 Svendborg

Fåborg Sygehus 12.900

Er solgt pr. 01.06.2015

Odensevej 51, 5600 Fåborg

Nyborg Sygehus 17.000 17.000 17.000 17.000 17.000

Vestergade 17, 5800 Nyborg

Ringe Sygehus 8.300 8.300

Er solgt pr. 31.12.2016

Lindevej 5, 5750 Ringe

Ærø Sygehus 5.300 5.300 5.300 5.300 5.300

Sygehusvej 18, 5970
Ærøskøbing

SYGHEUS LILLEBÆLT:

Vejle Sygehus 81.000 81.000 82.317 82.317 82.317 Tilbyg 2017 : 1.317 m²

Kabbeltoft 25, 7100 Vejle

Fredericia Sygehus 26.600 26.600 26.600 26.600 26.600

Dronningensgade 97, 7000 Fredericia

Give Sygehus 13.500 13.500 13.500 13.500 13.500

Tykhøjvej 5, 7323 Give

Kolding Sygehus	70.000	105.664	124.555	124.555	124.555	Sengebyg areal 2017 18.891m ²
Skovvangen 2 - 8, 6000 Kolding						Fejl i areal 2015 Nye arealer 25.000 m ²
Middelfart Sygehus	25.000	25.000	25.000	25.000	25.000	
Østre Hougvej 55, 5500 Middelfart						
PSYKIATRI - VESTJYLLAND						
Psykiatri - Esbjerg	16.000	18.000	18.000	18.000	18.000	
Gl. Vardevej 101, 6715 Esbjerg						
Psykiatri - Ribe	10.000					Er solgt pr. 01.06.2015
Ribevej 27, Egebæk, 6760 Ribe						
Distriktpsikiatri - Esbjerg						
Frihedsvej 15, Esbjerg	700	700	700	700	700	
Distriktpsikiatri - Ribe						
Hegelundsvej 7 - 9- 11, Ribe	550	550	550	550	550	
Distriktpsikiatri - Brørup	600	600	600	600	600	
Distriktpsikiatri - Grindsted						
Solvej 9, v. Sygehus.	350	350	350	350	350	
PSYKIATRI - SØNDERJYLLAND						
Psykiatri - Aabenraa		19.900	19.900	19.900	19.900	

Kresten Philipsens vej, 6200 Aabenraa

Psykiatri - Haderslev 9.800

Er solgt pr. 31.12.2014

Skallebækvej 7, 6100 Haderslev

Areal har indgået i sum 2015

Psykiatri - Augustenborg 22.600

Er solgt pr. 31.12.2015

Storegade 2, 6440
Augustenborg

Distriktpsikiatri - Tønder

Kastaniealle 5 og 7, Ribe 400 400 400 400 400

PSYKIATRI - LILLEBÆLT

Psykiatri - Vejle 9.500 9.500 9.500 9.500 9.500

Kabbeltoft 25, 7100 Vejle

Psykiatri - Kolding 15.100 17.448 17.448 17.448 17.448 Fejl i areal 2015

Skovvangen 2 - 8, 6000 Kolding

Psykiatri - Middelfart 18.500 18.500 18.500 18.500 18.500

Østre Hougvej 55, 5500 Middelfart

Distriktpsikiatri - Vejle Del af sygehuset

Distriktpsikiatri - Middelfart Del af sygehuset

Distriktpsikiatri - Fredericia Del af sygehuset

PSYKIATRI - FYN

Psykiatri - Odense	19.500	19.500	19.500	19.500	19.500	
J.B. Winsløws Vej, 5000 Odense C						
Psykiatri - Svendborg	6.100	6.100	6.100	6.100	6.100	
Baagøes Alle, 5700 Svendborg						
Distriktpsikiatri - Nyborg						Del af sygehuset
Distriktpsikiatri - Odense						Del af sygehuset
Distriktpsikiatri - Svendborg						Del af sygehuset
Regionens samlet brutto areal	974.600	961.512	973.420	973.420	986.520	

6. Forslag 1.11 – Udbud af vaskeriydelser

Scenarier for besparelspotientialet ved Fælles udbud af vaskeriydelser i Region Syddanmark

Besparelspotientialet ved Fælles udbud af vaskeriydelser i RSYD er forskelligt alt efter aktørens prissætning af vaskeriydelserne. Der er på baggrund af sammenligningen af aktørernes aktuelle vaskepriser opstillet tre scenarier for besparelspotientialet ved et fælles udbud af vaskeriydelserne i RSYD.

Scenarierne er:

Besparelspotientiale ved Fælles udbud af vaskeriydelser i RSYD (1.000 kr.)	2016	2017	2018	2019
SDV overtager vaskeriproduktionen i RSYD	-	14.960	-620	-1.080
SDV overtager vaskeriproduktionen på SVS	-	6.750	-3.060	-3.120
Privat aktør overtager vaskeriproduktionen i RSYD	-	-6.337	-10.965	-10.746
Privat aktør overtager vaskeriproduktionen i RSYD, og overtager SDVs sygehusvaskerier	-	-9.592	-14.220	-14.001

Fra 2016 og frem er det aftalt, at SDV er underlagt et årligt produktivetskrav på to procent.

Besparelspotientialet for Fælles udbud af vaskeriydelser i RSYD er beregnet på baggrund af, hvad SHS og SVS i dag betaler for deres vaskeriydelser, og hvor besparelspotientialet efterfølgende er korrigeret for forskelle i DFD og JLS' produktivitet samt for effekten af SDVs årlige produktivetskrav. Besparelspotientialet er således beregnet ud fra aktørernes eksisterende produktionsapparater og deres aktuelle priser.

SDV overtager vaskeriproduktionen i RSYD

Besparelspotientialet er korrigeret for investeringen til indkøb af nye uniformer mv. som vil skulle nyindkøbes såfremt SDV overtager opgaven. Udgifterne hertil er beregnet til 37,5 procent af den samlede vaskeudgift på SHS og SVS.

I de eksisterende kontrakter mellem SVS og JLS samt SHS og DFD er der en klausul indføjet, hvor der blandt andet står, at kunden er berettiget, men ikke forpligtet til at tilbagekøbe artikler med regionens logo til en pris fastsat af to sagkyndige. Dette kan få betydning for udgifterne til nyindkøb.

Forventningen til SDVs hjemtagning af vaskeriydelserne på SVS og SHS er et negativt besparelspotientiale for RSYD i 2017 på 14,960 mio. kr., der i 2018 vendes til et besparelspotientiale på -0,620 mio. kr. og -1,080 mio. kr. i 2019.

Forventningen til SDVs hjemtagning af vaskeriydelserne på SVS er et negativt besparelspotientiale for RSYD i 2017 på 6,750 mio. kr., der i 2018 vendes til et besparelspotientiale på -3,060 mio. kr. i 2018 og -3,120 mio. kr. i 2019.

Privat aktør overtager vaskeriproduktionen i RSYD

Besparelspotientialet er korrigeret for investeringen til indkøb af nye uniformer på enten SVS eller SHS som vil skulle nyindkøbes såfremt én af aktørerne overtager opgaven. Investeringen til ny indkøb er beregnet ved brug af følgende formel (37,5 procent * årlig vaskeudgift). Begrundelsen for hvorfor det kun er udgiften til uniformer, der indgår i beregningen, er, at de øvrige produkter som patienttøj, dyner mv. er "bulk" varer som regionen lejer, og lejeudgifterne afregnes som en del af vaskeprisen på det pågældende produkt.

I de eksisterende kontrakter mellem SVS og JLS samt SHS og DFD er der en klausul indføjet, hvor der blandt andet står, at kunden er berettiget, men ikke forpligtet til at tilbagekøbe artikler med regionens logo til en pris fastsat af to sagkyndige. Dette kan få muligvis betydning for udgifterne til nyindkøb.

For så vidt angår investeringen til indkøb af nye uniformer på OUH og SLB forudsættes det at SDVs uniformssortiment på OUH og SLB kan overføres til den nye aktør, mens alle andre produkter fremover vil være "bulk" varer som regionen lejer, dvs. at vilkårene for disse produkter på OUH og SLB vil svare til vilkårene, der i dag er på SHS og SVS.

Besparelsespotentialet er derudover afhængigt af, hvad der kommer til at ske med SDVs sygehusvaskerier på OUH og SLB – overgår vaskerierne til den nye aktør og medarbejderne virksomhedsoverdrages forventes det som udgangspunkt ikke at få betydning for besparelsespotentialet.

Nedlægges sygehusvaskerierne derimod vil det få betydning for besparelsespotentialet. I besparelsespotentialet for 2017 og frem er der derfor indregnet, at OUH og SLB vil mangle huslejeindtægter svarende til huslejen som SDV i dag betaler til sygehusene. Det er endvidere forudsat, at medarbejderne i SDV opsiges rettidigt, således at udgifterne til medarbejderne ikke får indflydelse på besparelsespotentialet i 2017. Konsekvenserne af eventuelle udgifter til tjenestemandspensioner er der dog ikke taget højde for i beregningen af besparelsespotentialet.

I tilfældet af, at SDV's vaskeriproduktion på OUH og SLB nedlægges er forventningen til én privataktørs overtagelse af vaskeriproduktionen i RSYD et besparelsespotentiale for RSYD i 2017 på -6,337 mio. kr., stigende til -10,965 mio. kr. i 2018 og -10,746 mio. kr. i 2019.

Overgår SDVs sygehusvaskerier på OUH og SLB derimod til den nye aktør er forventningen til én privat aktørs overtagelse af vaskeriproduktionen i RSYD et besparelsespotentiale for RSYD i 2017 på -9,592 mio. kr., stigende til -14,220 mio. kr. i 2018 og -14,001 mio. kr. i 2019. Besparelsespotentialet er beregnet ud fra prissætningen af vaskepriserne i den private aktørs eksisterende produktionsapparat, og beregningen tager således ikke taget højde for om den private aktør kan vaske til de samme priser i SDVs sygehusvaskerier.

I besparelsesforslaget om Fælles udbud af vaskeriydelserne i Region Syddanmark er der dog forsøgt at tage højde for dette, idet den indlagte besparelse har følgende profil: -4,000 mio. kr. i 2017, stigende til årligt -6,000 mio. kr. i 2018 og 2019.

7. Forslag 1.13 – Strålebehandling Flensborg

Antal ture til Flensborg (2014)	Antal ture			
	Haderslev	Sønderborg	Tønder	Aabenraa
Ej pensionist	434	363	291	600
pensionist	143	253	351	553

1. Udgifter til siddende befordring

Antal ture, der køres til Flensborg (2014) med regionens transportordning	Antal ture med befordring			
	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*
Ej pensionist	260	218	175	360
pensionist	86	152	211	332

Gennemsnitlig antal minutter pr rejse	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*
Antal minutter	51	40	52	40

Udgifter til siddende befordring	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*	I alt
Udgifter	66.211	55.440	75.114	103.770	300.535

Antal ture, der køres til Vejle (2014) med regionens transportordning	Antal ture med befordring			
	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*
Ej pensionist	260	218	175	360
pensionist	86	152	211	332

Gennemsnitlig antal minutter pr rejse	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*
Antal minutter	48	71	71	71

Udgifter til siddende befordring	Haderslev	Sønderborg*	Tønder	Aabenraa*	I alt
Udgifter	62.316	98.406	102.560	184.192	447.473

2. Udgifter til befordringsgodtgørelse

Antal ture berettiget ved Flensburg	486
Antal ture berettiget ved Vejle	717

Flensburg	Pris mellem Flensburg og Bovrup	Pris mellem Flensburg og Løgumkloster	Pris mellem Flensburg og Haderslev
Gennemsnitspris ej pensionist over 50 km		57	51
Gennemsnitspris pensionist under 50	57		
Gennemsnitspris pensionist over 50 km		57	51

Vejle	Pris mellem Vejle og Bovrup	Pris mellem Vejle og Løgumkloster	Pris mellem Vejle og Haderslev
Gennemsnitspris ej pensionist over 50 km	85	143	51
Gennemsnitspris pensionist under 50			
Gennemsnitspris pensionist over 50 km	85	107	51
Estimerede udgifter	Flensborg med X-faktor	Vejle med X-faktor	Merudgifter
Ej pensionist	7.744	12.749	5.005
pensionist	14.648	24.274	9.625
I alt	22.393	37.023	14.630
X-faktor	0,5		

3. Samlede udgifter

Estimerede udgifter	Flensborg	Vejle	Merudgifter
Siddende befordring	300.535	447.473	146.939
Befordringsgodtgørelse	22.393	37.023	14.630
I alt	322.927	484.496	<u>161.569</u>

8. Forslag 2.1 – 2.8 – Begrænsning af udgifterne til medicin

1. Overvejelser om permanentligheden af besparelser på medicinområdet.

Arbejdsgruppen vedr. sparetema 2 (muligheder for at begrænse udgiftsvæksten vedr. sygehusmedicin og tilskudsmedicin) har herved identificeret 4 indsatsområder på hvert af de to områder: sygehusmedicin og tilskudsmedicin. Det samlede besparelspotentiale er vurderet til 22 mio. kr. På sygehusmedicin betragtes besparelsen som varig, hvorimod der på tilskudsmedicin kun indregnet en 1 årig effekt. Nedenfor beskrives begrundelserne herfor:

1.1 Tilskudsmedicin:

Region Syddanmark har tradition for at budgettere udgifterne til medicintilskud på aftaleniveau – dvs. ud fra de forudsætninger, der ligger til grund for økonomiaftalen. Bevillingen fra staten til tilskudsmedicin tilpasses (med en vis forsinkelse) forbrugsudviklingen. Dette betyder, at forbrugsbesparende tiltag i regionerne helt eller delvist udlignet af en lavere efterfølgende bevilling.

Set i det lys er selv indarbejdelse af en et-årig besparelse – i form af en nedskrivning af rammen – afvigelse fra normal budgetpraksis. En flerårig nedskrivning kan ikke anbefales på grund af den store usikkerhed om den fremtidige udvikling på både udgifts- og bevillingssiden.

En alternativ måde at se besparelsesforslagene på området for tilskudsmedicin (15 mio. kr.) kan derfor være at betragte dem som tiltag, der bidrager til at overholde budgettet for tilskudsmedicin, subsidiært skaffer råderum til afhjælpning af budgetoverskridelser andre steder på sundhedsområdet.

1.2 Sygehusmedicin:

Budgetter på sygehusmedicinområdet er notorisk behæftet med betydelig usikkerhed. Udgifterne til sygehusmedicin er fordelt på mere end 2000 præparater, hvoraf der er stigende udgifter til nogen præparater og faldende udgifter til andre.

Arbejdsgruppen har valgt ikke at medtage gevinster som følge af patentudløb eller som følge af faldende priser som følge af udbud, men alene kigget på konkrete initiativer, der kan bidrage med en varig effekt på udgifterne.

Tiltagene på sygehusmedicin er derfor indregnet med en varig effekt. Dette skal forstås således, at udgiftsudviklingen over tid parallelforskydes med 7 mio. kr. Der er således tale om en begrænsning i udgiftsvæksten. Dette ændrer ikke på det forhold, at der også i de kommende år vil være behov for at tilføre ekstra midler til dette område.

Nedenfor ses oversigt over besparelsesforslagene.

Oversigt over spareplaner medicingruppen	2016	2017	2018	2019
Hurtigere og mere effektiv RADS-implementering	2.000	2.000	2.000	2.000
Hepariner	1.000	1.000	1.000	1.000
Hepatitis C	1.000	1.000	1.000	1.000
Spilddagsorden	3.000	3.000	3.000	3.000
I alt sygehusmedicin	7.000	7.000	7.000	7.000
Opstramning på AK-området	3.000			
KOL- Astma basislisten	4.000			
Fokuserede praksisbesøg	4.000			
Clopidogrel	4.000			
I alt praksismedicin	15.000	0	0	0
I alt medicin	22.000	7.000	7.000	7.000

9. Forslag 4.1 – Revurdering af de patientnære rammer

I økonomiaftalerne med regeringen for 2014 og 2015 er det aftalt, at regionerne allokere midler til patienter med forløb på tværs af sektorerne. Kommunerne har tilsvarende i deres økonomiaftaler fået midler til samme formål. I økonomiaftalen for 2016 er der ikke lavet en særskilt aftale for midlerne. Samtidig har den dialog med kommunerne, der i økonomiaftalerne forudsattes etableret i regi af sundhedsaftalerne, ikke være mulig at etablere, hvorfor området nu indgår som spareforslag.

Der foreslås en strategisk tilgang, hvor der afsættes ressourcer til særligt udvalgte indsatsområder. De udvalgte indsatsområder skal drøftes yderligere med sygehusene og i staben, men det foreslås, at rammen bespares med 25 mio. kr. årligt fra 2016 og frem. Det betyder, at der i 2016 alene vil være overførte midler fra 2015 at udmønte, dvs. ca. 4 mio. kr., i 2017 6. mio. kr., i 2018 11 mio. kr. og i 2019 vil restere 14 mio. kr. til udmøntning.

I økonomiaftalerne for 2014 og 2015 er det aftalt, at regionerne allokere midler til patienter med forløb på tværs af sektorerne. Det betyder, at Region Syddanmark siden 2014 har allokeret 55 mio. kr. til formålet.

I 2014 og 2015 har 25 mio. kr. pr. år anvendt på projekterne Tidlig opsporing og forebyggelse og Integrated Care været medregnet som allerede udmøntede projekter under rammen, således at der i 2014 og 2015 har været en udmøntningsramme på 30 mio. kr. årligt. I budgettet for 2016 er der til rammen tilført 24 mio. kr. til erstatning for de indregnede midler anvendt til Tidlig opsporing og forebyggelse og Integrated Care, således at den samlede udmøntningsramme andrager 54 mio. kr. fra 2016 og frem.

1. Midlernes formål og udmøntningsprocessen.

Midlerne skal understøtte indsatsområder i sundhedsaftalen og anvendes med fokus på patientrettet forebyggelse og i forhold til patienter, der typisk har behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sektorerne. Midlerne skal i regioner og kommuner føre til færre uheldsmæssige genindlæggelser, færre forebyggelige indlæggelser, færre uheldsmæssige akutte korttidsindlæggelser og færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

Udmøntningen af midlerne skal drøftes i regi af sundhedsaftalerne. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge op på resultater og erfaringer, og kommuner og region skal i fællesskab afrapportere anvendelsen af midlerne til ministeriet.

Konkret har området været drøftet i Syddanmark adskillige gange, både administrativt og politisk mellem region og kommunerne. Der har været gjort mange forsøg på at etablere den dialog og den proces, der var lagt op til i økonomiaftalerne. Dog lykkedes det i januar 2015 – i lyset af en forventning om, at Finansministeriet ville følge området endnu tættere, herunder i forbindelse med økonomiaftalerne for 2016 – at aftale et årshjul for koordineret prioritering af midlerne, samt for opfølgning og videndeling om resultaterne af anvendelsen af midlerne.

Budget 2016ff. Imidlertid meddelte kommunerne i et møde i Sundhedskoordinationsudvalget i august 2015, at de kommunale midler allerede er indarbejdet i de kommunale budgetter, hvor midlerne er disponeret, og at der derfor ikke er ubrugte midler til rådighed i kommunerne til nye initiativer. Som en konsekvens heraf besluttede Det Administrative Kontaktforum i september måned, at det ikke fortsat er relevant at samarbejde om udmøntningen af midlerne og at en eventuel fælles drøftelse kan dagsordensættes, hvis der kommer nye midler til udmøntning.

I økonomiaftalen med regeringen for 2016 er der ikke lavet en særskilt aftale for midler til patientnære indsatser. Det fortolkes således, at der ikke i 2016 og årene frem er de samme bindinger som i 2014 og 2015. Det er dog stadig et vigtigt område, men altså ikke særskilt prioriteret.

Økonomiaftalens indhold – sammen med kommunernes udmelding i efteråret 2015 om at kommunale midler i årene frem allerede er disponerede – danner grundlaget for, at der i relation til budgetforliget for 2016 kan foretages en revurdering af initiativerne vedr. patientnære indsatser med henblik på at beskrive en besparelsesmulighed. Det fremgår af budgetforliget, at revurderingen af initiativerne skal ske i samarbejde med kommunerne.

Nogle af de initiativer, som Regionsrådet i 2014 og i 2015 har godkendt, er permanente, mens andre er tidsbegrænsede. Jf. ovenstående argumenteres der for, at der fortsat afsættes midler til at styrke de patientnære indsatser, især med fokus på at øge kvalitet og sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer. Uagtet at kommunerne ikke har ønsket at indgå i drøftelser om konkrete projekter, ses der et potentiale i at prioritere en del af de resterende midler, så de støtter op om de indsatsområder, der allerede er beskrevet i sundhedsaftalen.

1.1 En strategisk tilgang til udmøntning af de resterende midler.

Afsættet er, at det ikke er hensigtsmæssigt at bespare samtlige ikke udmøntede midler. Dels fordi meldingen centralt fra er, at området stadig er vigtigt, dog ikke særskilt prioriteret i økonomiaftalen for 2016, dels med henvisning til den kommunernes udmelding om fælles drøftelse, såfremt der kommer nye midler til.

Desuden forventes det at der fremover er behov for midler til at understøtte sundhedsaftalen og som incitamentsskabende værktøj på det område, der blev udpeget i økonomiaftalerne, nemlig patientrettet forebyggelse og i forhold til patienter, der typisk har behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sektorerne. Dette med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Med henblik på at opgøre besparelsesmulighederne på rammen til patientnære indsatser foreslås derfor en strategisk tilgang, hvor der afsættes ressourcer til særligt udvalgte indsatsområder som er prioriteret i sundhedsaftalen og som samtidig prioriteres i kommunerne i forbindelse med deres anvendelse af midlerne. Der vil fortsat være behov for midler til at understøtte den praktiske implementering af sundhedsaftalen, såsom afholdelse af konferencer, temamøder etc.

Kommunerne har leveret en oversigt over de områder der i kommunerne har været særligt fokus på i forbindelse med deres udmøntning af midlerne i økonomiaftalerne. Det er få kommuner, der specifikt har valgt at prioritere udmøntningen af midler i et konkret samarbejde med sygehuse, og det har været vanskeligt at få kommunerne til samlet at indgå i nye projekter.

Ser man på oversigten fra kommunerne, viser er sig dog muligheder for et styrket samarbejde uden at det nødvendigvis kan forventes at der afsættes specifikke midler til nye projekter. Kommunerne vurderer at man fremover især vil prioritere indsatser på følgende områder:

- Styrket indsats på rehabiliterings- og træningsområder
- Aflastningspladser og beredskaber til at modtage færdigbehandlede patienter
- Styrket indsats i forhold til sygepleje
- Samarbejde om opgaveoverdragelse

Disse indsatser er i overvejende grad allerede beskrevet i Sundhedsaftalen og det vil derfor være oplagt, at prioritere anvendelsen af de regionale midler, så vi alligevel får en fælles styrket indsats på disse områder.

Det foreslås derfor, at vi styrer de regionale midler i samme retning, således at vi prioriterer initiativer, som også understøtter de kommunale indsatsområder. På den måde er det stadig muligt at indgå i samarbejder, enten lokalt omkring de enkelte sygehuseheder eller på tværs af regionen, men uden at der indledningsvist lægges op til, at der skal etableres egentlige projekter.

2. Konkret foreslås følgende:

2.1 Styrket indsats på rehabiliterings- og træningsområder

I forbindelse med implementering af de kliniske retningslinjer, der anbefaler træning i stedet for operation, kan der være behov for at udvikle fælles træningskoncepter. F.eks. anbefales det i den kliniske retningslinje for knæartrose, at patienter trænes i primærsektoren i et særligt velafprøvet koncept (GLAD). I forbindelse med en eventuel udbredelse af GLAD-konceptet som patientrettet forebyggelsestilbud til patienter med knæartrose, foreslås det at der knyttes forskning i effekter på både kort og lang sigt.

2.2 Aflastningspladser og beredskaber til at modtage færdigbehandlede patienter.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at region og kommuner i fælleskab vil udvikle en aftale om "Samarbejde mellem kommunale akutfunktioner og regionale behandlingstilbud". Det foreslås at der afsættes midler til at udvikle denne aftale, herunder udvikling af metoder til kvalitetssikring og –opfølgning af samarbejdet omkring de kommunale akutfunktioner. Denne indsats forventes at have stort potentiale i forhold til reduktion af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser. Denne indsats vil også understøtte kommunernes fokus på styrket indsats i forhold til sygepleje.

2.3 Samarbejde om opgaveoverdragelse

Regionen og kommunerne har igangsat et arbejde om at udvikle en generisk model for opgaveoverdragelse. Som følge af den faglige og teknologiske udvikling, har regionen en stor interesse i at overdrage en række opgaver fra sygehus til kommuner. Det foreslås derfor, at der afsættes midler til at understøtte opgaveoverdragelse, herunder til tilbud om kompetenceudvikling af kommunalt personale i forbindelse med opgaveoverdragelse. Det foreslås også, at der afsættes midler til forskning og evaluering af effekter, herunder patientoplevelt kvalitet, i forbindelse med overdragelse af opgaver.

I forbindelse med de foreslåede indsats vil det være relevant at arbejde med at indtænke Den Syddanske Forbedringsmodel, ligesom det foreslås, at nogle midler kan afsættes til at understøtte udviklingen af AmbuFlex og PRO.

De udvalgte indsatsområder skal drøftes yderligere med sygehuse og i staben, men det foreslås, at rammen bespares med 25 mio. kr. årligt fra 2016 og frem. Det betyder, at der i 2016 alene vil være overførte midler fra 2015 at udmønte, dvs. ca. 4 mio. kr., i 2017 6. mio. kr., i 2018 11 mio. kr. og i 2019 vil restere 14 mio. kr. til udmøntning

10. Forslag 5.1- Opsigelse af §2 aftaler

1. §2-aftalen vedr. rekruttering og fastholdelse i almen praksis

§2-aftalen vedr. rekruttering og fastholdelse i almen praksis ledsages af en fast ramme afsat af Regionsrådet. Rammen er baseret på et skøn over fremtidige udgifter til rekruttering og fastholdelse via fx fastholdelsesgodtgørelse, husleje garanti, flyttetilskud m.m. Som følge af den nye lov om almen praksis bruges der mindre på rekruttering og fastholdelse end oprindeligt anslået.

§2-aftalen vedr. rekruttering og fastholdelse skal sikre en rimelig lægedækning og en fremtidssikret praksisstruktur i Region Syddanmark

Aftalen støtter op om dette arbejde ved bl.a. at give mulighed for at give særlig godtgørelse til fastholdelse i særligt truede områder. Aftalen giver også mulighed for at yde tilskud til husleje garanti og flyttetilskud

Der er afsat en ramme på 10,5 mio. kr. til at dække udgifterne til dette. Som følge af den nye lov om almen praksis har regionerne nye muligheder for at sikre lægedækning. Det vurderes derfor at udgifterne til rekruttering og fastholdelse kan reduceres med 2 millioner kr. årligt.

Der forudses ingen personalemæssige eller aktivitetsmæssige konsekvenser af spareforslaget. Der forudses heller ikke afledte udgifter eller aktivitetsstigninger andet steds. Forslaget har ingen konsekvens for serviceniveauet overfor patienterne. Aftalens aktiviteter ventes fremadrettet at kunne rummes i den nedskrevne ramme.

Aftalen honorerer praktiserende læger for at sende billeder til vurdering hos dermatolog. Der honoreres for et tidsforbrug på 10 minutter svarende til grundhonorar på 120,05 kr. Proceduren er i dag ganske kort idet billedet kan tages med telefon og sendes på samme vis som en henvisning.

Det foreslås at justere aftalen således at honoraret bortfalder.

2. §2-aftalen om anvendelse af teledermatologi

§2-aftalen om anvendelse af teledermatologi i almen praksis giver de praktiserende læger mulighed for at sende billeder til vurdering hos praktiserende hudlæger, der er tilmeldt ordningen. Hudlægen vurderer behovet for en konsultation og diagnosticerer i nogle tilfælde hudlidelsen ud fra billedet alene. Patienten kan derefter rådgives i praksis.

Selve proceduren med at tage og sende billedet er i dag meget enkel og ikke mere tidskrævende end at sende en henvisning

Aftalen bør betragtes som et tilbud til almen praksis, der ikke behøver ekstrabetaling. Det foreslås derfor at justere aftalen så honoreringen bortfalder.

25% af lægerne benyttede sig i 2014 for muligheden for teledermatologi. 1.600 patienter modtog ydelsen i 2014.

Det forudses at en mindre del af de praktiserende læger vil ophøre med at udføre ydelsen, hvis honoraret bortfalder.

Det må derfor også forventes at der i mindre grad er en afledt konsekvens ift. aktiviteten hos speciallæger og hudafdelinger. Hvor almen praksis ophører med at tilbyde ydelserne vil det medføre servicemæssige forringelser for patienterne særligt i yderområderne.

Det totale antal patienter der modtager ydelsen er dog ikke stort og de er ikke ringere stillet end patienterne i de praksis der ikke benytter ydelsen.

Praksisafdelingen følger op på, at der ikke er aktivitet på de aftalespecifikke ydelseskoder

3. Undladelse af betaling til fynske øjenlægers indberetning til Den Fynske Diabetesdatabase

De fynske øjenlæger er hidtil blevet honoreret for indberetning af øjenstatus til Den fynske Diabetesdatabase. Denne ordning har indgået i en aftale om øjenscreening af diabetespatienter, som er opsagt pr. 1/9 2015. Derved harmoniseres Fyn med den øvrige region.

Aftalen omhandler honorering af de fynske øjenlæger for indberetning af data til Den Fynske Diabetesdatabase.

Aftalen om øjenscreening er opsagt pr. 1/9 2015 idet screening indgår i overenskomsten.

I denne lokalaftale indgik honorar for indberetning til Den Fynske Diabetesdatabase. Det foreslås, at honoreringen for indberetning ikke genindføres for at harmonisere Fyn med den øvrige region, idet der bør være nationale eller regionale løsninger for indberetning til databaser.

Opsigelse af aftalen vil have servicemæssige konsekvenser for de patienter på Fyn der p.t. får indberettet data, idet data med det tværsektorielle overblik for disse patienter mistes.

4. Opsigelse af aftale om almen praksis indberetning til Den Fynske Diabetesdatabase

Aftalen honorerer de praktiserende læger på Fyn for årskontrol af diabetespatienter samt indberetning af data til Den Fynske Diabetesdatabase. Aftalen foreslås opsagt. Derved harmoniseres diabetesbehandlingen på Fyn med den øvrige region.

§2-aftalen omhandler honorering af de praktiserende læger i det tidligere Fyns Amt for årskontrol af diabetespatienter og indberetning af data til Den Fynske Diabetesdatabase.

Almen praksis indberetter patientdata til den fynske database som en del af årskontrollen af diabetespatienter. Databasen giver et samlet overblik over indberetninger fra almen praksis, sygehus og fodterapeuter. Oplysningerne er synlige for kommune, sygehus og almen læger.

Aftalen bruges af 26 % af lægerne på Fyn

Aftalen honorerer for tidsforbrug ved årskontrol samt indberetning.

Aftalen anvendes i vidt omfang forkert idet lægerne i vidt omfang også tager de overenskomstmæssige ydelser 0101 og 0120 sammen med ydelsen for årskontrol og indberetning.

Opsigelse af aftalen vil harmonisere diabetesbehandlingen på Fyn med den øvrige region. Der bør være enten en national eller regional løsning for databaser.

Derudover kan det diskuteres om almen praksis bør betales for indberetning til databaser.

Der findes allerede overenskomstmæssige ydelser til at honorere for årskontrol.

Opsigelse af aftalen vil have servicemæssige konsekvenser for de patienter der p.t. går til årskontrol ved almen praksis på Fyn i de praksis som indberetter data, idet data med det tværsektorielle overblik for disse patienter mistes.

Praksisafdelingen følger op på, at der ikke er aktivitet på de aftalespecifikke ydelseskoder.

5. Opsigelse af rammeaftale vedr. forebyggende og opfølgende fysioterapeutisk holdundervisning

Rammeaftalen har til formål at muliggøre forebyggende og opfølgende behandling til specifikke sygdomsgrupper med det formål at lære hensigtsmæssige øvelser og brug af kroppen. Aftalen giver tilskud til træningstimer og lokaleleje. Aftalen foreslås opsagt da forebyggelse primært er en kommunal opgave.

Aftalen omfatter sygdomsgrupperne dårlig holdning, gentagne anfald af rygsmerter, udprægede kropslige hæmninger, diskusprolaps og hofteledelse, astma og bronkitis, gigt og ledbeskadigelser, hjerte- karlidelser, bækkenbundslidelser, neurologiske lidelser

Regionen yder tilskud til honorarer og til lokaleleje for holdundervisning.

Aftalen foreslås opsagt, da forebyggende fysioterapi må anses som en kommunal opgave.

Tilbuddet har årligt omfattet ca. 500 personer i hele regionen

Der hører ydelsesspecifikke koder til aftalen. Praksisafdelingen følger op på, at der ikke er aktivitet på disse.

6. Opsigelse af tilskudsordning til bassinleje for fysioterapeutisk holdtræning

Ordningen om regionalt tilskud til bassinleje er blevet videreført fra amternes tid. Nationalt set er tilskudsordningen under afvikling. Region Syddanmark er den eneste region der har bibeholdt aftalen. I forbindelse med flytningen af myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi er ordningen kommet under det kommunale ansvarsområde. Det foreslås at tilskudsordningen bringes til ophør.

I Region Syddanmark kan fysioterapeuter ansøge om et tilskud i forbindelse med fysioterapeutisk holdundervisning i varmtvandsbassin. Tilskuddet udgør maksimalt 700 kr. pr. time.

Bassinholdene består både af kommunale og regionale patienter.

Overenskomsten giver regionen mulighed for at betale en del af bassinlejen. Ved undervisning i bassiner med regionalt tilskud formindskes fysioterapeutens honorar for de kommunale, vederlagsfri patienter.

Hvis tilskudsordningen ophører, skal fysioterapeuten selv stå for udgifterne til bassiner. Fysioterapeuterne vil samtidigt kunne afregne et højere honorar for undervisning af de kommunale, vederlagsfri patienter. Det anslås at denne merudgift til kommunerne, som følge af det forhøjede honorar, andrager 1,8 mio. kr. årligt ved det nuværende aktivitetsniveau.

Der er ingen ændring i afregningen for tilskuddet til regionale patienter til holdtræningen, hvis tilskudsordningen ophører

Det er dog muligt at der vil være en prisstigning i egenbetalingen for de regionale patienter.

Det er også en mulighed at den enkelte kommune vælger at overtage tilskudsordningen

I 2014 udbetalte regionen 5.3 mio. til tilskudsordningen.

Region Syddanmark er den eneste region, der har bibeholdt tilskudsordningen.

Praksisafdelingen følger op på, at der ikke betales tilskud til bassinleje fra datoen for ordningens udløb.

11. Forslag 6.1, 6.2 og 6.3 – Revurdering af præhospital dækning

I "fremtidens sygehuse i Region Syddanmark akutplan" er beskrevet "Samlingen af akutmodtagelser fordrer, at der samtidig sker en oprustning af den præhospital indsats i Region Syddanmark".

Om lægebiler er formuleret i akutplanen "For i videst mulig udstrækning at kunne leve op til målsætningen om indsats af speciallæge inden for 15-20 minutter bør der ske en udbygning af de nuværende ordninger. Lægebilerne bør placeres i områder med stor befolkningstæthed og således, at de med en køretid på 15-20 minutter dækker den størst mulige del af befolkningen."

Om akutbiler er formuleret i akutplanen "lægebilerne dækker dog ikke hele regionen indenfor den ønskede responstid. I de områder, hvor der er langt til en lægebil, foreslås placeret døgndækkende akutbiler bemandede med en paramediciner (niveau 3 redder) eller evt. anæstesisygeplejersker/traumesygeplejerske."

Svendborg Sygehus er akutsygehus indtil det nye Odense Universitetshospital står færdig i 2022. Derefter overgår Svendborg Sygehus til at være specialsygehus.

I Budget 2012 blev der afsat midler til akutlægebil i Sønderborg i dagtiden kl. 7.30 – 18.00. Regionsrådet vedtog på regionsrådsmødet den 27. maj 2013, at akutlægebil i Sønderborg blev gjort døgndækkende, og at speciallægen i anæstesi, der kører på akutlægebil, kan medvirke ved liggende patienttransporter i Sygehus Sønderjylland.

Vurderingen var, at dækningen med akutlægebil ville øges med 44 % til 95 % af årets timer. Der kører altid en paramediciner med i akutlægebil i Sønderborg, så den bliver omdannet til akutbil med paramediciner, når der ikke er en læge med.

Sygehus Sønderjylland finansierede etablerings- og driftsudgifterne forbundet med at gøre akutlægebil døgndækkende, da målet med den døgndækkende akutlægebil var at forbedre kvaliteten på interhospital transport i Sygehus Sønderjylland og rekrutteringen af anæstesilæger til Sønderborg Sygehus.

Akutlægebil i Sønderborg har haft læge i perioden januar 2014 til og med august 2015. hele dagen i 398 (79 %) ud af 503 dage. I 23 dage (5 %) har der været delvis dækning med læge og i 82 dage (16 %) har der ikke været lægedækning.

I skemaet på næste side er angivet præhospital enheders indsatsniveau i 2014, udgiftsniveau i 2015-priser og pris pr. indsats.

Ambulancer er ikke taget med i opgørelsen, da der er lige startet en ny ambulanceaftale op 1. september 2015, som der er meget fokus på, hvordan fungerer. Det ses derfor ikke som en mulighed at fremlægge forslag pt. om at spare på ambulanceberedskaber. Det er lovpligtigt for regionen at have et ambulanceberedskab, hvilket ikke gælder for de øvrige beredskaber.

Den landsækkende akutlægehelikopterordning, der startede 1. oktober 2014 er heller ikke taget med i skemaet, da en besparelse på enheder/indsatstid kræver enighed mellem alle regioner. Efter en lidt stille start i Region Syddanmark er ordningen nu kommet rigtigt godt i gang og et godt supplement til de øvrige præhospital ordninger. Dog er potentialet nok ikke fuldt udnyttet endnu og derfor kan man forestille sig at ordningen kunne indarbejdes endnu mere i Region Syddanmark. Da ordningen nu er permanent og meget velfungerende er det fagligt helt forsvarligt at have dette tilbud som forudsætning for de ændringer der foreslås her.

Oversigt 1. Præhospitale enheder i Region Syddanmark ekskl. Ambulancer og den landsdækkende akutlægehelicopterordning

Beredskaber	Indsatser i 2014	Udgift i 2015-priser	Udgift pr. indsats
Akutlægebiler			
Odense	4.290	10.303.000	2.400
Svendborg	1.869	9.543.000	5.100
Kolding	2.998	9.543.000	3.200
Esbjerg	2.607	9.543.000	3.700
Aabenraa	1.856	9.543.000	5.100
Sønderborg 1)	1.513	9.543.000	6.300
Akutlægebiler i alt	15.133	58.018.000	3.800
Udrykningslæger			
Fredericia	880	1.822.000	2.000
Vestfyn	839	1.659.923	2.000
Vejle 2)	(636)	(1.363.046)	(2.100)
I alt 3)	1.719	3.482.000	2.000
Akutbiler			
Rudkøbing	468	2.700.000	5.800
Faaborg	790	2.700.000	3.400
Grindsted	965	2.700.000	2.800
Oksbøl	644	2.700.000	4.200
Skærbæk	838	2.700.000	3.200
Rødding	964	2.700.000	2.800
Haderslev	1.027	2.700.000	2.600
Akutbiler i alt	5.696	18.900.000	3.300

Nibøhelikopteren 4)	51	2.190.000	42.900
Nordborg nødbehandlerbil	537	1.855.000	3.500
Præhospital hjemmesygeplejersker i Varde Kommune	115	850.000	7.400
Frivillige akuthjælperordninger-/nødbehandlerordninger	915	750.000	800
I alt	24.166	86.045.000	3.600

- 1) Akutlægebilen har siden opstarten været helt eller delvis akutbil med paramediciner 21 % af dagene.
- 2) Der er benyttet 2013-tal for udrykningslægen i Vejle, da det var det sidste hele kalenderår for ordningen.
- 3) Udgift pr. indsats er beregnet ekskl. Udrykningslægen i Vejle
- 4) Nibøhelikopteren har fløjet 12 ture i Region Syddanmark i årets første 9 måneder, så regionens udgift til helikopteren bliver væsentlig mindre i 2015 end i 2014. Regionen betaler årligt 672.000 kr. i lønudgifter til danske læger, der flyver med helikopteren. Resten af udgifterne er variabel betaling pr. flyveminut.

Der arbejdes på etablering af supplement til ambulanceberedskabet på Ærø i de situationer, hvor der er to samtidige A-udkald, og ambulanceberedskabet ikke umiddelbart kan frigøres.

Arbejdsgruppen er i sit foreløbige arbejde kommet frem til 3 spareforslag:

Forslag 6.1. Paramedicinerne flyttes fra akutbilerne ud i ambulancerne. Nedlæggelse af akutbilerne i Faaborg, Grindsted, Skærbæk og Haderslev. Bevarelse af akutbilerne i Oksbøl, Rødding og Rudkøbing. Nettobesparelse 5,676 mio. kr. årligt.

Forslag 6.2. Nedlæggelse af udrykningslægerne i Fredericia og på Vestfyn. Nettobesparelse 3.482 mio. kr. årligt.

Forslag 6.3 Nedlæggelse af dem ubesatte stilling som udrykningslæge i Vejle

1. Forslag 6.1. Paramedicinerne flyttes fra akutbilerne ud i ambulancerne. Bevarelse af akutbilerne i Oksbøl, Skærbæk og Rudkøbing

De øvrige regioner bruger hovedsageligt paramedicinerne, som en integreret resurse i ambulanceindsatsen og ikke placeret i akutbiler. Region Hovedstaden har placeret alle paramedicinere i ambulancer og Region Midtjylland har også paramedicinerne placeret i ambulancer, men har en akutbil med paramediciner. Region Sjælland anvender paramedicinere både i akutbiler og i ambulancer, mens Region Nordjylland kun anvender paramedicinere i akutbilerne.

Fordelen ved generelt at flytte paramedicinere fra akutbilerne til ambulancerne er at det præhospitale behandlingsniveau hæves i de områder, der ligger længst væk fra akutsygehusene ved for eksempel sygdomstilstande i hjerte og luftveje. Smertelindringen vil også blive forbedret. Ligesom patienttransporten fra de områder, der ligger længst væk fra akutsygehusene vil også få gavn af, at en paramediciner følger med patienten i ambulancen.

Der foreslås en ændring af regionens koncept for anvendelse af paramedicinere, så de også sættes ind i ambulancerne i yderområderne.

I stedet for at der kun er syv enheder bemandet med paramedicinere i Region Syddanmark, så indføres der over en periode på fem år en opgradering af ambulancepersonalet, så ambulancer i yderområder bemannes med paramedicinere. Det vil give et generelt løft af den præhospitale indsats i Region Syddanmark.

Målet kunne være 10 – 15 paramediciner ambulancer, som placeres så det samlet set giver den bedste udnyttelse af paramedicinerkompetencer i regionen. Paramedicinerne placeres primært i yderområder, men kan også placeres strategisk af hensyn til uddannelse og brug af paramedicinerkompetencerne, for at sikre at alle borgere får den nødvendige hjælp.

De tre akutbiler i Rudkøbing, der dækker Langeland og akutbilen i Oksbøl i Vestjylland og Rødding i Sønderjylland, bibeholdes, da de dels dækker de områder, hvor der er størst andel af ambulancekørsler over 15 minutter i hele regionen, og de dækker også de områder, hvor forbedringen er størst, hvis man ser på ambulanceresponstiden i forhold til responstiderne for første bil på stedet, som det fremgår af oversigt nr. 2.

Akutbilerne i Faaborg, Grindsted, Skærbæk og Haderslev nedlægges. De steder, der nedlægges akutbiler etableres der paramedicinerambulancer. Der er ambulancer på de stationer, hvor der nedlægges akutbiler. Disse ambulancer omdannes til paramedicinerambulancer.

De fire akutbiler, der nedlægges er placeret i kommuner, der har en mindre andel af ambulancekørsler over 15 minutter, end de tre akutbiler, der bevares, og de fire akutbiler, der foreslås nedlagt medfører ikke en så stor reduktion i antal kørsler over 15 minutter, som de tre akutbiler, der foreslås bevaret.

Oversigt 2. Forbedring af responstid pga. første bil på stedet 2014

Akutbil (placering)	Ambulancer (samme placering)	Kommune	Responstider		
			Andel over 15 min i % (ambulance)	Andel over 15 min i % (første bil på stedet)	Forbedring pga første bil på stedet (i %-point)
Faaborg	1	Faaborg-Midtfyn	10,9	5,1	5,9
Rudkøbing	1	Langeland	34,4	24,2	10,1
Grindsted	1	Billund	7,6	3,4	4,2
Oksbøl	0	Varde	18,9	10,3	8,7
Rødding	0	Vejen	14,1	6,1	8,0
Haderslev	2	Haderslev	6,9	2,9	4,0

Skærbæk	1	Tønder	5,4	5,8	-0,4
----------------	----------	---------------	------------	------------	-------------

Første bil på stedet (f. eks. akutbilen i Skærbæk) kan via ambulancelæge afmelde ambulancer – det gør, at nogle ambulancer, der ville have haft en høj responstid afmeldes. Derfor kan den gennemsnitlige responstid for første bil på stedet blive højere end den gennemsnitlige responstid for ambulancer.

Spareforslaget medfører, at der reduceres 4 døgnårsværk ambulancepersonale.

1.1 Økonomi forslag 6.1

Nedlæggelsen af de fire akutbiler medfører en bruttobesparelse på 9,0 mio. kr.

Der regnes med en forøgelse af udgifterne til ambulancedrift pga. indførelse af 12 paramedicinerambulancer på ca. 3,345 mio. kr. Der indføres 4 paramedicinerambulancer primo 2016, 2 primo 2017, 2 primo 2018, 2 primo 2019 og 2 primo 2020.

Nettobesparelse forslag A. ca. 5,676 mio. kr., da paramedicinerambulancerne indføres over 5 år, så nås det endelige nettobesparelsesniveau først i 2020.

Nettobesparelsen i 2016 er ca. 5,261 mio. kr. ca. 7,388 mio. kr. i 2017, ca. 6,748 mio. kr. i 2018 og ca. 6,230 mio. kr. i 2019.

2. Forslag 6.2 nedlæggelse af udrykningslægerne i Fredericia og på Vestfyn

Udrykningslægerne i Fredericia og på Vestfyn spares væk. Der er tale om historisk betingede ordninger, som blev oprettet før der var akutlægebiler. Der er i dag etableret akutlægebiler udgående fra seks sygehuse i regionen, der sammen med akutlægeheliokoptere og akutlægebiler fra nabolande og naboregioner dækker regionens behov for præhospital lægeindsats.

2.1 Økonomi forslag 6.2

Nedlæggelsen af udrykningslægerne medfører en nettobesparelse på ca. 3.482 mio. kr. i alt. fra og med 2017. Nettobesparelsen er ca. 2.031 mio. kr. i 2016.

3. Forslag 6.3. Nedlæggelse af den ubesatte stilling som udrykningslæge i Vejle

Der har ikke været nogen udrykningslæge i Vejle siden sidst i 2014. Stillingen har været opslået og genopslået, uden at det har været muligt at besætte stillingen. Der er tale om en historisk betinget ordning, som blev oprettet, før der var akutlægebiler. Der er i dag etableret akutlægebiler udgående fra seks sygehuse i regionen, der sammen med akutlægeheliokoptere og akutlægebiler fra nabolande og naboregioner dækker regionens behov for præhospital lægeindsats.

3.1 Økonomi forslag 6.3

Der er ikke noget egentlig provenu at indhøste i forbindelse med besparelsen, da der pt. Ikke er nogle udgifter. Udrykningslægeordningen i Vejle kostede 1,363 mio. kr. i 2013.

13. Forslag 9.1 og 9.2 – Patientombuddet

1. Indledning

I budgetaftalen til budget 2016 indgår, at der som del af et sparekatalog skal udarbejdes forslag til reduktion af omkostningerne til klagesagsbehandlingen i Patientombuddet. Kommissoriet omfatter, at der skal ses både på mulighederne for nedbringelse af taksten for klagesagsbehandlingen og mulighederne for nedbringelse af antallet af klager, der afsluttes ved Patientombuddet.

Til belysning af mulighederne for nedbringelse af taksten er der nedsat en national arbejdsgruppe, der skal komme med oplæg til produktivitetsforbedringer inden udgangen af 2015, jf. Økonomiaftalen for 2016. Medio november 2015 har ministeriet fortsat ikke indkaldt til arbejdsgruppemøder, og det er derfor usikkert om der ved udsendelse af sparekataloget foreligger aftale om den fremtidige takst for klagesager.

Det foreliggende notat har derfor primært fokus på mulighederne for nedbringelse af antallet af klagesager. I afsnit 3 vedr. Økonomi er opgjøret besparelsen, hvis tidligere indgået aftale med ministeriet om en enhedstakst på 11.000 kr. pr. Klagesag fastholdes også for 2015 og frem.

2. Udviklingen i klagesager

Med virkning fra 1. januar 2011 blev klage- og erstatningssystemet for sundhedsvæsenet ændret. Som led i ændringen etableredes en ny myndighed – Patientombuddet. Med ændringen af klagesystemet blev der samtidig etableret den såkaldte dialogordning, der skulle have en afbødende effekt på andelen af klagesagerne, der afsluttes med en afgørelse i Patientombuddet. Ved at afslutte sagen i dialog mellem klager/patient og behandlende sygehus/læge skulle regionerne realisere besparelser, idet regionerne alene betaler for afsluttede sager og ikke dem der afsluttes som en følge af dialogprocessen. Samlet blev ændringen af klage- og erstatningssystemet afsluttet uden DUT-kompensation, idet der med ændringen samtidig sker en udvidelse af klageadgangen.

Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af klagesager (ekskl. erstatningssager), andelen af klagesager der sendes i dialog og hvor stor en andel af dialogsagerne, der frafaldes efter dialogen. Der foreligger ikke tilgængelige tal for antallet af klagesager vedr. ydere mv. under sygesikringen i Region Syddanmark. Antallet af klagesager vedr. sygesikringen er derfor beregnet forholdsmæssigt på baggrund af landstal.

Patientklagesager 2012-2014: Sygehuse, inkl. psykiatri, samt sygesikring			
	2012	2013	2014
Antal klagesager	727	723	1.055
Andel af klagesager, der sendes i dialog	22,4%	25,5%	25,0%
Andel af klagesager, der frafaldes efter dialogprocessen (sygehuse, inkl. psykiatri)	14,3%	14,6%	14,6%
Andel af klagesager, der frafaldes efter dialogprocessen (sygesikring)		1,8%	4,1%
Data baseret på direkte besvarelse fra sygehusene			

Tabellen viser en markant stigning i antallet af klagesager, der bl.a. har sammenhæng med den generelle udvidelse af klageadgangen på området, men også den generelle udvikling i befolkningens/patienternes

klageadfærd. Samtidig viser tabellen, at der siden ændringen af klage- og erstatningssystemet ikke er sket væsentlige ændringer i andelen af sager, der sendes i dialog og andelen heraf, der frafaldes efter dialog.

Fordelingen af klagesagerne på sygehuse og sygesikringen i 2014 fremgår nedenfor:

2014-tal	Andel klagesager, der sendes i dialog	Andel klagesager, der afsluttes efter dialog
Odense Universitetshospital	27,7%	15,8%
Sygehus Sønderjylland	22,2%	8,7%
Sygehus Lillebælt	36,7%	16,7%
Sydvestjysk Sygehus	26,7%	15,6%
Psykiatrien	35,7%	14,3%
Sygesikring	15,2%	27,1%
I alt	25,0%	40,9%

Jf. tabellen konstateres en større og umiddelbart vanskeligt forklaring variation mellem sygehuse i andelen af klagesager, der sendes i dialog, og i andelen af dialogsagerne, der efterfølgende afsluttes på baggrund af dialogprocessen. Yderligere konstateres, at andelen af klagesager under sygesikringsområdet, der sendes i dialog, ligger markant under de tilsvarende tal for sygehuse.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der ved at arbejde struktureret med udnyttelse af potentialet i dialogordningen, er mulighed for at øge andelen af klagesager, der sendes i dialog med henblik på at de senere frafaldes. Potentialet omfatter regionens sygehuse, og i særdeleshed også sygesikringsområdet. Gruppens anbefalinger

Gruppen anbefaler følgende initiativer mv. i relation til at øge andelen af klagesager, der sendes i dialog

- Der arbejdes på en adfærdsmæssig ændring på sygehuse i forsøget på at øge antallet af patienter, der ønsker at indgå i dialog med det pågældende sygehuspersonale i forbindelse med en klage
- Der skabes bevidsthed på sygehuse i forhold til omfanget af den udgift som Region Syddanmark afholder for hver enkelt sag, der skal behandles i Patientombuddet. I denne sammenhæng kan det undersøges, om der er mulighed for at opstille incitamenter for sygehuse i forhold til at gøre en ekstra indsats for at få flere patienter til at indgå dialog. Dette ud fra tanken om, at økonomisk bevidsthed muligvis kan være en faktor, der får personalet på sygehuse til at yde en ekstra indsats for at indfri det ønskede mål.
- Med ønsket om, at få flere patienter til indgå i dialog, bør der være fokus på, at der kommunikeres både forståeligt og gennemskueligt til patienterne. Dette skal finde sted på flere niveauer:
 - Til Region Syddanmarks hjemmeside udarbejdes en vejledende tekst, der sikrer patientens forståelse af dialogblanketten. Blandt andet kan det for patienten være uklart, hvad "en dialog med regionen" indebærer. I en vejledende tekst kan det derfor præciseres, at der med "regionen" refereres til behandlingsafdelingen i form af behandlingspersonale og/eller afdelingsledelse afhængigt af patientens ønske
 - Til sygehuses egne hjemmesider kan der ligeledes udarbejdes en vejledende tekst, der gør det klart for patienterne, at de har mulighed for at klage direkte til sygehuse, fremfor at

sende klagen til Patientombuddet. På denne måde kan patienterne også gøres opmærksomme på muligheden for at indgå i dialog med det pågældende sygehus.

- Erfaringen fra praksissektoren er, at både læger og patienter er utrygge ved dialogen, jf. evaluering gennemført af Danske Regioner. Her er der ikke mulighed for som sundhedsperson at få støtte fra en leder. Omvendt er patienten også henvist til at konfrontere den person, man har klaget over, direkte. Det kan opleves ubehageligt for begge parter, og dialogen bliver ofte ikke gennemført af den grund. Det vil kræve en helt særlig indsats at vende den udvikling. En af de faktorer, der ville gøre en positiv forskel er deltagelse af en uddannet mediator, der kan skabe tryghed omkring dialogen og kan stille de rigtige spørgsmål i løbet af samtalen, så denne bliver konstruktiv.

3. Økonomi

Jf. tidligere har sygehusene vanskeligt ved at påvirke det samlede klageantal, men har med indførelse af dialogordningen mulighed for at bidrage til, at klagesagerne afsluttes i dialog mellem parterne, og således ikke udløser gebyr for klagesagsbehandlingen i Patientombuddet. På den baggrund anbefales en fremtidig økonomimodel for klagesagerne, hvor centrale konti dækker merudgifter forbundet med stigninger i antallet af klager. Omvendt har sygehus og sygesikringen ansvaret for at sikre, at andelen af klagerne, der afsluttes i dialog mellem parterne, øges.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der fastsættes et måltal for andelen af klagesager, der afsluttes i dialog, på 20 procent for sygehuse, inkl. Behandlingspsykiatrien (ikke drøftet med psykiatrien) og 15 procent for praksisområdet. Den beregnede besparelse ved forventet 1.200 sager bliver herefter som anført:

	Aktuel frafald af klagesager efter dialog	Mål for frafald af klagesager	Forventede antal klagesager	Besparelse ved målopfyldelse
Sygehuse, inkl. psykiatri	14,6%	20,0,%	900	690.000
Sygesikring	4,1%	15,0%	300	464.000

Ved honorering af de opstillede måltal for klagesagerne kan der realiseres samlede besparelser på 1,154 mio.kr. Som en følge af den almindelige sagsbehandlingstid i Patientombuddet på 12 mdr. kan virkningen af en besparelse først høstes med virkning fra 2017.

Modellen vil indebære, at sygehuse og sygesikring tilføres budget til at dække hhv. de 80% og 85% af sagerne, der sendes til klagesagsbehandling ved Patientombuddet. Ved forbedringer i frafaldet af klagesager udover måltallet, beholder driftsenhederne besparelsen.

Det er en forudsætning for besparelsesforslaget, at der kan indgås aftale med Patientombuddet om faste enhedsomkostninger, således at besparelser realiseret ved fald i antallet af klagesager ikke absorberes af yderligere produktivetsforværringer/prisstigninger ved Patientombuddet. Yderligere er det en forudsætning, at Patientombuddet kan levere datagrundlaget for at sende institutionsspecifikke regninger. Dette er pt. ikke tilfældet.

Besparelse ved reduktion af taksten for behandlingen i Patientombuddet

Der blev i 2011 indgået aftale om, at Patientombuddet skal producere klagesager til en enhedsomkostning på 11.000 kr. pr. sag, fraregnet et produktivetskrav på 2 pct. årligt. Fastholdes (og overholdes) denne enhedsomkostning som grundlag for faktureringen fremover kan der realiseres yderligere besparelser i størrelsesordenen 2,6 mio.kr.