



Plan for sygehuse og speciallægepraksis

Sundhedsplanlægning, Patientdialog og Kvalitet

August 2016



REGION NORDJYLLAND

I gode hænder hos

REGION NORDJYLLAND

Indhold

1. Politisk aftale om Plan for sygehuse og speciallægepraksis	7
2. Baggrund.....	9
3. Opsummering.....	10
3.1 Anbefalinger for patientforløbene.....	10
3.2 Strukturelle ændringer og aktivitetsmæssige tilpasninger	10
4. Rammer for planlægningen	13
4.1 Nationale rammer og tendenser	13
4.1.1 Indførelsen af udredningsretten og kræft- og hjertepakker.....	13
4.1.2 Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger	14
4.1.3 Anbefalinger for det akutte beredskab	14
4.1.4 Overenskomst om speciallægehjælp	15
4.1.5 Kvalitet på dagsordenen	15
4.1.6 Lægelig uddannelse og rekruttering.....	16
4.2 Regionale rammer og tendenser	16
4.2.1 Strategi 2018 på sundhedsområdet.....	17
4.2.2 Sundhedsaftalerne	17
4.2.3 Nyt Aalborg Universitetshospital	18
4.2.4 Budgetaftalen for 2015	18
4.2.5 Organisering af patientforløb i Region Nordjylland.....	19
5. Region Nordjylland i tal.....	20
5.1 Demografi.....	20
5.2 Sundhedsprofilen	21
5.3 Økonomi.....	21
6. Status på sygehusområdet	23
7. Status på speciallægepraksisområdet	27
7.1 Kapacitet – praktiserende speciallæger i Region Nordjylland	27
7.2 Aktivitet og forbrug i speciallægepraksis.....	29
7.2.1 Aktivitet hos de nordjyske speciallæger	30
7.2.2 De nordjyske borgeres forbrug af speciallægeydelser	31
7.2.3 Udgifter til speciallægeområdet	33
8. Akutte patientforløb	35
8.1 Strukturen set i relation til de akutte patientforløb	35
8.2 De akutte patientforløb	37
8.2.1 Udviklingen i patientforløbene.....	39
8.3 Udfordringer i relation til de akutte patientforløb	40
8.3.1 Generelle udfordringer i relation til akutte patientforløb.....	41
8.3.2 Konsolidering af akutmodtagelserne.....	41
8.3.3 Tværsektorielt samarbejde	42
8.4 Målsætning for akutte patientforløb	44
8.5 Anbefalinger i relation til udviklingen af de akutte patientforløb.....	45
9. Udredningsforløb	47
9.1 Strukturen set i relation til udredningsforløb.....	47
9.2 Udredningsforløbene	47

9.3	Udfordringer i relation til udredningsforløbene	49
9.3.1	Udredning i almen praksis	49
9.3.2	Udredning i speciallægepraksis	50
9.3.3	Udredning på regionens sygehuse	51
9.4	Målsætning for udredningsforløbene	53
9.5	Anbefalinger i relation til udredningsforløb	54
10.	Planlagte patientforløb.....	56
10.1	Strukturen set i relation til de planlagte patientforløb	56
10.2	De planlagte patientforløb.....	57
10.3	Udfordringer i relation til de planlagte patientforløb.....	61
10.3.1	Generelle udfordringer i relation til planlagte patientforløb	61
10.3.2	Pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter	62
10.3.3	Afvikling af planlagte patientforløb	63
10.3.4	Sikker og effektiv driftsafvikling.....	64
10.3.5	Samme kvalitet i de planlagte patientforløb på tværs af matriklerne	64
10.4	Målsætning for planlagte patientforløb.....	65
10.5	Konkrete anbefalinger i relation til de planlagte patientforløb	66
11.	Kroniske og varige patientforløb	69
11.1	De kroniske og varige patientforløb	69
11.2	Struktur i relation til de kroniske og varige patientforløb.....	70
11.3	Udfordringer i relation til kroniske og varige patientforløb	71
11.3.1	Indlæggelser og forebyggelige genindlæggelser.....	71
11.3.2	Langvarige og ofte komplekse patientforløb med involvering af mange aktører.....	73
11.3.3	Håndtering af patienter med flere sygdomme (komorbiditet).....	74
11.3.4	Sektorovergange	76
11.3.5	Telemedicinske løsninger	77
11.3.6	Patient- og pårørendeinddragelse	77
11.4	Målsætning for kroniske og varige patientforløb	78
11.5	Anbefalinger	78
12.	Aktivitetsmæssige tilpasninger.....	81
12.1	Udvikling i aktiviteten på regionens sygehuse frem mod 2020.....	81
12.2	En stærk sygehusvisitation kombineret med en opprioritering af de subakutte tilbud.....	87
12.2.1	Koncept for indførelse af sygehusvisitationer i Region Nordjylland	88
12.2.2	Økonomiske og aktivitetsmæssige effekter ved indførelsen af sygehusvisitation i Region Nordjylland.....	90
12.3	Det rette vilkår for patientflowet på sygehusene	91
12.4	Fortsat udvikling af de kirurgiske patientforløb.....	91
12.5	Gennemgang af specialer.....	93
12.6	Opsummering af aktivitetstilpasninger	93
13.	Den fremtidige sygehusstruktur i Region Nordjylland.....	95
13.1	Sygehus Thy-Mors – skærpet profil med fokus på akutmodtagelsens drift.....	96
13.1.1	Ændringer på Sygehus Thy-Mors	97
13.2	Aalborg Universitetshospital – på vej mod Nyt Aalborg Universitetshospital	98
13.2.1	Ændringer på Aalborg Universitetshospital	99
13.3	Sygehus Vendsyssel – bæredygtige enheder.....	102
13.3.1	Ændringer på Sygehus Vendsyssel.....	102

13.4	Opsummering af ændringer og økonomiske konsekvenser	104
13.4.1	Opsummering af strukturelle ændringer og aktivitetsmæssige tilpasninger	104
13.4.2	Opsummering af økonomiske konsekvenser	104
13.4.3	Rationalerne bag ændringerne i Plan for sygehuse og speciallægepraksis	109
13.4.4	Alternativer til strukturændringer	109
14.	Den nye struktur på speciallægepraksisområdet i Region Nordjylland.....	113
15.	Placering af Regionalt Center for neurorehabilitering.....	114
15.1.1	Samme ambition for neurorehabilitering, men behov for en overgangsmodel.....	114
15.1.2	Overgangsmodel for neurorehabilitering i Region Nordjylland	118
15.1.3	Aktivitet.....	120
15.1.4	Økonomi.....	120
16.	Implementering.....	122
17.	Bilag 1: Procesbeskrivelse for planprocessen.....	123
18.	Bilag 2: Oversigt over sammensætning af grupper i relation til planarbejdet.....	134
19.	Bilag 3. Beskrivelse af økonomi.....	136
20.	Bilag 4: Personale- og anlægsmæssige konsekvenser af strukturelle ændringer.....	140
20.1	Personalemæssige konsekvenser af strukturforslag	140
20.2	Anlægsmæssige konsekvenser	144
21.	Bilag 5: Oversigt over specialer fordelt på sygehusmatrikler	146
22.	Bilag 6: Gennemgang af speciallægepraksisspecialer.....	149
22.1	Søgning fra øvrige regioner	150
22.2	Oto-rhino-laryngologi (Ørelægehjælp)	151
22.3	Oftalmologi (øjelægehjælp).....	153
22.4	Dermato-venerologi	155
22.5	Psykiatri.....	158
22.6	Børnepsykiatri	160
22.7	Pædiatri.....	162
22.8	Gynækologi	164
22.9	Anæstesiologi.....	166
22.10	Ortopædkirurgi.....	168
22.11	Kirurgi.....	170
22.12	Intern medicin	172
22.13	Neurologi.....	174
22.14	Reumatologi	176
23.	Bilag 7: Afrapportering vedr. øjenspecialet og ØNH-specialet	178
1.	Baggrund.....	179
2.	Resumé af anbefalinger	180
2.1	Anbefalinger vedr. øjenspecialet.....	180
2.2	Anbefalinger vedr. ØNH-specialet	180
3.	Øjenspecialet.....	181
3.1	Øjenspecialet i Region Nordjylland	181
3.2	Øjenspecialet på Aalborg Universitetshospital	182
3.3	Øjenspecialet på Sygehus Thy-Mors	182

3.4	Øjenspecialet i speciallægepraksis	183
3.5	Anbefalinger for den fremtidige organisering af øjenspecialet i Region Nordjylland	184
4.	ØNH-specialet	187
4.1	ØNH-specialet i Region Nordjylland	187
4.2	ØNH-specialet på Aalborg Universitetshospital	188
4.3	ØNH-specialet på Sygehus Thy-Mors.....	188
4.4	ØNH-specialet i speciallægepraksis	189
5.	Anbefalinger vedr. den fremtidige organisering af ØNH-specialet.....	191
5.1	ØNH-kirurgien	191
5.2	Audiologi	191
5.2.1	Implementering af ny organisering inden for audiologifunktionen.....	192
24.	Bilag 8: Afrapportering vedr. kirurgien.....	193
1.	Baggrund.....	194
2.	Kommissorium for arbejdet.....	195
3.	Resumé af arbejdsgruppens anbefalinger	197
4.	Kirurgien.....	199
4.1	Kirurgien i Region Nordjylland	199
4.1.1	Ventetider til operationer og forundersøgelser inden for kirurgien.....	200
4.2	Kirurgien på Sygehus Thy-Mors	201
4.3	Kirurgien på Aalborg Universitetshospital	202
4.4	Kirurgien på Sygehus Vendsyssel	203
5.	Den fremtidige kirurgiske profil på de tre sygehusenheder	205
5.1	Sygehus Thy-Mors	205
5.1.1	Sygehus Vendsyssel	206
5.1.2	Aalborg Universitetshospital	206
5.2	Den akutte kirurgi i akutmodtagelserne.....	207
6.	Kræftkirurgien.....	208
6.1	Rammer for organisering af kræftkirurgien i Region Nordjylland	208
6.2	Mammakirurgien.....	209
6.3	Coloncancerkirurgien.....	210
6.3.1	Samarbejdet inden for coloncancerkirurgien.....	212
6.4	Øvrig kræftkirurgi.....	213

1. Politisk aftale om Plan for sygehuse og speciallægepraksis

Regionsrådet vedtog den 23. juni 2015 Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Planen dækker perioden fra 2015-2020.

Der er blandt forligspartierne enighed om, at Plan for sygehuse og speciallægepraksis udgør det rette fundament for udviklingen af det nordjyske sundhedsvæsen frem mod 2020.

Forligspartierne anerkender samtidig at regionen står over for en række udfordringer på sundhedsområdet, heriblandt en stram økonomi, en vækst i efterspørgslen efter sundhedsydelser samt øgede krav til effektivitet og produktivitet. Plan for sygehuse og speciallægepraksis kan ikke alene løse disse udfordringer, men der er blandt forligspartierne enighed om, at planen tager fat om de centrale udfordringer og adresserer konkrete tiltag med henblik på at imødekomme disse, blandt andet ved at anvise strukturelle besparelse på 10 mio. kr. i 2015 og 40 mio. kr. i de kommende år.

Der er enighed om, at der i planperioden kan opstå behov for drifts- og aktivitetsmæssige tilpasninger inden for de aftalte rammer.

Plan for sygehuse og speciallægepraksis ses desuden som et væsentligt bidrag i forhold til at indfri regionens strategi 2018 på sundhedsområdet, hvilket blandt andet skal ske ved at implementere planens anbefalinger om udviklingen af patientforløbene.

Med planen følger en ny sygehusstruktur i Region Nordjylland. Det centrale element i den nye sygehusstruktur er ønsket om at skabe fagligt og økonomisk bæredygtige sygehusmatrikler og -enheder i Region Nordjylland. Det er forligspartiernes holdning, at dette sker med de ændringer, som planen omfatter.

Der er enighed om at lukke sygehusfunktionerne i Nykøbing og samle Sygehus Thy-Mors' funktioner på sygehusmatriklen i Thisted. Hensigten er at styrke det faglige og økonomiske udgangspunktet for sygehusets drift. Forligspartierne anerkender at den endelige profil for sygehusmatriklen i Thisted fastlægges som et led i den aftalte, kommende fusionsproces for Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel. Denne proces vil ske med involvering af de rette faglige miljøer.

Forligspartierne er enige om at invitere Morsø Kommune til at indgå i en dialog om det fremtidige indhold i sundhedshuset i Nykøbing.

Der er ligeledes enighed om at flytte coloncanceroperationerne fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital. Dette sker som et skridt hen imod en samling af kræftkirurgien på Aalborg Universitetshospital. Derfor træffes der også aftale om at flytte coloncancerkirurgien fra Sygehus Vendsyssel til Aalborg Universitetshospital når Nyt Aalborg Universitetshospital står klar, samt aftale om at flytte mammacancerkirurgien fra Sygehus Vendsyssel til Aalborg Universitetshospital. Sidstnævnte skal ske i løbet af planperioden. Det aftales desuden at Sygehus Vendsyssel tilføres en kirurgisk aktivitet fra Aalborg Universitetshospital, primært brokoperationer.

Forligspartierne tilslutter sig anbefalingerne vedrørende øjenspecialet, således at der opretholdes aktivitet både på Aalborg Universitetshospital og Sygehus Thy-Mors, og at der ikke ændres på de

ledelsesmæssige forhold. Forligspartierne tilslutter sig ligeledes anbefalingen om at samle audiologifunktionen i en enhed i Aalborg kombineret med decentrale hørelinikker som anbefalet af den faglige arbejdsgruppe.

Der er desuden enighed om, at lukke sygehusmatriklen i Dronninglund og flytte sygehusfunktionerne herfra til de øvrige sygehusmatrikler i Region Nordjylland. Dette sker som et led i den tilpasning, der skal ske frem mod Nyt Universitetshospital og fordi der hermed kan opnås mere rationelle driftsvilkår for funktionerne. Som et led heri flyttes den håndkirurgiske funktion til Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn. Sygehus Vendsyssel i Hjørring overtager desuden en del af den medicinske aktivitet fra Dronninglund. De øvrige funktioner på sygehuset omforderes til Aalborg Universitetshospitals øvrige matrikler. Der er blandt forligspartierne enighed om at fertilitetsbehandlingen flyttes til Aalborg Universitetshospital, Aalborg.

Derudover er der blandt forligspartierne enighed om at flytte intensivsengene fra Aalborg Universitetshospital, Hobro til Aalborg samt enighed om at flytte de medicinske senge fra Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn til Hjørring. Begge ændringer sker med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb og for at sikre den rette udnyttelse af regionens kapacitet.

Regionsrådet har tidligere truffet beslutning om at samle neurorehabiliteringen i Region Nordjylland i et center. Denne beslutning ønsker forligspartierne at understrege, men den endelige placering af funktionen bør dog afvente en nærmere analyse af mulige placeringer i enten Brønderslev, Dronninglund, Hjørring eller Aalborg. Denne analyse skal tage udgangspunkt i tre kriterier: kvalitet, økonomi og tilgængelighed og analysen skal foreligge inden 1. oktober. Herefter vil Regionsrådet tilkendegive ønske om den fremtidige placering. Etablering af centret vil ske, når der er råderum hertil.

Som en overgangsmodel er der enighed om at samle neurorehabiliteringen på færre matrikler og under én samlet ledelse under Sygehus Vendsyssel. Dette indebærer at Brønderslev Neurorehabiliteringscenter udvides og fastholdes som regionens specialiserede enhed. Dette indebærer, at jordemoderfunktionen og blodprøvetagningen flyttes til sundhedshuset i Brønderslev. De resterende neurorehabiliteringssenge vil blive samlet på sygehusmatriklen i Thisted og sygehusmatriklen i Frederikshavn. Der forudsættes en faglig samordning af patientforløbene på tværs af de involverede enheder.

For sygehusmatriklerne i Himmerland er forligspartierne enige om, at skadetilbuddet i Farsø justeres, således at tilbuddet lukkes om natten. Derudover er der enighed om at flytte intensivsengene i Hobro til Aalborg Universitetshospitals matrikel i Aalborg.

Forligspartierne er afslutningsvist enige om de aktivitetsmæssige tilpasninger, der indgår i Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

2. Baggrund

Det samlede sundhedsvæsen bliver hver eneste dag udfordret – på økonomien, på kvaliteten i hvert eneste patientforløb og af hver eneste aktør på sundhedsområdet. Disse udfordringer er med til at forme og udvikle det samlede sundhedsvæsen, og der er igennem de seneste år sket en betydelig udvikling. Det er vurderingen, at sundhedsvæsenet også i årene fremover vil blive stillet over for væsentlige udfordringer. Det er derfor af afgørende betydning, at der i regionerne arbejdes målrettet med at skabe det rette planlægningsmæssige grundlag for den udvikling, der skal fortsætte i de kommende år.

Regionernes sundhedsplan er et vigtigt element i dette planlægningsgrundlag. Sundhedsplanen er en samlet plan for regionens virksomhed på sundhedsområdet, og sundhedsplanen er sammensat af en række detailplaner på de enkelte virksomhedsområder.

Plan for sygehuse og speciallægepraksis omfatter planlægningsgrundlaget for regionens sygehuse samt aktiviteten på speciallægepraksisområdet i Region Nordjylland. Der er en klar sammenhæng mellem Plan for sygehuse og speciallægepraksis og de øvrige detailplaner til sundhedsplanen, herunder Psykiatriplanen, Praksisplanen og Sundhedsberedskabsplanen. Derudover er der en klar sammenhæng mellem Plan for sygehuse og speciallægepraksis samt elementerne i Sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner.

Regionsrådet besluttede i foråret 2014, at planprocessen for Plan for sygehuse og speciallægepraksis skulle påbegyndes i efteråret 2014 og afsluttes inden sommeren 2015. Det blev ligeledes besluttet, at planhorisonten for planen skulle udvides til 2020. Et væsentligt element i Plan for sygehuse og speciallægepraksis er således at skabe et planlægningsmæssigt grundlag, der rækker frem til 2020, hvor Nyt Aalborg Universitetshospital står klar. Såfremt de nødvendige strukturelle og aktivitetsmæssige tilpasninger skal realiseres inden 2020, er der allerede nu behov for at udstikke kursen for den udvikling, der skal ske i det nordjyske sundhedsvæsen frem mod 2020.

3. Opsummering

Plan for sygehuse og speciallægepraksis er udarbejdet som en delplan til regionens samlede sundhedsplan. Planen er udarbejdet med udgangspunkt i Region Nordjyllands strategi 2018 på sundhedsområdet og ud fra elementerne i budgetaftalen for 2015.

Nedenfor er de tre centrale elementer i planen – anbefalinger for patientforløbene, strukturelle ændringer samt aktivitetsmæssige tilpasninger – opsummeret.

3.1 Anbefalinger for patientforløbene

I forbindelse med udarbejdelsen af Plan for sygehuse og speciallægepraksis, har der været etableret fire temagrupper, som har haft til opgave at komme med input til planen. Temagrupperne har været organiseret efter forskellige typer af patientforløb: Akutte patientforløb, planlagte patientforløb, udredningsforløb samt kroniske og varige patientforløb.

Temagrupperne har anført en lang række anbefalinger i relation til udvikling af patientforløbene i Region Nordjylland. Nedenfor er angivet de centrale og gennemgående elementer i temagruppernes anbefalinger:

- Fortsat fokus på at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer gennem iværksættelse af en række konkrete handlinger.
- Fokus på øget inddragelse af patienter og pårørende.
- Iværksættelse af flere processer med henblik på at sikre den rette arbejdsdeling og det rette samarbejde mellem almen praksis, sygehusene og speciallægepraksis.
- Fortsat fokus på at sikre den mest hensigtsmæssige udnyttelse af potentialerne i henholdsvis almen praksis, på sygehusene og i speciallægepraksis.
- Udvikling af patientforløbene og aktivitetsplanlægningen med henblik på at sikre omlægning fra akut til planlagt behandling samt behandling under indlæggelse til ambulant behandling.
- Ensretning af patientforløbene med henblik på at sikre samme høje faglige kvalitet i hele regionen samt skabe mest mulig sundhed for pengene og bedst mulig udnyttelse af den samlede aktivitet på sundhedsområdet.

Den fulde beskrivelse af temagruppernes anbefalinger ses i afsnittene 8-11.

3.2 Strukturelle ændringer og aktivitetsmæssige tilpasninger

Nedenfor opsummeres de strukturelle ændringer, der med nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis foreslås iværksat på sygehusene. Efterfølgende er de aktivitetsmæssige ændringer i sygehusaktiviteten og i speciallægepraksis opsummeret.

Der gennemføres følgende ændringer på Sygehus Vendsyssel:

- Der implementeres en ny profil for matriklen i Frederikshavn.
- De intern medicinske senge i Frederikshavn flyttes til matriklen i Hjørring.

Der gennemføres følgende ændringer på Aalborg Universitetshospital:

- Sygehusmatriklen i Dronninglund lukkes.
- Sygehusets tre intensivsenge på matriklen i Hobro flyttes til matriklen i Aalborg (Syd).
- Tilpasning af skadetilbud i Farsø.
- Flytning af den ortopædkirurgiske aktivitet fra Nykøbing til Thisted.

Der gennemføres følgende ændringer på Sygehus Thy-Mors:

- Sygehusets funktioner samles på én matrikel – på matriklen i Thisted.
- Matriklen i Nykøbing ønskes anvendt til sundhedshus i et samarbejde med relevante aktører, herunder speciallægepraksis, almen praksis og Morsø Kommune.
- Coloncancerkirurgien flyttes fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital.
- Sygehus Thy-Mors' funktioner tilpasses i forhold til sygehusets profil, hvor akutmodtagelsen samt planlagt udredning og behandling i sammenhæng hermed, er sygehusets hovedopgave.

De anførte ændringer i sygehusstrukturen betyder, at den fremtidige sygehusstruktur i Region Nordjylland fremover vil være som det fremgår nedenfor, men uden de to matrikler, der er markeret med rød pil:



Aktivitetsmæssige tilpasninger

Med udgangspunkt i de aktuelle og kommende udfordringer på sundhedsområdet samt med udgangspunkt i en sammenligning af Region Nordjyllands aktivitet med de øvrige regioners aktivitet, iværksættes der aktivitetsmæssige tilpasninger på det kirurgiske område og det medicinske område. Dette indebærer:

- En optimering af de stationære kirurgiske patientforløb.
- Et øget fokus på omlægning til dagkirurgi.
- Etablering af stærke sygehusvisitationer på regionens sygehuse.
- En opprioritering af subakutte ambulatoriespor og daghospitalsfunktioner.

Der gennemføres følgende ændringer i speciallægepraksis:

- Overlægeydernumrene i psykiatri (3), børnepsykiatri (2) og intern medicin (1) nedlægges.
- Antallet af overlægeydernumrene i anæstesiologi (7) bør tilpasses.

4. Rammer for planlægningen

Den regionale sundhedsplanlægning sker med udgangspunkt i Sundhedsloven. Af Sundhedslovens § 206 fremgår det, at Regionsrådene skal udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet (sundhedsplan). Det fremgår endvidere, at Regionsrådene forud for behandling af forslag til sundhedsplanen skal indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Den endeligt vedtagne plan skal efterfølgende sendes til Sundhedsstyrelsen, som også skal informeres om eventuelle senere ændringer heri. Regionsrådene er således forpligtet til at ændre indholdet i sundhedsplanen forud for gennemførelse af væsentlige ændringer i regionens sundhedsvæsen.

Sundhedsloven udstikker således rammerne for den samlede, regionale sundhedsplanlægning (sundhedsplanen). Sundhedsplanen består traditionelt af en række detailplaner for de enkelte områder af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis er en af disse detailplaner, og planen udgør sammen med de øvrige planer Region Nordjyllands sundhedsplan.

Udover det lovgivningsmæssige grundlag for den samlede sundhedsplanlægning i regionerne, er der en række yderligere nationale og regionale elementer, som har en afgørende indflydelse på planlægning på sundhedsområdet i regionerne. Visse af disse elementer er faste rammer, som klart definerer krav til sygehus- og speciallægepraksisaktiviteten. Andre er tendenser, som ikke er direkte rammesættende, men som regionen må forholde sig til, når plangrundlaget for de kommende år beskrives. Nedenfor beskrives disse rammer og tendenser.

4.1 Nationale rammer og tendenser

En række nationale rammer og tendenser påvirker sundhedsplanlægningen i regionerne. Disse elementer påvirker såvel den overordnede planlægning på sundhedsområdet som den daglige drift på de enkelte sygehuse.

Nationale rammer og tendenser:

- Indførelsen af udredningsretten samt kræft- og hjertepakker.
- Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger, samt tendenserne for de kliniske specialer.
- Rammer for fremtidens akutte beredskab samt den faglige gennemgang af akutmodtagelserne.
- Overenskomst om speciallægehjælp.
- Kvalitet på dagsordenen.
- Lægelig uddannelse, herunder tendenserne i forhold til rekruttering af sundhedspersonale.

4.1.1 Indførelsen af udredningsretten og kræft- og hjertepakker

I 2013 blev der indført en ret til hurtig udredning, som betyder, at sygehuse er forpligtet til at udrede patienterne indenfor 30 dage, medmindre der er faglige hensyn, der gør, at dette ikke er muligt. Hvis regionen ikke kan udrede patienten af kapacitetsmæssige årsager, er regionen forpligtet til at tilbyde patienten omvisitering til eksempelvis anden region eller privat leverandør. På kræftområdet blev der i 2008 indført pakkeforløb, mens hjerteområdet fulgte efter i 2010. Kræft- og hjertepakkerne sikrer patienterne hurtig udredning og behandling uden unødigt ventetid. I modsætning til retten til udredning er der ikke tale om en patientrettighed, men i stedet om faglige

målsætninger, som regionerne styrer efter at leve op til. Den lovmæssige ramme for de akutte kræft- og hjertesygdomme ligger i stedet i "Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.", som blandt andet forpligter regionerne til at tilbyde patienten første besøg senest 14 dage efter henvisning.

Retten til hurtig udredning vidner sammen med kræft- og hjertepakkerne om, at ambitionerne er blevet hævet de seneste år. En afgørende forudsætning for effektive udredningsforløb er, at sygehusene også på de parakliniske områder, såsom patologien, radiologien og biokemien er kapacitetsmæssigt gearet til at imødekomme de skærpede krav, som udviklingen fører med sig. De kommende år forventes kravene fortsat at stige blandt andet i takt med den teknologiske udvikling og i takt med, at der kommer flere ældre borgere i Region Nordjylland.

4.1.2 Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger

Planlægningen af sundhedsvæsenet sker inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger, herunder specialevejledningerne for de kliniske specialer. Med hjemmel i Sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen krav til regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner, herunder til placeringen af disse på regionale og private sygehuse. Den nuværende fordeling af specialiserede funktioner er fastsat i Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010.

I starten af 2014 igangsatte Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regioner og faglige miljøer en revision af den gældende specialeplan. Revisionen skal sikre, at specialeplanen følger med udviklingen, og at eventuelle uhensigtsmæssigheder i den nuværende plan bliver vurderet. Sundhedsstyrelsens umiddelbare udmelding er, at 'landkortet' for den specialiserede del af det danske sundhedsvæsen generelt er tegnet med den nuværende specialeplan, og at der ikke er behov for nye, store ændringer.

Den kommende specialeplan vil blive udmeldt i løbet af 2015. Nærværende planproces sker derfor inden for rammerne af den gældende specialeplan fra 2010. I og med at regionerne skal ansøge om de specialiserede funktioner, som regionen ønsker at varetage, kan der opstå ændringer til den eksisterende plan, som får betydning for den samlede sygehusdrift i Region Nordjylland. Disse ændringer forventes dog at være af driftsmæssig karakter, så de kan håndteres inden for den struktur for sygehuse og speciallægepraksis, der fremlægges med nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

4.1.3 Anbefalinger for det akutte beredskab

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen "Anbefalinger for det akutte beredskab", som omfatter en helt ny dagsorden for akutområdet. Der er i anbefalingerne fokus på specialisering og på at skabe et kvalitetsløft af den akutte behandling. Anbefalingerne har betydet en væsentlig omstrukturering af den akutte indsats i hele landet. Antallet af akutte modtagelser i Danmark er således reduceret fra 40 til 22 siden 2007. Også i Region Nordjylland er der sket ændringer, og akutte patienter modtages nu primært på akutmodtagelserne på Sygehus Vendsyssel, Sygehus Thy-Mors samt på Aalborg Universitetshospital.

Regionerne fik 7-10 år til at implementere de nye anbefalinger. I Region Nordjylland er akutstrukturen overordnet set tilpasset i forhold til de rammer, der udstikkes i anbefalingerne for det akutte beredskab. På visse områder er Sundhedsstyrelsens anbefalinger dog endnu ikke implementeret. Disse resterende elementer skal implementeres i løbet af den kommende planlægningsperiode

og Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal sikre, at der ikke er strukturelle og aktivitetsmæssige benspænd for den proces.

I 2014 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Danske Regioner desuden udarbejdet en faglig gennemgang af akutmodtagelserne. I den faglige gennemgang gennemgås alle landets akutmodtagelser med udgangspunkt i de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen fremsatte for området i 2007. Gennemgangen konkluderer, at regionerne generelt er kommet langt med implementeringen af den nye akutstruktur, men fremsætter også anbefalinger for den resterende del af implementeringsprocessen. Disse anbefalinger er inkluderet i Økonomiaftalen for 2015 mellem Regeringen og regionerne, hvoraf det fremgår, at regionerne skal sikre implementeringen af anbefalingerne fra den faglige gennemgang. Den fremtidige planlægning i relation til de akutte patientforløb skal derfor ske koordineret med de anbefalinger, som regionen skal leve op til på akutområdet.

4.1.4 Overenskomst om speciallægehjælp

Overenskomst om Speciallægehjælp udgør den overordnede ramme for aktiviteten i speciallægepraksis. Den nuværende overenskomst trådte i kraft 1. oktober 2011.

Der er indgået en forhandlingsaftale om en ny overenskomst med virkning fra 1. april 2015. Dog er økonomiprokollatet gældende fra 1. oktober 2014. Denne overenskomst danner rammerne for de planlægningsmæssige tiltag, der involverer speciallægepraksis.

Der er i forhandlingsaftalen aftalt en omfattende modernisering af specialet Psykiatri. Denne moderniseringsproces forventes afsluttet i første halvdel af 2015. Inden Plan for sygehuse og speciallægepraksis er færdigbearbejdet, vil der derfor kunne foreligge en række nye retningslinjer for specialet psykiatri. Der skal ske en løbende tilpasning i processen, således at eventuelle nye eller reviderede elementer i specialet indarbejdes i planen.

4.1.5 Kvalitet på dagsordenen

I de seneste år har der været et betydeligt fokus på kvalitet frem for kvantitet – både på den nationale og den regionale dagsorden. Kvalitet samt sammenhængen mellem øget kvalitet og en samtidig omkostningsreduktion er emner, der præger den sundhedspolitiske dagsorden. Det er en udfordring, der kræver nye styringsredskaber. Fra nationalt plan er der i høj grad fokus på den faglige kvalitet, patientsikkerhed og sammenhængende forløb på tværs af aktører. Dette ses blandt andet gennem øget lovgivning samt gennemsigtighed i sundhedsvæsenet med offentliggørelse af data – eksempelvis sygehusenes præstationer (servicemål, RKKP-data, sundhedskvalitet.dk, Den Danske Kvalitetsmodel mm.), synliggørelse af den patientoplevede kvalitet samt forskellige økonomiske kvalitetsincitamenter. Vores fokus er at drive og udvikle vores sundhedsvæsen, så borgerne har adgang til de bedst mulige ydelser med vægt på kvalitet samt tryghed og sammenhæng. Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal være med til at fastholde dette fokus i patientforløbene.

Der er behov for, at Region Nordjylland videreudvikler ledere og medarbejderes engagement i kvalitetsarbejdet, med henblik på at understøtte en kultur, hvor der er fokus på at skabe løbende forbedringer i klinisk praksis. I planperioden skal der således sættes en ny dagsorden for kvalitet. Kvalitetsarbejdet skal give mening for sygehusets ansatte, og skabe værdi for patienter og pårørende. Det skal resultere i konkrete, mærkbare forbedringer.

For at styrke dette fokus vil Region Nordjylland blandt andet implementere den internationalt kendte forbedringsmodel Model for Improvement, der er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI). Modellen, der i Danmark generelt omtales som Forbedringsmodellen, beskriver en globalt anerkendt metode til at sikre forandrings- og forbedringsprocesser. Overordnet handler modellen om, hvordan man realiserer de kvalitetsmål, man har sat sig i praksis. Dette arbejde skal ses i relation til forbedringsarbejdet i Region Nordjylland generelt.

4.1.6 Lægelig uddannelse og rekruttering

Med etableringen af medicinuddannelsen i 2010 på Aalborg Universitet er der opnået muligheder for fremadrettet at sikre en øget rekruttering af læger til regionen. Dette betyder også, at behovet for uddannelsesstillinger på de nordjyske sygehuse og i speciallægepraksisområdet stiger, hvorfor Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal sikre, at uddannelsesfunktionerne understøttes – på Universitetet, på sygehusene og i speciallægepraksis. Dette gøres bl.a. ved at understøtte, at uddannelseskvaliteten er i top, ikke mindst fordi netop uddannelseskvaliteten er et væsentligt rekrutteringsparameter blandt yngre læger, når de vælger uddannelsessted.

Udover den grundlæggende medicinuddannelse er det derfor væsentligt at holde fokus på mulighederne for efterfølgende speciallægeuddannelse (lægelig videreuddannelse), der ligeledes har indflydelse på mulighederne for rekruttering af uddannelsessøgende læger og efterfølgende speciallæger til regionens sygehuse såvel som i speciallægepraksis. En vigtig faktor for sundhedsvæsenets funktion er netop, at der findes den nødvendige lægelige arbejdskraft, og at der sikres en hensigtsmæssig fordeling mellem de forskellige specialer (38) og geografier (uddannelsessteder). Målet er derfor, at der uddannes mindst det antal læger, der efterspørges. Sundhedsstyrelsens 5-årige dimensioneringsplaner for den lægelige videreuddannelse er de centrale sundhedsmyndigheders måde at imødekomme dette mål. Dimensioneringsplanerne regulerer antallet af speciallæger via fordeling af uddannelsesforløb inden for de enkelte specialer.

Med indgåelse af samarbejdsaftalen med det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet, januar 2013 omkring den lægelige medicinuddannelse med tilhørende opbygning af fælles forskningsinitiativer, er der skabt nye rammer for fremme af rekruttering af læger til landsdelen og fremme af den sundhedsvidenskabelige forskning. Med en styrket forskningsindsats i regionen er vi med til at sikre, at den nordjyske befolkning tilbydes den bedste og nyeste behandling, pleje og rehabilitering. I samarbejde med kommunerne vil vi styrke den forebyggende indsats.

For regionen er det afgørende, at rekrutteringen af læger fremmes. Det gælder såvel til almen praksis som til hospitalsområdet. Her spiller den nordjyske medicinuddannelse en stor rolle. Et aktivt forskningsmiljø er desuden en betingelse for bevarelse af de højtspecialiserede funktioner på sygehusene – primært på Aalborg Universitetshospital. Med samarbejdet med Aalborg Universitet, som er kendt for en meget entreprenant tilgang til udvikling af innovation og anvendt forskning, er der mulighed for at øge hastigheden fra et forskningsresultat er anerkendt til anvendelse i den kliniske dagligdag, men samtidigt også at gøre problemstillinger i den kliniske dagligdag til genstand for en forskningsindsats.

4.2 Regionale rammer og tendenser

På samme vis, som en række nationale rammer og tendenser påvirker sundhedsplanlægningen, er der også regionale elementer, som er rammesættende for den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

Regionale rammer og tendenser:

- Strategi 2018
- Sundhedsaftalerne
- Nyt Aalborg Universitetshospital
- Budget 2015
- Organisering af patientforløb i Region Nordjylland

4.2.1 Strategi 2018 på sundhedsområdet

I maj 2014 vedtog Regionsrådet Strategi 2018, som er en samlet strategi for Region Nordjyllands driftsområde. Strategi 2018 er rammesættende og retningsanvisende for hele Region Nordjyllands driftsområde, og strategien tager udgangspunkt i Region Nordjyllands mission om "Et godt liv for alle borgere i Region Nordjylland" samt visionen om "Det sammenhængende Nordjylland". På det grundlag er der opstillet strategiske mål for de tre driftsområder: regional udvikling, specialsektoren og sundhedsområdet.

De strategiske mål på sundhedsområdet er formuleret med udgangspunkt i to inspirationskilder:

- Triple Aim (Region Nordjylland vil arbejde for parallelt at forbedre befolkningens sundhedstilstand, forbedre patienters oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet og reducere omkostninger pr. indbygger til sundhedsvæsenet).
- Regionernes 6 fælles værdier på sundhedsområdet ⁽¹⁾ (patientsikkerhed, effekt, rettidighed, omkostningseffektivitet, patientfokus, lighed).

De tre strategiske mål for sundhedsområdet er:

1. Sikre patientforløb
2. Effektive patientforløb
3. Patientforløb med mennesket i centrum

De tre strategiske mål er tæt forbundne og skal realiseres i sammenhæng med hinanden. De er derfor sammenfattet som følger: *"Patienter og pårørende oplever sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum"*. Den struktur, der i nærværende plan skitseres for sygehuse og speciallægepraksis, skal leve op til elementerne i denne strategi for sundhedsområdet.

4.2.2 Sundhedsaftalerne

De lovbestemte sundhedsaftaler skal sikre koordinering og sammenhæng af indsatsen inden for sundhedsområdet med det formål at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af regioner og kommuner.

Den overordnede sundhedsaftale er en politisk aftale, der tager afsæt i konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet. Derudover er der følgende obligatoriske indsatsområder:

1. Forebyggelse
2. Behandling og pleje
3. Genoptræning og rehabilitering
4. Sundheds IT og digitale arbejdsgange

Arbejdet med at udvikle Sundhedsaftalen 2015 skal være afsluttet med udgangen af januar måned 2015, og den nye Sundhedsaftale dækker perioden 2015-2018.

Den kommende sundhedsaftale danner de aftalemæssige rammer for den tværsektorielle indsats for patientforløb, der går på tværs af regioner og kommuner. Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal udarbejdes inden for disse rammer, hvad angår tværsektorielle patientforløb. Samtidig er det vigtigt, at der – qua det indholdsmæssige sammenfald – sker en koordinering mellem implementeringen af de to planer.

4.2.3 Nyt Aalborg Universitetshospital

Nyt Aalborg Universitetshospital står klar i 2020, og her vil størstedelen af de nuværende funktioner på Aalborg Universitetshospital blive samlet på én matrikel. Etablering af Nyt Aalborg Universitetshospital har stor driftsmæssig betydning for hospitalet, men også for den samlede strukturplanlægning i Region Nordjylland. Nyt Aalborg Universitetshospital bliver således et epicenter på sundhedsområdet i Region Nordjylland. Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal udarbejdes inden for rammerne af de beslutninger, der er omfattet af etableringen af Nyt Aalborg Universitetshospital. Heri ligger eksempelvis forudsætninger om en væsentlig aktivitetsomlægning fra stationær til ambulans behandling samt forudsætninger om en højere udnyttelsesgrad af ambulatoriefaciliteter.

Derudover skal Plan for sygehuse og speciallægepraksis sikre det rette strukturmæssige afsæt for Nyt Aalborg Universitetshospital. Det er således i den kommende planproces, at der skal tages stilling til eventuelle strukturmæssige tilpasninger i perioden 2015-2020 med henblik på at skabe det bedst mulige samspil mellem Nyt Aalborg Universitetshospital og funktionerne på de øvrige sygehuse og i speciallægepraksis.

4.2.4 Budgetaftalen for 2015

I budgetaftalen for 2015 bekræfter Regionsrådet, at den centrale sygehusstruktur i Region Nordjylland er bygget op omkring de tre akutsygehuse. Af budgetaftalen fremgår det endvidere, at der fortsat ønskes sygehusdrift på andre matrikler end akutsygehusene, når dette kan ske på en hensigtsmæssig og økonomisk rentabel facon. I planprocessen er der derfor i et samarbejde mellem Administration og sygehusledelser udarbejdet en vurdering af, hvilke funktioner, der ikke er afhængige af akutte beredskaber m.m., og som derfor kan udføres på sygehusmatrikler uden akutfunktion eller i speciallægepraksis.

I budgetaftalen for budget 2015 fremgår det desuden, at beslutningen om samling af regionens neurorehabiliteringsfunktioner i ét center, bekræftes. I forhold til placeringen af dette center, fremgår det af budgetaftalen, at *"den fysiske placering af centeret afventer en endelig afklaring af strukturplanlægningen, idet en eventuel frigørelse af lokaler på eksisterende matrikler vil kunne muliggøre en minimering af etableringsomkostningerne i forhold til det planlagte nybyggeri i Brønderslev"*. Derudover fremgår det af budgetaftalen, at der i budgetaftalen var enighed om, at der ved den endelige placering bør tages behørigt hensyn til, at afstanden til centeret skal være rimelig fra alle dele af regionen.

Som en del af nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis er der således udarbejdet en analyse af mulige alternativer for placering af det planlagte regionale center for neurorehabilitering.

I budgetaftalen blev der indarbejdet en årlig besparelse ved ændringer i sygehusstrukturen på 40 mio. kr. fra 2016 og fremover. Det forventes, at der efter vedtagelse af Plan for sygehuse og speciallægepraksis i juni 2015 kan realiseres en kvartårseffekt på 10 mio. kr. i 2015.

De ovenfor fremhævede elementer fra budgetaftalen for 2015 har dannet udgangspunkt for planprocessen, og stiller samtidig klare, regionale rammer for den kommende struktur for sygehuse og speciallægepraksis.

4.2.5 Organisering af patientforløb i Region Nordjylland

'Patientens team' sætter patienten i centrum. Der er et nyt koncept, som Region Nordjylland har taget initiativ til at udvikle for at styrke kvalitet, sammenhæng og effektivitet i det enkelte patientforløb – og med øget fokus på, at patienten og de pårørende skal være helt centrale aktører sammen med relevante fagpersoner.

De principper, der karakteriserer patientens team som organiseringsform er, at:

1. Patienten er aktiv deltager i teamet, hvis de kan og vil – patienten er partner.
2. Patienten beslutter, om pårørende er deltagere i teamet, samt hvilken rolle de ønsker, at pårørende tager, hvis de kan og vil.
3. I ethvert forløb er der en behandlingsansvarlig læge, der har ansvaret for behandling, behandlingsplan og forløb.
4. Den behandlingsansvarlige læge har ansvaret for forløbet. Opgaven, men ikke ansvaret, kan uddelegeres til en anden fagperson, som i psykiatrien betegnes stafetholderen. Der koordineres med de personer, der skal involveres i forløbet og kommunikeres med patienten om forløbet.
5. Patientens team sammensættes og organiseres i forhold til det konkrete patientforløb samt de ressourcer, det er muligt at få i spil.
6. I patientens team koordineres patientforløbet i en stafettankegang, hvor ansvaret for patientens forløb overdrages på en måde, hvor der kvitteres ved modtagelse. Det betyder, at hvis en patient overflyttes til en anden organisatorisk enhed eller ansvaret for patienten på anden vis overdrages, skal overdragelsen af ansvaret ske som overdragelse af en depeche i en stafet, hvor ansvaret for behandling og forløb ikke slippes, før den er kvitteret hos den modtagende behandlingsansvarlige læge.

Samarbejdsmodellen skal anvendes for at styrke patientens oplevelse af at være i centrum for sit forløb – dog uden at ansvaret flyttes væk fra patientens behandlere. Desuden skal pårørende indgå som vigtige aktører i teamet. Sammen med patienten skal de inddrages i udstrakt grad, f.eks. ved at sidde med ved behandlingsmøder og deltage i udarbejdelse af behandlingsplanen.

'Patientens team' er en dynamisk organiserings- og arbejdsform, der omfatter både det interne og det eksterne samarbejde. Teamet tilpasses i takt med, at opgaven ændrer sig i behandlingsforløbet. Den fælles opgave er at opnå størst mulig kvalitet i pleje, behandling og rehabilitering.

5. Region Nordjylland i tal

I en beskrivelse af Region Nordjylland med udgangspunkt i sundhedsvæsenet og med sigte på perspektiverne herfor, er tre elementer af vigtig betydning:

- Den demografiske udvikling
- Sundhedstilstanden for de nordjyske borgere
- Udviklingen i sundhedsudgifter

5.1 Demografi

Demografien og de fremadrettede ændringer heri er en af de væsentligste udfordringer på sundhedsområdet. Dette gælder såvel nationalt som regionalt, hvor andelen af ældre forventes at stige betydeligt. Denne udvikling betyder, at efterspørgslen efter sundhedsydelser alt andet lige vil stige eftersom den ældre del af befolkningen traditionelt efterspørger flere sundhedsydelser end den yngre del af befolkningen.

På nationalt plan forventes andelen af befolkningen i aldersgruppen over 65 år at stige fra 29 % i 2014 til 34 % i 2025.

Samme tendens gør sig gældende i Region Nordjylland, hvor befolkningsprognosen viser, at antallet af ældre over 65 år forventes at stige med mere end 25.000 borgere fra 2014 til 2025. Samtidig forventes antallet af borgere i alderen 19-65 år at falde med cirka 6.000 borgere. Dette blandt andet på grund af lave fødselstal og fordi flere områder af regionen er udfordret af en forholdsvis stor fraflytning.

Tabel 1: Befolkningsprognose for Region Nordjylland for perioden 2011-2025

Aldersinddelte befolkningsgrupper	2014	2020	2025
0-18 år	125.543	118.258	119.623
19-65 år	349.006	344.688	339.543
66+ år	106.508	120.980	131.490
I alt	581.057	583.926	590.656

Kilde: Danmarks statistik

I 2025 er det forventningen, at næsten 1/4 af nordjyderne er over 65 år. Til sammenligning udgør andelen af ældre i dag godt 1/6 del af befolkningen i Region Nordjylland.

Tabel 2: Procentuel fordeling af aldersgrupper i Region Nordjylland for perioden 2014-2025

Aldersinddelte befolkningsgrupper	2014	2020	2025
0-18 år	22	20	20
19-65 år	60	59	57
66+ år	18	21	22
I alt	100	100	100

Kilde: Danmarks Statistik

Den forventede stigning i andelen af ældre over 65 år – blandt andet som følge af forlængelse af levetiden og store "efterkrigsårgange" - vil utvivlsomt have en stor betydning for behovet for udredning og behandling.

5.2 Sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen kortlægger borgernes sundhedstilstand og vaner på både regionalt og kommunalt niveau på baggrund af en spørgeskemaundersøgelse, der udsendes samtidig i alle regioner i Danmark.

Et repræsentativt udsnit på 35.700 nordjyske borgere over 16 år modtog i februar 2013 et spørgeskema, hvor de blev spurgt til deres sundhedsvaner og trivsel samt deres fysiske og psykiske helbred. 20.220 nordjyder svarede på spørgeskemaet (svarprocent på 56,6 %).

Sundhedsprofilen for 2013 viste for det første, at 67,2 %, svarende til 302.706 borgere i Region Nordjylland har mindst én specifik langvarig sygdom eller lidelse eller tidligere sygdom med nuværende eftervirkninger.

Derudover viste sundhedsprofilen følgende om borgernes vaner inden for kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne):

- 17,1 % af borgerne i Region Nordjylland, svarende til 79.772 personer, ryger dagligt.
- 7,9 %, svarende til 30.487 borgere i Region Nordjylland, overskrider Sundhedsstyrelsens høj-risikogrænse i forhold til alkoholforbrug.
- 17,9 %, svarende til 81.030 borgere i Region Nordjylland, har usunde kostvaner. Næsten dobbelt så mange mænd (23,4 %) som kvinder (12,4 %) har usunde kostvaner.
- 17,1 %, svarende til 78.578 borgere i Region Nordjylland, er fysisk inaktive. 16,4 %, svarende til 74.757 borgere i Region Nordjylland, er svært overvægtige (BMI \geq 30).

5.3 Økonomi

Sundhedsområdet er Region Nordjyllands største driftsområde, og sundhedsområdet udgør op mod 90 % af regionens samlede budget.

I Region Nordjylland er de samlede udgifter til sundhedsområdet steget fra 9,8 mia. kr. i 2009 til 10,5 mia. kr. i 2013. Denne udvikling ses også på sygehusområdet og speciallægepraksisområdet, hvor der har været en betydelig stigning fra 2009 til 2013. Udgifterne til speciallægepraksis er fra 2009 til 2013 steget fra 228 mio. kr. til 247 mio. kr. årligt. I samme periode er udgifterne til sygehuse steget fra 7,3 mia. i 2009 til 8 mio. i 2013.

Den afledte økonomiske udfordring som følge af den stigende andel ældre over 65 år og det generelle billede af nordjydernes sundhedstilstand, er dog vanskelig at forudsige præcist. Såfremt det nuværende niveau for aldersfordelte sundhedsudgifter fastholdes, vil det utvivlsomt medføre højere sundhedsudgifter. Der er imidlertid en tæt sammenhæng med potentielle effekter af sund aldring, teknologiske muligheder og aktivitetsforbedringer. Eksempelvis tyder flere undersøgelser på, at sundhedsudgifterne pr. person ikke er direkte afledt af alderen, men af restlevetiden. Stigende levetid betyder med andre ord, at sundhedsudgifterne udskydes til en højere alder, hvorfor

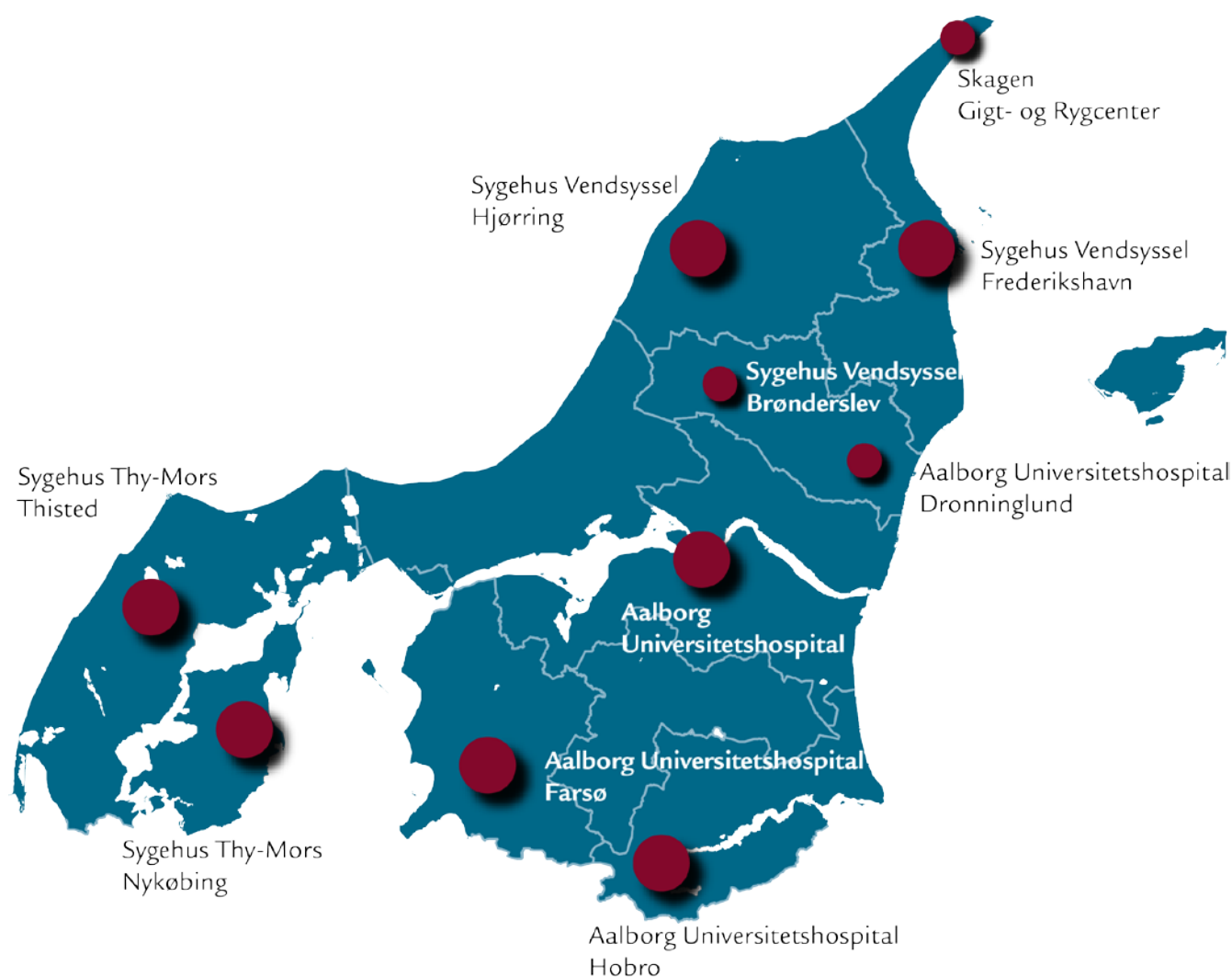
udgiftsstigningen ikke nødvendigvis bliver så stor, som stigningen i andelen af ældre umiddelbart tilsiger. Dette betegnes som "sund aldring".

6. Status på sygehusområdet

I Region Nordjylland er sygehusområdet organiseret i tre sygehusmatrikler i form af Sygehus Thy-Mors, Sygehus Vendsyssel samt Aalborg Universitetshospital.

Sygehus Thy-Mors består af sygehusmatriklerne i Thisted og Nykøbing, mens Sygehus Vendsyssel består af matriklerne i Hjørring, Frederikshavn, Brønderslev og Skagen. Endelig består Aalborg Universitetshospital af matriklerne i Aalborg (nord og syd), Dronninglund, Farsø og Hobro. I Region Nordjylland er ortopædkirurgien spredt på regionens matrikler, men er ledelsesmæssigt organiseret under Aalborg Universitetshospital.

Figur 1: Sygehusmatrikler i Region Nordjylland



Sygehusenes aktivitet består overordnet af tre elementer.

- Ambulante besøg, hvor der ikke kræves indlæggelse. Dette vil typisk være udredning, behandling eller kontrol.
- Sengedage, som er antallet af dage, hvor en seng er belagt.
- Udskrivninger, der er antallet af registrerede udskrivninger på sygehusene.

Region Nordjylland har i perioden 2010-2013 oplevet en stigning i antallet af ambulante besøg på regionens sygehuse på 40.000 besøg svarende til en stigning på cirka 8 %. Det har særlig været på Aalborg Universitetshospital og Sygehus Vendsyssel, at der har været en stigning i antallet af ambulante besøg, mens Sygehus Thy-Mors har ligget stabilt omkring 46.000 besøg i perioden.

Tabel 3: Ambulante besøg på regionens sygehuse 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Sygehus Thy-Mors	45.798	47.635	44.717	45.840
Aalborg Universitetshospital	404.172	418.116	423.949	433.264
Sygehus Vendsyssel	79.692	85.648	89.038	88.684
Sygehus Himmerland	13.536	13.860	14.075	14.732
Total	543.198	565.259	571.779	582.520

Som led i omlægningen fra stationær aktivitet til ambulante aktivitet har antallet af sengedage på sygehusene været faldende. Dette gælder både akutte forløb og planlagte forløb, hvor antallet af sengedage er faldet med henholdsvis 6 % og 19 %. Også her har ændringen været mest markant på Aalborg Universitetshospital og Sygehus Vendsyssel.

Tabel 4: Sengedage på regionens sygehuse 2010-2013

		2010	2011	2012	2013
Akut aktivitet	Sygehus Thy-Mors	41.435	38.444	38.064	40.383
	Aalborg Universitetshospital	201.117	195.294	191.511	183.834
	Sygehus Vendsyssel	77.968	78.704	77.993	74.951
	Sygehus Himmerland	32.570	34.204	34.584	32.554
Akut aktivitet i alt		353.090	346.646	342.152	331.722
Planlagt aktivitet	Sygehus Thy-Mors	4.202	3.738	3.666	3.467
	Aalborg Universitetshospital	80.334	73.706	67.731	65.580
	Sygehus Vendsyssel	29.385	26.194	25.959	22.527
	Sygehus Himmerland	2.649	3.002	2.673	2.955
Planlagt aktivitet i alt		116.570	106.640	100.029	94.529

Regionens sygehuse har i perioden 2010-2013 oplevet en stigning i antallet af udskrivninger af akut indlagte patienter på cirka 12 %. Det har særlig været på Sygehus Thy-Mors, at der har været en procentvis stor stigning i antallet af udskrivninger af akutte patienter. For så vidt angår de planlagte patienter har antallet af udskrivninger været faldende i perioden, og denne udvikling har været båret af markante fald på både Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital.

Tabel 5: Udskrivninger på regionens sygehuse 2010-2013

		2010	2011	2012	2013
Akut aktivitet	Sygehus Thy-Mors	9.604	9.739	10.855	14.859
	Aalborg Universitetshospital	43.380	43.197	43.787	42.852
	Sygehus Vendsyssel	18.400	19.708	19.660	19.581
	Sygehus Himmerland	5.958	6.678	9.370	9.353
Akut aktivitet i alt		77.342	79.322	83.672	86.645
Planlagt aktivitet	Sygehus Thy-Mors	1.558	1.502	1.490	1.525
	Aalborg Universitetshospital	27.595	26.575	22.034	22.011
	Sygehus Vendsyssel	6.157	5.137	4.954	3.519
	Sygehus Himmerland	483	567	639	613
Planlagt aktivitet i alt		35.793	33.781	29.117	27.668

Benchmarking på regionsniveau

De fem regioner i Danmark har alle indrettet deres sundhedsvæsen forskelligt, og da sundhedsvæsenene består af mange parametre er det som udgangspunkt svært at lave direkte sammenligninger mellem regionerne. To centrale indikatorer er dog interessante i form af antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere samt den gennemsnitlige liggetid på sygehuse.

Antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere har de seneste år været stigende i samtlige regioner. Region Nordjylland har i perioden ligget forholdsvis stabilt, men oplevede dog en mindre stigning fra 2012 til 2013, så næsten hver femte borger blev indlagt i løbet af et år. Trods stigningen er Region Nordjylland fortsat den region i landet, hvor forholdsvis færrest indbyggere indlægges i løbet af et år.

Tabel 6: Indlæggelser pr. 1.000 indbyggere i regionerne 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Region Hovedstaden	253	252	257	257
Region Midtjylland	209	205	213	212
Region Nordjylland	195	195	195	197
Region Sjælland	250	263	266	266
Region Syddanmark	205	203	208	209
Hovedtotal	226	226	231	232

Den gennemsnitlige liggetid har de seneste år været faldende i alle regioner. Region Nordjylland har gennem perioden været den region, som har haft længst gennemsnitlig liggetid, men har tilsvarende også været den region, der har oplevet det største fald siden 2010. I 2010 var liggetiden i Region Nordjylland således i gennemsnit 4,2 dage, mens den i 2013 var faldet til 3,7 dage.

Tabel 7: Liggetid i regionerne 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Region Hovedstaden	3,7	3,6	3,4	3,4
Region Midtjylland	3,5	3,3	3,2	3,1
Region Nordjylland	4,2	4,0	3,9	3,7
Region Sjælland	3,2	3,0	2,9	2,8
Region Syddanmark	3,6	3,6	3,4	3,4
Landsgennemsnit	3,6	3,5	3,3	3,3

7. Status på speciallægepraksisområdet

Nedenfor følger en kort overordnet status for speciallægeområdet med en oversigt over udviklingen i perioden 2010-2014. For en mere detaljeret gennemgang vedrørende de enkelte specialer henvises der til bilag 6.

7.1 Kapacitet – praktiserende speciallæger i Region Nordjylland

I speciallægepraksis skelnes der mellem begreberne "kapacitet" og "ydernummer". Et ydernummer er det nummer, som den enkelte klinik bruger, når der skal afregnes med sygesikringen. For at kunne behandle patienter med offentligt tilskud og derved modtage honorar fra den offentlige sygesikring, skal en speciallæge således have et ydernummer.

Det samlede antal ydernumre på speciallægeområdet i Region Nordjylland udgør 83 ydernumre. Heraf er 63 aktive.

Ydernumrene fordeler sig på fuldtids-, deltids- og overlægeydernumre. Et fuldtidsydernummer kendetegnes ved, at speciallægen skal have sin fuldtidsbeskæftigelse i praksis og beregnes i udgangspunktet med kapaciteten 1, jf. dog nærmere nedenfor. En deltidspraksis beregnes kapacitetsmæssigt som 1/3 fuldtidspraksis og en overlægepraksis som 1/10 fuldtidspraksis.

Dette angiver således en vis omsætningsmæssig norm for aktiviteten på et ydernummer, og er dermed som udgangspunkt retningsgivende for kapaciteten. Men et ydernummer er ikke alene et mål for kapaciteten. Der kan således på samme ydernummer godt være flere speciallæger (kapaciteter), som praktiserer under ét og samme ydernummer. Det kan være speciallæger som deler et ydernummer, eller der kan være tilknyttet en såkaldt assisterende speciallæge til ydernummet. Sidstnævnte indgår dog ikke som kapacitet i statistikken.

Den samlede kapacitet på speciallægeområdet er for nuværende 65 i fuldtidspraksis og 2 i deltidspraksis, i alt en kapacitet på 65,66.

Nedenstående skema giver et overblik over fordelingen af ydernumre samt kapacitet mellem de enkelte specialer. Tal i parentes angiver eventuelle ledige ydernumre indenfor specialerne.

Tabel 8: Ydernumre og aktiv kapacitet (Januar 2015) fordelt på speciale og praksistype

Speciale	Ydernumre			Kapacitet
	Fuldtid	Deltid	Overlæge	Aktiv kapacitet
Øjenlægehjælp	17 (3)			14
Ørelægehjælp	15 (1)			14
Dermato-venerologi	6			8
Psykiatri	7		3 (3)	9

Pædiatri	5 (1)			4
Ortopædkirurgi	4			4
Kirurgi	3			3
Gynækologi	2			2
Reumatologi*	3 (1)			2
Neurologi	2 (1)	1		1,33
Intern medicin	1	1	1 (1)	1,33
Børnepsykiatri	1		2 (2)	1
Anæstesiologi	2		7 (7)	2
Total	68 (7)	2	13 (13)	65,66

* Der er pr. 1. januar 2015 Tildelt fuldtidsydernummer til ny speciallæge i reumatologi. Klinikken forventes opstartet 1. marts 2015. I denne tabel er ydernummeret talt med som besat, samt angivet som aktiv kapacitet.

Kapaciteten på speciallægeområdet i Region Nordjylland er svingene fra år til år. I nedenstående tabel vises udviklingen over en 5-årig periode i den samlede kapacitet, fordelt på de enkelte specialer. Da kapaciteten kan skifte i løbet af året, er nedenstående tal opgjort for de kapaciteter der var aktive i december måned det pågældende år.

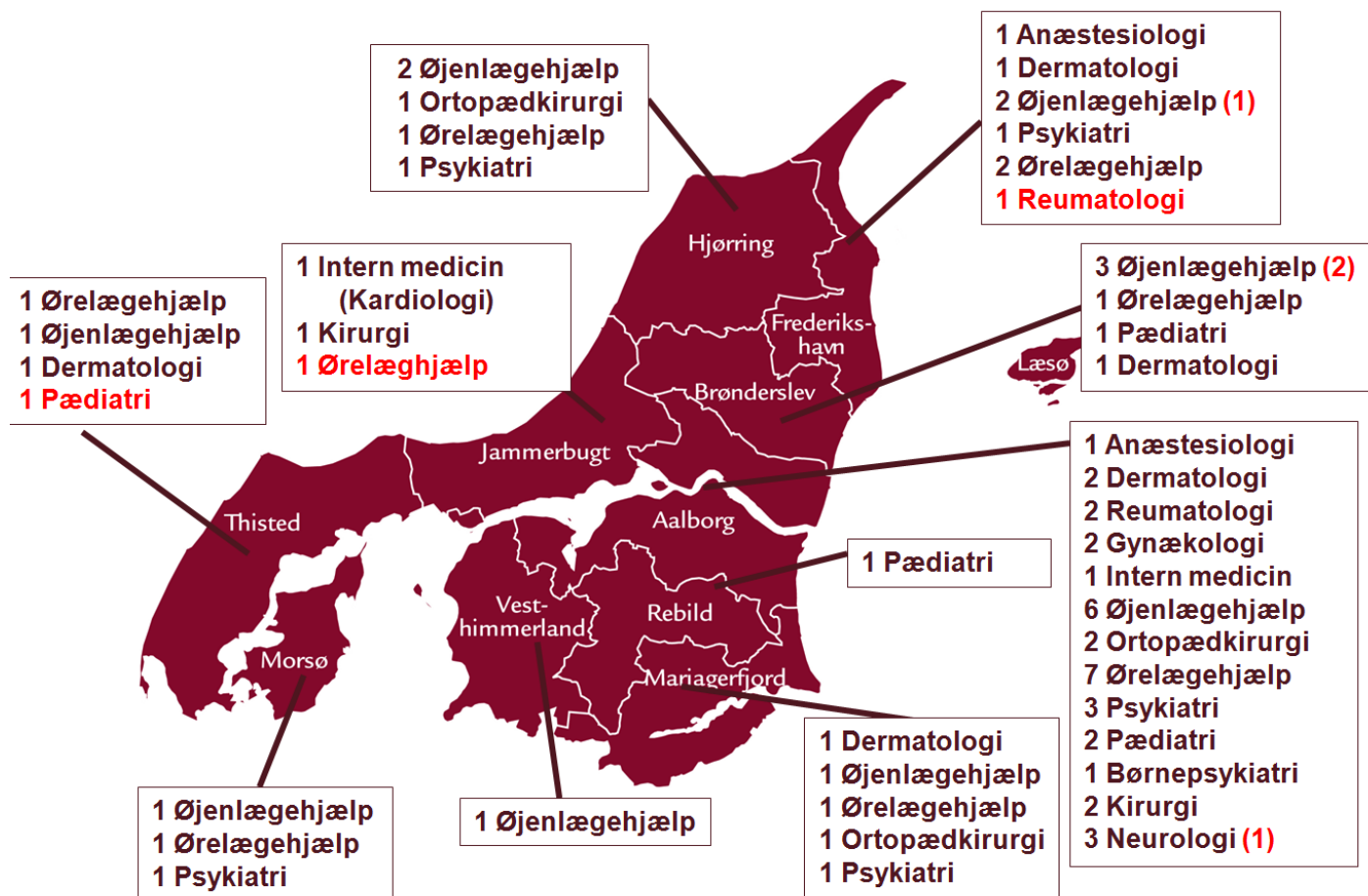
Tabel 9: Aktiv kapacitet fordelt på speciale og praksistype, opgjort december måned det pågældende år.

Speciale	2010	2011	2012	2013	2014
Øjenlægehjælp	16	16	16	15	14
Ørelægehjælp	14	14	14	14	14
Dermato-venerologi	7	7	8	8	8
Psykiatri	9	9	9	9	9
Pædiatri	4	4	4	4	4
Ortopædkirurgi	4	4	4	4	4
Kirurgi	3	3	3	3	3
Gynækologi	2	2	2	2	2
Reumatologi	1	1	1		1
Neurologi	0,66	0,66	0,66	0,66	1,33
Intern medicin	0,53	1,43	1,33	1,33	1,33
Børnepsykiatri	1	1	1	1	1
Anæstesiologi	2,1	2	2	2	2
Total	64,3	65,1	66	64	64,66

Antallet af ydernumre vedrørende de enkelte specialer, sat i forhold til indbyggertallet i Region Nordjylland og sammenlignet med tilsvarende tal for de øvrige regioner, fremgår af bilag 6.

Ydernumrenes geografiske placering er vist i nedenstående figur. Figuren viser udelukkende fuldtids- og deltidscydnere. En mere detaljeret gennemgang af ydernumrenes geografiske placering fremgår af bilag 6.

Figur 2: Geografisk placering af ydernumre fordelt på kommuner.



7.2 Aktivitet og forbrug i speciallægepraksis¹

I dette afsnit belyses speciallægeområdet i Region Nordjylland ud fra såvel en aktivitetsmæssig som en forbrugsmæssig vinkel. Det gøres dels ved at kigge på antallet af ydelser, antallet af patienter og den forbrugte økonomi.

Hver gang der er en patientkontakt hos en praktiserende speciallæge, udløser det én eller flere ydelser, som honoreres af regionen.

Patienter har frit valg blandt speciallæger. Derfor vil en mindre del af de ydelser, der leveres af de nordjyske speciallæger vedrøre borgere med bopæl udenfor Region Nordjylland. På tilsvarende vis vil nordjyske borgere også kunne søge speciallæge med praksis uden for Region Nordjylland. Der vil derfor ikke nødvendigvis være overensstemmelse, mellem de ydelser som leveres, og de ydelser som forbruges.

¹ Det bemærkes generelt vedrørende talmateriale i dette afsnit, at data vedrørende 2014 bygger på estimater, der kan være usikre – specielt vedrørende specialer, hvor der er sket generationsskifte, ydernumre er nybesat og lignende. Talmaterialet vil blive opdateret i den endelige plan, således at de reelle tal vedrørende 2014 indgår i planen.

Aktivitet anvendes i det følgende som betegnelse, for det der produceres af de nordjyske speciallæger. Det gøres ud fra den samlede mængde af ydelser, der er leveret af regionens praktiserende speciallæger.

Forbrug anvendes som betegnelse for de nordjyske borgeres forbrug af speciallægeydelser uanset om disse ydelser er leveret af en speciallæge med praksis i Region Nordjylland eller en anden speciallæge med praksis uden for regionen.

7.2.1 Aktivitet hos de nordjyske speciallæger

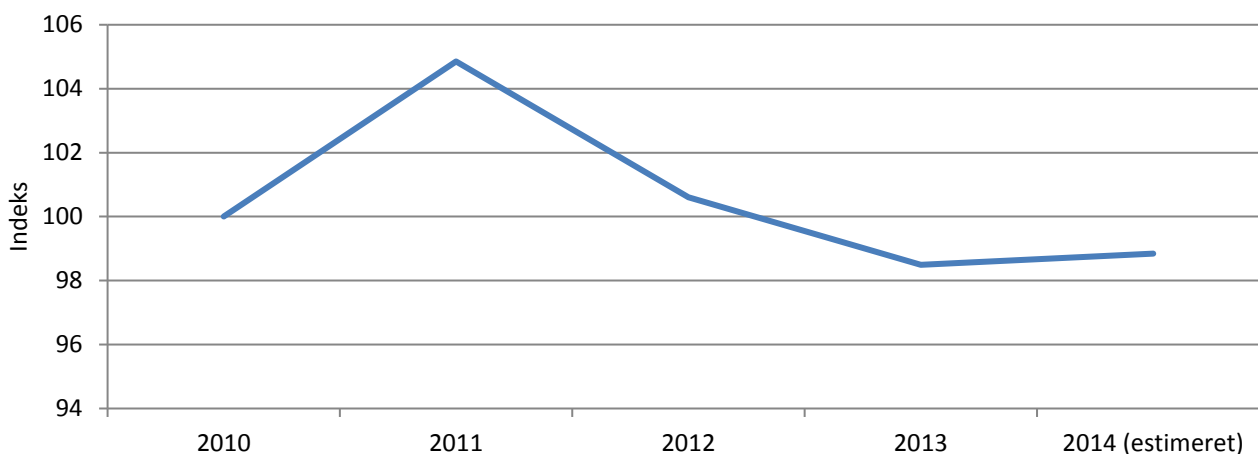
Som nævnt ovenfor angives aktiviteten hos de nordjyske speciallæger ved antallet af ydelser, der er leveret til borgerne uanset disses bopæl.

Tabel 10: Udviklingen i aktivitet for de enkelte specialer (Antal ydelser)

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Anæstesiologi	34.165	35.845	32.540	31.955	34.445
Dermato-venerologi	173.548	165.729	156.486	164.171	157.189
Reumatologi	5.604	17.305	12.426	117	696
Gynækologi-obstetrik	28.711	28.399	27.064	28.571	31.236
Intern medicin	10.457	7.672	7.256	8.530	9.379
Kirurgi	23.452	25.671	26.123	27.583	27.709
Neurologi	1.442	1.446	1.498	584	2.303
Øjenlægehjælp	196.359	221.154	216.863	213.574	209.049
Ortopædisk kirurgi	24.499	33.115	33.373	33.578	30.655
Ørelægehjælp	299.905	313.615	298.657	289.398	302.957
Psykiatri	30.987	25.574	27.287	22.667	19.692
Pædiatri	43.940	40.021	38.914	39.358	40.359
Børnepsykiatri	2.420	2.427	2.323	2.210	2.163
Total	875.489	917.973	880.810	862.296	865.321

Aktivitetsniveauet i speciallægepraksis har siden 2011 været let faldende, hvilket kan ses i nedenstående figur. Dette skyldes formentlig i høj grad, at der med overenskomsten for speciallægepraksis fra 2011 blev indført en overordnet økonomisk ramme for hele speciallægepraksisområdet i Danmark. Denne ramme blev indført for at stabilisere udgiftsniveauet til speciallægepraksisområdet, som indtil da havde været præget af stor årlig vækst. Rammen er en overordnet ramme for hele landet, og er dækkende for samtlige specialer

Figur 3: Samlet udvikling i aktivitet for alle specialer.



Mellem de enkelte specialer er det stor forskel i udviklingen i aktivitet. Nogle specialer har set en stigning, mens andre har set et fald i aktivitet. Årsagerne til denne udvikling drøftes i bilag 6. I nedenstående tabel ses udviklingen i aktivitet for de enkelte specialer.

Tabel 11: Udviklingen i aktivitet for de enkelte specialer (2010 = indeks 100)

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Neurologi	100	100	104	40	160
Ortopædkirurgi	100	135	136	137	125
Kirurgi	100	109	111	118	118
Gynækologi-obstetrik	100	99	94	100	109
Øjenlægehjælp	100	113	110	109	106
Ørelægehjælp	100	105	100	96	101
Anæstesiologi	100	105	95	94	101
Pædiatri	100	91	89	90	92
Dermato-venerologi	100	95	90	95	91
Intern medicin	100	73	69	82	90
Børnepsykiatri	100	100	96	91	89
Psykiatri	100	83	88	73	64
Reumatologi	100	309	222	2	12
Total	100	105	101	98	99

7.2.2 De nordjyske borgeres forbrug af speciallægeydelser

Som nævnt ovenfor under afsnit 2 vil der i og med borgerens frie valg være forskel på den aktivitet, der er hos de nordjyske speciallæger (leverede ydelser) og de nordjyske borgeres forbrug af speciallægeydelser.

I nedenstående tabel ses Region Nordjyllands borgeres forbrug af speciallægeydelser, fordelt på de enkelte specialer. Her kan der, i lighed med speciallægernes aktivitet fordelt på de enkelte specialer, ses en stor forskel på de enkelte specialer. Dette vil især hænge sammen med udbudet på det enkelte speciale, altså hvor mange aktive ydernumre der er på det givne tidspunkt.

Især ved specialet reumatologi ses et stort udsving. Dette skyldes, at der ved periodens start ikke var nogle aktive ydernumre. Ét ydernummer blev kort efter aktivt, men kort efter opstart blev ydernummeret igen vakant.

Tabel 12: Udvikling i Region Nordjyllands borgeres forbrug af speciallægeydelser (Antal ydelser)

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Anæstesiologi	35.009	36.944	33.603	32.787	36.191
Dermato-venerologi	171.182	166.807	161.541	167.874	162.757
Reumatologi (Fysiurgi)	6.757	17.606	13.309	2.616	2.149
Gynækologi-obstetrik	35.772	34.787	33.891	35.318	38.338
Intern medicin	11.744	9.359	8.435	10.164	10.495

Kirurgi	23.567	25.882	26.386	27.937	28.068
Neurologi	4.906	4.993	5.409	4.248	4.448
Øjenlægehjælp	195.445	219.133	215.336	212.994	207.983
Ortopædisk kirurgi	23.825	31.775	31.492	31.876	28.979
Ørelægehjælp	302.284	315.393	302.242	293.146	307.765
Psykiatri	33.608	28.608	30.331	25.281	22.316
Pædiatri	45.929	41.954	40.783	41.164	41.776
Børnepsykiatri	3.117	2.435	2.317	2.261	2.284
Total	893.145	935.676	905.075	887.666	893.664

Tabel 13: Udvikling i Region Nordjyllands borgeres forbrug af speciallægeydelser (2010 = indeks 100)

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Ortopædisk kirurgi	100	133	132	134	122
Kirurgi	100	110	112	119	119
Gynækologi-obstetrik	100	97	95	99	107
Øjenlægehjælp	100	112	110	109	106
Anæstesiologi	100	106	96	94	103
Ørelægehjælp	100	104	100	97	102
Dermato-venerologi	100	97	94	98	95
Pædiatri	100	91	89	90	91
Neurologi	100	102	110	87	91
Intern medicin	100	80	72	87	89
Børnepsykiatri	100	78	74	73	73
Psykiatri	100	85	90	75	66
Reumatologi	100	261	197	39	32
Total	100	105	101	99	100

Nedenfor ses en samlet opgørelse over forbrug af speciallægeydelser pr. borger, fordelt på de enkelte regioner. For Region Nordjyllands vedkommende kan det ses, at borgernes forbrug af ydelser generelt har været nogenlunde stabilt i perioden, hvilket er en nogenlunde landsdækkende tendens.

Tabel 14: Forbrug af ydelser pr. borger, fordelt på regioner

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Region Hovedstaden	2,9	2,9	2,9	2,8	2,9
Region Sjælland	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8
Region Syddanmark	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7
Region Midtjylland	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Region Nordjylland	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5

Tabellen viser tydeligt forskellen i forbrug af speciallægeydelse i Region Hovedstaden og de øvrige regioner.

Tendensen omkring det stabile forbrug af ydelser hos borgerne kommer også til udtryk i tabel 15, hvoraf det fremgår, at de borgere, som i løbet af et kalenderår opsøger praktiserende speciallæger, gennemsnitligt modtager cirka det samme antal ydelser som tidligere.

Tabel 15: Forbrug af ydelser pr. patient, fordelt på regioner

	2010	2011	2012	2013	2014 (estimeret)
Region Hovedstaden	7,6	7,5	7,4	7,4	7,4
Region Midtjylland	6,1	6,1	6,0	6,0	6,1
Region Sjælland	5,7	5,7	5,7	5,7	5,8
Region Nordjylland	5,7	5,7	5,6	5,5	5,7
Region Syddanmark	5,5	5,6	5,5	5,6	5,6

Igen ses en tydelig forskel i forbrug af speciallægeydelse i Region Hovedstaden og de øvrige regioner.

Sammenlignet med de øvrige regioner undtaget Region Hovedstaden, ligger borgernes forbrug af ydelser pr. patient i Region Nordjylland lavt.

7.2.3 Udgifter til speciallægeområdet

Estimeret vil de nordjyske borgere i 2014 have forbrugt speciallægeydelse for cirka 243 mio. kr. Nedenstående tabel illustrerer Region Nordjyllands borgeres forbrug af ydelser hos praktiserende speciallæger i hele landet, vist med den udgiftsmæssige fordeling mellem specialerne.

Tabel 16: Fordeling af nordjyske borgeres forbrug af ydelser, fordelt mellem praksisspecialerne (estimeret)

	Bruttohonorar	Fordeling
Ørelægehjælp	kr. 67.314.437,39	27,7 %
Øjenlægehjælp	kr. 52.562.062,72	21,6 %
Dermato-venerologi	kr. 37.748.216,06	15,5 %
Kirurgi	kr. 13.724.969,68	5,6 %
Ortopædisk kirurgi	kr. 13.550.874,38	5,6 %
Pædiatri	kr. 13.301.481,68	5,5 %
Psykiatri	kr. 12.402.266,47	5,1 %
Gynækologi-obstetrik	kr. 10.712.336,03	4,4 %
Anæstesiologi	kr. 10.811.678,72	4,4 %
Intern medicin	kr. 4.692.348,12	1,9 %
Børnepsykiatri	kr. 2.518.540,22	1,0 %
Neurologi	kr. 2.724.517,04	1,1 %
Reumatologi (Fysiurgi)	kr. 703.417,88	0,3 %
Plastikkirurgi	kr. 157.315,20	0,06 %
Patologi	kr. 157.107,79	0,06 %

Diagnostisk radiologi	kr. 2.586,03	0,001 %
Diagnostisk radiologi, København	kr. 1.666,78	0,001 %
Total	kr. 243.085.822,19	100,0 %

Der ses en stor lighed med tallene i tabellen vedrørende bruttohonorar hos de praktiserende speciallæger i Region Nordjylland.

8. Akutte patientforløb

De akutte patientforløb har rødder ind i stort set alle dele af sundhedsvæsenet – kommuner, almen praksis/lægevagt, speciallægepraksis, kommunerne og sygehusene. Patientforløbene spænder vidt – fra den simple fodskade til de komplicerede patienter med mange diagnoser og videre til den svært tilskadekomne trafikant. Diversiteten i disse patientforløb betyder, at patienternes krav til de forskellige aktører er vidt forskellige. Et væsentligt element har patientforløbene imidlertid til fælles – de opstår på alle tider af døgnet og patienterne forventer høj faglig kvalitet og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer hele døgnet rundt.

8.1 Strukturen set i relation til de akutte patientforløb

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen "Anbefalinger for det akutte beredskab". Hensigten med anbefalingerne var at sikre høj kvalitet og effektivitet i udredning og behandling af akut syge eller tilskadekomne patienter. Den akutte patient skal møde et sundhedsvæsen, hvor de rette specialistkompetencer og faciliteter er til stede uanset tid og sted, og hvor udredningen og den relevante behandling sættes i gang hurtigst muligt. Et vigtigt element i anbefalingerne var derfor ønsket om at samle indtaget af akutte patienter på færre sygehuse, og anbefalingerne har givet anledning til en væsentlig omstrukturering af den akutte indsats i hele landet. Antallet af akutte modtagelser i Danmark er således reduceret fra 40 til 22 siden 2007. Også i Region Nordjylland er der sket ændringer.

Den grundlæggende struktur på akutområdet i Region Nordjylland er fastlagt i "Strukturplan for det somatiske sygehusvæsen" fra 2007 og i "Plan for sygehuse og speciallægepraksis" fra 2012 (delplan til regionens sundhedsplan for 2010-2014).

De akutte tilbud i Region Nordjylland rummer tre akutmodtagelser – en på Sygehus Vendsyssel i Hjørring, en på Sygehus Thy-Mors i Thisted og en på Aalborg Universitetshospital. Akutmodtagelserne er etableret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for det akutte beredskab, herunder krav til befolkningsunderlag, krav om speciallægetilstedeværelse, arbejds gange, uddannelse m.v. Akutmodtagelsen på Sygehus Thy-Mors lever ikke op til kravene om befolkningsunderlag, og er en af tre akutmodtagelser i landet, der er etableret med dispensation fra Sundhedsstyrelsen. Grundet de geografiske forhold, omkring Nykøbing Falster, Bornholm og Thisted, har Sundhedsstyrelsen vurderet, at de geografiske hensyn vejer tungere, end kravet til befolkningsunderlag.

Akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital fungerer også som traumecenter (Akut- og traumecenter). Akut- og Traumecentret har traumecenterfunktion, hvor akutte og svært tilskadekomne patienter kan modtages. Traumecenter-funktionen dækker hele regionen, mens akutmodtagefunktionen i øvrigt dækker sygehusets befolkningsunderlag.

Alle akutmodtagelser er etableret i helt eller delvist nye bygninger, og alle akutmodtagelser har fungeret siden 2013. Når Nyt Aalborg Universitetshospital står klar, vil det nuværende Akut- og Traumecenter blive udvidet og fusioneret med Børnemodtagelsen samt Psykiatrisk Skadestue.

Derudover modtages der lægevisiterede akutte medicinske patienter på Akut Modtage Afsnit (AMA) på Aalborg Universitetshospital, Hobro. AMA'en er ikke en akutmodtagelse jf. Sundhedsstyrelsens definitioner, og indtaget af patienter er reguleret i visitationsretningslinjer for indbringelse af akutte patienter til AMA'en. I AMA'en modtages der således ikke akutte præhospitale transporter med mindre de er lægeligt visiteret af lægebilslægen ved lægebilen i Aalborg.

I forbindelse med AMA drives der på Aalborg Universitetshospital, Hobro en Småskadeklinik, der er bemanded med behandlersygeplejersker. Småskadeklinikken behandler mindre skader og er åben alle dage mellem kl. 8 og 22. Herudover er der på Aalborg Universitetshospital, Farsø en ortopædkirurgisk skadestue.

I forbindelse med budgetaftalen for 2015 blev der truffet beslutning om at tilpasse ortopædkirurgisk skadestue i Farsø og Småskadeklinikken i Hobro. Begge tilbud opretholdes, men ændrer navn til skadeklinikker. Tilbuddet i Hobro ændrer ikke bemanning og vil fortsat være dækket med behandlersygeplejersker, men tilbuddet vil fremover være døgnåbent. Tilbuddet i Hobro fortsætter i samdrift med AMA. Tilbuddet i Farsø ændrer ikke åbningstider og vil fremover fortsat være døgnåbent, men bemanningen ændres, således at tilbuddet fra kl. 22-08 ikke vil være bemanded med læger men med behandlersygeplejersker. For begge tilbud gælder, at behandlersygeplejerskerne vil have læge-backup fra lægerne på matriklen suppleret med lægedækning fra Aalborg Universitetshospital, Aalborg. Tilpasningerne af akuttilbuddene i Himmerland sker i løbet af 2015.

Regionens akutte tilbud omfatter desuden Psykiatrisk Skadestue, som er beliggende på Psykiatrisk Sygehus i Aalborg samt Børnemodtagelsen, som er Aalborg Universitetshospitals selvstændige modtagelse af akut syge børn.

Tabel 17: Akutte tilbud i Region Nordjylland

Sygehus	Matrikel	Akuttilbud	Åbningstid	Planlagte ændringer
Aalborg Universitetshospital	Syd	Akut- og Traumecentret (akutmodtagelse)	Døgnåben	Flyttes til Nyt Aalborg Universitetshospital og udvides samtidig.
Aalborg Universitetshospital	Nord	Børnemodtagelsen	Døgnåben	Samles med Akut- og Traumecentret i Nyt Aalborg Universitetshospital
Aalborg Universitetshospital	Hobro	AMA og Småskadeklinik	AMA: Døgnåben Småskadeklinik: kl. 8-22	Småskadeklinikken omdannes til Skadeklinik i 2015 og åbningstiden udvides til at dække hele døgnet.
Aalborg Universitetshospital	Farsø	Ortopædkirurgisk skadestue	Døgnåben	Omdannes til skadeklinik i 2015, og fremover kun dækket med behandlersygeplejersker fra 22-08.

Sygehus Vendsyssel	Hjør- ring	Akutmodtagelse	Døgnåben	-
Sygehus Thy-Mors Psykiatrien	Thisted	Akutmodtagelse	Døgnåben	-
	Aalborg	Psykiatrisk skade- stue	Døgnåben	Samles med Akut- og Traumecentret i Nyt Aal- borg Universitetshospi- tal

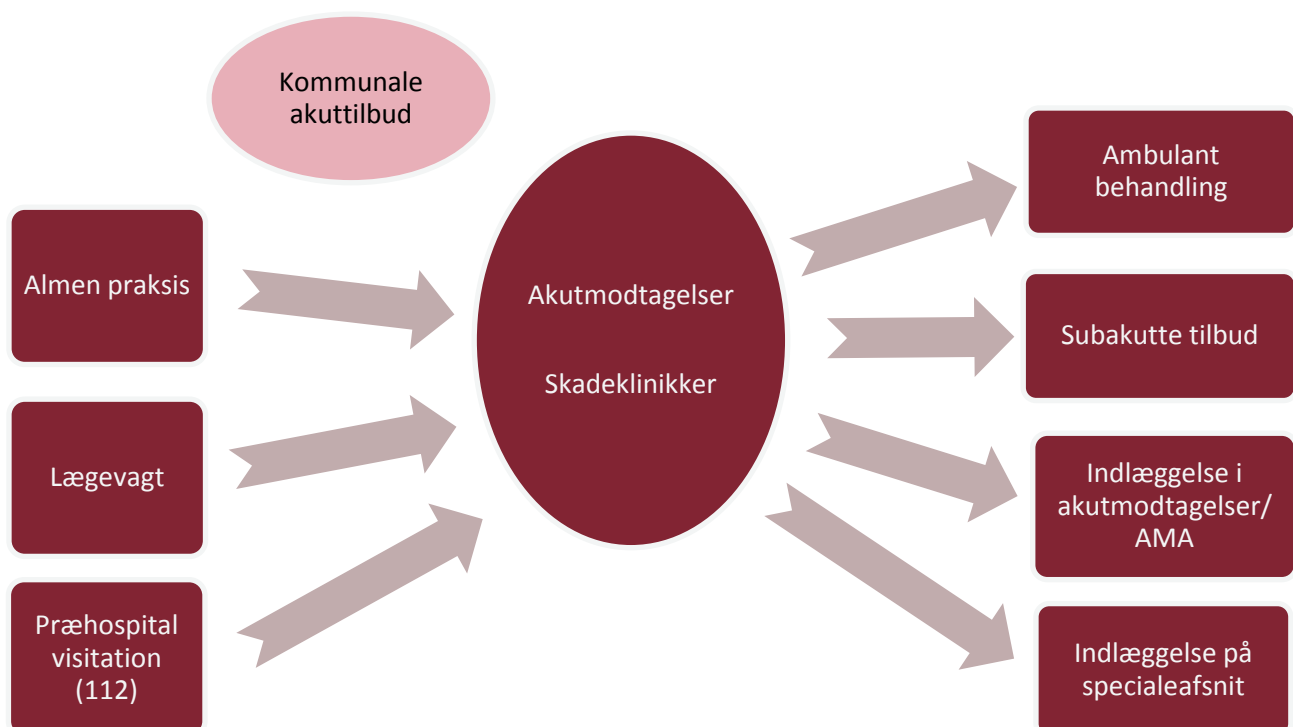
8.2 De akutte patientforløb

Det fælles kendetegn for de akutte patientforløb er, at alle forløb starter med en akut henvendelse. Fokus i nærværende afsnit er på de akutte patientforløb, der omfatter akutte ydelser på regionens sygehuse samt på den akutte aktivitet i speciallægepraksis. Akutte patientforløb, der håndteres selvstændigt i almen praksis håndteres i Praksisplanen.

De akutte tilbud i speciallægepraksis begrænser sig til akutte tilbud inden for speciallægerne normale åbningstider. Den akutte aktivitet finder hovedsagligt sted ved øre-næse-hals-lægerne og øjenlægerne, og til disse specialer er der fri adgang til de akutte tilbud. Fælles for de akutte patientforløb i speciallægepraksis er, at størstedelen af patienterne fuldt ud håndteres i speciallægepraksis. Kun er meget lav andel viderevisiteres til akutte tilbud i sygehusregi.

Adgangen til de akutte tilbud på sygehusene i Region Nordjylland er visiteret. I dagtid er visitationen forankret i almen praksis og i vagttid er visitationen forankret i lægevagten. Alle akutte patienter med behov for akut sygehusbehandling er således visiteret enten via almen praksis/lægevagt eller via den sundhedsfaglige visitation, der finder sted i forbindelse med præhospital kørsel. Et begrænset antal patienter ankommer til akutmodtagelserne/skadeklinikkerne uden forinden at have været i kontakt med enten almen praksis eller lægevagten.

Figur 4: Flowet for akutte patientforløb



De akutte patientforløb med en sygehuskontakt starter med en henvisning fra enten almen praksis, lægevagten eller via 112. Mange akutte patientforløb håndteres dog i almen praksis og i lægevagten og involverer ingen akutte sygehuskontakter.

Almen praksis/lægevagten har – udover mulighed for henvisning til sygehusenes akuttilbud – mulighed for at henvise patienter til kommunale akuttilbud.

De kommunale akuttilbud består overordnet af to former for tilbud:

- Udgående akutfunktioner bemandet med sygeplejersker, som efter aftale med almen praksis kan tage ud og tilse en patient inden for en time. Kommunerne i Region Nordjylland har i den kommende sundhedsaftale forpligtet sig til at prioritere oprettelsen af udgående akutfunktioner, og i alle kommuner (undtaget Thisted) er der oprettet sådanne udgående funktioner på nuværende tidspunkt.
- Forskellige typer af midlertidige sengepladser, som kommunerne tilbyder patienter, der har behov for akut sygeplejefaglig bistand og pleje. Det kan f.eks. dreje sig om:
 - akutpladser med sygeplejefaglig indsats i hele døgnet (herunder akutpladser med særlig fokus på genoptræning og rehabilitering).
 - døgnrehabiliteringspladser med terapeutfaglige kompetencer.
 - døgn- eller aflastningspladser til færdigbehandlede uden døgndækket sygepleje eller terapeutfaglige kompetencer.

De forskellige former for døgnpladser i kommunalt regi er ikke en del af den indgåede sundhedsaftale. Størstedelen af regionens kommuner har dog oprettet forskellige typer af akutpladser, men der er endnu enkelte kommuner, som ikke har disse tilbud.

Akuttilbuddene er primært målrettet ældre patienter, og hensigten med tilbuddene er at tilbyde sygeplejefaglig hjælp med det formål at forebygge indlæggelser. Dette sker i samarbejde med almen praksis på en sådan måde, at patienterne kan undgå indlæggelse. Størstedelen af de patienter, der henvises hertil, kan afsluttes derfra uden behov for sygehusstilbud. En mindre andel kan, efter ophold på kommunale akuttilbud, have behov for efterfølgende henvisning til sygehusene. Udgangspunktet for anvendelsen af akutpladser skal være, at det er et bedre tilbud for borgeren end alternativet, eksempelvis en (akut) sygehusindlæggelse.

Alle akutte patienter, der modtages på akutmodtagelserne, AMA og skadeklinikkerne, modtages efter samme procedure. Det primære fokus er en systematisk vurdering af hastegrad (triagering), og derefter udredning/diagnosticering samt iværksættelse af primær behandling.

De akutte patientforløb kan derefter fortsætte på flere måder.

For det første kan patienterne behandles ambulant i akutmodtagelserne og skadeklinikkerne og derefter afsluttes. Dette forløb gælder for en betydelig andel af de akutte patientforløb, idet der er en stor mængde af patienter med lettere skader og sygdomstilfælde. Visse af disse patientforløb varetages selvstændigt af behandlersygeplejersker, som under delegeret ansvar har mulighed for at håndtere visse skader og sygdomstilfælde uden involvering af læge.

For det andet kan patienterne viderehenvises fra akutmodtagelserne, AMA, skadeklinikkerne til sygehusenes øvrige diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud. Dette sker som en integreret

del af patientforløbet, og mange af disse patientforløb afsluttes ligeledes ambulantly. Der ligger et stort potentiale i at sikre den rette sammenkobling af akutmodtagelserne og de øvrige diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud på sygehusene (diagnostiske centre, daghospitalstilbud og subakutte tider i specialernes ambulatorier). Dermed vil der ofte være mulighed for at spare patienterne for en indlæggelse

For det tredje kan de akutte patienter afsluttes efter kort indlæggelse i de akutte sengeafsnit i akutmodtagelserne og AMA. Patienter, hvor der er forventning om kort indlæggelse – som hovedregel op til 48 timer – afsluttes på denne måde.

For det fjerde kan akutte patientforløb afsluttes efter indlæggelse i de øvrige sengeafsnit på sygehusene. Patientforløb, hvor der efter udredning i akutmodtagelserne og AMA er forventning om længere indlæggelse (over 48 timer) overføres fra akutmodtagelserne og AMA til de øvrige sengeafsnit på sygehusene og afsluttes derfra.

8.2.1 Udviklingen i patientforløbene

Som det fremgår af tabel 18, er andelen af akutte indlæggelser på sygehusene i Region Nordjylland 76 %. Sammenlignet med de øvrige regioner i landet, ligger andelen af akutte indlæggelser af det samlede antal indlæggelser i Region Nordjylland lige over landsgennemsnittet på 75 %. Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Nordjylland ligger på samme niveau mellem 71 % og 76 %. Region Sjælland adskiller sig fra de øvrige regioner, idet andelen af akutte indlæggelser her udgør 83 % (se tabel 18).

Tabel 18: Antal og andel akutte indlæggelser i regionerne i 2013

Region	Indlæggelser i alt	Akutte indlæggelser i alt	Andel akutte indlæggelser	Akutte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere
Region Nordjylland	114.313	86.645	76 %	149
Region Midtjylland	270.704	195.500	72 %	153
Region Syddanmark	251.946	178.939	71 %	149
Region Sjælland	218.115	181.117	83 %	221
Region Hovedstaden	452.130	340.287	75 %	194
Hele landet	1.307.208	982.288	75 %	174

Kilde: E-sundhed

En sammenligning af de fem regioner fordelt i forhold til indbyggertal viser, at antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere varierer fra 149 i Region Nordjylland til 221 i Region Sjælland. Landsgennemsnittet er 174 akutte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Sammenlignet med de øvrige regioner – når der er taget højde for indbyggertallet i regionerne – er andelen af akutte indlæggelser i Region Nordjylland således lavt.

De akutte kontakter består både af skadestuekontakter og akutte indlæggelser. Når der alene ses på antallet af skadestuekontakter, så viser udviklingen fra 2007 til 2013, at der er sket et betydeligt fald i antallet af skadestuekontakter.

Tabel 19: Udviklingen i skadestuebesøg fra 2007-2013

Region	2009	2010	2011	2012	2013	2013: Pr. 1.000 indbyggere
Region Nordjylland	64.142	65.827	61.643	52.744	52.126	90
Region Midtjylland	153.356	153.843	150.888	128.383	102.237	80
Region Syddanmark	174.765	176.789	183.281	185.296	188.223	156
Region Sjælland	134.274	116.861	105.101	89.235	91.675	112
Region Hovedstaden	311.138	298.739	293.476	281.805	271.306	155
Hele landet	837.675	812.059	794.389	737.463	705.567	125

Kilde: E-sundhed

Dette fald i antallet af skadestuebesøg ses i alle regioner i den omtalte periode. Når antallet af skadestuekontakter sammenlignes pr. 1.000 indbyggere, ligger Region Midtjylland lavest med 80 skadestuebesøg pr. 1.000 indbyggere. Region Nordjylland ligger også lavt med 90 skadestuebesøg pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnittet for hele landet er 125 skadestuebesøg pr. 1.000 indbyggere. Højest ligger Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Forklaringerne her på kan være flere, men det er ikke uden betydning, at der i Region Nordjylland har været visiteret adgang til sygehusenes akuttilbud i en længere årrække. Senest blev adgangen til Akut- og Traumecentret, Aalborg Universitetshospital gjort visiteret i 2012. Adgangen til de øvrige sygehuse i regionen har været visiteret i en lang årrække. I Region Midtjylland har adgangen være visiteret i halvdelen af regionen i mange år. I den resterende del af Region Midtjylland blev der indført visiteret adgang i løbet af 2013. De øvrige regioner har ikke haft tradition for visiteret adgang og har først indført visiteret adgang i løbet af 2014.

8.3 Udfordringer i relation til de akutte patientforløb

Tre elementer er centrale udfordringer i relation til de akutte patientforløb:

- Generelle udfordringer i relation til akutte patientforløb.
- Konsolidering af akutmodtagelserne.
- Øget samarbejde mellem primærsektor (almen praksis, praktiserende speciallæger og kommunerne) og sekundærsektor (sygehusene).

8.3.1 Generelle udfordringer i relation til akutte patientforløb

I takt med at andelen af ældre borgere forventes øget frem mod 2025, er der en forventning om, at antallet af patienter, der kræver sygehusbehandling, stiger. Det udfordrer det samlede sundhedsvæsen og således også akutmodtagelserne. Akutmodtagelserne er indgangen til det samlede sygehus når patientforløbet starter med en akut henvendelse. Denne stigning i behovet for sundhedsydelse skal håndteres. Dette skal ske uden at der sker kvalitetsforandringer i negativ retning og i en tid, hvor sygehuse og regioner har fokus på at implementere og konsolidere en ny akutstruktur.

8.3.2 Konsolidering af akutmodtagelserne

Da Sundhedsstyrelsen i 2007 udgav "Anbefalinger for det akutte beredskab" var udgangspunktet en planlægningshorisont på 5-10 år. Anbefalingerne betød således ikke kun et opgør med tidligere praksis for modtagelse af akutte patienter, men også en gennemgribende kultur og strukturændring af sygehusvæsenet.

Nu – syv år efter udgivelsen af anbefalingerne – er der etableret en ny akutstruktur i Region Nordjylland med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. De tre akutmodtagelser på Sygehus Vendsyssel, Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital er de centrale elementer i denne struktur. Selvom de planlagte ændringer er implementeret og nye bygninger er opført, er der fortsat en væsentlig opgave forbundet med konsolideringen af akutmodtagelserne. Derfor er Sundhedsstyrelsens oplæg fra 2007 meget aktuelt hvad angår implementeringshorisonten, hvor følgende fremgår:

"De afledte konsekvenser af rapportens anbefalinger vil være omfattende. Derfor er det væsentligt, at rapporten lægger op til implementering over 5-10 år afhængigt af den enkelte regions øvrige planlægning. Regionerne bør således trinvist træffe foranstaltninger med det sigte at kunne opfylde rapportens 24 anbefalinger efter denne implementeringsperiode".

Den nuværende konsolideringsfase har primært tre udfordringer: uddannelse og rekruttering af akutlæger, driften af tre betydeligt forskellige akutmodtagelser samt kulturændringen fra akutmodtagelse til akutsygehus.

Akutmodtagelserne er ligesom den resterende del af sundhedsområdet udfordret af manglen på speciallæger. Akutmodtagelserne i Region Nordjylland har derfor svært ved at mønstre den – af Sundhedsstyrelsens anbefalede – brede vifte af tilstedeværende speciallæger døgnet rundt. Manglen på speciallæger forstærkes af, at der ikke er et egentlig speciale inden for akut behandling/akut medicin. Derfor vanskeliggøres rekruttering til området. På grund af fraværet af et egentligt speciale inden for akut medicin, har Region Midtjylland og Region Nordjylland i samarbejde etableret en fagområdeuddannelse inden for akut medicin. Denne uddannelse varer to år og kræver en fuld speciallægeuddannelse forinden, hvorfor antallet af uddannede læger fortsat er begrænset. Samlet set betyder ovenstående, at rekruttering og uddannelse på akutområdet i dag og i årene fremover fortsat er en betydelig udfordring for konsolideringen af akutmodtagelserne.

Derudover er det svært at sikre et ensartet koncept for akutmodtagelserne i Region Nordjylland, når der i regionen er tre akutsygehuse med væsentligt forskellige muligheder og udfordringer. Akutmodtagelserne skal således fungere i forskellige sygehusemæssige set-up hvad angår patientindtag, rekrutteringsmuligheder, aktivitet og lægelig tilstedeværelse.

Etableringen af akutmodtagelserne har betydet en væsentlig strukturændring på sygehusområdet. Samtidig medfører etableringen af akutmodtagelserne en kulturændring for det samlede sygehusvæsen. Det har været - og vil i de kommende år fortsat være - en udfordring at sikre den rette kulturelle sammensmeltning af akutmodtagelserne med sygehusets øvrige funktioner. Uden denne sammensmeltning kan potentialerne i akutmodtagelserne og potentialerne inden for daghospitalsfunktioner, subakutte tilbud og diagnostiske centre ikke udnyttes fuldt ud.

Regionsrådet vedtog i 2013 regionale servicemål på akutområdet. Servicemålene betyder at:

- Alle patienter skal triageres (hastegradsvurderes) inden for 15 minutter efter ankomst. Der er fastlagt en målopfyldelse på 95 %.
- Alle patienter skal være tilset af en relevant sundhedsfaglig aktør inden for en time (gennemsnitsmål for alle patientforløb). Relevant sundhedsfaglig aktør kan enten være en læge eller en sygeplejerske. Alvorligheden af patienternes skade/sygdomstilfælde er afgørende for, hvilken sundhedsfaglig ressource, der vurderes at kunne påbegynde behandlingen. Målopfyldelsen er sat til 85 %.
- Alle patienter skal mundtligt informeres om ventetid ved ankomst til sygehuset. Der skal oplyses konkrete tidsintervaller. Der er fastlagt en målopfyldelse på 90 %.

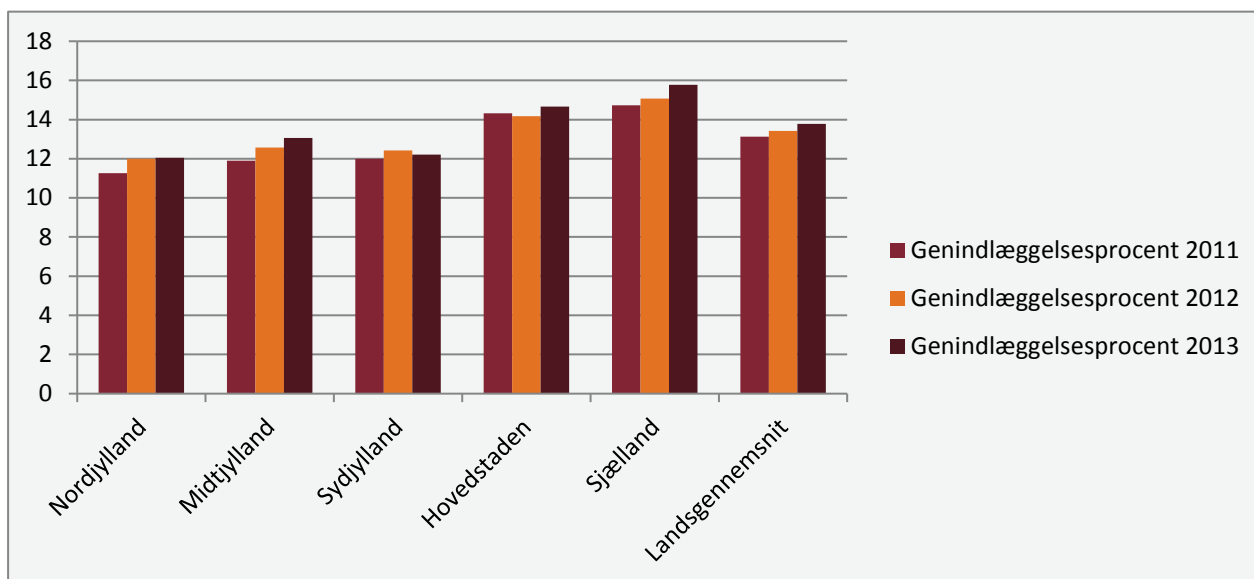
Regionens sygehuse har arbejdet med implementeringen af servicemålene, og servicemålene har været med til at sætte fokus på arbejdsgange og optimering af flow. Den fastsatte målopfyldelse udfordrer imidlertid fortsat sygehusene.

8.3.3 Tværsektorielt samarbejde

Et vedvarende fokus i alle regioner og på tværs af sektorer er arbejdet med at nedbringe antallet af forebyggelige genindlæggelser. Patientforløbene skal således planlægges og afvikles på en sådan måde, at forebyggelige genindlæggelser så vidt muligt undgås.

Etableringen af de nye akutmodtagelser omfatter hensigten om at accelerere de akutte patientforløb, således at unødigt ventetid elimineres og indlæggelser i et vist omfang undgås, hvis ambulant behandling er muligt. Effekterne af etableringen af akutmodtagelserne ses endnu ikke fuldt ud. Det er dog af afgørende betydning ikke kun at anskue direkte konsekvenser af etableringen af akutmodtagelserne, men også de eventuelle afledte effekter, blandt andet andele af akutte genindlæggelser. Betyder de accelererede patientforløb med andre ord, at antallet af akutte genindlæggelser stiger? Som det fremgår af tabel 20, er dette ikke umiddelbart tilfældet, men der må konstateres en mindre stigning både i Region Nordjylland og de øvrige regioner fra 2011 til 2012. Dette var dog før etableringen af akutmodtagelserne. Denne stigning er dog også generel på landsplan.

Tabel 20: Akutte genindlæggelser på regionsniveau



Kilde: E-sundhed (november 2014). Baseret på national definition af genindlæggelser².

Til trods for at Region Nordjylland ligger lavest af alle regioner, så bør det være et vedvarende fokusområde at søge at nedbringe antallet af akutte og forebyggelige genindlæggelser. Dette kan kun ske i et ambitiøst samarbejde på tværs af sektorerne.

En anden væsentlig udfordring er at sørge for sikre og gnidningsløse sektorovergange. Denne udfordring har en særlig vinkel i relation til de akutte patientforløb, hvor hastigheden generelt er høj. Dette stiller store krav til samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne i relation til at sikre gode sektorovergange. Den generelle ramme for sektorovergangene er sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner. Denne aftale rummer blandt andet det aftalemæssige grundlag for indlæggelser og udskrivninger fra regionens sygehuse. Det er af afgørende betydning, at indholdet i sundhedsaftalen er kendt af alle aktører, der er involveret i sektorovergangene. Dermed sikres det bedst mulige udgangspunkt for hensigtsmæssige sektorovergange med patienten i centrum.

Derudover er det af afgørende betydning for de akutte patientforløb, at kommunikationen på tværs af sektorerne kan ske umiddelbart og let. På nuværende tidspunkt kommunikerer sygehuse og region via e-breve. Denne løsning kan anvendes til kommunikation om indlagte patienter, men ikke til kommunikation om patienters ambulante kontakter. Der ønskes en model, hvor kommunikationen via e-breve eller lignende modul er mulig for alle typer af patientforløb. I forhold til rådgivning fra sygehusspecialist til almen praksis/speciallægepraksis, er der i dag mulighed for at kontakte sygehusene telefonisk for råd og vejledning. Denne mulighed anvendes når der er umiddelbart behov for rådgivning. I det nye patientadministrative system, der implementeres i planperioden, forventes der at blive mulighed for elektronisk rådgivning af almen praksis/speciallægepraksis ved spørgsmål, hvor der ikke er behov for umiddelbart svar. Dette er et supplement til

² National definition af genindlæggelser: Alle akutte genindlæggelser, der sker inden for 30 dage. Cancerdiagnoser og ortopædkirurgiske diagnoser er frasorteret. Hændelser i det enkelte patientforløb er koblet sammen, således at indlæggelser og udskrivninger, der sker inden for 4 timer, er koblet sammen til et forløb.

muligheden for telefonisk rådgivning ved behov for hurtig rådgivning. Det er af afgørende betydning, at denne mulighed for elektronisk rådgivning bliver implementeret fuldt ud, således at sygehusene også kan svare almen praksis/speciallægepraksis elektronisk. Samlet set er det således centralt, at kommunikationen kan ske umiddelbart og let mellem almen praksis, kommunerne, speciallægepraksis og sygehusene. Dermed opnås de bedste sektorovergange og dermed sikres et godt grundlag for håndtering af mange patientforløb i almen praksis.

Ovenstående mulighed for elektronisk kommunikation skal supplere de allerede eksisterende aftaler om udsendelse af epikriser inden for tre hverdage samt den rådgivningsordning, der i dag er på alle akutmodtagelser. Rådgivningsordningen rummer således mulighed for, at patient, pårørende, almen praksis/lægevagten og kommunalt personale kan kontakte akutmodtagelse i op til 72 timer efter patienten afsluttet i akutmodtagelsen. Der kan stilles spørgsmål til patientforløbet, medicin, symptomer osv. Hensigten er at sikre umiddelbar håndtering af eventuelle tvivlsspørgsmål, så sektorovergangene bliver trygge og sikre. Der er dog behov for at øge kendskabet til denne ordning blandt kommuner og almen praksis. Derudover er der behov for at stramme op på procedurerne på sygehusene, således at det sikres, at alle patienter bliver informeret om tilbuddet.

Forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er således et centralt emne – både for sygehusene, almen praksis og kommunerne. Det er vurderingen, at muligheden for råd og vejledning på specialistniveau kan medvirke til at nedbringe antallet af såvel indlæggelser som antallet af forebyggelige genindlæggelser. Det er en udfordring at etablere et set-up, der imødekommer behovet for speciallægerådgivning til almen praksis og specialistsygeplejerskerådgivning til det kommunale plejepersonale. Rammerne for denne rådgivning skal sikres.

8.4 Målsætning for akutte patientforløb

Målsætningen for de akutte patientforløb er, at de akutte patienter skal opleve sikre og sammenhængende patientforløb uden unødigt ventetid. Kvaliteten i patientforløbene skal være den samme over hele regionen og den samme på alle tider af døgnet.

Patienterne skal tilbydes de rette patientforløb, og fokus skal være på at sikre visitationen ind i de rette patientforløb. Behandling og udredning skal ske med udgangspunkt i det reelle behov, og tilbuddene skal matche patienternes behov. Derfor skal der blandt andet fokuseres på ambulante tilbud som alternativ til indlæggelse samt på det rette samarbejde mellem almen praksis, sygehusene og kommunerne, således at uhensigtsmæssige indlæggelser undgås.

Målsætningen er endvidere at patienterne oplever sikre og trygge overgange mellem sektorerne. Informationen skal flyde let, uhindret og uden forsinkelser, således at alle parter har de fornødne oplysninger til at sikre gode patientforløb.

Derudover er det regionens målsætning, at akutmodtagelserne i de kommende år konsolideres yderligere. Fokus er på at skabe et sammenhængende akutsygehus, men også et sammenhængende akuttilbud på tværs af sektorer. Derfor skal samarbejde med almen praksis/lægevagten og kommunerne øges og videreudvikles i de kommende år.

8.5 **Anbefalinger i relation til udviklingen af de akutte patientforløb**

Med udgangspunkt i målsætningen for de akutte patientforløb, opstilles neden for konkrete anbefalinger for udviklingen af de akutte patientforløb. Visse anbefalinger dækker hele patientforløbet, mens andre fokuserer på delen før akut behandling/udredning på sygehusene, under akut behandling/udredning på sygehusene samt efter akut behandling/udredning på sygehusene.

For det samlede akutte patientforløb:

- Der skal udarbejdes en forløbsbeskrivelse for akutte henvendelser fra almen praksis/lægevagten til sygehusene. Beskrivelsen skal gælde for hele regionen og har til hensigt at skabe klare aftaler omkring henvisning til akut udredning og behandling i sygehusregi.
- Der skal fokuseres på inddragelse af patienter og pårørende. Dette gælder både i forhold til de konkrete patientforløb, hvor patient og pårørende i højere grad skal inddrages. Derudover skal patienter og pårørendes oplevelser og input løbende anvendes til optimering af patientforløbene.
- Der skal etableres en fast struktur for audit af akutte patientforløb. Processen skal være forankret lokalt på sygehusene og skal finde sted i samarbejde med almen praksis og kommunerne for at sikre læring omkring det samlede akutte patientforløb. Fokus skal derudover være at udvikle og afprøve nye elementer i relation til at sikre de mest hensigtsmæssige patientforløb. Forventningen er, at sådanne initiativer kan være med til at udligne indlæggelsesvariationen mellem praktiserende læger samt nedbringe antallet af akutte indlæggelser og forebyggelige genindlæggelser og sikre bedre kommunikation og samarbejde i sektorovergangene. Ikke fordi, der spares penge, men fordi det er bedre for patient og pårørende.
- Fyldestgørende, rettidig og let kommunikation i hele patientforløbet er afgørende for at alle aktører kan bidrage til gode og sammenhængende patientforløb. Det er derfor vigtigt, at der er de rette systemmæssige og organisatoriske rammer herfor. Disse rammer bør prioriteres i et samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis, og der skal være enkle kommunikationsveje til gavn for alle aktører.

Ved akut kontakt og før akut behandling/udredning på sygehus:

- Potentialerne i de kommunale akuttilbud skal udnyttes fuldt ud. Fokus er på at undgå uhenigtsmæssige indlæggelser, men også på at sikre de rette overgange for sygehusene til kommunerne. Dette kan kun ske i et velfungerende samarbejde mellem almen praksis/lægevagten, sygehusene og kommunerne, og skal ske inden for rammerne af Sundhedsaftalen³.
 - Regionen ønsker at afprøve nye samarbejdsformer for at støtte op om de kommunale akuttilbud. Eksempelvis ønskes der igangsat projekter, hvor paramedicinere kan supplere kommunernes akutteams og praktiserende læger. Projekterne skal iværksættes i samarbejde med kommunerne og almen praksis. Udgangspunktet er i første omgang et samarbejde omkring paramedicinere i Brovst og Farsø.

³ Af Sundhedsaftalen 2015-2018 fremgår, at "Tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje" fra april 2014." Det sikres hermed, at de kommuner, der vælger at supplere deres eksisterende tilbud om en udgående funktion med kommunale akutpladser, efterlever anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med sygehus og almen praksis. Det er herudover aftalt, at der i kommende sundhedsaftaleperiode skal udarbejdes en samarbejdsaftale, som skal fastlægge rammerne for samarbejdet mellem akutfunktion i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud.

- Samarbejdet mellem kommunerne og sygehusene skal til enhver tid være i fokus med henblik på at skabe de mest hensigtsmæssige patientforløb. Regionerne ønsker eksempelvis at prioritere delestilling for sygeplejersker mellem region og kommune. Hensigten er at skabe bedre overgange, men også at skabe kompetenceudvikling på tværs af de to sektorer.
- Regionen ønsker at prioritere visitationen til sygehuset. Almen praksis/lægevagten har henvisningsret til sygehusene, men sygehusene vurderer hvilke tilbud, der bedst matcher patientens behov. Sygehusene skal derfor arbejde fokuseret med dels at tilvejebringe de rette udrednings- og behandlingstilbud til patienter og dels arbejde fokuseret med selve visitationen. Såfremt subakutte tider skal fungere som et reelt alternativ til indlæggelse, skal de sub-akutte tider kunne bookes ved første kontakt til sygehuset. Målet er udredning og behandling i sub-akutte forløb frem for udredning og behandling under indlæggelse.

På sygehuset under akut kontakt:

- Samarbejde mellem lægevagten og akutmodtagelserne ønskes udvidet og videreudviklet i de kommende år. Hensigten er et mere dynamisk samarbejde og en fysisk placering af lægevagtslokalerne i akutmodtagelserne. Denne fysiske tætte placering gælder de lægevagtskonsultationer, der ligger på sygehuse med akutmodtagelser. For de øvrige lægevagtskonsultationer er der ikke anbefalinger om ændringer⁴.
- Der skal ske en konsolidering af akutmodtagelserne, og akutmodtagelserne skal i højere grad sammenkobles med det samlede sygehus. Hensigten er at skabe robuste akutsygehuse, hvor potentialerne i såvel akutmodtagelsen som de specialespecifikke afsnit udnyttes fuldt ud. Kun dermed kan vi tilbyde patienterne de bedst mulige akutte patientforløb.

Efter akut sygehuskontakt:

- Sygehusenes rådgivningsordning i akutmodtagelserne skal prioriteres. Sygehusene skal fokusere på at informere alle patienter om muligheden, og kendskabet til tilbuddet skal udbredes i kommuner og almen praksis.

⁴ Placeringen af lægevagtskonsultationer generelt er ikke en del af nærværende plans omfang. Eventuelle spørgsmål herom, håndteres i Region Nordjyllands Praksisplan.

9. Udredningsforløb

Næsten alle patienter i sundhedsvæsenet starter deres forløb med udredning i enten almen praksis, speciallægepraksis eller sygehusregi. For langt størstedelen af patienterne afsluttes forløbet allerede i almen praksis, men for en mindre gruppe er der behov for mere specialiseret udredning.

I nærværende afsnit er fokus på de aktiviteter som vedrører udredningsforløbene i tilknytning til speciallægepraksis og sygehusene. Eftersom mange patienter efter endt udredning overgår til behandling på sygehusene skal kapitlet ses i sammenhæng til særlig afsnittet om planlagte patientforløb.

9.1 Strukturen set i relation til udredningsforløb

Udredning af patienter finder i dag sted på alle regionens sygehuse og i speciallægepraksis. Omkring 90 % af patienterne, som er i kontakt med sundhedsvæsenet, udredes i dag i almen praksis, og det er derfor kun en mindre del af patienterne, som udredes på sygehuse og i speciallægepraksis.

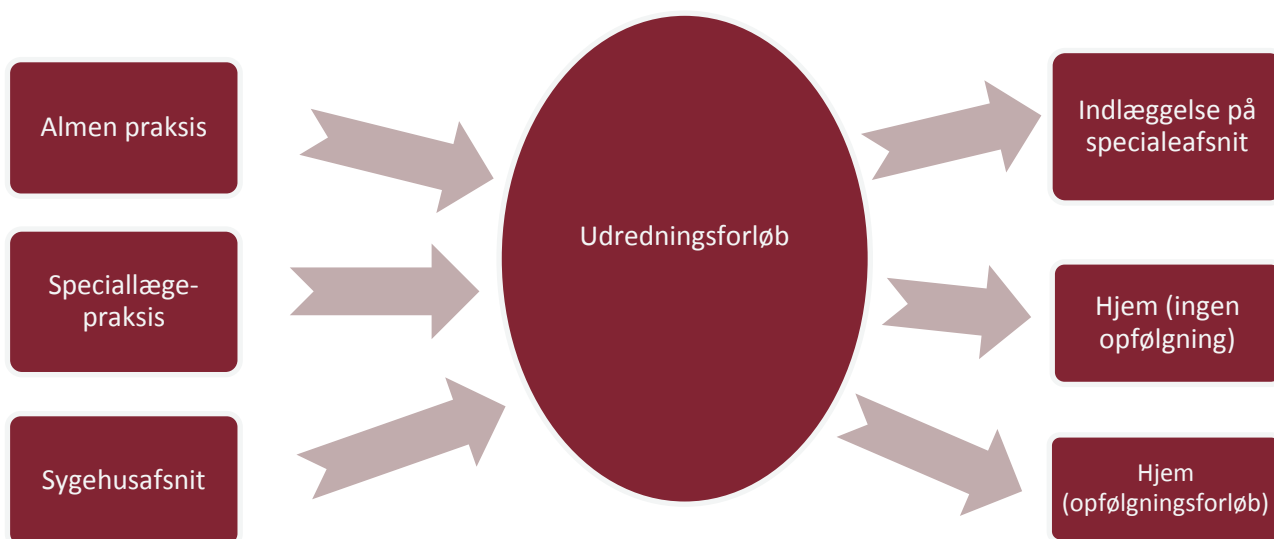
Tabel 21: Henvisninger til udredning eller behandling fordelt på sygehusematrikler 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
7603: Sygehus Thy-Mors	12.989	13.832	14.920	15.384	16.022
8001: Aalborg Universitetshospital	88.899	113.851	119.096	123.688	129.857
8003: Sygehus Vendsyssel	24.327	25.866	27.630	29.456	31.260
8005: Sygehus Himmerland	3.521	3.606	4.059	4.566	4.142
Hovedtotal	129.736	157.155	165.705	173.094	181.282

9.2 Udredningsforløbene

For langt de fleste patienter starter patientforløbet med en udredning for at finde årsagen til de symptomer patienten har. Typisk sker udredningen i almen praksis ofte understøttet af diagnostiske undersøgelser, som almen praksis kan bestille på sygehuset. For nogle patienter vil forløbet i almen praksis resultere i, at den praktiserende læge henviser til videre udredning eller behandling hos privat praktiserende speciallæge eller på et af regionens sygehuse. For mange patienter afsluttes udredningen med at patienten afsluttes til eget hjem eller videre behandling i almen praksis, mens der for andre er behov for at holde dem i sygehusregi enten ambulant eller gennem indlæggelse.

Figur 5: Flowchart for udredningsforløbene



Antallet af henvisninger til udredning eller behandling har været stigende over en årrække. Med undtagelse af perioden 2010-2011 har der de seneste år været registreret en årlig stigning på 4-5 % i antallet af henvisninger til udredning eller behandling. Selvom udredningsforløb udgør en mindre del af alle henvisninger skal de tillægges afgørende værdi i et moderne samarbejdende sundhedsvæsen, hvor rettighed og effektivitet er blandt nøgleordene.

Tabel 22: Årlig stigning i antallet af henvisninger til udredning eller behandling 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	F2014
Behandling og udredning	129.736	157.155	165.705	173.094	179.648
Årlig stigning (%)	-	21 %	5 %	4 %	4 %

Det tilsvarende billede ses i den årlige stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis til diagnostiske undersøgelser. Her har der siden 2010 været årlige stigninger på 1-6 % og intet tyder på, at dette billede vil ændre sig fremadrettet.

Tabel 23: Årlig stigning i antallet af henvisninger til diagnostiske undersøgelser

	2010	2011	2012	2013	F2014
Diagnostiske undersøgelser (almen praksis)	200.28	208.43	221.40	223.72	231.76
Årlig stigning	9	6	0	9	8
	-	4 %	6 %	1 %	4 %

De parakliniske afdelinger er kendetegnet ved, at de primært foretager undersøgelser eller tager prøver fra patienter. Typiske eksempler på parakliniske funktioner er billeddiagnostik, patologi og sygehusenes laboratorier.

I et moderne sygehusvæsen er hurtig adgang til moderne diagnostiske undersøgelser afgørende for høj kvalitet i udredningen af patienterne. I yderste konsekvens kan manglende gennemførelse af parakliniske undersøgelser og forsinkede svar og undersøgelser have betydning for patientsikkerheden, fordi diagnostik og behandling af sygdomme bliver unødigt forsinket.

Der har de seneste år været en stigende efterspørgsel på billeddiagnostiske ydelser. I 2012 blev der udført cirka 520.000 billeddiagnostiske undersøgelser, mens dette tal i 2014 er steget til cirka 570.000 undersøgelser. Der har særlig indenfor CT-området været en procentvis stor stigning i antallet af undersøgelser, og netop CT-scanninger er kendetegnet ved at være ressourcekrævende at beskrive.

Tabel 24: Udvikling i billeddiagnostiske ydelser på nordjyske sygehuse 2008-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Angiografier	8.050	7.562	5.021	4.434	4.724	4.679
CT-skanninger	53.958	59.224	68.680	78.677	91.843	83.555
MR-skanninger	19.774	21.093	22.965	26.167	28.441	27.350
Røntgenundersøgelser	254.422	249.809	259.804	257.893	277.755	268.404
Ultralyds-undersøgelser	123.835	137.933	141.736	149.510	165.087	159.785
Hovedtotal	460.039	475.621	498.206	516.681	567.850	543.773

En tilsvarende udvikling ses på laboratorieområdet, hvor der i perioden fra 2008 til 2014 har været en stigning i antallet af prøver på cirka 35 % svarende til en stigning på cirka 4 mio. prøver. I gennemsnit svarer dette til en årlig stigning på cirka 5 %

Tabel 25: Udviklingen på laboratorieområdet 2008-2014 (mio. prøver)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Analyser	11,9	12,0	13,6	14,2	14,7	15,5
Årlig stigning	3 %	1 %	14 %	4 %	3 %	5 %

9.3 Udfordringer i relation til udredningsforløbene

Region Nordjylland står de kommende år overfor en række udfordringer, som knytter sig til udredningen af borgerne. De primære udfordringer vedrører:

- Understøttelse af udredning i almen praksis.
- Understøttelse og effektiv udnyttelse af ressourcerne i speciallægepraksis.
- Fortsat udvikling af udredningen på sygehuse, herunder håndtering af pres på parakliniske funktioner.

9.3.1 Udredning i almen praksis

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, og alle borgere har ret til at blive tilknyttet en praktiserende læge. Det er i almen praksis, at flest borgere udredes, ligesom det er fra almen praksis, at de fleste henvisninger til praktiserende speciallæger og sygehuse kommer.

I kraft af at det er gennem de praktiserende læger, at langt de fleste patienter henvises til speciallægepraksis og sygehusene, er det vigtigt, at arbejdet i almen praksis understøttes gennem eksempelvis fortsat udvikling af de diagnostiske muligheder i almen praksis. I Region Nordjylland har det gennem en årrække været muligt for almen praksis at henvises direkte til røntgen, ultralyd samt visse CT-scanninger, og denne mulighed er i november 2014 blevet udvidet til også at omfatte visse MR-scanninger. Adgangen til avanceret billeddiagnostik er vigtig for at holde patienterne i almen praksis, og korte vente- og svartider er derfor vigtige parametre i optimalt samarbejde med sygehusene og almen praksis. For at sikre fortsat ledelsesmæssig fokus på svartider, er der i regionen en målsætning om, at svartider i 2014 ikke må være længere end fem hverdage.

Der er med udredningsretten indført nogle patientrettigheder på sygehusene, som sikrer patienterne adgang til hurtig udredning. Disse patientrettigheder gælder dog ikke almen praksis og speciallægepraksis, hvilket betyder, at der ikke er krav i lovgivningen til, hvor hurtigt udredningsforløbene her skal være gennemført. Det skaber en øget risiko for, at patienterne vil søge hen mod sygehusene, efterhånden som udredningsretten bliver en mere indgroet del af sundhedsvæsenet og patienternes bevidsthed.

Der er mellem Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland (NordKap) og sygehusene et tæt samarbejde omkring patientforløbene. I første halvår af 2015 er der igangsat et regionalt arbejde, som skal klarlægge henvisningsmønstre med henblik på at sikre, at det er de korrekte patienter, som henvises, ligesom arbejdet skal munde ud i en række anbefalinger om, hvordan det fortsat sikres, at det er de rigtige patienter, som henvises til udredning og behandling på sygehusene.

9.3.2 Udredning i speciallægepraksis

De praktiserende speciallæger varetager sammen med almen praksis udredningen af patienter udenfor sygehusene. De praktiserende speciallæger omfatter i Region Nordjylland specialerne pædiatri, øre-næse-hals, dermatologi, anæstesiologi, psykiatri, kirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi, reumatologi, intern medicin, børnepsykiatri, øjne, neurologi samt kardiologi. En forudsætning for at blive udredt hos en praktiserende speciallæge er i hovedreglen, at der foreligger en henvisning fra almen praksis. Inden for øjenspecialiet og øre-næse-hals-specialiet er der dog ikke krav om, at der foreligger en henvisning.

De praktiserende speciallæger spiller en central rolle i det nordjyske sygehusvæsen. De er i dag selvstændige erhvervsdrivende og har der mulighed for at tilrettelægge deres praksis som de ønsker det, dog indenfor rammerne af overenskomsten, herunder ydelseskataloget, som beskriver hvilke ydelser, der kan udføres hos de praktiserende speciallæger.

Region Nordjylland har i flere omgange haft særaftaler (§64 aftaler) med praktiserende speciallæger omkring ydelser, som ligger udenfor overenskomsten, og som typisk har været sygehusydelser. Dette drejer sig blandt andet om grå stær operationer, afgrænset ortopædkirurgi samt neurologiske forundersøgelser. I tillæg til dette giver den nye overenskomst på området regionerne mulighed for at friholde op til 20 % af aktiviteten til bestemte specialer, til aktivitet aftalt mellem den praktiserende speciallæge og regionen. En proaktiv anvendelse af mulighederne for at indgå særaftaler kan fremadrettet give regionen bedre styringsmuligheder, og kan være med til at sikre en bedre sammenhæng til almen praksis og sygehusene.

En forudsætning for at kunne sikre denne sammenhæng er, at der mellem almen praksis, praktiserende speciallæger og sygehuse sker en tæt koordinering omkring behov og indsatsområder. Dette kan eksempelvis ske gennem nedsættelsen af trepartsudvalg på udvalgte specialer, hvor det vurderes, at der er et særligt behov for at sikre sammenhæng mellem sektorerne.

9.3.3 Udredning på regionens sygehuse

På regionens sygehuse bliver arbejdet med planlagt udredning af patienter i dag sat af de rammer, der er indført med udredningsretten. Med udredningsretten har patienterne ret til at blive udredt indenfor 30 dage på et af regionens sygehuse eller – hvis dette ikke er muligt – blive udredt på et privathospital indenfor 30 dage.

Erfaringer med udredningsretten

Erfaringerne med udredningsretten viser, at sygehusene i Region Nordjylland har store udfordringer med at sikre udredning indenfor 30 dage. Over et halvt år i 2014 udredte regionens sygehuse cirka 50 % af patienterne, som var henvist til udredning. En del af de patienter, som ikke kunne udredes indenfor 30 dage, valgte at blive omvisiteret, men langt størstedelen af gruppen valgte at vente på det sygehus, de var henvist til. Det betyder, at regionen som helhed overholder udredningsretten, men illustrerer også, hvorfor det er svært for sygehusene at komme til bunds i ventelisterne. For mange specialer er der således tale om, at de skubber en ventelistepukkel foran sig, som gør, at det selv på sigt kan være en udfordring, at kunne tilbyde udredning indenfor 30 dage.

De foreløbige erfaringer med udredningsretten viser, at der fortsat er behov for, at der på sygehusene er et stærkt ledelsesmæssigt fokus på arbejdet med få udredt flere patienter på regionens egne sygehuse. Der er blandt sygehusene og sygehusenes områder stor variation i, hvordan udredningsretten er blevet grebet an, og i forlængelse heraf, hvilke resultater der er leveret.

For at forbedre vilkårene for arbejdet med udredningsretten på sygehusene er det vigtigt, at rammerne for igangsættelsen af meraktivitetsprojekter er klarlagt, så disse kan igangsættes med kort varsel. I specialer med kapacitetsproblemer vil det dog også være relevant, at der – udover afklaring af igangsættelsen af yderligere aktivitet – også sker en afklaring i forhold til mulighederne for at besætte deltidsydernumre.

Fælles visitation af patienter henvist til udredning, behandling eller diagnostiske undersøgelser

Som led i sygehusenes arbejde med at øge produktiviteten gennem blandt andet øget effektivitet, er der de senere år kommet et forstærket fokus på effektiv udnyttelse af regionens kapacitet. Indførelsen af udredningsretten og implementeringen af Regeringens sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre” forstærker og vil yderligere forstærke dette behov.

Da Region Nordjylland i 2011 etablerede ’Enheden for sygehusvalg’, var det første skridt mod en mere effektiv udnyttelse af kapaciteten. I dag sikrer ’Enheden for sygehusvalg’, at ledig kapacitet på regionens sygehuse altid anvendes før patienten omvisiteres til andre regioner eller privathospitaler. En omvisitering gennem ’Enheden for sygehusvalg’ er imidlertid tidsmæssig krævende, idet patienten først skal indkaldes fra det regionale sygehus inden omvisiteringen kan finde sted. I forhold til udredningsretten betyder dette, at der ofte kan være gået værdifuld tid før et andet sygehus kan komme i gang med udredningen.

De foreløbige erfaringer med udredningsretten peger dog ikke mod, at dette har været tilstrækkeligt til at sikre en effektiv kapacitetsudnyttelse med homogene ventetider på tværs af regionen.

Der er således behov for stærkere styringsmodeller/værktøjer, hvis der skal skabes en effektiv udnyttelse af kapaciteten under hensyntagen til den nordjyske sygehusstruktur.

Et værktøj som kan give patienten et hurtigt og effektivt patientforløb, hvor kapaciteten på regionens sygehuse anvendes effektivt, er indførelsen af fælles visitation på udvalgte, afgrænsede områder. Med en fælles visitation får de praktiserende læger én fælles indgang til sygehusene, og det vil være gennem den fælles visitation, at den endelige visitering til regionens sygehuse sker. En fælles visitation vil, udover at sikre hurtigere og mere effektiv kapacitetsudnyttelse, derfor også afbureaukratisere de praktiserende lægers henvisningsadgang. Indførelsen af fælles visitation på udvalgte områder forudsætter, at der udarbejdes fælles visitationsretningslinjer på de givne områder, samt at visitationen fortsat sker under hensyntagen til geografisk nærhed samt patientens frie sygehusvalg.

Eftersom Region Nordjylland udgør et fælles henvisningsområde vil en fælles visitation sikre, at patienterne visiteres til de sygehuse, som hurtigst kan udrede patienten. Dette vil ligeledes også ligge de fornødne rammer for, at regionen på sigt kan optimere udnyttelsen af aftalerne med private leverandører.

Diagnostik af patienter med ikke-specialerelaterede symptomer

For størstedelen af de patienter som den praktiserende læge ønsker henvist til videre udredning på sygehus, vil patientens symptomer indikere, hvilket speciale patienten bør henvises til. Men for nogle symptomers vedkommende kan flere specialer være relevante og patienten kan risikere at blive sendt frem og tilbage mellem almen praksis og sygehus flere gange ("yo-yo forløb"). Det medfører forsinket diagnostik og behandling.

Der er etableret diagnostiske centre på alle regionens sygehuse med særligt fokus på mistanke om kræftsygdom. Andre symptomer som f.eks. åndenød eller svimmelhed/besvimelse giver ikke primært kræftmistanke, men kan være tegn på anden alvorlig sygdom. De diagnostiske centres målgruppe skal udvides, så der oprettes et tilbud til udredning for patienter med ikke-specialespecifikke symptomer til hurtig udredning (indenfor 1-2 uger) efter stafetmetoden.

Henvisning forudgås af relevante undersøgelser i almen praksis, og på modtagende sygehus skal der disponeres over relevant speciallægedækning og "undersøgelsespakke".

Opgaveglidning

Med en fortsat stigende efterspørgsel på ydelser fra sygehusene kombineret med rekrutteringsudfordringer i flere specialer er det vigtigt, at der de kommende år er fokus på fortsat opgaveglidning mellem faggrupperne.

I flere specialer er der allerede succes med at flytte opgaver fra særligt lægegruppen til andre specialuddannede medarbejdere. Et eksempel på dette er beskrivende radiografer, hvor radiografer, som har gennemgået en efteruddannelse, er i stand til at beskrive billeder indenfor blandt andet knogleområdet. Dermed flyttes der arbejde fra speciallæger i radiologi.

Et andet eksempel på opgaveglidning er indenfor det kardiologiske speciale, hvor der de seneste år er blevet efteruddannet flere sygeplejersker til ekkoteknikere med henblik på selvstændig varetagelse af ekkokardiografier.

Det er vigtigt, at regionen fremadrettet samler op på de gode initiativer, og at der på tværs af afdelinger og sygehuse sker en erfaringsudveksling omkring initiativer og muligheder med henblik på at aflaste pressede specialer.

Parakliniske funktioner

Udviklingen på det billeddiagnostiske område presser det samlede sygehusvæsen, da flaskehalse på området potentielt kan forsinke mange udrednings-, behandlings- og kontrolforløb. Det er derfor vigtigt, at der sker en effektiv udnyttelse af regionens ressourcer på området, samt at der er et hensigtsmæssigt snit mellem specialerne, som leverer de parakliniske ydelser. En forudsætning for en effektiv udnyttelse af den diagnostiske kapacitet i regionen er, at der sker en tæt koordinering mellem sygehusenes diagnostiske afdelinger. En tæt koordinering vil sikre et hensigtsmæssigt patientflow, som er afstemt med sygehusenes profiler, ligesom det vil medvirke til, at der på tværs af sygehusene tilbydes den samme høje kvalitet i ydelserne. Med etableringen af et diagnostisk råd sikres de formelle rammer for dette arbejde. Det diagnostiske råd skal indarbejdes i den nye sundhedsfaglige rådgivningsstruktur, som er under implementering.

Den teknologiske udvikling har betydet, at der de seneste år er opstået nye muligheder på det telemedicinske område. Dette skaber muligheder for en mere effektiv udnyttelse af den eksisterende vagtstruktur. På det billeddiagnostiske område er der på alle regionens akutsygehuse i dag vagtlag, som betjener sygehuset udenfor dagtid. I kraft af sygehusenes størrelser er der imidlertid stor forskel på den belastning, der er på vagtlagene, og det skal på den baggrund afklares i hvilket omfang sygehusene kan understøtte hinanden i eksempelvis beskrivelser af akutte scanninger i vagttiden. Det vurderes i dag, at omkring 70 % af alle kliniske beslutninger involverer laboratorieresvar. Det er således ikke kun billeddiagnostikken, som i dag anvendes som centralt element i forbindelse med udredninger. I modsætning til billeddiagnostikken er der dog for størstedelen af undersøgelserne tale om forholdsvis billige undersøgelser, som kan laves hurtigt.

I dag anvendes en lang række tests i den indledende del af udredningsforløbet i kraft af de såkaldte 'rule out test'. Dette drejer sig eksempelvis om målingen pro BNP, som kan bruges i forbindelse med udelukkelse af hjerteinsufficiens. Prøven bruges som alternativ til ekkokardiografi. Den er væsentlig billigere og kan laves hurtigere, da den laves på baggrund af en blodprøve fra patienten. Der er på nuværende tidspunkt få af disse tests, som er implementeret, og generelt er implementeringen sket langsomt. Med det voksende pres, der i dag er på det diagnostiske område, skal der igangsættes et arbejde med at sikre en effektiv udnyttelse af det biokemiske område. Det skal sikres, at relevante parter inddrages i arbejdet.

9.4 Målsætning for udredningsforløbene

Regionens målsætning for patienter henvist til udredning er, at de skal udredes hurtigt samt at der skal være sammenhæng i forløbet mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehuse.

En afgørende forudsætning for dette er, at der er klarhed omkring målgrupper i sekundærsektoren samt at sekundærsektoren løbende sørger for at understøtte diagnostikken i særlig almen praksis.

9.5 Anbefalinger i relation til udredningsforløb

Almen praksis og praktiserende speciallæger:

- Der bør arbejdes med henvisninger samt understøttelse af almen praksis: Regionen oplever på flere specialer en stigning i antallet af henvisninger fra almen praksis. I en del tilfælde er der tale om patienter, som ikke ligger indenfor afdelingens eller sygehusets målgruppe. Der igangsættes arbejde med fokus på at sikre, at de korrekte patienter henvises samt afklarer mulighederne for øget understøttelse af diagnostikken i almen praksis, ligesom der skal ske en afklaring af i hvilket omfang patienter udenfor målgrupperne kan håndteres i centeret vedrørende diagnosticering af ikke-specialespecifikke symptomer.
- Der bør sikres en effektiv udnyttelse af speciallægepraksis: Det skal afklares i hvilke specialer det vil være hensigtsmæssigt at anvende overenskomstens muligheder for at friholde aktivitet til særlige indsatsområder. Dette skal ske i samarbejde mellem regionen og speciallægepraksis.
- Der bør etableres deltidsydernumre og brugen af aktivitetsafhængig finansiering skal øges (meraktivitet) på afgrænsede områder: Det skal afklares i hvilket omfang nedsættelsen af deltidsydernumre og øget aktivitetsafhængig finansiering (meraktivitet) på afgrænsede områder kan anvendes til at aflaste pressede specialer. En nedsættelse af deltidsydernumre skal forudsætte, at der er overblik over udfordringer og perspektiver i det pågældende speciale.
- Øget anvendelse af kapacitet i speciallægepraksis: Regionen har med den eksisterende overenskomst på speciallægeområdet mulighed for at indgå aftaler om ydelser, som ikke er omfattet af overenskomsten. Det skal afklares på hvilke specialer, og i hvilket omfang dette kan ske indenfor nogle hensigtsmæssige vilkår omkring blandt andet økonomi og kvalitet.
- Nedsættelse af trepartsudvalg indenfor udvalgte specialer: Der skal nedsættes treparts udvalg mellem almen praksis, praktiserende speciallæger og sygehuse på områder, hvor det vurderes at være hensigtsmæssigt. Det kan eksempelvis være på specialer, som er kapacitetsmæssigt presset eller specialer, hvor der kan ske en opgaveglidning fra sygehuse til speciallægepraksis.

Udredning på sygehusene:

- Håndtering af komorbiditet i kræft- og hjertepakker: Mange forløb i kræft- og hjertepakker er udfordret af komorbiditet hos patienten. Dette kan medføre ventetid for patienten, der betyder, at målsætningerne i kræft- og hjertepakkerne ikke kan overholdes. Der skal udarbejdes en fælles regional model, som sikrer, at alle relevante patienter ved henvisning får vurderet komorbiditet, samt at komorbiditet håndteres på sygehusene.
- Potentialerne i de diagnostiske centre skal udnyttes bedre, og centrene skal "geares" til at håndtere flere typer af patienter, herunder også patienter med ikke-organspecifikke symptomer. De diagnostiske centre skal således være den centrale indgang for patienter, der skal udredes – både for specialerelaterede symptomer og ikke-specialerelaterede symptomer.
- Indførelse af fælles visitation på udvalgte områder: Der er på tværs af sygehusene fortsat stor variation i ventetiderne. Der skal igangsættes en proces, som skal afklare, hvilke specialer, der kan indføres fælles visitation på, og hvordan dette kan gøres. Formålet med den fælles visitation er sikre en bedre udnyttelse af kapacitet samt skabe bedre rammer for at leve op til kravene i udredningsretten. Herudover vil en fælles visitation medvirke til at sikre mere ensartede forløb på tværs af sygehusene. En fælles visitation forudsætter klare visitationsretningslinjer samt en løbende hensyntagen til geografi og patientens frie sygehusvalg.
- Øget fokus på opgaveglidning: Der skal igangsættes pilotprojekter vedrørende opgaveglidning indenfor særligt udfordrede specialer, herunder også i praksis. Som en del af den nye

rådgivningsstruktur nedsættes et netværk for forløbsansvarlige viceklinikchefer, og det skal være i regi af dette, at der klarlægges proces og peges på relevante specialer.

Parakliniske funktioner:

- Mere effektiv udnyttelse af vagtlagene på det billeddiagnostiske område: På alle regionens sygehuse er der etableret et radiologisk vagtlag. På Aalborg Universitetshospital og Sygehus Vendsyssel er det i tilstedeværelse fra 15-23, mens det herefter er i tilkald fra egen bolig. Det skal afklares i hvilket omfang der kan ske en mere effektiv udnyttelse af vagtlagene i tidsrummet kl. 15-23.
- Igangsættelse af pilotprojekt om øget brug af biokemiske undersøgelser: Biokemiske undersøgelser kan i et omfang udgøre et alternativ til eksempelvis billeddiagnostik, ligesom det kan fungere som filter i forhold til den videre udredning. Der skal igangsættes et pilotprojekt omkring 2-3 undersøgelser for at opsamle erfaringer. Erfaringerne skal anvendes i et videre og bredere arbejde på området.
- Etablering af Diagnostisk råd: Der skal etableres et diagnostisk råd. Det diagnostiske råd skal knyttes op på klinikledelserne med deltagelse af administrationen. Det diagnostiske råd skal som udgangspunkt dække alle parakliniske specialer, og vil have ansvaret for den faglige koordination af tværgående problemstillinger. Blandt de opgaver det diagnostiske råd indledningsvist skal prioritere skal være afslutningen af processen med at ensrette de undersøgelsesprotokoller, der anvendes på det billeddiagnostiske område.

10. Planlagte patientforløb

De planlagte patientforløb udgør størstedelen af den ambulante sygehusaktivitet og stort set hele aktiviteten i speciallægepraksis i Region Nordjylland. Derimod udgør den planlagte aktivitet kun en mindre del af det samlede antal indlæggelser.

Den ambulante aktivitet i sygehusregi samt aktiviteten i speciallægepraksis består både af udredning og behandling. Det er ikke muligt præcist at angive andelen af behandlingsrettede aktiviteter heraf. Det samlede antal indlæggelser består af såvel akutte som planlagte indlæggelser. Her er snittet rent, og alle indlæggelser, der foregår som planlagte, er med fokus på behandling.

I nærværende afsnit er fokus på de behandlingsrettede aktiviteter (såvel indlæggelser som ambulante kontakter), der foregår efter udredning og henvisning fra enten almen praksis, speciallægepraksis eller andet sygehusafsnit.

Den planlagte aktivitet har en tæt sammenhæng med den akutte aktivitet inden for de enkelte specialer. Inden for visse specialer, har der igennem de seneste år dog været fokus på at adskille den planlagte fra den akutte aktivitet. Dette i bestræbelserne på at skabe optimale rammer for at især kirurgiske behandlinger kan finde sted uden forstyrrelser fra den akutte aktivitet. Fokus har været på at skabe bedre produktivitet for den behandling, der foregår i planlagte forløb.

10.1 Strukturen set i relation til de planlagte patientforløb

De planlagte aktivitet er fordelt over alle sygehusmatriklerne i Region Nordjylland, og de planlagte forløb foregår både under indlæggelse og som ambulante behandling. Derudover er der en væsentlig ambulante aktivitet forbundet med opfølgingsforløb for patienter med længerevarende eller kronisk sygdom.

Den planlagte aktivitet er fordelt på samtlige sygehusmatrikler i Region Nordjylland. På visse matrikler foregår den planlagte aktivitet i samdrift med den akutte aktivitet i specialerne. På andre matrikler foregår den planlagte aktivitet i særskilte spor.

Den planlagte aktivitet består af både indlæggelser og ambulante kontakter. De planlagte indlæggelser er fordelt på samtlige specialer. I oversigten neden for ses en fordeling af de planlagte indlæggelser på specialer.

Tabel 26: Planlagte indlæggelser fordelt på specialer og matrikler (2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Anæstesiologi			8	9	9
Geriatrici	31	55	43	37	38
Gynækologi og obstetrik	5.042	4.858	3.425	3.065	2.714
Tand-mund- og kæbekirurgi	278	288	278	292	279
Hæmatologi	196	254	277	291	322
Ikke klassificeret speciale	308	310	314	382	372
Infektionsmedicin	76	128	129	146	178

Intern medicin	2.511	2.196	2.141	2.248	1.917
Kardiologi	2.649	2.786	2.733	2.913	3.151
Karkirurgi	625	581	528	418	430
Kir. Gastroenterologi	2.469	2.433	2.474	2.558	2.222
Kirurgi	3.310	2.886	2.939	2.931	1.847
Endokrinologi	295	363	373	388	370
Med. Gastroenterologi	122	116	87	99	158
Lungesygdomme	394	512	584	582	627
Nyresygdomme	179	201	225	191	183
Neurokirurgi	584	686	746	744	709
Neurologi	477	370	386	335	562
Oftalmologi	265	399	306	211	163
Onkologi	4.769	4.960	5.488	982	1.219
Ortopædkirurgi	5.764	4.779	4.161	3.855	3.609
Oto-, rhino-, laryngologi	2.171	1.612	1.528	1.370	1.397
Plastikkirurgi	606	610	663	744	904
Pædiatri	2.676	2.478	2.494	2.559	2.646
Reumatologi	344	528	504	543	505
Thoraxkirurgi	748	705	639	695	666
Urologi	1.473	879	552	568	524
Total	38.362	35.973	34.025	29.176	27.887

Kilde: E-sundhed

I perioden 2009 til 2013 er der sket et generelt fald i antallet af planlagte indlæggelser – fra 38.362 i 2009 til 27.887 i 2013.

Denne udvikling ses inden for stort set alle specialer. Det største fald ses inden for specialerne gynækologi/obstetrik, kirurgi, onkologi, ortopædkirurgi samt urologi.

Kun inden for få specialer er antallet af planlagte indlæggelser steget. Det gælder inden for følgende specialer: infektionsmedicin, hæmatologi, kardiologi, lungemedicin samt reumatologi.

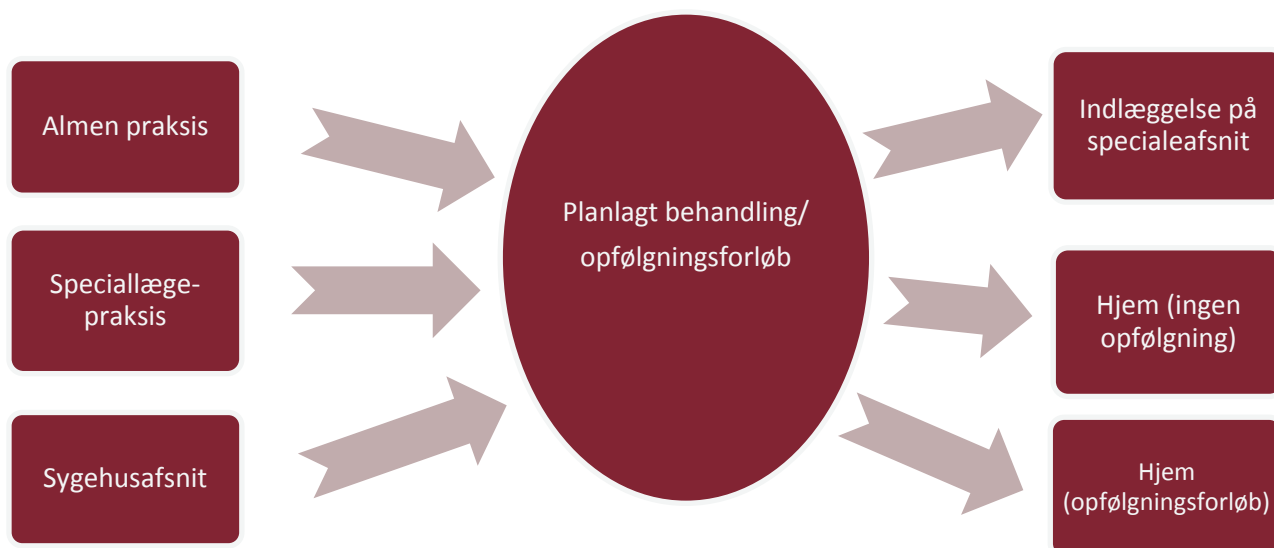
10.2 De planlagte patientforløb

De planlagte patientforløb rummer alle de patientforløb, der ikke starter akut, og hvor patienterne er henvist fra primærsektor til enten sygehus eller speciallægepraksis for udredning eller behandling. Patientforløbene kan enten være stationære - og dermed foregå som indlæggelser – eller foregå som ambulante behandlinger, dagbehandling eller dagkirurgi. Mens de akutte patientforløb er svære at forudsige, idet aktiviteten svinger over året, over døgnet og ofte afhængigt af eksterne forhold, så er de planlagte patientforløb i højere grad præget af muligheden for at planlægge aktiviteten. Denne mulighed for planlægning betyder dog ikke, at det er uproblematisk at afvikle de planlagte funktioner, ligesom der traditionelt har været en betydelig udfordring forbundet med at sikre overensstemmelse mellem aktivitet og ressourcer - og inden for de gældende tidsgrænser.

Nedenfor er patientflowet for de planlagte behandlingsrettede forløb skitseret. Behandlingen sker efter henvisning fra og udredning hos enten almen praksis, andre sygehusafsnit eller speciallægepraksis. Forud for henvisning til planlagt behandling kan være foregået en længere udredning,

herunder afprøvning af alternativer til den planlagte behandling (f.eks. træningsforløb). I andre tilfælde er der udelukkende tale om henvisning på baggrund af klare indikationer.

Figur 6: Flow for planlagte patientforløb



I nærværende plan, er der i temaet om udredningsforløb (afsnit 9) et særskilt fokus på de planlagte funktioner, hvor fokus er på udredning. I dette afsnit er fokus således på de planlagte behandlingsrettede aktiviteter, der sker efter henvisning fra andre sygehusafsnit, almen praksis eller speciallægepraksis, hvor udredningen har fundet sted. I nogle patientforløb er der tale om længere udredningsforløb, mens der i andre patientforløb udelukkende er tale om henvisning på baggrund af klare indikationer samt ønsker/behov hos patienten.

De planlagte patientforløb defineres i nærværende plan-kontekst som planlagte patientforløb, hvor det primære fokus er på behandlingsrettede funktioner efter udredning samt planlagte opfølgingsforløb. Der er planlagte forløb inden for alle specialer, men aktiviteten er især stor inden for de kirurgiske specialer. Patientforløbene kan være forankret i et enkelt speciale, men også gå på tværs af flere specialer.

Derudover er pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter generelt håndteret i dette afsnit, idet disse forløb er kendetegnet ved at foregå i planlagte forløb omfattende både udredning og behandling.

De planlagte patientforløb er karakteriseret ved at store dele af aktiviteten er omlagt fra behandling under indlæggelse til enten dagbehandling eller dagkirurgi. Denne tendens ses inden for stort set alle de kirurgiske specialer (abdominalkirurgi, ortopædkirurgi, urologi og gynækologi), og skyldes dels udviklingen af mindre indgribende behandlingsmetoder og dels fokus på accelererede patientforløb. Derudover er der sket en udvikling i retning af, at der udvikles ikke-operative alternativer til de traditionelle kirurgiske behandlinger.

En opgørelse af indlæggelserne i Region Nordjylland viser, at andelen af planlagte indlæggelser udgør 24 % af det samlede antal indlæggelser. De øvrige indlæggelser er akutte. Region Nordjylland ligger lige under landsgennemsnittet på 25 %. Andelen er højest i Region Syddanmark og Region Midtjylland og klart lavest i Region Sjælland.

Tabel 27: Andelen af planlagte indlæggelser (2013):

Region	Indlæggelser (antal)	Planlagte Indlæggelser (antal)	Planlagte Indlæggelser (andel)	Planlagte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere
Region Nordjylland	114.313	27.668	24 %	48
Region Midtjylland	270.704	75.204	28 %	59
Region Syddanmark	251.946	73.007	29 %	61
Region Sjælland	218.115	36.998	17 %	45
Region Hovedstaden	452.130	111.843	25 %	64
Hele landet	1.307.208	324.720	25 %	58

Kilde: E-sundhed

Andelen af planlagte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere viser, at Region Nordjylland og Region Sjælland ligger lavest med henholdsvis 48 planlagte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere og 45 planlagte indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Højest ligger de store regioner – Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark.

En væsentlig forklaring på forskellene i andelen af planlagte indlæggelser i de fem regioner, er fordelingen af højtspecialiserede funktioner. Disse funktioner er primært forankret omkring de store sygehuse, og erfaringsmæssigt især omkring de tre største sygehuse – Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital. Ofte er de højtspecialiserede funktioner, planlagte indlæggelsesforløb. Derfor vil der være en forskel mellem regionerne som følge af fordelingen af de højtspecialiserede funktioner.

Størstedelen af aktiviteten i speciallægepraksis er planlagt. Kun inden for øre-næse-hals-specialet og øjensspecialet er der i speciallægepraksis akutte patientforløb. Aktiviteten i speciallægepraksis kan ikke adskilles på henvisningsmåde – akut eller planlagt – og det er heller ikke muligt at skille udredningsforløbene ud af de planlagte forløb med fokus på behandling (efter klinisk beslutning). Aktiviteten i speciallægepraksis fordeler sig mellem en række specialer, se tabel 28.

Tabel 28: Aktiviteten i speciallægepraksis fordelt på specialer (2013):

Speciale (antal ydernumre)	Antal behandlede personer	Antal ydelser
Anæstesiologi (3*)	5.697	31.955
Dermato-venerologi (6)	34.044	164.171
Reumatologi (1*)	72	117
Gynækologi-obstetrik (2)	6.030	28.571
Intern medicin (2*)	2.420	8.530
Kirurgi (3)	5.527	27.583
Neurologi (2*)	381	584
Øjenlægehjælp (16*)	61.255	213.574
Ortopædkirurgi (4)	11.440	33.578
Øre-næse-hals (14)	52.015	289.398
Psykiatri (8*)	2.805	26.274
Pædiatri (4)	4.623	39.358
Børnepsykiatri (1)	497	2.210
Total	155.865	865.903

* Et eller flere af ydernumrene er deltidsydernumre, eller et eller flere ydernumre har været vakante i en del af perioden.

Et mål i de tidligere strukturplaner har været at omlægge dels fra akut til planlagt aktivitet og dels fra behandling under indlæggelse til ambulant behandling/dagbehandling/dagkirurgi. Udviklingen fra 2010 til 2013 viser at andelen af operationer, der foregår samme dag ud af det samlede antal operationer, er steget fra 60 % til 65 %. Den samme tendens ses i de øvrige regioner, og på landsplan er gennemsnittet af dagkirurgi ud af det samlede antal operationer steget fra 63 % til 66 % (se tabel 29).

Den dagkirurgiske aktivitet i Region Nordjylland ligger under over landsgennemsnittet 66 %. Højest ligger Region Syddanmark og lavest ligger Region Hovedstaden. Det er dog fortsat forventningen at andelen af dagkirurgi kan udvides.

Tabel 29: Udviklingen i andelen af dagkirurgi ud af den samlede kirurgiske aktivitet i de fem regioner (2010 – 2013)

Region	2010	2011	2012	2013
Region Nordjylland	60 %	62 %	63 %	65 %
Region Midtjylland	64 %	65 %	65 %	67 %
Region Syddanmark	66 %	68 %	70 %	71 %
Region Sjælland	65 %	65 %	67 %	68 %
Region Hovedstaden	59 %	60 %	61 %	62 %
Hele landet	63 %	64 %	65 %	66 %

Kilde: E-sundhed.

I ovenstående tabel er de dagkirurgiske operationer opgjort som alle operationer, der er kodet som dagkirurgi samt alle operationer, hvor indlæggelse og udskrivning sker samme dag.

10.3 Udfordringer i relation til de planlagte patientforløb

De primære udfordringer i relation til de planlagte patientforløb er følgende:

- Generelle udfordringer i relation til planlagte patientforløb
- Pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter
- Sikker og effektiv driftsafvikling
- Afvikling af planlagte patientforløb
- Udfordringer i relation til at sikre samme høje, faglige kvalitet i de planlagte patientforløb

Udfordringerne er uddybet i afsnittene nedenfor.

10.3.1 Generelle udfordringer i relation til planlagte patientforløb

Efterspørgslen efter sundhedsydelse er stigende og det samme er produktivetskravene. Det udfordrer sygehusenes drift og regionernes planlægning. Regionerne er gennem de seneste år dels stillet over for store produktivetskrav samtidig med at de økonomiske rammer er stramme. Det stiller krav til at regionerne og sygehusene arbejder målrettet med at omlægge arbejdsgange og funktioner til at kunne fungere inden for de driftsmæssige rammer.

Ikke blot er regionerne og sygehusene underlagt en stram økonomi og høje forventninger til produktiviteten. Også antallet af patienter, der har behov for behandling, stiger. Dette skyldes del den demografiske udvikling, som betyder at der bliver flere ældre, og ofte stiger behovet for udredning og behandling med alderen. Der må derfor forventes en generel stigning i behovet for udredning og behandling.

Derudover forventes der i de kommende år en betydelig stigning i livsstilsrelaterede sygdomme samt i kræftsygdomme. Undersøgelser fra Kræftens Bekæmpelse⁵ viser blandt andet, at antallet af kræftpatienter forventes at stige markant over de kommende år. Dette medfører et øget behov for udredning og behandling. Når der alene fokuseres på den behandlingsrettede aktivitet, er stigningen også markant. Forventningen er, at antallet af kræftoperationer vil stige med 21-31 % fra 2011 til 2025. Samtidig forventes behovet for strålebehandlingen at stige med mellem 12 og 27 % og kemoterapien vil stige med mellem 19 og 29 % fra 2011 til 2025. Der er således tale om en betydelig stigning, som også gør sig gældende inden for udredning, men også i forhold til efterfølgende kontrol, palliation og rehabilitering. Derudover betyder udviklingen af nye behandlingsmetoder og ny medicin, at patienterne fremover kan leve længere med deres kræftsygdom, men det betyder også at antallet af patienter, der skal behandles for senfølger af deres kræftsygdom stiger. Disse tendenser udfordrer ikke alene regionerne, men det samlede sundhedsvæsen på tværs af almen praksis, speciallægepraksis, kommuner og regioner.

Derudover en evig udfordring at sikre, at opgaver afvikles på lavest effektive omsorgsniveau (LEON). Dette kan kun ske i et godt samarbejde mellem almen praksis, kommunerne og regionen.

⁵ Gerda Engholm og Hans Storm, Kræftens Bekæmpelse (2014)

Potentialerne her inden for skal udnyttes fuldt og til patienternes bedste, således at de oplever et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen.

10.3.2 Pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter

Udredningen og behandling af hjerte- og kræftsygdomme finder i dag sted på alle regionens sygehuse. På Sygehus Thy-Mors sker der udredning og behandling af blandt andet colonkræft (tyk- og endetarmskræft), mens der på Sygehus Vendsyssel blandt sker udredning af gynækologisk kræft samt behandling af blandt andet tyktarmskræft og brystkræft. Langt størstedelen af kræftforløbene er dog centreret omkring Aalborg Universitetshospital, hvor langt den største andel af kræftkirurgien er placeret, ligesom regionens tilbud indenfor hæmatologi, onkologi og strålebehandling er placeret her. På hjerteområdet sker der også udredning på alle sygehuse, men opgaven er centreret omkring de specialiserede ressourcer på Aalborg Universitetshospital. Hovedparten af behandlingen i relation til hjertepakkerne sker ligeledes kun på Aalborg Universitetshospital.

Kræftpakkerne har siden 2008 været en integreret del af udredningen og behandlingen af kræftpatienter, mens hjertepakkerne blev indført i 2010. Pakkerne sikrer patienterne et veltilrettelagt, helhedsorienteret faglig forløb, som er uden unødvendig ventetid. Pakkerne stiller dog også store krav til sygehusene. Der skal løbende være kapacitet til at imødekomme udsving i antallet af henvisninger på de kliniske afdelinger, ligesom de parakliniske afdelinger, som led i udredningen, løbende skal kunne håndtere skiftende behov.

I efteråret 2012 blev der indført en national monitorering af kræftområdet. Den første årsrapport blev udgivet i maj 2014 og dækkede registrerede kræftforløb i 2013. Årsrapporten viser, at Region Nordjylland generelt er gode til at overholde forløbstiderne i kræftpakkerne, men også at der er udfordringer omkring håndtering af komorbiditet og overgange mellem sygehuse. Blandt de pakker som regionen har haft udfordringer på er lungekræft, hvor der gennem de seneste år har været udfordringer med både den medicinske behandlingskapacitet samt kapaciteten på stråleområdet.

Tabel 30: Udvalgte kræft pakker 2013 (målopfyldelse fra henvisning til start behandling)

Kræftpakkeforløb	Aktivitet	Målopfyldelse (i %)
Hoved-Hals	Stråle	58
Blære/nyre	Kirurgi	55
Prostata	Kirurgi	15
Livmoderhals	Kirurgi	54
Lunge	Medicinsk	54
Lunge	Stråle	53

Kilde: Statens Serum Institut: "Årsopgørelse 2013 - Monitorering af kræftområdet"

Data fra den nationale monitorering af hjerteområdet blev første gang offentliggjort i 2013. Mens de mere end tyve pakker på kræftområdet dækker mange specialer er de tre eksisterende hjertepakker centreret omkring det kardiologiske område. Data viser, at Region Nordjylland er blandt de regioner, som er bedst til at få patienterne igennem indenfor forløbstiderne i hjertepakkerne, men også at der stadig er basis for forbedringer.

Tabel 31: Hjertepakker 3. kvartal 2014 (udvalgte indikatorer)

Hjertepakkeforløb	Aktivitet	Målopfyldelse
Stabil angina pectoris (hovedkranspulsåre)	Tid fra henvisning til bekræftet diagnose	72 %
Ustabil angina pectoris	Tid fra henvisning til beslutning om behandlingsform	95 %
Hjertesvigt	Tid fra henvisning til beslutning om udredning	64 %

Kilde: Statens Serum Institut: "Data for monitorering af hjerteområdet, 3. kvartal 2014"

Den nationale kræftmonitorering fokuserer udelukkende på regionernes overholdelse af pakkerens forløbstider. I regi af Regionernes kliniske kvalitetsprogram (RKKP) bliver der løbende fulgt op på kvaliteten i den danske kræftbehandling, og det samlede billede viser en kræftbehandling på et højt niveau.

Næsten 40 % af den danske befolkning har en eller flere langvarige sygdomme, som eksempelvis diabetes eller hjerte-kar sygdomme. Da det generelt er ældre mennesker, som er i kræft- og hjertepakkerne, vurderes tallet i denne gruppe at være højere end 40 %. En stor del af patienterne i kræft- og hjertepakker har derfor komorbiditet, og dette stiller særlige krav til kræft- og hjertepakkeforløbene. Den nationale monitorering af kræftområdet har vist, at Region Nordjylland på en række pakker fortsat har udfordringer med at håndtere komorbiditetspatienter inden for forløbstiderne. Tallene viser, at der er et behov for, at der i regionen gøres en særlig indsats for at håndtere komorbiditet.

10.3.3 Afvikling af planlagte patientforløb

Fluktuationerne på efterspørgselssiden udfordrer overordnet set planlægningen på sygehusene. Erfaringsmæssigt har det dels taget lang tid at flytte fokus fra et område til et andet og dels været besværligt at tilvejebringe betydelig ekstra aktivitet på kort sigt. Dette er set med udredningsretten, de planlagte forløb for kræft- og hjertepatienter med tilhørende krav om maksimale ventetider samt tidligere behandlingsgarantier.

I disse tilfælde er regionerne og sygehusene blevet udfordret i at finde de rette redskaber til at håndtere større fluktuationer og dermed sikre bedre ressourceudnyttelse, idet kravene på øvrige områder samtidig opretholdes. Disse fluktuationer forventes ikke at ændre sig i de kommende år og samtidig forventes der en betydelig stigning i det generelle behov for udredning og behandling. En væsentlig udfordring for de planlagte patientforløb er derfor at sikre og videreudvikle de metoder, der kan sikre den rette kapacitet på det rette tidspunkt og til samme høje fagligt kvalitet på alle enheder.

Større fluktuationer er ikke ene om at udfordre aktivitetsplanlægningen og driften på sygehusene. Også mindre fluktuationer fra uge til uge eller over døgnet, kan – såfremt driften er presset – få betydelige konsekvenser for aktivitetsafviklingen med stigende ventetider som konsekvens. Også disse mindre fluktuationer vil være en udfordring fremover.

Den rette planlægning af og dynamik i aktiviteten er med andre ord essentiel for at sikre en hensigtsmæssig drift på sygehusene i årene fremover.

10.3.4 Sikker og effektiv driftsafvikling

Indenfor stort set alle specialer består aktiviteten både af akut og planlagt aktivitet. Den driftsmæssige sammenhæng mellem de to typer af aktivitet varierer mellem specialerne, hvorfor der også er forskellige traditioner for afvikling af den samlede aktivitet. Inden for visse specialer, er der inden for de seneste år set en tendens til adskillelse af den akutte og den planlagte aktivitet, mens der inden for andre specialer fortsat ses en tæt sammenkobling af de forskellige former for aktivitet.

Driftsmæssigt er der forskellige erfaringer med såvel en sammenkobling af akut og planlagt aktivitet som adskilte aktiviteter. Inden for flere af de kirurgiske specialer, er der erfaring med adskilte spor også på forskellige matrikler. Inden for andre specialer – typisk de medicinske – ses der ikke samme tendens til adskillelse af den akutte og den planlagte aktivitet.

Fordelene ved en samlet drift er, at det faglige miljø for sundhedspersonalet er samlet et sted. Det giver gode vilkår for faglig sparring og udvikling, samt gode muligheder for forskning. Ulemperne er derimod, at den akutte og den planlagte aktivitet er vanskelig at håndtere i et driftsmæssigt setup, hvor det er de samme ressourcer, der anvendes til begge typer af aktivitet. Det kan enten betyde aflysning af planlagt aktivitet eller ekstra ventetid i relation til afvikling af den akutte aktivitet.

Fordelene ved en adskillelse af den planlagte og den akutte aktivitet er netop muligheden for at afvikle begge spor uden forstyrrelser fra det andet spor. Det giver gode rammer for høj produktivitet inden for den planlagte aktivitet, men kan til gengæld betyde en lav produktivitet inden for den akutte aktivitet. Såfremt de to typer af aktivitet desuden er adskilt fysisk – dvs. på forskellige matrikler eller sygehuse – er der ikke den samme fleksibilitet i forhold til at udnytte faciliteter og personale fuldt ud. Der er dog flere muligheder for at skabe robuste planlagte spor på særskilte enheder, således at der i driftsafviklingen kompenseres for de eventuelle ulemper.

Afhængig af det enkelte speciale og de enkelte funktioner, er der forskelle i mulighederne for at rekruttere sundhedspersonale til de særskilte planlagte spor.

Udfordringen i relation til drift af særskilte planlagte spor er, at det er vanskeligt at finde en model, som sikrer den rette udnyttelse af operationsstuer og andre faciliteter uden for dagtid. Dette kan imødekommes ved at den planlagte aktivitet afvikles på matrikler/i enheder, hvor der ikke er lægeligt beredskab når dagens aktiviteter ophører. Dermed kan der være mulighed for at lade de lægelige ressourcer følge den planlagte aktivitet.

Ovenstående elementer i relation til driftsafvikling er ikke særlige for Region Nordjylland, men der er en klar sammenhæng til den sygehusstruktur og de rekrutteringsmuligheder, der gør sig gældende i de enkelte regioner i forhold til, hvor udtalte henholdsvis fordele og ulemper er.

10.3.5 Samme kvalitet i de planlagte patientforløb på tværs af matriklerne

Kvalitetsdagsordenen er i de seneste 5-6 blevet endnu mere central på sundhedsområdet og regionerne udfordres løbende på evnen til at sikre tilbud af samme høje faglige kvalitet på alle sygehusenheder inden for alle funktioner og specialer. Regionerne skal levere samme høje faglige kvalitet og samme indhold i patientforløbene på alle matrikler. Dette kan udfordre regionerne, når mulighederne for rekruttering er forskellige og volumen inden for de enkelte funktioner varierer. I

mange henseender er der således en klar sammenhæng mellem kvalitet, volumen, effektiv drift uden ventetider samt mulighed for rekruttering.

Sundhedsstyrelsen stiller i specialeplanen klare krav til volumen inden for de specialiserede funktioner (regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner). Alle specialiserede funktioner skal ansøges, og "landkortet" over specialiserede funktioner tegnes med specialeplanen. Sundhedsstyrelsens udgangspunkt er at "øvelse gør mester", og der er et klart fokus på volumen inden for de enkelte funktioner.

Der er således klare krav til såvel volumen som kvalitet. Disse krav påvirker ikke kun driften på de enkelte matrikler, men også den samlede sygehusplanlægning i den henseende at sygehusstrukturen skal sikre de rette rammer for afvikling af aktivitet af samme høje faglige kvalitet på alle sygehusenheder. Sygehusplanlægningen alene kan imidlertid ikke sikre dette. Der er ligeledes behov for en fokuseret indsats på de enkelte sygehusenheder for at sikre den rette faglige kvalitet. Derudover er der i de enkelte regioner behov for et fokus på at sikre ensartede patientforløb på tværs af regionens sygehusmatrikler.

10.4 Målsætning for planlagte patientforløb

I lyset af de udfordringer, der ses i relation til afviklingen af de planlagte patientforløb, så er den centrale målsætning for de planlagte patientforløb, at patienterne skal opleve velkoordinerede patientforløb af høj kvalitet og med mindst mulig ventetid. Behandlingen skal så vidt muligt være ambulant - og der skal ikke behandles mere end nødvendigt.

Patientforløbene skal være velkoordinerede fra start til slut – fra primærsektor til sekundærsektor og tilbage igen. I løbet af de forskellige elementer i patientforløbet, skal patienterne ikke opleve unødigt ventetid eller ikke planlagte overgange mellem sektorerne, sygehusene eller de enkelte afsnit på sygehusene. Dette kan ikke leveres uden et velfungerende samarbejde mellem almen praksis, speciallægepraksis, kommuner og sygehuse.

Uanset hvor i regionen, borgerne modtager behandling, så skal de tilbydes samme type patientforløb og samme høje faglige kvalitet.

I de seneste år, er der sket betydelige omlægninger af aktiviteten på sygehusene. Denne omlægning skal fortsætte, og fokus skal være på den rette behandling i den rette udstrækning og på den bedst mulige måde. Det betyder mest mulig ambulant behandling og ikke mere behandling end nødvendigt.

10.5 Konkrete anbefalinger i relation til de planlagte patientforløb

Med udgangspunkt i den anførte målsætning for de planlagte patientforløb, opstilles der en række konkrete anbefalinger, som skal bidrage til at indfri elementerne i målsætningen. Anbefalingerne beskrives nedenfor.

Kapacitetsudnyttelse og driftsafvikling:

- Med udsigt til en betydelig stigning i behovet for udredning og behandling – dels som følge af stigning i livsstilssygdomme og dels som følge af stigning i kræftsygdomme – er den overordnede anbefaling, at fokus fastholdes og intensiveres i forhold til at sikre en høj kapacitetsudnyttelse. Dette fokus skal ses i sammenhæng med elementerne i budgetaftalen for 2015, hvor der er fokus på minimering af spild samt effektiviseringer og forbedringer.
- I relation til den samlede strukturplanlægning på sygehusområdet, anbefales det, at planlagt behandling placeres på enheder/matrikler, hvor funktionerne kan drives mest hensigtsmæssigt. Der vil gælde forskellige vilkår for drift af funktioner inden for de enkelte specialer afhængig af volumen, sammenhæng med andre funktioner samt muligheder for rekruttering. Hensigten er fuld udnyttelse af faciliteter, hvor der også er akut aktivitet. Hensigten er dernæst at sikre særskilte planlagte spor – enten særskilt drift på samme matrikel eller særskilt drift på anden matrikel. Driften skal under alle omstændigheder ske under hensyn til den øvrige aktivitet på matriklerne samt de tilstedeværende lægelige beredskaber.
- Der skal udarbejdes en strategi for speciallægepraksisspecialerne – i prioriteret rækkefølge i forhold til patientforløbene. Dette bør ske med henblik på at sikre den rette udvikling af specialerne som en samlet del af regionens kapacitet på sundhedsområdet. (Se i øvrigt afsnit om udredningsforløb).
- Der anbefales et øget fokus på koordinering og arbejdsdeling mellem speciallægepraksis, almen praksis og sygehusene i de kommende år. Dette skal ske med henblik på at skabe den mest hensigtsmæssige aktivitetsafvikling inden for de enkelte specialer. (Se i øvrigt afsnit om udredningsforløb).
- En forudsætning for en øget sammentænkning af kapaciteten i sygehusregi og speciallægepraksis er, at der til stadighed fokuseres på relationerne mellem sygehuse, speciallægepraksis og almen praksis. Derfor skal der – når der inden for de enkelte specialer er udarbejdet en overordnet arbejdsdeling mellem parterne, herunder udarbejdet et strategi for praksisspecialerne - etableres trepartsudvalg mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehusene. Trepartsudvalgene har til formål at understøtte drøftelser mellem repræsentanter for almen praksis, speciallægepraksis samt speciallæger fra relevante sygehusafsnit. Fokus i trepartsudvalgene vil være det faglige indhold inden for specialet med henblik på højere grad af ensretning af patientforløbene, klare rammer for kommunikation samt fokus på gode overgange, herunder også med fokus på at undgå unødvendige dobbeltundersøgelser og behandling med mangelfuld effekt. (Se i øvrigt afsnit om udredningsforløb).
- Det anbefales at det nuværende fokus på omlægning til dagkirurgi fastholdes, idet det fortsat er vurderingen at andelen af dagkirurgisk aktivitet kan hæves yderligere.

Pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter:

- En afgørende forudsætning for dette arbejde er, at komorbiditet erkendes tidligt i forløbet, så det fra starten kan blive håndteret. Det skal derfor sikres, at alle relevante patienter fremover bliver vurderet for komorbiditet ved henvisning til kræft- og hjertepakker. I flere specialer medbringer patienten i dag en selvdeklaration ved første besøg. I denne angiver patienten oplysninger, såsom medicin, funktionsniveau samt elementer fra KRAM-faktorerne, og i forbindelse med første besøg beregnes patientens komorbiditet ud fra den såkaldte Charlsons komorbiditetsindex. Dette giver sygehuset mulighed for at inddrage andre relevante afdelinger på sygehuset, som har ansvaret for at reservere tider til patienter med komorbiditet. En øget inddragelse af andre afsnit skal dog ikke ændre på, at behandlingen af komorbiditet som udgangspunkt fortsat bliver behandlet i almen praksis. Implementering af ovenstående praksis bør ske på alle sygehuse og for alle kræft- og hjertepatienter med mistanke om komorbiditet.

Henvisning og visitation:

- For at imødekomme elementerne i målsætningen for de planlagte forløb, er det anbefalingen, at der arbejdes målrettet med at sikre de rette, samme og klare rammer for visitation og henvisning. Den rette visitation og samme, klare indikationer for undersøgelser og behandlinger er således et afgørende element i forhold til at tilbyde patienterne den rette behandling – hverken mere eller mindre. Der skal derudover sikres, at rammerne for henvisning til forskellige typer af behandling er de samme i hele regionen og at information om henvisningskriterierne er let tilgængelige for de aktører, der henviser patienterne (almen praksis, speciallægepraksis og andre sygehusafsnit). Derudover er det af vigtig betydning, at samarbejdet allerede starter med indsatsen i kommunerne, hvor der kan fokuseres på at iværksætte træning tidligt i forløbene. Erfaringer viser således, at behovet for behandling inden for visse sygdomme/diagnoser kan begrænses, hvis borgerne tidligt tilbydes fokuseret træning.

Fokus på inddragelse af patienter og pårørende:

- Som et grundlæggende element anbefales det, at patient/pårørende inddragelse anvendes mere aktivt i forhold til at sikre den rette indgang til behandlingen, men også den rette overgang fra behandling til eventuel kommunal indsats. Jo bedre patienter og pårørende er informeret om og involveret i processen frem til behandling, jo større muligheder er der for at patienter og pårørende bliver den aktive medspiller, som erfaringer viser, er afgørende for succes af behandlingsforløbet. På samme vis er det af afgørende betydning, at overgangene fra sygehus til kommune/almen praksis forløber så smidigt som muligt. Et centralt element heri er igen, at patienterne er velinformerede omkring forløbet også efter selve behandlingen. Derudover er det af afgørende betydning, at kommuner og almen praksis har den rette information i forhold til at videreføre patientforløbet/efterbehandlingen. Når kommunikation, dialog og information prioriteres vil kvaliteten i patientforløbene stige samtidig med at patientforløbene vil kunne afvikles mere effektivt samlet set.
- I takt med at flere patienter bliver i stand til at leve længere med deres sygdom, vil ikke kun behovet for udredning og behandling stige, men også behovet for opfølgning og kontrol. To anbefalinger er centrale i relation til de fremtidige opfølgingsforløb. For det første, er der behov for en løbende indsats og dialog mellem primærsektor og sekundærsektor for at sikre, at så store dele af opfølgningen kan ske tæt på patienten. Derfor bør mest mulig opfølgning ske i almen praksis med mulighed for rådgivning fra sygehusene. For det andet bør der i fremtidens opfølgingsforløb fokuseres mere på individuelle forløb tilrettelagt i samarbejde med patienten og mindre på standardiserede opfølgingsforløb med faste intervaller. Denne

tendens ses allerede nu inden for opfølgingsforløb for kræftpatienter, hvor nye anbefalinger er på vej. Disse elementer omkring udlægning af hele eller dele af opfølgingsforløb samt individualiserede opfølgingsforløb, skal implementeres bredt i Region Nordjylland. Hensigten er at skabe et koncept for opfølgingsprogram, som i højere grad tager udgangspunkt i patientens behov, undgår unødvendige opfølgninger og giver hurtig adgang til ekstra opfølgning, hvis behovet opstår. Konceptet skal udvikles inden for rammerne af de faglige rekommandationer inden for de enkelte specialer.

11. Kroniske og varige patientforløb

I de senere år er forekomsten af kroniske sygdomme⁶ steget blandt andet som følge af bedre levevilkår og muligheder for behandling af sygdomme, som tidligere var livstruende. Befolkningen lever som helhed længere end tidligere generationer, men det betyder også af cirka en tredjedel af befolkningen i dag lever med en eller flere kroniske sygdomme. Mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme har – heldigvis – en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen.

Sundhedsvæsenet og samfundet står derfor over for en betydelig opgave. Opgaven består i at forebygge kroniske sygdommes opståen hos befolkningen generelt og i at igangsætte indsatser overfor de borgere, der er i særlig risiko for kroniske sygdomme. Opgaven består ligeledes i at opspore, behandle og rehabilitere patienterne, og ikke mindst i at bidrage til, at patienterne i videst mulig omfang bliver i stand til at tage vare på egen situation.

Der er mange fællestræk ved en del af de kroniske sygdomme, og derfor arbejdes der nationalt, regionalt og kommunalt med at udvikle flere af den type indsatser over for kronisk sygdom generelt. Hovedparten af indsatserne har fokus på indsatsen i det borgernære sundhedsvæsen i regi af almen praksis og kommuner samt sekundært fokus på indsatsen på sygehuse undervejs, hvor der måtte være behov for det.

11.1 De kroniske og varige patientforløb

Med udgangspunkt i definitionen af kronisk sygdom er her illustreret nogle af de diagnoser man finder ved målgruppen⁷. Oversigten er ikke udtømmende og fremgår ikke i prioriteret rækkefølge:

- Diabetes*
- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) *
- Iskæmiske hjertekarsygdomme*
- Hjertheinsufficiens*
- Depression
- Skizofreni*
- Demens*
- Apopleksi (slagtilfælde – blødning eller/og blodprop i hjernen)
- Claudicatio intermittens (muskelsmerter som typisk er intermitterende og gangrelaterede)
- Kræft*
- Allergiske sygdomme
- Progredierende neurologiske sygdomme (f.eks. sklerose, Alzheimers og Parkinsons sygdom)
- Leddegigt
- Knogleskørhed (osteoporose)*
- Smerter i bevægeapparatet
- Kroniske smerter
- Kronisk nyreinsufficiens (dialysepatienter)

I ovenstående oversigt er de patientgrupper markeret (*), hvor der eksisterer eller er ved at blive udarbejdet en sundhedsaftale. Patienter vil ofte have to eller flere kroniske sygdomme.

⁶ *Kronisk sygdom er sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende.*

⁷ Kilde: "Kriterier for udarbejdelse af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme", Sundhedsstyrelsen, maj 2011.

Som en del af patientgrupperne inden for nærværende patientforløbstype, er også de ældre, medicinske patienter. Disse patienter kan karakteriseres ved følgende parametre:

- *Helbredsmæssige problemstillinger* ift. f.eks. nedsat funktion, svære kroniske sygdomme og polyfarmaci.
- *Organisatoriske problemstillinger* ift. f.eks. genindlæggelser eller lang indlæggelsestid, tæt og hyppig kontakt med både kommune, almen praksis og sygehus; som kræver koordination udover det, som naturligt varetages af sundhedspersonalet, pårørende og andre aktører, som er involveret i patientforløbet.
- *Sociale problemstillinger* ift. skrøbelighed, usikkerhed og manglende overblik over behandlingsindsatser. F.eks. patienter med svagt eller intet netværk, enlige, hvor ægtefælle nyligt er død, patienter med begrænset egenomsorgskapacitet, patienter med misbrug eller patienter med nedsat kognitiv funktion eller kommunikationsbarrierer.

Målgruppens fællestræk er, at der er tale om langvarige og komplekse forløb med flere aktører involveret samtidig - internt på sygehusene, imellem sygehusene og på tværs af sektorer. Et andet fællestræk er, at det ikke er muligt at skitsere prototyper af patientforløb, idet der ikke er tale om gænge forløb, men derimod forskellige typer af forløb. Nedenfor er skitseret de aktører, der er involveret og de typer af behandlingsmuligheder, der er for de omtalte patientforløb.

11.2 Struktur i relation til de kroniske og varige patientforløb

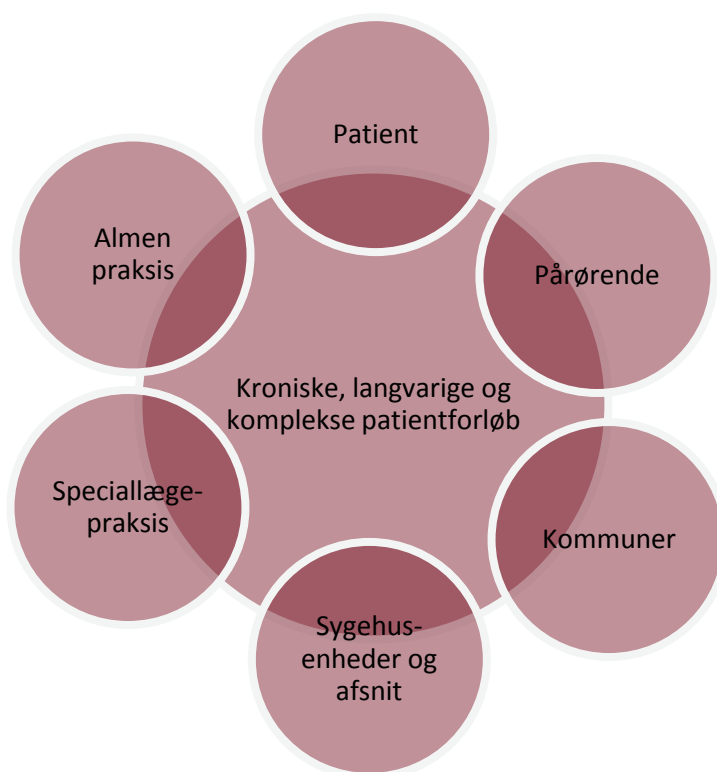
Der er en væsentlig aktivitet forbundet med de kroniske og varige patientforløb. Der er således tale om patientforløb, hvor antallet af kontakter til såvel sygehuse, som almen praksis, speciallægepraksis og ofte kommunerne, er høje.

Den sygehusrelaterede aktivitet i relation til disse patientforløb består såvel af aktivitet på hovedfunktionsniveau, som regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner. Hovedfunktionerne er fordelt på alle regionens sygehusenheder og matrikler, og består såvel af ambulante funktioner, som sengeafsnit. Regionsfunktionerne og de højtspecialiserede funktioner er primært centreret på Aalborg Universitetshospital, men forefindes også i mindre omfang på regionens øvrige sygehuse.

Et af de væsentligste karakteristika for de kroniske og varige patientforløb er, at det er patientforløb, hvor mange aktører er involveret og ofte på samme tidspunkt. Derudover er patientforløbene kendetegnet ved, at spænde vidt. I denne gruppe af patientforløb, er der komplekse og langvarige forløb fordelt på flere sygehusspecialer og med kontakt til mange aktører på samme tid. I denne gruppe af patientforløb er der imidlertid også kroniske patientforløb indenfor et speciale, hvor almen praksis kan være den primære behandlingsansvarlige igennem hele forløbet.

Det er derfor ikke muligt at skitsere en simpel opstilling af "prototypen" inden for denne type patientforløb. Derfor er nedenstående flowchart nærmere en opstilling af de aktører, der er involveret i patientforløbene.

Figur 7: Flowchart for kroniske og varige patientforløb



En tværsektoriel indsats over for patienterne er således af afgørende betydning og helt essentiel i relation til at sikre sammenhæng i kroniske, komplekse og varige patientforløb, hvor forløbet ofte er langstrakt og involverer mange aktører.

11.3 Udfordringer i relation til kroniske og varige patientforløb

De primære udfordringer i relation til kroniske og varige patientforløb er følgende:

- Indlæggelser og forebyggelige genindlæggelser
- Langvarige og ofte komplekse patientforløb med involvering af mange aktører
- Komorbiditet
- Kommunikation i overgange
- Telemedicinske løsninger
- Patient- og pårørendeinddragelse

Udfordringerne uddybes nedenfor.

11.3.1 Indlæggelser og forebyggelige genindlæggelser

Gennem de seneste år, er der igangsat flere initiativer med henblik på at nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser. Det er til stadighed en udfordring for det samlede sundhedsvæsen at sikre patientforløb, hvor patienterne får det rette tilbud i første omgang – herunder ikke nødvendigvis en indlæggelse eller en akut kontakt, men et ambulant tilbud eller en subakut kontakt.

Indlæggelser og alternativer hertil:

Patienter med kronisk sygdom, langvarig sygdom eller komorbiditet har erfaringsmæssigt flere indlæggelser end andre patienter. Mange af disse indlæggelser hverken kan eller skal forhindres, men en vis andel af indlæggelserne formodes at kunne undgås, hvis der er andre – og bedre alternativer – til indlæggelse. Det er en udfordring dels at sikre tilstedeværelse af disse tilbud og dels at sikre at potentialerne i tilbuddene udnyttes fuldt ud, herunder også at de centrale aktører er bekendt med de eksisterende alternativer til indlæggelse.

I Sundhedsaftalen om forløbskoordinering af den ældre medicinske patient er det besluttet, at styrke den tidlige opsporing i kommunerne og etablere en udgående funktion bemandet med sygeplejersker, der kan tilse borgeren indenfor 1 time, hvis der er behov for dette. Funktionen kan aktiveres enten via hjemmeplejen, der ser en pludselig forværring eller via egen læge/vagtlæge, der kan efterspørge en hurtig sygeplejefaglig vurdering af borgeren. I den nye sundhedsaftale er det aftalt, at målgruppen for den eksisterende udgående funktion udvides til at gælde alle voksne borgere med akut behov for sygeplejefaglig vurdering – herunder også på sigt inddragelse af borgere med "lettere", akutte psykiatriske problemstillinger. Hensigten er at sikre bedre patientforløb, herunder også at undgå unødvendige indlæggelser.

Kommunerne har etableret akutpladser, aflastningspladser og lignende (se definition heraf i afsnit 8 om akutte patientforløb), som kan benyttes for at forebygge en indlæggelse. I den forbindelse udgav Sundhedsstyrelsen i 2014 *"Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje"*, hvori kvalitetskrav bliver stillet til akutpladserne. Det fremgår af den nye sundhedsaftale under indsatsområdet behandling og pleje, at "tilrettelæggelsen af de kommunale akutfunktioner sker i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til *"Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale sygepleje"* fra april 2014.

Det er vurderingen, at potentialerne i de kommunale akuttilbud endnu ikke udnyttes fuldt ud. Det er derfor vigtigt, at der bliver skabt kendskab og tillid til kommunernes akuttilbud. Dels ved at Sundhedsstyrelsens anbefalinger implementeres og dels ved at sikre en dialog med de praktiserende læger og sygehusene om benyttelsen af akutpladserne.

En anden udfordring er tilgængeligheden til speciallægerådgivning fra sygehuset samt almen praksis' adgang til akutte og subakutte diagnostiske undersøgelser og svar. Sygehusenes rolle i denne kontekst er, at understøtte almen praksis og kommuner i deres bestræbelser på, at sikre alternativer til en akut sygehusindlæggelse. Dette kræver, at der udover akutambulatorier og velfungerende diagnostiske centre, er mulighed for at den praktiserende læge/vagtlæge kan søge råd ved speciallægerne på sygehuset. Der er i dag ikke et velfungerende set-up her for inden for alle specialer og på alle sygehusenheder.

En tredje udfordring er, at behandling og pleje i nogle tilfælde forudsætter en specialistviden, som ikke kan varetages i aksen mellem almen praksis og kommunens sygepleje. I disse tilfælde indlægges borgeren som regel, men der vurderes at være et udviklingspotentiale i at erstatte en sygehusindlæggelse med en specialistbehandling med udgangspunkt i eget hjem/plejebolig. Et eksempel er implementering af Intravenøs behandling (IV), der muliggør hurtigere udskrivninger til glæde for borgerne.

Forebyggelige genindlæggelser og nedbringelsen heraf:

Region Nordjylland har traditionelt få genindlæggelser, når regionen sammenlignes med øvrige regioner (se tabel 20). Der vurderes dog stadig at være potentiale for at nedbringe antallet af genindlæggelser, og i Sundhedsaftalen om forløbskoordinering af den ældre medicinske patient er det aftalt, at styrke forløbskoordineringen efter udskrivning ved:

- at alle særligt svækkede ældre medicinske patienter oplever tryghed i forbindelse med hjemkomstsituationen – enten ved at det kommunale plejepersonale er til stede ved hjemkomsten eller ved borgeren oplever, at der er lavet en tilstrækkelig præcis aftale ift. første besøg fra det kommunale plejepersonale efter borgerens hjemkomst.
- at der efter udskrivinger af alle særligt svækkede ældre medicinske patienter etableres en opfølgende dialog mellem kommunal sygeplejerske og alment praktiserende læge – under inddragelse af borgeren og evt. pårørende – med det formål, at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge genindlæggelser ved at lave en fælles plan for det videre forløb – herunder genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Centralt er, at sygeplejerske og almen praksis afklarer behovet for et opfølgende hjemmebesøg.
- at kvalitetssikringen af forløbskoordineringen er forankret i det kommunale lægelige udvalg – via nedsættelse af særlig opfølgingsgruppe – der løbende drøfter og sikrer fremdriften – herunder udbredelsen af opfølgende hjemmebesøg.

For at sikre tryghed i hjemkomstsituationen bør ovenstående kommunale ”modtagelse af borgeren i eget hjem” suppleres med etablering af ”hente-hjem”- eller ”følge hjem”- ordninger i de tilfælde, hvor dette måtte være relevant.

Derudover er det af afgørende betydning, at fokus intensiveres i forhold til at nedbringe fejl og mangler med medicinafstemning i forbindelse med både indlæggelse og udskrivelse. Medicin er ofte årsag til genindlæggelser. Det er vurderingen, at mange indlæggelser og genindlæggelser skyldes at patienten ikke får den rette medicin.

En anden udfordring er, at der er uoverensstemmelse mellem det tidspunkt, hvor patientansvaret overdrages til praktiserende læge og det tidspunkt praktiserende læge modtager epikrisen (udskrivningsbrevene) fra sygehuset. Det regionale servicemål er, at 85 % af epikriserne skal være udsendt senest 3 hverdage efter udskrivelsen. Genindlæggelser sker typisk inden for de første dage efter udskrivning. Det anbefales, at epikrisen sendes med patienten hjem og udsendes til almen praksis når patienten forlader sygehuset.

11.3.2 Langvarige og ofte komplekse patientforløb med involvering af mange aktører

Sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning beskriver de aftaler, der er for den tværsektorielle kommunikation mellem sektorerne i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Formålet med sundhedsaftalen er at understøtte kvalitet og sammenhæng i patientforløbet umiddelbart op til en sygehusindlæggelse og i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb, samt at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Når en kommune siger ja til en udskrivelse, er det et ja til at overtage det plejemæssige ansvar for borgeren. Dermed burde ingen borgere ”falde mellem to stole”. Dette er ikke ensbetydende med, at det ikke sker undtagelsesvist.

Sygehusenes rolle under indlæggelsen er at levere den bedst mulige udredning, behandling og pleje, der om muligt kan sikre borgeren hurtig tilbagevenden til sit tidligere funktionsniveau.

Under et indlæggelsesforløb er der flere udfordringer.

For det første giver overflytninger mellem afdelinger og sygehuse udfordringer i forhold til at sikre sammenhængende, sikre og trygge patientforløb⁸. Derfor bør sygehusplanlægningen tage udgangspunkt i et princip om, at patienten ikke flyttes unødvendigt under en indlæggelse – hverken mellem afdelinger eller mellem sygehuse. Spredningen af sygehusfunktioner på flere forskellige matrikler inden for samme organisatoriske enhed er uhensigtsmæssigt. Helt grundlæggende bør der derfor ske en kapacitetsmæssig tilpasning, så det sikres at overflytninger i størst muligt omfang undgås. Det er vigtigt, at dimensioneringen passer til opgaven.

En anden udfordring opstår i de situationer hvor det ikke kan undgås at flytte patienterne. Hvis overflytningen skyldes mangel på kapacitet findes der i dag ikke sundhedsfaglige kriterier for at overflytte patienterne – så de mest skrøbelige patienter skånes. Der er derfor behov for fælles retningslinjer for overflytninger af patienter. Hvis overflytningen skyldes, at behandling skal ske på andet afsnit eller sygehus er det vigtigt, at der sikres den rette opgaveoverdragelse.

En tredje udfordring er indlæggelsestiden. Muskeltabet ved inaktivitet i forbindelse med en indlæggelse er 10 % af muskelmassen for den hospitaliserede ældre ved tre dages indlæggelse eller svarende til 1 kg muskelmasse. Udfordringen har sammenhæng med ovenstående problemstillinger fordi overflytninger af patienter mellem afdelinger og sygehuse giver en længere indlæggelsestid. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen bliver således (alt andet lige) længere, jo længere borgeren har været indlagt. Derudover er der generelt erfaring for, at overflytninger mellem afsnit eller sygehusmatrikler/enheder forlænger indlæggelsestiden, fordi overgange kræver koordinering og overlevering af informationer.

For de ambulante forløb er udfordringen, at ambulante funktioner ofte er centraliseret på sygehuse og i nogle endda kun på det store sygehus i regionen eller naboregionen til gene for de borgere, der har langt til det relevante sygehus. Ud fra et princip om at borgernes tid er lige så vigtig som personalets tid, bør ambulante sygehusfunktioner decentraliseres i det omfang det giver fagligt mening og er økonomisk hensigtsmæssigt. Det bør f.eks. undersøges mulighederne for at medicinudlevering i forbindelse med sygehusbehandling kan ske fra nærmeste sygehus eller nærmeste apotek i forhold til patientens bopæl.

11.3.3 Håndtering af patienter med flere sygdomme (komorbiditet)

Gruppen af patienter med flere samtidige sygdomme (komorbiditet) kan opsummeres til tre grupper af patienter:

- Patienter med to eller flere samtidige sygdomme (ofte kroniske), hvor der kun er tale om somatiske sygdomme
- Patienter med to eller flere samtidige sygdomme (ofte kroniske), hvor der både er tale om somatiske og psykiatriske sygdomme
- Patienter med mange samtidige sygdomme, hvor det samlede sygdomsbillede er komplekst i en sådan grad, at det samlede forbrug af sundhedsydelse er ekstraordinært højt.

⁸ Komplekse patientforløb i Region Nordjylland, Dansk Selskab for patientsikkerhed, september 2012.

Patienter med flere sygdomme (komorbiditet) stiller erfaringsmæssigt større krav til sundhedsvæsenet, og erfaringsmæssigt er sundhedsvæsenet også dårligst til at håndtere disse patientforløb sammenlignet med enkle patientforløb inden for et enkelt sygdomsområde. Patientforløb hvor flere aktører på tværs af sektorer og inden for de enkelte sektorer, er involveret, stiller således store krav til forløbskoordination for at sikre sammenhæng i patientforløbene.

Flertallet af de kroniske patienter har to eller flere kroniske, somatiske sygdomme. For størstedelen af disse patienter, vil patientens praktiserende læge have overordnede behandlingsansvar og derved være den, der er ansvarlig for koordinering af patientforløbet. I andre tilfælde, vil patientens behandlingsansvarlige læge være ansat på et af regionens sygehuse, idet sygdommen er specialiseret i en sådan grad, at størstedelen af behandlingen finder sted på sygehuset. Uanset hvilke patientforløb, der er tale om, så er fællesnævneren, at der er behov for et betydeligt fokus på forløbskoordination for at sikre trygge og sammenhængende patientforløb.

En væsentlig udfordring inden for denne gruppe af patienter, er patienter med flere sygdomme, hvoraf nogle er somatiske og andre er psykiatriske. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse som f.eks. skizofreni eller affektive sygdomme lever således i gennemsnit 15-20 år kortere end befolkningen generelt. Denne markante overdødelighed skyldes en kombination af forskellige faktorer, blandt andet øget risiko for at få en kronisk fysisk sygdom, øget risiko for selvmord og bivirkninger af medicin. Det vurderes, at 60 % af overdødeligheden skyldes somatisk sygdom, mens 40 % tilskrives andre årsager, herunder primært selvmord.

Patienter med f.eks. skizofreni og affektive sygdomme har desuden oversygelighed af hjertesygdomme, infektionssygdomme, diabetes og overvægt. Jf. den nationale sundhedsprofil i 2010 har patienter med psykisk sygdom en betydelig højere livsstilsrisiko end almenbefolkningen. Samtidig kan den medicinske behandling medføre helbredsproblemer.

Det er en vigtig problemstilling, at psykisk syge patienters somatiske sygdomme langt fra altid bliver udredt, diagnosticeret og behandlet. Når det forholder sig sådan, kan det skyldes, at patienten ikke altid selv er opmærksom på eller finder overskud til at søge læge. Desuden viser undersøgelser, at patienter med psykiske sygdomme underbehandles for fysisk sygdom – samt at de oftere oplever fejl i behandlingen af den fysiske sygdom.

I Region Nordjylland er der stort fokus på at arbejde aktivt for at reducere den store overdødelighed og oversygelighed – udløst af faktorer som usund levevis og uhensigtsmæssige patientforløb. Borgere med psykisk sygdom skal tilbydes evidensbaseret forebyggelse, udredning, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af samme høje faglige standard, som mennesker med fysiske sygdomme, uanset hvor man bor i regionen.

I Sundhedsaftalen 2015–2018 er det et politisk mål, at sundheden skal øges for de borgere, der har færrest gode leveår og lever de korteste liv. Levetiden for mennesker med psykiske sygdomme skal øges. Mennesker med psykiske sygdomme skal være velbehandlede for deres somatiske sygdomme, såvel på sygehuse og i almen praksis, og i fællesskab skal det sikres, at mennesker med psykisk sygdom modtager den rette forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering.

En analyse af forbruget af sundhedsydelse viser, at en relativ stor andel af regionens samlede sundhedsudgifter er knyttet til en meget lille andel borgere. Således er 32 % af regionens sundhedsudgifter⁹ i 2013 relateret til udredning og behandling af kun 1 % af regionens borgere. Analysen viser endvidere, at denne gruppe borgeres sundhedsudgifter har været stigende fra 2009 til 2013 – fra 29 til 32 % af regionens samlede sundhedsudgifter.

Erfaringer fra flere studier viser, at komplekse patientforløb er svære at håndtere. Erfaringer viser desuden, at der er potentiale for at forbedre disse patientforløb¹⁰, blandt andet ved at optimere forløbskoordinationen. Udfordringen er imidlertid at identificere de omtalte patienter/patientgrupper prospektivt, således at der kan iværksættes initiativer med henblik på at optimere patientforløbene.

11.3.4 Sektorovergange

Rettidig og fyldestgørende kommunikation er afgørende for gode og sikre sektorovergange.

Inden ofte dyre telemedicinske projekter prioriteres, bør det overvejes at prioritere en styrkelse af den grundlæggende kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og med patienter og pårørende.

En kommunikationsudfordring er, at prøvesvar ikke kan ses 1) på tværs af regioner, 2) hvis privathospitaler har varetaget undersøgelser/behandling og 3) ved private speciallæger. Derudover går henvisninger ikke direkte ind i den elektroniske patientjournal (EPJ). Der er tillige udfordringer i forhold til at sikre elektronisk understøttet kommunikation i forhold til ambulatorierne, og i samarbejdet mellem sygehusene og kommunernes rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom.

En anden udfordring er, at almen praksis ikke i tilstrækkelig grad er tænkt ind i kommunikationen med sygehuset i forbindelse med f.eks. indlæggelser. Det betyder, at almen praksis først bliver opmærksom på en indlæggelse, når epikrisen (udskrivningsbrevet) modtages. En tidligere involvering/information af almen praksis vil især være relevant over for patienter med kronisk, langvarig og kompleks sygdom. Sygehuset kan eksempelvis kontakte almen praksis når særligt sårbare patienter, patienter med særlig komorbiditet eller patienter med andre, særlige behov indlægges. Almen praksis vil også kunne kobles på udskrivningskonferencer i form af videokonferencer for at sikre koordinering i sektorovergangene.

I dag er der ikke de rette IT løsninger, der kan understøtte kommunikation med patient og pårørende. Der vurderes at være et potentiale forbundet med en prioritering af dette område for at sikre tryghed for patient og pårørende, men også i forhold til at planlægge det samlede patientforløb ud fra patient og pårørendes behov og præferencer. Erfaringerne fra projektet "åben journal", der er taget initiativ til i forlængelse af Region Nordjyllands kræftplan, skal - blandt flere elementer - danne basis her for.

⁹ De samlede sundhedsudgifter er her defineret som DRG-værdien af de somatiske indlæggelser og ambulante besøg samt ydelser knyttet hertil. Derudover indgår de afregnede omkostninger til almen praksis og speciallægepraksis, fysio.- og ergoterapeuter, tandlæger og psykologer m.v. Udgifter til psykiatri indgår ikke i udregningen, idet vi ikke har pålidelige omkostningsdata på individniveau fra Psykiatrien.

¹⁰"Komplekse patientforløb i Region Nordjylland. Journalaudit og interviews med pårørende". Dansk Selskab for Patientsikkerhed. September 2012.

11.3.5 Telemedicinske løsninger

Telemedicin er en samlebetegnelse for en "digitalt understøttet sundhedsfaglig ydelse over afstand"¹¹. Traditionelle eksempler fra sygehusverdenen er teleradiologi, teledermatologi, telepatologi, telepsykiatri, telekardiologi og telemedicinske løsninger er på denne måde ikke nyt indenfor sundhedsvæsenet.

I forhold til udviklingen af nye telemedicinske løsninger er det vigtigt, at understrege at det teknisk mulige ikke altid er ensbetydende med det sundhedsfagligt hensigtsmæssige. Derudover kan småskalaprojekter nogle gange være komplicerede og dyre at opskalere.

Det er derfor vigtigt, at have klare mål for nye telemedicinske projekter og foretage en grundig evaluering af i hvilket omfang projekterne indfrier målene og hvorvidt billigere alternativer kan forventes at opnå samme effekt.

Telemedicin er ikke en teknologi, men en (ny) måde at samarbejde på. Implementering af telemedicin kræver derfor implementering af nye arbejdsgange og nye måder at samarbejde på. Udskrivningskonference kan i dag afholdes som *videokonferencer* i de situationer det er hensigtsmæssigt. Telehomecare storskala projektet er et eksempel på et *monitoreringssystem*, hvor patient og pårørende er en aktive medspillere/ressourcer i forhold til at handle på eget sygdomsbillede med sundhedsfaglig backup. På denne måde kan telemedicinske løsninger potentielt give tryghed og understøtte et mestrings- og rehabiliteringsperspektiv for patient og pårørende.

Potentialerne inden for telemedicinske løsninger er endnu ikke fuldt udnyttet. Der bør arbejdes for at udnytte det fulde potentiale med henblik på kvalificeret understøttelse af behandling i patientens hjem. Det er en central udfordring forbundet med at sikre den rette prioritering af de telemedicinske løsninger og dernæst en væsentlig udfordring i relation til at sikre at løsningerne ledsages af nye arbejdsgange.

11.3.6 Patient- og pårørendeinddragelse

Patienten, borgeren eller brugeren har igennem de seneste årtier altid været i udgangspunktet for store planer, men spørgsmålet er hvordan vi skal forstå brugerinddragelse. Videnscenter for brugerinddragelse angiver tre typiske forståelser af brugerinddragelse:

- Informeret samtykke, der drejer sig om patienten har indflydelse på beslutninger om plejen og behandlingen og om patienten føler sig informeret om sygdom, pleje og behandling.
- Egenomsorg, der drejer sig om at uddanne patienten til at håndtere egen sygdom og at patienten er aktiv i plejen og behandlingen.
- Fælles beslutningstagen, der drejer sig om at spørge ind til patientens behov, præferencer og viden og at anvende viden og præferencer til at tilrettelægge behandlingsforløbet.

En for nyligt offentliggjort undersøgelse fra Videnscenter for brugerinddragelse (VIBIS) viser med al tydelighed, at vi ikke er i mål endnu:

- Hver femte patient i somatikken og psykiatrien oplever, at de bliver for lidt inddraget i beslutning om behandling.
- Hver fjerde patient har spørgsmål eller bekymringer, som de ikke fik talt med personalet om.

¹¹ Kilde: Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin, 2004.

- Hver tredje kræftpatient synes ikke, at var tilstrækkeligt involveret i beslutninger om behandling og pleje.
- Fire ud af 10 patienter mener, at de kunne have bidraget mere med egne oplevelser og vurderinger.

Patient- og pårørendeinddragelse skal ses i relation til det arbejde, der allerede er igangsat på regionalt plan, men der er utvivlsomt et stort potentiale forbundet med i højere grad at indrette patientforløb og arbejdsgange efter patienter og pårørendes oplevelser/præferencer. Det er en udfordring at sikre det rette setup for patient- og pårørendeinddragelse.

11.4 Målsætning for kroniske og varige patientforløb

Målsætningen er at kvalitetssikre og udvikle et sammenhængende tilbud til borgere med varige eller kroniske sygdomme i et tæt samarbejde mellem sygehuse, almen praksis, speciallægepraksis og kommuner, hvor omdrejningspunktet er bruger- og pårørendeperspektivet.

Kvaliteten i alternativer til sygehusindlæggelse skal sikres og udvikles og skal være bedre for borger og pårørende end en indlæggelse. Sygehusene bør tilrettelægge sine funktioner så flest mulige overflytninger mellem afdelinger og sygehusmatrikler forebygges og når en overflytning er nødvendig skal der sikres en sikker, effektiv og tryk overgang for patient og pårørende. Der skal sikres trygge overgange efter udskrivning og almen praksis og kommunernes opfølgning skal understøttes i deres opfølgning efter udskrivelse fra sygehuset. Sygehusene skal sikre at alle patienter får én behandlingsansvarlig læge under en indlæggelse. Der skal fortsat arbejdes med anvende telemedicin, hvor det understøtter kvalificeret behandling i patientens eget hjem og borgernes mestringsevne, men samtidig sikres, at den grundlæggende kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og med patienter og pårørende fungerer effektivt. Sygehusvisitationen skal tage udgangspunkt i et nærhedsprincip og ensartede faglige retningslinjer, der kan understøtte sikre, effektive og sammenhængende patientforløb. Sygehusplanlægningen skal ske med udgangspunkt i et brugerperspektiv, hvor udgangspunktet er decentrale ambulante tilbud i de tilfælde, hvor fagligheden ikke forudsætter centralisering/samling af aktiviteten. Der skal derudover arbejdes med at styrke en brugerinddragende kultur på alle sygehuse, så flere patienter og pårørende oplever, at sygehuset er til for dem og ikke omvendt. Implementeringen skal sikres via et stærkt og vedholdende ledelsesfokus på opgaven i et tæt samspil med øvrige sektorer.

11.5 anbefalinger

Nedenstående anbefalinger tager udgangspunkt i de udfordringer, der gælder for de kroniske og varige patientforløb og hensigten er, at de skal bidrage til at indfri målsætningen for patientforløbene.

Alternativer til indlæggelse:

- For at udnytte potentialerne i de kommunale akuttilbud, anbefales det, at Sundhedsstyrelsen anbefalinger om "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje" implementeres i de kommuner, der har etableret midlertidige akutpladser. En ensretning af tilbuddene vil kunne bidrage til at sikre en bedre udnyttelse af akuttilbuddene. Regionen vil gerne samarbejde med kommunerne omkring tilbuddene.

- For at sikre alternativer til indlæggelse, er det af afgørende betydning, at almen praksis/vagt-læge har umiddelbart adgang til specialistrådgivning fra sygehuset udover adgangen til akut-ambulatorier og velfungerende diagnostiske centre. Se i øvrigt afsnit om akutte patientforløb.
- Det bør afdækkes om der er mulighed for at etablere et setup, der giver mulighed for at "indlægge borgeren i eget hjem", hvor behandlingsansvaret fastholdes i sygehusregi. Det er forventningen at der kan være situationer, hvor dette vil være hensigtsmæssigt. Der er i dag ikke mulighed herfor. Det anbefales, at der igangsættes et tværsektorielt samarbejde i relation til at undersøge mulighederne herfor.
- I afsnittet om de akutte patientforløb, er vigtigheden af en velfungerende sygehusvisitation fremhævet som en afgørende parameter i forhold til at tilbyde patienter – samt almen praksis og lægevagten – reelle alternativer til akutte indlæggelser. Denne funktion kan med fordel udvides, såfremt sygehusvisitationen ligeledes har overblik over de kommunale alternativer til akut indlæggelse. Dette kræver dog en ensretning af de kommunale akuttilbud, og en fælles forståelse og accept af sygehusvisitatorens rolle.

Forebyggelige genindlæggelser:

- Genindlæggelser bør i videst mulige omfang minimeres. Mulighederne for og perspektiverne i at etablere "hente-hjem"- eller "følge-hjem"-ordninger for at understøtte trygheden for borgeren i forbindelse med hjemkomstsituationen efter en sygehusindlæggelse bør derfor undersøges. Dette initiativ skal ses i sammenhæng med de øvrige indsatser for at undgå forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser (se evt. afsnit om akutte patientforløb).
- Patienter med kronisk sygdom, langvarig sygdom og komplekse sygdomsforløb har ofte et stort medicinforbrug. Det er derfor vigtigt, at medicinordinationer gennemgås regelmæssigt og at medicinlisten altid er opdateret. Med implementeringen af Fælles Medicin Kort (FMK) er der skabt det IT-mæssige grundlag for kommunikation om medicin på tværs af sektorer. Der er dog fortsat behov for et stærkt ledelsesfokus på implementering af FMK, idet potenti-alerne i ordningen ikke indfries, hvis ikke alle aktører aktivt tager ansvar for at sikre at FMK til enhver tid er opdateret. Princippet er, at alle ordinationer bør være opdaterede og at alle ordinationer har et seponerings- eller evalueringstidspunkt, så det undgås at patienter tager unødvendig medicin.
- I dag er servicemålet, at alle udskrivningsbreve skal være afsendt fra sygehuset senest tre hverdage efter, at patienten er udskrevet. Servicemålet omhandler indlagte og ambulante patienter, og målopfyldelsen er sat til 85 %. Det anbefales, at der arbejdes hen imod at hæve målopfyldelsen, og på sigt, at der arbejdes hen imod at epikriser (udskrivningsbreve) sendes med patienterne hjem og udsendes til egen læge, når patienten forlader sygehuset.

Indsatser over for langvarige og ofte komplekse patientforløb med involvering af mange aktører

- Alle sygehuse arbejder – i forlængelse af den nye ledelsesmæssige struktur på sygehuse – med at definere og implementere elementerne i "patientens team". Sideløbende arbejdes der på regionalt plan med at definere begrebet "behandlingsansvarlig læge". Disse to initiativer er særdeles vigtige for at sikre sammenhængende og sikre patientforløb for de patienter, hvis patientforløb er kroniske, langvarige og ofte meget komplekse. Erfaringer viser således, at det er disse patientforløb, der stiller størst krav til forløbskoordination og samtidig også, at det er disse patientforløb, som sundhedsvæsenet generelt har sværest ved at håndtere. Der bør derfor fastholdes fokus på at sikre den rette forløbskoordinering af disse patientforløb. Det kan overvejes, om det er hensigtsmæssigt at patienter med langvarige patientforløb i sygehusambulatorier eller speciallægepraksis får tildelt én behandlingsansvarlig læge inden

for hver kronisk sygdom, som kan samarbejde med almen praksis som overordnet behandlingsansvarlig læge.

- Som anført i afsnittet oven for, så er en betydelig del af regionens samlede sundhedsudgifter relateret til udredning og behandling af en meget lille andel borgere. Det anbefales, at der igangsættes en proces i forhold til at finde en metode til at identificere den gruppe borgere, der har det omtalte forbrug. Derefter bør det analyseres og vurderes, hvilke tiltag, der kan iværksættes for at optimere patienternes forløb.
- Der skal indgås og implementeres aftaler om liaisonsomatisk samarbejde mellem Psykiatrien og de somatiske sygehuse - med henblik på samarbejde om udredning, diagnostik og behandling af somatisk sygdom hos patienter med psykisk sygdom.

Sektorovergange og kommunikation

- Skift mellem afsnit, sygehusenheder og sygehuse er en ulempe for patienter. Det er derfor en anbefaling, at sygehusplanlægningen tager udgangspunkt i, at patienterne som udgangspunkt ikke flyttes mellem afsnit, sygehusmatrikler og enheder under en indlæggelse. Såfremt overflytninger er uundgåelige, er det af afgørende betydning, at der sker den rette overdragelse af opgaver og informationer, så der skabes et solidt grundlag for at levere sammenhængende patientforløb.
- Der er fortsat behov for at fokusere på den grundlæggende kommunikation mellem sundhedsprofessionelle. I dag er det muligt at kommunikere elektronisk om indlæggelser, men ikke om ambulante besøg og prøvesvar. Der bør arbejdes på at sikre det IT-mæssige setup i forhold til at sikre den elektroniske kommunikation i relation til alle elementer af patientforløbene. Disse kommunikationsmoduler skal omfatte alle aktører i patientforløbet – såvel sygehusene, almen praksis, praktiserende speciallæger som kommunerne.
- Den grundlæggende kommunikation mellem sundhedsprofessionelle bør udvikles. Det kan eksempelvis ske ved at sygehuset kan kontakte patientens praktiserende læge i forbindelse med en sygehusbehandling eller ved at almen praksis bliver inviteret med i udskrivningskonference via videokonference. Initiativer af denne art kan eventuelt afprøves i småskalaprojekter for at høste erfaringer.
- Der bør udvikles og implementeres hensigtsmæssige IT-løsninger, der muliggør og understøtter elektronisk kommunikation med patienter og pårørende. Dette initiativ skal ses i sammenhæng med udvikling af telemedicinske løsninger.

Telemedicin

- Det bør fortsat arbejdes med at anvende telemedicinske løsninger, hvor det understøtter behandlingen kvalificeret. Det er essentielt at udviklingen af telemedicinske løsninger sker sideløbende med udvikling.

Inddragelse af patient- og pårørende:

- Det er anbefalingen, at der fortsat arbejdes målrettet, vedholdende og med stærk ledelsesforankring på at sikre patient og pårørendeeddragelse. Indsatserne bør ske koordineret med de øvrige regionale indsatser på området.

12. Aktivitetsmæssige tilpasninger

En lang række udfordringer er – som tidligere fremhævet i planen – særligt centrale på sundhedsområdet. Disse elementer udfordrer ikke blot Region Nordjylland, men alle aktører på sundhedsområdet.

Visse udfordringer bør imødegås nationalt, men størstedelen af udfordringerne, påhviler det regionerne at løse i samarbejde med kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og de øvrige aktører på området.

Region Nordjylland har derfor et væsentligt ansvar i forhold til at reagere på disse udfordringer på sundhedsområdet. Udover de ovenfor nævnte målsætninger og konkrete anbefalinger i relation til patientforløbene konkret, er der derfor behov for en tilpasning af aktiviteten på sygehusområdet i Region Nordjylland generelt. Hvis ikke denne tilpasning sker, vil det nordjyske sygehusvæsen ikke være gearet til fremtiden.

Der skal derfor iværksættes en tilpasning af aktiviteten på sygehusene i Region Nordjylland.

Disse tilpasninger er baseret på følgende udfordringer for Region Nordjylland:

- **Klare krav til aktivitetsudvikling i relation til kvalitetsfondsbyggerierne**, der - hvis regionens samlede aktivitet skal udvikle sig i samme retning – afføder betydelige krav til omlægninger af sygehusenes aktivitet.
- **Et øget og vedvarende fokus på kvalitet, der samtidig med en stram økonomi, stiller store krav til regionernes prioriteringer** på sundhedsområdet samt krav til en løbende udvikling af patientforløbene.
- **Stigende krav til kvalitet, stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, men også et begrænset udbud af speciallæger.**
- En meget lille andel af regionens borgere har så komplekse patientforløb med tilhørende stort forbrug af sundhedsydelser, at de alene udgør **32 % af regionens sundhedsudgifter**. Der er et stort potentiale i at sikre bedre forløb for disse patienter på tværs af sektorerne.

Ovenstående udfordringer skal ses i relation til to elementer. For det første budgetaftalens tekst om sygehusstrukturen, hvor akutsygehusenes centrale placering i Region Nordjyllands sygehusstruktur bekræftes samtidig med, at der fremstår et ønske om at bevare decentrale enheder i de setup, der er økonomisk og fagligt bæredygtige. For det andet i relation til regionens strategi på sundhedsområdet, hvor det strategiske mål er, at levere sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum.

Det betyder, at Region Nordjylland står over for nedenstående, konkrete udfordringer.

12.1 Udvikling i aktiviteten på regionens sygehuse frem mod 2020

Når man anskuer Region Nordjyllands udfordringer med udgangspunkt i ovenstående platforme, så fremstår det af afgørende betydning, at der sker en tilpasning af sygehusaktiviteten i Region

Nordjylland. Til trods for at der gennem de seneste år allerede er sket betydelige tilpasninger, er der fortsat et uudnyttet potentiale i relation til at omlægge aktiviteten.

Klare krav til aktivitetsudvikling i relation til kvalitetsfondsbyggerierne

I forbindelse med kvalitetsfondsbyggerierne af de nye "super-sygehuse" er der formuleret en række forudsætninger for fremskrivning af sygehusenes aktivitet frem mod 2020. Forudsætningerne er udarbejdet på baggrund af forventninger til den demografiske udvikling, sygdomsudviklingen samt generelle forventninger til effekterne af omstillingen af sygehusenes aktivitet. Fremskrivningsforudsætningerne omfatter, at den ambulante aktivitet stiger med 50 % fra 2007 til 2020. Derudover forudsættes det, at den stationære aktivitet (målt på sengedage) falder med 20 % frem mod 2020¹².

Disse forudsætninger gælder for den omstilling, der i disse år foregår på Aalborg Universitetshospital som en del af forberedelserne til udflytning til Nyt Aalborg Universitetshospital.

En sammenligning af den samlede aktivitetsudvikling i Region Nordjylland fra 2007 til 2013 med fremskrivningsforudsætningerne, indikerer at der fortsat er behov for betydelige omlægnings af aktiviteten på de nordjyske sygehuse, hvis forventningerne til den fremtidige aktivitet på sygehuse skal opfyldes.

Den samlede stationære aktivitet er fra 2007 til 2013 faldet med 14 % i Region Nordjylland – fra 490.000 sengedage til 425.000 sengedage. Den største omlægning er sket inden for det kirurgiske speciale, mens der inden for det medicinske speciale resterer en omlægning på 14 procentpoint.

Hvis den forudsatte udvikling i den stationære aktivitet skal opfyldes, skal der i årene fra 2013 til 2020 ske en yderligere reduktion på 6 procentpoint svarende til en årlig reduktion i antallet af senge på 1,2 procentpoint. Omregnet til senge, svarer dette til, at der i Region Nordjylland fra 2013 til 2020 skal nedlægges omkring 90 senge¹³.

Den samlede ambulante aktivitet i Region Nordjylland er fra 2007 til 2013 steget med 32 % – fra 454.000 ambulante besøg til 600.000 ambulante besøg.

Den største omlægning er sket på indenfor primært gynækologi, onkologi, pædiatri og oftalmologi. Her har stigningen været 40 %. Indenfor de medicinske specialer er antallet af ambulante besøg steget med 34 %. Inden for de kirurgiske specialer er de ambulante besøg steget med kun 19 %.

Forudsætningen fra kvalitetsfondsbyggerierne er imidlertid en stigning i den ambulante aktivitet på 50 %, hvorfor der tilbagestår en betydelig udvikling af den ambulante aktivitet. Hvis fremskrivningsforudsætninger skal opfyldes, skal den ambulante aktivitet årligt frem mod 2020 stige med 1,8 procentpoint årligt. Dette svarer til en udbygning af den ambulante aktivitet med 80.000 ambulante besøg.

¹² "Regionernes investerings- og sygehusplaner", november 2008 og november 2010. Regeringens ekspertpanel.

¹³ Udregnet på baggrund af en gennemsnitlig belægning på 85 procent. Der forudsættes normalt en gennemsnitlig belægning på 90 procent på stationære senge og en belægning på 70 procent på diagnostiske senge (senge i akutmodtagelsernes sengeafsnit).

Samlet set, står Region Nordjylland derfor over for at skulle iværksætte en væsentlig omlægning af aktiviteten på sygehusene, hvis den samlede aktivitet i Region Nordjylland skal leve op til de forudsætninger om aktivitetsudviklingen, der er fastlagt i forbindelse med kvalitetsfundsbyggerier.

Et øget og vedvarende fokus på kvalitet, der samtidig med en stram økonomi, stiller store krav til regionernes prioriteringer

Regionerne har gennem de seneste år oplevet et øget og vedvarende fokus på kvalitet, og sideløbende er der med initiativer som kræftpakker, hjertepakker og udredningsretten stillet store krav til forløbstider og ventetider. Disse initiativer kommer hver dag patienterne til gode, men det er også initiativer, der udfordrer driftsplanlægningen på sygehusene og i regionen samlet set. Samtidig er regionerne blevet stillet over for betydelig krav aktivitetsstigninger og en stram økonomi.

Regionerne er med andre ord stillet over for store prioriteringer for at imødekomme krav om såvel kvalitet, ventetider, forløbstider, aktivitet, effektiviseringer og økonomi. Der er ikke forventning om, at disse vilkår vil ændre sig betydeligt i de kommende år. Derfor er det nødvendigt at regionerne løbende arbejder på at tilrettelægge aktiviteten mest hensigtsmæssigt, således at borgerne får mest mulig sundhed for pengene.

I bestræbelserne på at planlægge aktiviteten bedst muligt, er der i regionerne derfor gennem de seneste år set flere initiativer på at omlægge aktiviteten – dels fra akut til planlagt behandling og dels fra behandling under indlæggelse til ambulant behandling. En sammenligning med de øvrige regioner viser at Region Nordjylland på visse parametre ikke er kommet så langt som andre regioner.

En sammenligning af aktiviteten i Region Nordjylland med de øvrige regioner viser således, at:

- Region Nordjylland har færre indlæggelser pr. 1.000 indbyggere
- Region Nordjylland har færre ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere
- Den gennemsnitlige liggetid i Region Nordjylland er højere

Ovenstående tendenser gælder for den samlede aktivitet i Region Nordjylland (se tabel 32 til tabel 35 nedenfor). Dette billede har været gennemgående i de seneste år, når aktiviteten i Region Nordjylland er sammenlignet med aktiviteten i de øvrige regioner.

Når aktiviteten sammenlignes inden for de forskellige grupper af specialer, viser der sig et betydeligt udsving. Især indenfor de medicinske specialer og de kirurgiske specialer (inkl. urologi og ortopædkirurgi) er der betydelige forskelle mellem Region Nordjylland og de øvrige regioner.

Tabel 32: Sygehusudskrivninger pr. 1.000 indbyggere i 2013 og 2014 fordelt på specialegrupper

Gruppe af specialer ¹⁴	2013			2014		
	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100
Andet	9	11	77	1	1	54
Gynækologi	16	21	77	15	21	71
Intensiv	0	1		0	1	0
Kardiologi	12	14	80	12	17	72
Kirurgi	31	38	81	26	38	69
Medicin	59	54	109	68	64	106
Neurologi	4	9	48	6	9	63
Onkologi	5	6	80	4	6	67
Ortopædi	16	20	79	15	19	78
Pædiatri	14	19	72	12	18	66
Øjen, ØNH og Kæbe	4	6	70	4	6	68
I alt	169	199	85	162	199	81

Kilde: Landspatientregistret 9. januar. Regionerne registrerer aktiviteten i akutmodtagelserne forskelligt, hvilket medfører en usikkerhed om sammenligneligheden på dette område. Her er akutmodtagelserne indregnet under den medicinske specialegruppe. Tallene for 2014 er foreløbige, idet året endnu ikke er færdigregistreret.

Som det fremgår af ovenstående tabel, så ligger Region Nordjylland under indeks 100 (landsgennemsnittet) for alle specialegrupper, bortset fra gruppen af medicinske specialer. Her ligger Region Nordjylland på indeks 106, og har flere indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, end de øvrige regioner.

Den samme tendens gør sig gældende for de medicinske specialer, når den ambulante aktivitet (ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere) sammenlignes med de øvrige regioner.

Tabel 33: Ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere i 2013 og 2014 fordelt på specialekoder

Gruppe af specialer	2013			2014		
	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100
Andet	28	36	77	31	53	60
Gynækologi	158	182	87	163	184	88
Intensiv	8	11	77	32	16	203
Kardiologi	43	79	55	44	93	47

¹⁴ Afgrænsning af specialegrupper fremgår nedenfor. For de øvrige specialer gælder, at der ikke er tale om samlinger af specialer.

Andet: Blandet sygehus, fysiurgi, klinisk biokemi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, klinisk neurofysiologi, patalogisk anatomi, diagnostisk radiologi, klinisk farmakologi, klinisk genetik, arbejdsmedicin, almen medicin, samfundsmedicin, fyio-/ergoterapi, ikke-klassificeret speciale.

Kirurgi: kirurgi, karkirurgi, abdominalkirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, neurokirurgi.

Medicin: intern medicin, geriatri, hepatologi, hæmatologi, infektionsmedicin, allergologi, endokrinologi, gastroenterologi, lungemedicin, nyremedicin, reumatologi, dermato-venerologi samt tropemedicin.

Øjen, ØNH og kæbe: Øjenspecialiet, øre-næse-hals-specialiet samt kæbekirurgi/hospitalsodontologi.

Kirurgi	148	166	89	155	183	85
Medicin	312	411	76	310	418	74
Neurologi	18	40	44	17	40	43
Onkologi	97	116	84	100	119	84
Ortopædi	117	153	76	121	173	70
Pædiatri	28	48	57	31	51	62
Øjen, ØNH og Kæbe	139	142	98	142	149	96
I alt	1095	1383	79	1147	1479	78

Kilde: Landspatientregistret 9. januar. Regionerne registrerer aktiviteten i akutmodtagelserne forskelligt, hvilket medfører en usikkerhed om sammenligneligheden på dette område. Her er akutmodtagelserne indregnet under den medicinske specialegruppe. Tallene for 2014 er foreløbige, idet året endnu ikke er færdigregistreret.

Inden for de medicinske specialer er andelen af ambulante besøg pr. 1.000 indbygger lavere end landsgennemsnittet. Sammenholdt med antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere inden for de medicinske specialer, tyder det på, at der i Region Nordjylland ikke er sket den samme grad af omlægning fra behandling under indlæggelser til ambulante behandling inden for de medicinske specialer.

Tabel 33 viser desuden at Region Nordjylland indenfor stort set alle specialegrupper ligger under landsgennemsnittet i forhold til ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere. Det er dog kun inden for de medicinske specialer, at der samtidig ses flere indlæggelser pr. 1.000 indbyggere. Gennem de seneste år, har Region Nordjylland generelt haft længere gennemsnitlige liggetider end de øvrige regioner. Dette er også tilfældet i både 2013 og 2014.

Tabel 34: Gennemsnitlige liggetider i 2013 og 2014 fordelt på specialegrupper

Gruppe af specialer	2013			2014		
	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100
Andet	2,3	2,8	82	7,7	9,1	85
Gynækologi	2,8	2,5	112	2,9	2,4	119
Kardiologi	2,5	2,9	83	2,4	3,0	80
Kirurgi	3,9	3,6	107	4,3	3,5	121
Medicin	6,1	5,0	121	5,2	4,4	119
Neurologi	4,1	6,5	63	3,3	6,1	53
Onkologi	3,6	3,6	98	3,8	3,6	106
Ortopædi	4,7	3,7	127	4,7	3,6	130
Pædiatri	2,9	2,6	112	3,2	2,6	122
Øjen, ØNH og Kæbe	1,9	1,9	100	1,7	1,8	96
I alt	4,3	3,8	114	4,3	3,7	116

Kilde: Landspatientregistret 9. januar. Regionerne registrerer aktiviteten i akutmodtagelserne forskelligt, hvilket medfører en usikkerhed om sammenligneligheden på dette område. Her er akutmodtagelserne indregnet under den medicinske specialegruppe. Tallene for 2014 er foreløbige, idet året endnu ikke er færdigregistreret.

Som det fremgår af tabel 34, ligger Region Nordjylland på indeks 116 i forhold til landsgennemsnittet (indeks 100), når de gennemsnitlige liggetider sammenlignes. Region Nordjylland ligger over landsgennemsnittet inden for stort set alle specialegrupper. De største forskelle set i forhold til landsgennemsnittet ses inden ortopædkirurgien (indeks 130), pædiatri (indeks 122), kirurgi (indeks 121) samt medicin (indeks 119) og gynækologi (indeks 119).

De gennemsnitlige liggetider kan i en vis grad være præget af forskellige registreringspraksis i de fem regioner. Visse regioner anvender indlæggelser også til registrering af korte ophold, mens andre regioner registrerer disse procedurer som ambulante besøg. Disse forskelle påvirker opgørelserne af de gennemsnitlige liggetider. En sammenligning af gennemsnitlige liggetider kan derfor renses for 0-dags indlæggelser for et mere nuanceret billede. Nedenfor er der således udarbejdet en sammenligning af gennemsnitlige liggetider uden 0-dags indlæggelser.

Tabel 35: Gennemsnitlige liggetider i 2013 og 2014 fordelt på specialegrupper (uden 0-dags indlæggelser)

Gruppe af specialer	2013			2014		
	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100
Andet	3,9	4,5	86	8,1	9,8	83
Gynækologi	3,4	3,1	109	3,4	3,0	111
Kardiologi	3,3	3,9	85	3,2	3,9	83
Kirurgi	4,5	4,6	97	4,9	4,6	106
Medicin	6,8	6,1	110	6,3	5,8	109
Neurologi	4,9	7,9	63	3,6	7,4	49
Onkologi	4,4	5,2	86	4,6	5,1	90
Ortopædi	5,3	4,6	113	5,2	4,5	115
Pædiatri	4,4	4,5	97	4,6	4,4	106
Øjen, ØNH og Kæbe	2,1	2,4	87	1,8	2,2	82
I alt	5,2	5,0	105	5,1	4,9	105

Kilde: Landspatientregistret 9. januar. Regionerne registrerer aktiviteten i akutmodtagelserne forskelligt, hvilket medfører en usikkerhed om sammenligneligheden på dette område. Her er akutmodtagelserne indregnet under den medicinske specialegruppe. Tallene for 2014 er foreløbige, idet året endnu ikke er færdigregistreret.

En sammenligning af gennemsnitlige liggetider, hvor 0-dags indlæggelser er ekskluderet, bringer Region Nordjylland tættere på landsgennemsnittet (indeks 100), men Region Nordjylland ligger fortsat over landsgennemsnittet (indeks 105). De medicinske specialer, det ortopædkirurgiske speciale samt det gynækologiske speciale ligger over det samlede niveau for Region Nordjylland (indeks 105).

Ovenstående sammenligning af aktiviteten i de fem regioner viser samlet set, at der fortsat er behov for aktivitetstilpasninger i Region Nordjylland. Selvom der igennem de seneste år har været fokus på omlægninger af sygehusaktiviteten, er de øvrige regioner kommet længere i denne omlægning.

Især inden for de medicinske specialer, er det – på baggrund af ovenstående – vurderingen, at der er behov for at intensivere fokus på aktivitetsomlægninger.

Stigende krav til kvalitet, stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, men også et begrænset udbud af speciallæger

Rekruttering af sundhedspersonale har gennem de senest 5-10 år været en national udfordring, og i Region Nordjylland har denne udfordring været særligt udtalt. Dette skyldes dels størrelsen på regionens sygehuse, men også geografien. Der er i Region Nordjylland taget initiativ til flere tiltag gennem de senest år med henblik på at øge rekrutteringen – især af læger. Disse initiativer skal fortsætte fremover, men denne indsats hverken kan eller skal stå alene. Der skal sideløbende arbejdes med opgaveglidning og en tilpasning af aktivitetsplanlægningen til de tilstedeværende personaleressourcer. Der er i dag en ubalance mellem vores aktivitetsplanlægning og de speciallægeressourcer, som vi har til rådighed. Denne ubalance skal vi reagere på, og vi skal løbende overveje, hvordan vi anvender vores speciallægeressourcer mest hensigtsmæssigt.

32 % af regionens sundhedsudgifter er bundet til 1 % af regionens borgere

Det er ikke noget nyt, at visse borgere har et større forbrug af sundhedsydelser end andre borgere. Det er heller ikke nyt, at visse faktorer – heriblandt uddannelse - har en stor betydning for borgernes forbrug af sundhedsydelser. Det er heller ikke noget nyt, at nogle – meget komplekse og komplicerede – patientforløb udfordrer sundhedsvæsenet mere end andre.

Men der er behov for noget nyt, når vi ser, at 32 % af regionens sundhedsudgifter er bundet til 1 % af regionens borgere. I 2009 var det 29 % af regionens sundhedsudgifter, der var bundet til 1 % af regionens borgere. Denne udvikling skal vi vende, blandt andet ved at tilpasse vores aktivitet.

Vores aktivitetsplanlægning skal i højere grad end i dag, være gearret til at håndtere denne 1 % af regionens borgere. Aktiviteten skal ændres fordi der er god økonomi i det, men også fordi der er behov for at give disse borgere bedre patientforløb.

Her er der ikke tale om aktivitetstilpasning og nye modeller alene for den sygehusbaserede del af disse patientforløb. Her er der tale om tilpasninger af borgernes samlede forløb – i kommunerne på tværs af fagområder, i almen praksis, i speciallægepraksis og på sygehusene. Region Nordjylland ønsker at indgå i et samarbejde herom med henblik på at udarbejde modeller for bedre håndtering af disse borgeres forløb. Derudover skal der sættes fokus på aktiv patientstøtte og på at opbygge tilbud tæt på borgerne, der matcher borgernes behov.

12.2 En stærk sygehusvisitation kombineret med en oprioritering af de subakutte tilbud

I en sammenligning med de øvrige regioner – som i afsnit 12.1 – adskiller Region Nordjylland sig især inden for de medicinske specialer, hvor:

- Antallet af indlæggelser pr. 1.000 indbyggere ligger over landsgennemsnittet.
- Antallet af ambulante besøg pr. indbyggere ligger under landsgennemsnittet.
- Den gennemsnitlige liggetid ligger over landsgennemsnittet.

Der vurderes derfor at være et potentiale forbundet med aktivitetsomlægninger på det medicinske område hen imod landsgennemsnittet.

En væsentlig del af alle patientforløb starter med akut henvendelse. I 2013 var der således 114.313 indlæggelser i Region Nordjylland, hvoraf 86.645 var akutte indlæggelser. Herudover var der mere end 52.000 skadestuebesøg. Såfremt Region Nordjylland skal lykkes med de ønskede og nødvendige omlægninger af aktiviteten, er der derfor behov for at fokusere på, hvordan de akutte henvendelser håndteres mest hensigtsmæssigt.

Der har igennem flere år været fokus på initiativer, der kan bidrage til at omlægge aktiviteten – fra akut til subakut og fra stationær til ambulans. Det har bidraget til at sikre væsentlige omlægninger. Der er imidlertid fortsat behov for væsentlige tilpasninger. To elementer er centrale og bør iværksættes samtidig. For det første skal der etableres en stærk sygehusvisitation på hvert sygehus. For det andet skal der ske en opprioritering af subakutte tilbud/daghospitalstilbud, således at der er reelle alternativer til en akut indlæggelse/henvendelse.

I dag foregår visitationen af de akutte patienter ved at almen praksis/lægevagten henvender sig til sygehusets visitation. På visse sygehuse er visitationen fordelt på specialerne, på andre sygehuse er visitationen forankret i akutmodtagelsen. I Region Midtjylland er der igennem 2013 og 2014 etableret hospitalsvisitationer på alle regionens akutsygehuse. Hospitalsvisitationerne har haft til opgave at sikre den rette visitation af de akutte patienter, herunder den rette fordeling mellem regionens hospitaler. Derudover har hospitalsvisitationen haft en væsentlig rolle i forhold til at omvisitere akutte henvendelser til hospitalernes subakutte tilbud. Hospitalsvisitationerne har således mulighed for at booke tider i de subakutte ambulatorier mens de er i forbindelse med almen praksis/lægevagten. Almen praksis/lægevagten og patienter får dermed besked umiddelbart. Region Midtjyllands erfaringer med indførelsen af hospitalsvisitationen har været positive¹⁵, og Region Nordjylland ser potentiale for at indføre en lignende sygehusvisitation på regionens sygehuse.

Flere sygehuse har arbejdet på at etablere subakutte ambulatorietilbud som alternativ til akut indlæggelse/henvendelse. Tilbuddene har haft varierende effekt, men på Sygehus Vendsyssel er det lykkedes at omdanne mere end 30 procent af de akutte kardiologiske henvendelser til ambulante besøg. Dette er opnået ved at lade de akutte kardiologiske patienter tilse af kardiologisk speciallæge i daghospitalsfunktionen. De kardiologiske speciallæger er til stede i tidsrummet mellem kl. 8 og kl. 20. Erfaringerne herfra, ønsker regionen at anvende til at skabe lignende subakutte tilbud med henblik på at sikre omlægning af den akutte aktivitet til subakut aktivitet.

Med udgangspunkt i ovenstående, er der lavet nedenstående koncept-beskrivelse for indførelse af sygehusvisitationer på regionens sygehuse.

12.2.1 Koncept for indførelse af sygehusvisitationer i Region Nordjylland

Den overordnede opgave for sygehusvisitationen bliver at fungere som fælles indgang for de henvissende aktører. Det betyder, at praktiserende læger, lægevagt, praktiserende speciallæger, AMK-vagtcentralen, politi, ambulante psykiatriske enheder og andre sygehusenheder som overordnet princip skal benytte samme indgang i forbindelse med akut henvendelse, uanset, hvad

¹⁵ Data fra Hospitalsenheden Midt viser, at hospitalsvisitationen årligt henviser omkring 2.500 patienter til subakutte ambulatorietilbud. Hospitalets optageområde er på 230.000 indbyggere.

patienten fejler. Personalet i sygehusvisitationen skal derfor have et stort kendskab til den samlede sygehusstruktur og organisationen internt på sygehusene, herunder de alternative tilbud til de akutte patienter. Sygehusvisitationerne har således til opgave, i samarbejde med henvisende aktør, at sikre det rette tilbud til den akutte patient.

Sygehusvisitationen skal forholde sig til, om patienten skal henvises til:

- A. Dette eller andet hospital, jf. sygehusenes befolkningsunderlag
- B. Udredning og behandling i akutmodtagelsen
- C. Ambulant behandling i akutmodtagelsen, i subakut specialambulatorium, andre ambulatorietilbud

Udover at sikre at patienten faktisk er henvist til rette sygehus, er sygehusvisitationernes kerneopgave således at sikre, at patienten henvises til den rette faglige kompetence og tilbydes de mest hensigtsmæssige patientforløb. Dette indebærer en dialog med henvisende instans om forskellige muligheder, og stillingtagen til, hvor patienten konkret skal modtages. Her har sygehusvisitator en række muligheder. Som udgangspunkt sker henvendelsen til hospitalsvisitationen med henblik på udredning og behandling – ofte i et indlæggelsesforløb – men sygehusvisitationen kan i dialog med den henvisende aktør træffe aftale om flere typer af patientforløb ud fra en faglig vurdering af, hvad der bedst imødekommer patientens behov. Erfaringerne fra de længst fungerende hospitalsvisitationer i Region Midtjylland viser som ovenfor anført – gode erfaringer med muligheden for at henvise til subakutte ambulatoriebesøg samme dag eller den efterfølgende dag. Sygehusvisitationens adgang til at anvise udvalgte tider i en række subakutte, og øvrige, ambulatorier på hospitalet er derfor et centralt element. Dette kræver, at der indgås og løbende vedligeholdes aftaler med sygehusets øvrige afsnit om, hvilke patientgrupper, det kan være relevant at henvise til subakutte ambulatorietider.

Både i situationer, hvor patienten henvises til subakutte ambulatorietider, og i tilfælde hvor intentionen om indlæggelse fastholdes, er det relevant, at der er indgået aftaler med alle sygehusets afsnit om mulighed for at etablere en læge-til-læge dialog i forbindelse med afklaring af patientens forløb. Også dette er der gode erfaringer med i hospitalsvisitationerne i Region Midtjylland. Sygehusvisitationen skal således også omfatte muligheden for at stille henviser videre til specialistrådgivning i de enkelte specialer. Denne mulighed vurderes især at være relevant i vagttid, idet der i dagtid allerede er forskellige muligheder for specialistrådgivning på regionens sygehuse.

Ovenstående elementer er basisindholdet i sygehusvisitationens arbejde. Der er en række udviklingspotentialer i sygehusvisitationen.

For det første er der mulighed for at udvide sygehusvisitationens funktion, såfremt der bliver mulighed for at dirigere især akutte skadepatienter til den akutmodtagelse eller skadeklinik, der har den korteste ventetid i øjeblik. Dette er ikke muligt i dag, men det er vurderingen, at denne mulighed vil bidrage til bedre kapacitetsudnyttelse og bedre patientforløb.

For det andet kan sygehusvisitationen fremover udvides til også at kunne informere om/henvise til eventuelle udgående funktioner samt kommunale akuttilbud. Hvad angår sidstnævnte, er det dog kommunerne, der har visitationsretten til tilbuddene.

For det tredje er der mulighed for at koble bestilling af præhospitalet kørsel på ordningen, således at almen praksis/lægevagten får mulighed for at bestille eventuel, præhospitalet transport i samme arbejdsgang. Det er ikke en mulighed i dag, og almen praksis/lægevagten skal kontakte såvel sygehus som præhospitalet aktør.

Det nye bookingsystem, der i 2015 bliver implementeret på regionens sygehuse skal fungere som teknisk platform for sygehusvisitationen.

Før de ovenstående sygehusvisitationer kan indføres, er der dels behov for en færdigbearbejdelse af et regionalt koncept for sygehusvisitationerne, og dels behov for et afklaringsarbejde på de enkelte sygehusenheder for at sikre, at de rette aftaler mellem sygehusvisitationen og de enkelte afsnit er indgået. Disse processer forventes igangsat umiddelbart efter planens vedtagelse.

12.2.2 Økonomiske og aktivitetsmæssige effekter ved indførelsen af sygehusvisitation i Region Nordjylland

Som tidligere anført, er der årligt mere end 80.000 akutte indlæggelser i Region Nordjylland. Såfremt det med indførelsen af stærke sygehusvisitationer er muligt blot at omlægge 1/10 af disse akutte indlæggelser til subakutte ambulante besøg, vil der være mulighed for at reducere antallet af akutte indlæggelser med 8.000.

Den gennemsnitlige liggetid for indlæggelser i Region Nordjylland er cirka 4 dage, og belægningsprocent antages at ligge mellem 85 og 95 procent (afhængig af de forskellige typer af senge). Det betyder, at en omlægning af blot 1/10 af de akutte indlæggelser til subakutte tilbud, giver mulighed for at lukke 15-20 senge på regionens sygehuse. En omlægning af blot hver 20. akutte indlæggelse, vil give en besparelse på mellem 7 og 10 senge.

Eftersom der sideløbende er behov for at etablere de nødvendige subakutte tilbud, forudsættes det at der samtidig er behov for at opjustere den ambulante aktivitet.

Ovenstående aktivitetsmæssige ændringer vil – alt andet lige – medføre en økonomisk besparelse for Region Nordjylland. En besparelse, der primært forventes at kunne indhentes på de medicinske specialer, idet størstedelen af de akutte indlæggelser er medicinske.

En lukning af 15-20 medicinske senge vil svare til en økonomisk besparelse på 11-15 mio. kr.¹⁶. En lukning af 7-10 senge vil give halvdelen, svarende til 5,5 – 7,5 mio. kr. Af denne besparelse vil der skulle afsættes finansiering til etablering af de subakutte tilbud, hvorfor det ikke er muligt at kapitalisere den fulde besparelse. Uagtet heraf, er det vurderingen, at der er et besparelеспotentiale forbundet med at etablere sygehusvisitationer på regionens sygehuse. Derudover er det vurderingen, at implementeringen af stærke sygehusvisitationer med mulighed for at visitere til subakutte tilbud, vil bidrage til bedre patientforløb.

¹⁶ Der er forskellige normeringer på de forskellige typer af senge, hvorfor driftsudgifterne pr. seng afhænger af speciale, funktion osv. I nærværende udregning er den gennemsnitlige driftsudgift pr. seng fastlagt til 750.000.

12.3 Det rette vilkår for patientflowet på sygehusene

Etableringen af sygehusvisitationerne forventes – som det fremgår ovenfor – at bidrage til at regulere flowet af akutte patienter på regionens sygehuse. Denne indsats skal ikke stå alene. Side-løbende hermed skal der fokuseres på initiativer, der kan lette presset på driften på især senge-afsnittene på regionens sygehuse. Dette skal ske ved at sikre gode vilkår for håndtering og koordinering af det samlede patientflow på sygehusene.

Der vurderes således fortsat at være et potentiale forbundet med at sikre det rette patientflow på sygehusene, herunder de rette patientforløb for den enkelte patient. Derfor bør der fremadrettet fortsat arbejdes fokuseret med at optimere indlæggelsesforløbene, så indlæggelsestiden reduceres i de tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt for patienten.

Erfaringerne fra projektet Sikkert patientflow¹⁷, som i øjeblikket kører på Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel, skal anvendes til at iværksætte flowprojekter på regionens sygehuse. En mulighed er at udbrede projektet til alle regionens sygehuse. De foreløbige erfaringer med projektet er, at der er potentiale i at arbejde struktureret med håndtering og udvikling af flowet internt på sygehusene. Erfaringerne er desuden, at der hermed opnås klare gevinster i form af et øget fokus på koordination af det enkelte patientforløb, bedre rammer for håndtering af sygehusets samlede patientflow samt øge fokus på den relationelle koordinering mellem sygehusets mange afsnit og funktioner.

Det fastlægges ikke, at det er denne metode, der skal anvendes til at iværksætte flowprojekter på regionens sygehuse. Der kan anvendes andre metoder og projekter. En udrulning af projektet Sikkert patientflow bør under alle omstændigheder afvente, at den fulde projektperiode er afsluttet, hvilket sker ved udgangen af 2015. Dermed er det vurderingen, at der – på samme vis som ved Patientsikkert sygehus – er opnået et tilstrækkeligt erfaringsgrundlag til at udrulle metoderne i projektet.

Det væsentlige er, at der på regionens sygehuse sker en opprioritering af arbejdet med at sikre det samlede patientflow på sygehuset. Dermed sikres ikke alene bedre patientforløb for den enkelte patient, bedre mulighed for at håndtere det samlede patientflow, men også mulighed for at lette presset på sygehusets afsnit. Flowprojekterne skal således ikke anskues som besparelses-øvelser, og det er ikke hensigten at indhente en besparelse som resultat af projekterne. Målsætningen er derimod, at projekterne skal frigive tid og rum på de enkelte afsnit til at fokusere på kerneopgaven.

Det præsenterede besparelsespotentiale ved Plan for sygehuse og speciallægepraksis fra 2016 og fremover er større, end det fremsatte krav i budgetaftalen for 2015. Derfor omfordeles en del af denne besparelse – 2 mio. kr. årligt – til at igangsætte og finansiere flowprojekter med henblik på at frigive tid og rum for sundhedspersonalet på de enkelte sygehuse og afsnit.

12.4 Fortsat udvikling af de kirurgiske patientforløb

Temagruppen om planlagte patientforløb har blandt andet formuleret anbefalinger om planlægningen af den planlagte aktivitet. Temagruppen understreger i den forbindelse, at den samlede aktivitet skal anskues samlet, og at det overordnede hensyn er, at regionens samlede kapacitet

¹⁷ www.sikkertpatientflow.dk

udnyttes bedst muligt. Dernæst påpeger temagruppen, at der er potentialer i at etablere særskilte planlagte aktivitetsspor, så den planlagte aktivitet ikke "forstyrres" af akut aktivitet.

Inden for de kirurgiske specialer er der traditionelt arbejdet med særskilte planlagte spor, hvor planlagt aktivitet kan afvikles uden forstyrrelser fra den akutte aktivitet. Matriklerne i Frederikshavn og Farsø er eksempler på matrikler, hvor størstedelen af den kirurgiske aktivitet foregår planlagt. Det giver gode vilkår for driftsplanlægningen.

Derudover er der inden for alle de kirurgiske specialer arbejdet fokuseret med at omlægge patientforløbene fra kirurgi under indlæggelse til dagkirurgi. Denne udvikling er sket over de seneste år, og andelen af dagkirurgi ud af den samlede kirurgiske aktivitet i Region Nordjylland lå i 2013 over landsgennemsnittet (se tabel 29).

Det er Region Nordjyllands ambition at andelen af dagkirurgi skal øges i de kommende år, og der vurderes at være et væsentligt potentiale forbundet med at indfri denne ambition.

I Region Nordjylland var der i 2013 9.265 kirurgiske operationer¹⁸, 7.076 ortopædkirurgiske operationer samt 48.664 dagkirurgiske indgreb (alle specialer). Den dagkirurgiske andel af den samlede aktivitet udgjorde 65 %. Med de rette rammer for afviklingen af den dagkirurgiske aktivitet, er det vurderingen, at den dagkirurgiske aktivitet kan hæves. Dette skal dels ske som følge af de strukturelle ændringer, som nærværende plan medfører, eksempelvis tilpasningen af profilen for sygehusematriklen i Frederikshavn. Og dels via en fastholdelse af den fokuserede, faglige indsats på sygehuse i forhold til at omlægge konkrete behandlinger og patientforløb til dagkirurgiske forløb. Erfaringer fra andre regioner og lande skal indgå som naturlige inspirationskilder til denne fortsatte omlægning af aktiviteten.

En omlægning af blot 1 % af den kirurgiske aktivitet fra behandling under indlæggelse til dagkirurgi vil have en betydelig indvirkning på regionens og sygehusenes drift og økonomi.

Herudover skal Region Nordjylland sikre et fortsat fokus på udviklingen af de kirurgiske patientforløb. Også her, er det vurderingen, at der er potentiale for at skabe endnu bedre patientforløb. En benchmarking af Region Nordjyllands liggetider op imod landsgennemsnittet i 2013 og 2014 viser således, at Region Nordjylland ligger højere end landsgennemsnittet. Region Nordjylland lå i 2013 på indeks 114 og i 2014 på indeks 116 sammenlignet med landsgennemsnittet som indeks 100.

Tabel 36: Gennemsnitlig liggetid inden for specialerne (2013 og 2014)

Gruppe af specialer	2013			2014*		
	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100	Region Nordjylland	Lands-gennemsnit	RN indeks DK = 100
Andet	2,3	2,8	82	7,7	9,1	85
Gynækologi	2,8	2,5	112	2,9	2,4	119
Kardiologi	2,5	2,9	83	2,4	3,0	80
Kirurgi	3,9	3,6	107	4,3	3,5	121

¹⁸ Kirurgiske indlæggelser er her afgrænset til indlæggelser inden for: kirurgi, urologi, neurokirurgi, thoraxkirurgi, karkirurgi, abdominalkirurgi og plastikkirurgi.

Medicin	6,1	5,0	121	5,2	4,4	119
Neurologi	4,1	6,5	63	3,3	6,1	53
Onkologi	3,6	3,6	98	3,8	3,6	106
Ortopædi	4,7	3,7	127	4,7	3,6	130
Pædiatri	2,9	2,6	112	3,2	2,6	122
Øjenspecialiet, øre-næse-hals- specialiet og kæ- bekirurgi	1,9	1,9	100	1,7	1,8	96
I alt	4,3	3,8	114	4,3	3,7	116

Kilde: Landspatientregistret 9. januar. Regionerne registrerer aktiviteten i akutmodtagelserne forskelligt, hvilket medfører en usikkerhed om sammenligneligheden på dette område. Her er akutmodtagelserne indregnet under den medicinske specialegruppe. Tallene for 2014 er foreløbige, idet året endnu ikke er færdigregistreret.

Som det fremgår af ovenstående tabel, så er den gennemsnitlige liggetid inden for gruppen af kirurgiske specialer (her afgrænset som følgende specialer: kirurgi, karkirurgi, abdominalkirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, neurokirurgi) samt gynækologi og ortopædkirurgi ligeledes højere end landsgennemsnittet både i 2013 og 2014. Inden for alle tre specialer/specialegrupper er der desuden sket en stigning i den gennemsnitlige liggetid fra 2013 til 2014.

Det vurderes derfor, at der er et potentiale forbundet med at optimere og udvikle de stationære kirurgiske patientforløb, således at den gennemsnitlige liggetid nærmer sig landsgennemsnittet.

12.5 Gennemgang af specialer

Der udarbejdes i høringsperioden en gennemgang af det abdominalkirurgiske (mave-tarm-kirurgiske) speciale, herunder særligt kræftkirurgien. Gennemgangen skal beskrive den fremtidige arbejdsdeling inden for specialiet og de enkelte funktioner. Hensigten er at skabe den rette arbejdsdeling mellem primært Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital, hvor størstedelen af aktiviteten inden for specialiet foregår. Gennemgangen vil indgå i høringsmaterialet, og på baggrund heraf vil den endelige plan omfatte en beskrivelse af, hvordan den fremtidige arbejdsdeling, herunder fordeling af funktioner, skal være.

Der igangsættes en gennemgang af udvalgte specialer med henblik på at sikre den rette udvikling af specialer, herunder den rette arbejdsdeling mellem regionens sygehusenheder. Denne proces igangsættes efter planens vedtagelse. Hensigten er ikke at realisere en besparelse, men at sikre den rette planlægning inden for det enkelte speciale. Det startes med en gennemgang af de to kirurgiske specialer: gynækologi og urologi. Derudover iværksættes der en gennemgang af det billeddiagnostiske speciale, som også anbefalet af temagruppen vedrørende udredningsforløb. Processen for gennemgangene beskrives i implementeringsplanen.

12.6 Opsummering af aktivitetstilpasninger

Med udgangspunkt i ovenstående, iværksættes der følgende aktivitetmæssige tilpasninger på sygehusene i Region Nordjylland i planperioden:

- Der etableres stærke sygehusvisitationer kombineret med en udvidelse af den subakutte ambulatoriekapacitet. Målsætningen er at sikre et godt fundament for omlægning af akutte

patientforløb fra behandling under indlæggelse til ambulat behandling i subakutte ambulatorier.

- Der iværksættes flowprojekter på regionens sygehuse. Målsætningen er at forbedre patientforløbet for de enkelte patienter, at skabe bedre rammer for håndteringen af det samlede patientflow på sygehusene samt at frigive ressourcer på de enkelte sygehuse og afsnit. Herudover er det forventningen at iværksættelsen af flowprojekter vil bidrage til at øge patientsikkerheden, idet velkoordinerede patientforløb også er sikrere patientforløb.
- Der iværksættes ændringer på det kirurgiske område. Målsætningen er at afkorte de stationære patientforløb samt at øge andelen af dagkirurgien.
- Der igangsættes – efter planens vedtagelse - en gennemgang af udvalgte specialer med henblik på at sikre den rette udvikling af specialer, herunder den rette arbejdsdeling mellem regionens sygehusenheder. Målsætningen er at sikre den rette planlægning og arbejdsdeling inden for de enkelte specialer frem mod 2020.
- Der udarbejdes i høringsperioden en gennemgang af det abdominalkirurgiske (mave-tarmkirurgiske) speciale, herunder særligt kræftkirurgien. Hensigten er at skabe den rette arbejdsdeling mellem primært Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital, i et setup hvor den faglige udvikling sikres og hvor der sikres fagligt og driftsmæssigt bæredygtige enheder.

Baseret på ovenstående er det vurderingen, at der kan indhentes en besparelse på 10,5 mio. kr. årligt fra 2016 og frem ved at gennemføre de anførte tilpasninger af aktiviteten.

Arbejdet med etableringen af sygehusvisitationer og udvidelsen af den subakutte ambulatoriekapacitet igangsættes i efteråret 2015 og forventes implementeret i løbet af 2016. Det er forventningen at disse initiativer kan bidrage til en besparelse på 5,25 mio. kr. årligt som følge af aktivitetsomlægningen.

Flowprojekterne på regionens sygehuse skal finansieres ud af den samlede besparelse som følge af implementeringen af elementerne i Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Det er ikke forventningen, at der er skabt potentiale til at finansiere disse projekter før medio 2016.

Ændringerne på det kirurgiske område iværksættes i 2015, og der indhentes en besparelse på 1,3 mio. kr. i 2015. Besparelsen indhentes ved at lukke 7 kirurgiske senge (fordeles på kirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi). Som følge af regionens forholdsmæssigt længere liggetider sammenlignet med de øvrige regioner, vurderes der således at være et potentiale ved at arbejde med at optimere de kirurgiske/ortopædkirurgiske/gynækologiske patientforløb. Denne proces kickstartes ved at lukke de anførte senge. Samtidig hermed igangsættes der projekter på afsnittene med henblik på at bidrage til at optimere patientforløbene.

Sengelukningerne vil fra 2016 og fremad medføre en besparelse på 5,25 mio. kr. årligt.

Det faglige arbejde på sygehusene i forhold til at omlægge patientforløb fra behandling under indlæggelse til dagkirurgi, skal fortsætte og prioriteres på regionens sygehuse. Denne indsats forventes på sigt at kunne bidrage til aktivitetsomlægninger.

Der er ikke forventning om en økonomisk effekt af gennemgangen af specialerne i hverken høringsperioden eller efter planens vedtagelse.

13. Den fremtidige sygehusstruktur i Region Nordjylland

Med nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis, er det ønsket ikke blot at skærpe den samlede sygehusstruktur i Region Nordjylland, men også de enkelte sygehusenheders og matriklers profil. Dette ønske skal ses i relation til at sikre et solidt planlægningsgrundlag, hvor de enkelte sygehusenheders og matrikler rolle er klart defineret og til sammen udgør en hensigtsmæssig sygehusstruktur i Region Nordjylland. Målsætningen er at skabe en struktur, der sætter de rette rammer i forhold til tre centrale elementer.

For det første skal sygehusstrukturen være robust og bæredygtig således at Region Nordjylland har det bedst mulige udgangspunkt for at imødekomme de udfordringer, som regionen i dag og i årene fremover, stilles over for på sundhedsområdet.

For det andet skal sygehusstrukturen sikre de rette rammer for at leve op til regionens strategi 2018 på sundhedsområdet, hvor de strategiske mål er at levere sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum.

For det tredje skal sygehusstrukturen understøtte den udvikling og den driftstilpasning, der skal ske som en del af etablering af Nyt Aalborg Universitetshospital. For at sikre, at sidstnævnte sker inden 2020, skal der allerede nu igangsættes initiativer med henblik på at tilpasse drift, aktivitet og struktur her til.

Med udgangspunkt i ovenstående, samt med inspiration fra indholdet i afsnit 8 til 11, er der derfor udarbejdet et forslag til en ny sygehusstruktur i Region Nordjylland. Ændringerne til sygehusstrukturen er udarbejdet inden for de nationale og regionale rammer, der gælder for sundhedsplanlægning samt inden for elementerne i budget 2015. Sygehusledelsernes indmeldinger til strukturdrøftelserne har dannet basis for den struktur, der præsenteres nedenfor.

Strukturen skal ses inden for rammerne af budgetaftalen for 2015, hvor Regionsrådet bekræftede akutsygehusenes centrale placering i Region Nordjyllands sygehusstruktur. I budgetaftalen blev det samtidig understreget at, der fortsat ønskes drift på andre matrikler end akutsygehusene, når dette kan ske på en hensigtsmæssig og økonomisk rentabel facon.

I afsnit 13.1. – 13.3. nedenfor beskrives profilen for regionens sygehuse fremover, herunder også de strukturelle ændringer for hver sygehusenhed. I afsnit 13.4. opsummeres elementerne i den nye sygehusstruktur samt rationalerne bag den. I afsnit 13.5. beskrives effekter af den nye sygehusstruktur.

13.1 Sygehus Thy-Mors – skærpet profil med fokus på akutmodtagelsens drift

Sygehus Thy-Mors er et af regionens tre akutsygehuse, og akutfunktionen er en af sygehusets helt centrale funktioner. Udover akutfunktionen, varetager sygehuset en række funktioner på hovedfunktionsniveau, primært inden for det medicinske og det kirurgiske speciale, men også inden for øre-næse-hals-specialet og øjenspecialet.

Sygehus Thy-Mors står over for en række udfordringer, herunder ikke mindst en presset driftsøkonomi og en vanskelig lægerekrutteringssituation. Begge elementer aktualiseres yderligere af to andre elementer i relation til sygehusets drift. For det første er sygehusets drift delt på to matrikler (I Thisted og Nykøbing). Dette er isoleret set ikke en udfordring. I lyset af sygehusets begrænsede lægeressourcer, er det imidlertid af afgørende betydning, at de driftsmæssige rammer sikrer den bedst mulige udnyttelse af personaleressourcerne. Dette er ikke tilfældet i dag, hvilket medfører lavere produktivitet og højere omkostninger sammenlignet med drift på én matrikel. Herudover medfører det udfordringer i forhold til at opretholde det faglige miljø, hvilket er en væsentlig faktor i forhold til rekruttering.

For det andet er sygehusets befolkningsunderlag og generelle aktivitetsniveau lavere, end hvad Sundhedsstyrelsen oprindeligt fastsatte i forbindelse med etableringen af de fælles akutmodtagelser. Det betyder ikke, at der ikke er behov for en akutmodtagelse på Sygehus Thy-Mors, men det betyder at sygehuset ikke har samme vilkår for at drive akutmodtagelsen og sikre de rette speciallægekompetencer og vagtlag som visse af de større akutsygehuse. Det er derfor centralt for akutmodtagelsens funktion, at sygehusets drift er opbygget omkring og med primært sigte på at understøtte og drive akutmodtagelsen. Drift på to matrikler, og dertilhørende spredning af de lægelige ressourcer udfordrer muligheden for at skabe disse rammer for driften.

Det er derfor vigtigt, at sygehusets profil og dermed aktivitetsniveau tilpasses i forhold til sygehusets kerneopgave. Hensigten er at skabe et solidt og bæredygtigt akutsygehus, hvor aktivitet og økonomi balancerer og hvor kvalitet og patientsikkerhed er i top. Det er samtidig målsætningen at give sygehuset et godt udgangspunkt for at imødekomme de udfordringer, som sygehuset aktuelt og gennem de seneste år har stået overfor.

Regionen ser derfor behov for at skærpe Sygehus Thy-Mors' profil som akutsygehus for borgerne i sygehusets optageområde. Ambitionen er dermed, at Sygehus Thy-Mors skal have en profil, hvor sygehuset udreder og behandler gængse lidelser hos først og fremmest befolkningen i sygehusets nuværende optageområde. Det gælder såvel akut som planlagt udredning og behandling. Da sygehusets primære fokus skal være sygehusets rolle som akutsygehus, vil det primære formål med de planlagte funktioner være at sikre, at de sundhedsfaglige ressourcer, der er bundet i den akutte funktion, udnyttes bedst muligt.

En skærpelse af sygehusets profil betyder imidlertid også, at visse nuværende funktioner ikke længere skal varetages på Sygehus Thy-Mors.

Det skal bemærkes, at en skærpet faglig profil kun er ét element i den fremtidige udvikling af Sygehus Thy-Mors. Der er således fortsat behov for at arbejde med rekruttering af læger og sygeplejersker, forskning på sygehuset og at fortsætte sygehusets indsats inden for patientsikkerhed og kvalitetsudvikling.

Der gennemføres derfor nedenstående ændringer på Sygehus Thy-Mors.

13.1.1 Ændringer på Sygehus Thy-Mors

Der gennemføres følgende ændringer på Sygehus Thy-Mors:

- Sygehusets funktioner samles på én matrikel – på matriklen i Thisted. Alle sygehusfunktioner i Nykøbing flyttes til Thisted, og der iværksættes de nødvendige bygningsmæssige tilpasninger for at rumme aktiviteten i Thisted.
- Matriklen i Nykøbing ønskes anvendt til sundhedshus i et samarbejde med relevante aktører, herunder speciallægepraksis, almen praksis og Morsø Kommune.
- Coloncancerkirurgien flyttes fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital. Dette sker med henblik på at sikre de påkrævede specialistkompetencer til at varetage funktionen og ud fra hensigten om at påbegynde en samling af kræftkirurgien i Region Nordjylland på færre matrikler.
- Sygehus Thy-Mors' funktioner tilpasses i forhold til sygehusets profil, hvor akutmodtagelsen samt planlagt udredning og behandling i sammenhæng hermed, er sygehusets hovedopgave.

Samling af funktioner på matriklen i Thisted:

Hensynet til rationel og effektiv drift tilsiger, at Sygehus Thy-Mors fremadrettet skal drives på én matrikel – Thisted. Den nuværende fordeling med planlagte funktioner i Nykøbing medfører ekstra omkostninger og udfordrer sygehuset i forhold til at sikre akutmodtagelsens drift. De nuværende funktioner på sygehusets matrikel flyttes derfor til matriklen i Thisted. Hensigten er generelt at skabe bedre rammer for driften, herunder bedre produktivitet. Derudover er hensigten at skabe bedre driftsvilkår for akutmodtagelsen

En samling af sygehusets funktioner på matriklen i Thisted giver bedre muligheder for at understøtte driften af akutmodtagelsen. Herudover opnås højere fleksibilitet i driften inden for de pågældende specialer.

Samlingen af sygehusets funktion på matriklen i Thisted afføder dels en besparelse på sygehusdriften og dels en besparelse på driften af bygningen i Nykøbing. I alt opnås en besparelse på 4,64 mio. kr.

Omdannelse af matriklen i Nykøbing til sundhedshus:

Sygehusfunktionerne på matriklen i Nykøbing flyttes til Thisted. Det er ønsket at anvende matriklen i Nykøbing til etablering af et sundhedshus som en naturlig udvidelse af de tilbud, der allerede i dag er placeret på matriklen (primært speciallægepraksis, kommunale tilbud samt almen praksis). En model herfor beskrives i høringsperioden i samarbejde med almen praksis, speciallægepraksis, kommunerne og Sygehus Thy-Mors.

Flytning af coloncancerkirurgien fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital:

Sygehus Thy-Mors varetager i dag coloncancerkirurgi. I 2014 foretog sygehuset cirka 25 operationer af den pågældende art. Coloncanceroperationer varetages herudover på Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital.

For varetagelsen af denne type operationer, er der fastsat krav til kvaliteten i behandlingen, herunder konkret krav om, at operationerne foretages af en specialist på området. Sygehus Thy-Mors har ikke en sådan specialist. Derudover peger flere nationale studier inden for colonkirurgien, på at et højere patientvolumen og større erfaring hos den enkelte kirurg mindsker risikoen for permanente ulemper som følge af operationen (stomi) og giver bedre langtidsoverlevelse.

I lyset ovenstående, flyttes denne type operationer fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital. Denne flytning betyder, at coloncanceroperationer vil kunne udføres i et set-up, der lever op til kvalitetskravene.

De økonomiske konsekvenser som følge af ændringen begrænser sig til præhospital transport af patienterne. Denne udgift vurderes maksimalt at udgøre 50.000 kroner årligt.

13.2 Aalborg Universitetshospital – på vej mod Nyt Aalborg Universitetshospital

Aalborg Universitetshospital er krumtappen i det nordjyske sygehusvæsen. Som regionens største sygehus, har Aalborg Universitetshospital en central rolle i det samarbejdende nordjyske sundhedsvæsen, og samspillet med regionens øvrige sygehuse er af afgørende betydning for sygehusets funktion. Det er essentielt, at sygehusstrukturen understøtter Aalborg Universitetshospitals specialiserede funktioner, men også de decentrale sygehusenheders store aktivitet – primært på hovedfunktionsniveau.

Aalborg Universitetshospital varetager alle de højt specialiserede funktioner, som Region Nordjylland varetager og størstedelen af regionens funktioner på hovedfunktionsniveau. Aalborg Universitetshospital er med andre ord regionens spydspids inden for specialiseret behandling, men også inden for forskning, udvikling og uddannelse. Disse funktioner er tæt forbundet med sygehusets funktion som universitetshospital, og vil også fremover være væsentlige elementer i sygehusets profil, og det er fortsat ambitionen, at Aalborg Universitetshospital skal være kendt – både nationalt og internationalt.

Profilen for Aalborg Universitetshospital er allerede klart defineret som følge af sygehusets rolle som universitetshospital, og sygehuset står på et stærkt fundament i forhold til forskning og uddannelse med eksekvering af den første forskningsstrategi i et tæt samarbejde med Aalborg Universitet.

Aalborg Universitetshospital er i gang med en tilpasning af aktiviteten frem mod Nyt Aalborg Universitetshospital står klar i 2020. Denne tilpasning omfatter både struktur, aktivitet og driftsforhold. Flere af disse tilpasninger er allerede sat i klare udviklingsspor og har udelukkende konsekvenser for driften af Aalborg Universitetshospital. Andre elementer er tæt forbundet med den samlede sygehusstruktur i Region Nordjylland.

Et væsentligt element i nærværende Plan for sygehuse og speciallægepraksis er derfor at sikre de rette strukturelle rammer for den udvikling, der skal ske på Aalborg Universitetshospital frem mod 2020. Det er med dette udgangspunkt, at der med denne plan iværksættes nedenstående ændringer for Aalborg Universitetshospital.

13.2.1 Ændringer på Aalborg Universitetshospital

Der gennemføres følgende ændringer på Aalborg Universitetshospital:

- Sygehusmatriklen i Dronninglund lukkes. Funktionerne på matriklen henholdsvis lukkes og flyttes til sygehusets øvrige matrikler.
- Sygehusets tre intensivsenge på matriklen i Hobro reduceres til to senge, og de to senge flyttes til matriklen i Aalborg (Syd).
- Tilpasning af skadeklinikken i Farsø.
- Flytning af den ortopædkirurgiske aktivitet fra Nykøbing til Thisted.

Lukning af sygehusmatriklen i Dronninglund:

Sygehusmatriklen i Dronninglund lukkes som en del af forberedelserne til samling af Aalborg Universitetshospitals funktioner i Nyt Aalborg Universitetshospital. En væsentligt element heri er at reducere antallet af matrikler, som sygehusets aktivitet er fordelt over. Lukningen af matriklen er desuden begrundet i muligheden for at samle funktioner og specialer på færre matrikler således at de driftsmæssige vilkår forbedres.

I dag varetages følgende funktioner på matriklen i Dronninglund:

- Sengeafsnit M1 med 18 intern medicinske senge, hvoraf 10-14 af sengene er dedikerede til neurorehabilitering.
- Sengeafsnit M2 med 18 intern medicinske senge.
- Medicinsk dagafsnit og ambulatorium med funktioner inden for blandt andet endokrinologi (diabetes) og kardiologi (ekkokardiografier).
- Fertilitetsbehandling
- Håndkirurgi
- Terapi
- Billeddiagnostisk funktion
- Klinisk Biokemi (blodprøvetagning)
- Midlertidig regionsklinik

Der er udarbejdet en rokadeplan for samtlige funktioner, som indebærer at størstedelen af funktionerne flyttes til sygehusets øvrige matrikler og samles med eksisterende driftsenheder. Herudover er der en række funktioner, som flyttes til øvrige sygehuse, og afslutningsvist er der potentiale for at lukke en mindre del af aktiviteten.

Rokadeplanen er som følger (rokader markeret med kursiv):

- Sengeafsnit M1 med 18 intern medicinske senge, hvoraf 10-14 af sengene er dedikerede til neurorehabilitering samt sengeafsnit M2 med 18 intern medicinske senge: *12 senge flyttes som del af regionens planer om at samle neurorehabiliteringen (se afsnit 15). 16 senge flyttes til Aalborg Universitetshospital (Syd) og Sygehus Vendsyssel i en fordeling afhængig af sygehusenes optageområder. 8 senge lukkes.*

- Medicinsk dagafsnit og ambulatorium med funktioner inden for blandt andet endokrinologi (diabetes) og kardiologi (ekkokardiografier): *Funktionerne flyttes til Aalborg Universitetshospitals matrikler i Farsø eller Hobro.*
- Fertilitetsbehandling: *Funktionen flyttes til Aalborg Universitetshospital, Aalborg.*
- Håndkirurgi: *Funktionen flyttes til Frederikshavn, hvor de nødvendige faciliteter er tilstede.*
- Terapi: *Funktionen er knyttet til drift af de intern medicinske senge. Funktionen følger fordelingen af disse senge.*
- Billeddiagnostisk funktion: *Flyttes til Aalborg Universitetshospital, Hobro.*
- Klinisk Biokemi (blodprøvetagning): *Funktionen flyttes til Aalborg Universitetshospital (Nord)*
- Midlertidig regionsklinik: *Flyttes ikke, idet aftalen ophører senest pr. 1.1.2016.*

Rokadeplanen og konsekvenserne heraf er nærmere beskrevet i bilag 7.

Det samlede besparelspotentiale ved lukningen af sygehusematriklen i Dronninglund er 23,7 mio. kr. årligt. Besparelserne er fordelt med 13,5 mio. kr. på sygehusdrift, 8,2 mio. kr. på bygningsdrift og 2 mio. kr. på præhospitale transporter.

Reducering og flytning af intensivsenge:

Aalborg Universitetshospital har aktuelt et intensivafsnit med tre intensivsenge på matriklen i Hobro. Afsnittet varetager desuden opvågningsfunktion til anæstesiafsnittet på matriklen.

Som følge af de seneste års ændringer i funktionerne i Hobro er aktiviteten på intensivafsnittet i Hobro faldet betydeligt. Det betyder, at kapacitetsudnyttelsen i Hobro er svingende, hvilket besværliggør planlægningen af den optimale bemanning. Dette betyder, at der i perioder, hvor sengeudnyttelsen viser sig at blive lav, opleves personalemæssig overkapacitet. Samtidig oplever Aalborg Universitetshospital pres på sengekapaciteten i Aalborg, og i disse perioder med kapacitetsproblemer sker der derfor fra tid til anden overflytninger fra Aalborg til Hobro, hvilket er uhenigtsmæssigt.

Derfor flyttes de tre intensivsenge fra Hobro til Aalborg. Som følge af den større fleksibilitet i relation til udnyttelsen af sengene, når de placeres i Aalborg, bliver der mulighed for at reducere antallet af senge fra tre til to. Med denne ændring sikres der en højere kvalitet i intensivsengene, som følge af en samling med de øvrige intensivsenge. Derudover opnås der færre overflytninger og dermed højere patientsikkerhed samt en bedre udnyttelse af sengene med dertilhørende besparelse på 1,3 mio. kr. årligt (svarende til en intensivseng).

Skadeklinikken i Farsø:

Også på akutområdet er der behov for at skabe de rette strukturelle rammer frem mod 2020. I løbet af 2013 blev de tre akutmodtagelser i Hjørring, Thisted og Aalborg etableret. Disse akutmodtagelser er grundstenen i akutstrukturen i Region Nordjylland. De øvrige tilbud – Småskadeklinikken i Hobro, AMA i Hobro samt ortopædkirurgisk skadestue i Farsø – er også væsentlige elementer i regionens akutstruktur. Der er således behov for at sikre gode akuttilbud til borgerne i Himmerland.

To elementer giver anledning til, at ændre akutstrukturen.

For det første er antallet af patienter, der søger akut hjælp ved de eksisterende akuttilbud i Himmerland om natten begrænset (I 2014 var der i alt 245 skadepatienter i perioden kl.22-08 i ortopædkirurgisk skadestue). For det andet har Regionsrådets beslutning om at omdanne ortopædkirurgisk skadestue i Farsø og Småskadeklinikken i Hobro vist sig vanskelig at implementere. Sidstnævnte gælder kun den nuværende ortopædkirurgiske skadestue i Farsø, der er planlagt omdannet til en skadeklinik, der er bemandede med behandlersygeplejersker døgnet rundt (suppleret af ortopædkirurgiske læger i perioden fra kl. 8-22). Det er svært at rekruttere sygeplejersker fra den eksisterende stab, som ønsker at uddanne sig til behandlersygeplejersker som forudsat i beslutningen. En opretholdelse af begge tilbud – Småskadeklinikken i Hobro og den ortopædkirurgiske skadestue – som døgnåbne skadeklinikker medfører en merdriftsudgift på 0,9 mio. kr. årligt sammenlignet med en model, hvor kun et af tilbuddene er døgnåbent.

En sammenkobling af driftsudgifter ved opretholdelse af to døgnåbne skadetilbud med antallet af patienter, der søger akut hjælp i nattetiden, giver anledning til at genoverveje akutstrukturen i Himmerland. Det vurderes derfor at være hensigtsmæssigt kun at opretholde et tilbud åbent om natten. Tilbuddet i Farsø foreslås derfor lukket fra kl. 22-08. Tilbuddet i Hobro fastholdes døgnåbent i en samdriftsmodel med AMA i Hobro.

På matriklen i Farsø er der placeret en lægevagtsfunktion. Det er hensigten at etablere samarbejde mellem skadeklinikken og lægevagten i lægevagten's åbningstid. Mulighederne herfor vil blive analyseret i forbindelse med den kommende Praksisplan.

Ved lukning af ortopædkirurgisk skadestue i Farsø opnås en driftsmæssig besparelse på 0,9 mio. kr.

Flytning af den ortopædkirurgiske aktivitet fra Nykøbing til Thisted:

Som en del af den samlede manøvre omkring lukningen af sygehusfunktionerne i Nykøbing, flyttes også de ortopædkirurgiske funktioner, som Aalborg Universitetshospital driver, fra Nykøbing til Thisted.

Flytningen sker således som en del af den samlede manøvre for at sikre bedre understøtte af akutmodtagelsen. Det sker også for at sikre mere hensigtsmæssige rammer for afviklingen af operationsaktiviteten som følge af samlingen af aktiviteterne på Sygehus Thy-Mors på én matrikel. Derudover er der betydelige rekrutteringsmæssige problemer i relation til at sikre lægedækning til funktionerne i Nykøbing.

Aktiviteten er på nuværende tidspunkt midlertidigt flyttet fra Nykøbing til Thisted på grund af problemer med at sikre bemanningen på matriklen i Nykøbing. Denne midlertidige løsning permanentgøres. Der vurderes ikke at være et betydeligt besparelspotentiale forbundet med ændringen. Det er muligt, at forsøge at indhente denne – relativt begrænsede – besparelse. Alternativt forudsættes det, at Klinik Hoved-Orto, Aalborg Universitetshospital, arbejder med at udnytte de forbedrede driftsrammer til at øge aktiviteten.

13.3 Sygehus Vendsyssel – bæredygtige enheder

Sygehus Vendsyssel er et af regionens tre akutsygehuse, og udgør en central aktør i forhold til at levere sygehuseder af høj faglig kvalitet til de nordjyske borgere i Vendsyssel. Dette karakteristikum skal også være det centrale element i sygehusets fremtidige profil. Sygehus Vendsyssel skal også fremover være kendt som et stærkt regionalsygehus med en fuld udbygget akutmodtagelse. Fokus skal være på funktioner på hovedfunktionsniveau, men sygehuset skal også have spidsfunktioner på regionsfunktionsniveau inden for de specialer, hvor sygehusets potentiale er til stede.

Sygehus Vendsyssel varetager i dag en væsentlig uddannelsesmæssig funktion, ligesom der er en vis forskningsaktivitet på sygehuset. Disse elementer skal også fremover være en del af sygehusets profil.

Det centrale element i ændringerne for Sygehus Vendsyssel er ønsket om at alle sygehusets matrikler bliver fagligt og økonomisk bæredygtige enheder. Dette skal ske ved hjælp af en tilpasning af fordelingen af funktioner – primært mellem matriklen i Hjørring og matriklen i Frederikshavn.

Sygehusets drift er delt over flere matrikler:

- Sygehus Vendsyssel i Hjørring
- Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn
- Sygehus Vendsyssel, Skagen Gigt- og Rygcenter
- Sygehus Vendsyssel, Brønderslev Neurorehabiliteringscenter.

Igennem de seneste år, er der sket en betydelig udvikling af aktiviteten på sygehusets matrikler i Hjørring og Frederikshavn. Denne udvikling er sket over en længere periode og senest som følge af etableringen af den fælles akutmodtagelse på matriklen i Hjørring i 2013. Det er regionens ønske, at den igangsatte udvikling af de to matrikler fortsættes og gennemføres fuldt ud, således at der – især for matriklen i Frederikshavn – skabes en mere klar profil. Dermed kan der sikres et fagligt og økonomisk bæredygtigt fundament for drift af matriklen i Frederikshavn samtidig med at driftsforholdene for visse af sygehusets specialer forbedres.

Kendetegnet for sygehusets to øvrige matrikler er, at der er tale om matrikler, hvor der kun er placeret en funktion – henholdsvis neurorehabilitering og genoptræning af gigt- og rygpatienter. Disse matrikler fungerer stort set som stand-alone-funktioner, og det er hensigten at driften af disse matrikler skal fortsætte sådan fremover. Der er således skabt klare profiler for matriklernes drift i en sådan karakter, at der opnås hensigtsmæssige driftsforhold.

Med udgangspunkt i ovenstående, skal der gennemføres nedenstående ændringer for Sygehus Vendsyssel.

13.3.1 Ændringer på Sygehus Vendsyssel

Der gennemføres følgende ændringer på Sygehus Vendsyssel:

- Der implementeres en ny profil for matriklen i Frederikshavn.
- De 13 intern medicinske senge i Frederikshavn flyttes til matriklen i Hjørring.

De enkelte strukturelementer uddybes nedenfor.

Ny profil for sygehusmatriklen i Frederikshavn:

I tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fremtidens akutberedskab (2007), er modtagelsen af akutte patienter på Sygehus Vendsyssel samlet på matriklen i Hjørring. Denne samling har medført ændringer af anvendelsen af især matriklerne i Hjørring og Frederikshavn. For at sikre fagligt og driftsmæssigt bæredygtige enheder på Sygehus Vendsyssel, er det ønskeligt at fuldføre den udvikling, der med akutmodtagelsen er startet. Denne udvikling skal bekræfte matriklen i Hjørring som sygehusets akutte matrikel og samtidig bekræfte matriklen i Frederikshavn som sygehusets center for planlagt behandling.

Omdannelsen af matriklen i Frederikshavn til center for planlagt behandling er baseret på ønsket om at sikre en bæredygtig enhed med en skarp og tydelig profil. Hermed opnås bedre driftsvilkår for afviklingen af den planlagte aktivitet, ligesom det er forventningen at den skærpede profil kan bidrage til såvel fastholdelse som rekruttering af kompetent personale.

For at sikre, at de planlagte funktioner på matriklen i Frederikshavn er robuste på lang sigt, er der behov for at omfordele visse kirurgiske funktioner mellem matriklen i Hjørring og matriklen i Frederikshavn. Således kan en øget andel af Sygehus Vendsyssels skopifunktion og dagkirurgi samles i Frederikshavn, mens gynækologien i højere grad samles i Hjørring. På længere sigt giver det en kirurgisk base, der kan danne grundlag for forbedrede uddannelsesmuligheder for kirurgiske læger. Dermed opnås fagligt robuste og selv bærende funktioner.

Der er opstillet tre scenarier for den fremtidige udvikling af Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn. Fælles for de tre scenarier er, at matriklen omdannes til primært at omfatte planlagt behandling, og at de intern medicinske senge flyttes fra Frederikshavn til Hjørring (se nedenfor). Alle scenarier omfatter desuden, at den nuværende daghospitalsfunktion i Frederikshavn fastholdes og udvikles yderligere.

Uagtet hvilket scenarium, der vælges for den fremtidige udvikling af matriklen, er det vurderingen, at driften på matriklen kan optimeres i den kommende planperiode. Der er en klar sammenhæng til den samlede sygehusstruktur – blandt andet den ortopædkirurgiske aktivitet og placeringen af neurorehabiliteringssengene (se afsnit 15). Derfor vil der efter planens vedtagelse blive udarbejdet en endelig profil for sygehusmatriklen i Frederikshavn. Denne vil blive fremlagt til politisk vedtagelse inden udgangen af 2015.

Flytning af de intern medicinske senge fra Frederikshavn til Hjørring:

På matriklen i Frederikshavn er der i alt 26 medicinske senge, hvoraf halvdelen er neurorehabiliteringssenge. Herudover er der en større ambulant medicinsk aktivitet på matriklen.

Som følge af de ændrede behandlingsregimer på det medicinske område og som følge af regionens planer om at samle neurorehabiliteringen på færre matrikler, vil der blive gennemført ændringer i den medicinske aktivitet på sygehusmatriklen i Frederikshavn.

Ændringerne betyder, at de medicinske senge flyttes. De 13 neurorehabiliteringssenge samles/flyttes som følge af planerne herom. De resterende 13 senge flyttes til matriklen i Hjørring, hvor alle patienterne i forvejen modtages via akutmodtagelsen. Dermed opnås mere hensigtsmæssige driftsforhold og færre overflytninger af patienter mellem sygehusets matrikler. Derudover bliver der bedre muligheder for at udnytte de lægelige ressourcer, hvilket er af afgørende betydning, idet det gennem længere tid har været yderst vanskeligt at rekruttere speciallæger inden for de medicinske specialer til matriklen i Frederikshavn.

Ændringer omfatter ikke ændringer for den ambulante medicinske aktivitet. Der er dog muligheder for at udbygge denne aktivitet fremover, såfremt behovet herfor opstår.

Det er forventningen, at forbedringen af driftsvilkårene, tilknytningen til akutmodtagelsen samt fraværet af overflytninger mellem sygehusets matrikler, kan optimere anvendelsen af sengene i en sådan grad, at det er muligt at reducere antallet af senge. Dermed opnås en økonomisk besparelse på 3 mio. kr. årligt fra 2016 og fremad samt en besparelse med kvartårseffekt i 2015, svarende til 0,75 mio. kr. Herudover er der en besparelse på 1,25 mio. kr. årligt på præhospital transport.

13.4 Opsummering af ændringer og økonomiske konsekvenser

Som det fremgår ovenfor, så lægger plan for sygehuse og speciallægepraksis til Plan for sygehuse og speciallægepraksis op til en række strukturelle tilpasninger af sygehusstrukturen i Region Nordjylland, men også en række aktivitetsmæssige tilpasninger, der skal bidrage til at sikre den rette aktivitetsmæssige og økonomiske udvikling i Region Nordjylland.

13.4.1 Opsummering af strukturelle ændringer og aktivitetsmæssige tilpasninger

Der er tre overordnede tendenser i de foreslåede ændringer.

For det første, flyttes flere funktioner og aktiviteter mellem sygehusmatrikler uden for Aalborg Universitetshospital. Det gælder eksempelvis flytning af de intern medicinske senge fra Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn til Hjørring og samlingen af Sygehus Thy-Mors' funktioner på matriklen i Thisted. Herudover flyttes neurorehabiliteringssengene som en konsekvens af den tidligere politiske beslutning om samling af neurorehabiliteringen i Region Nordjylland.

For det andet flyttes et antal funktioner mellem Aalborg Universitetshospitals matrikler. Det sker primært som følge af lukningen af sygehusmatriklen i Dronninglund. Eksempelvis flyttes Fertilitetsklinikken til Aalborg og den billeddiagnostiske aktivitet fra matriklen i Dronninglund flyttes til Aalborg og Hobro. Det samme gælder for klinisk biokemi samt et antal medicinske senge, der flyttes fra matriklen i Dronninglund til matriklerne i Aalborg. Derudover flyttes intensivsengene fra matriklen i Hobro til matriklen i Aalborg (Syd).

For det tredje flyttes enkelte funktioner til og fra Aalborg Universitetshospital. Eneste funktioner, der flytter fra de øvrige sygehusenheder til Aalborg Universitetshospital, er coloncancerkirurgien, der flytter fra Sygehus Thy-Mors. Aalborg Universitetshospital afgiver et antal medicinske senge fra matriklen i Dronninglund til Sygehus Vendsyssel, Hjørring, ligesom håndkirurgien afgives fra matriklen i Dronninglund til Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn.

13.4.2 Opsummering af økonomiske konsekvenser

Med de foreslåede ændringer og tilpasninger, opnås der en samlet besparelse i 2015 på 10,05 mio. kr. Fra 2016 og i årene fremover opnås en besparelse på 45,74 mio. kr. Dermed er forudsætningerne i budget 2015 indfriet.

Der er vis usikkerhed forbundet med muligheden for at realisere den samlede besparelse med helårseffekt, idet flere ændringer og tilpasninger kræver en vis implementeringstid, ligesom der er en vis usikkerhed forbundet med muligheden for at indhente den fulde besparelse på bygningsdrift på de matrikler, der fraflyttes/lukkes. Derfor foreslås en "buffer-pulje" til at imødegå de anførte usikkerheder. Såfremt puljen ikke udnyttes, vil den kunne indgå i de kommende års budgetlægning.

Nedenfor fremgår en oversigt over alle ændringer. Yderligere information om de enkelte strukturelle ændringer på de enkelte sygehusenheder fremgår af bilag 7.

Tabel 37: Oversigt over ændringer og tilpasninger

Sygehus	Strukturelement	2015	2016 og årene fremover
Sygehus Vendsyssel (se afsnit 13.3)	Ny profil for matriklen i Frederikshavn	0 mio. kr.	0,5 mio. kr.
	Flytning af medicinske senge fra Frederikshavn til Hjørring	1,05 mio. kr.	4,25 mio. kr.
Aalborg Universitetshospital (se afsnit 13.2)	Lukning af matriklen i Dronninglund.	5,9 mio. kr.	23,7 mio. kr.
	Ændringer på intensivområdet.	0,3 mio. kr.	1,3 mio. kr.
	Flytning af ortopædkirurgisk aktivitet fra Nykøbing flyttes.		*)
	Ændring af skadetilbud på matriklen i Farsø.	0,9 mio. kr.	0,9 mio. kr.
	Opsigelse af lejemål		**)
Sygehus Thy-Mors (se afsnit 13.1)	Sygehusfunktionerne i Nykøbing flyttes til Thisted.	0,6 mio. kr.	4,64 mio. kr.
	Flytning af coloncancerkirurgien til Aalborg Universitetshospital		- 0,05 mio. kr.
Aktivitetstilpasninger (se afsnit 12)		1,3 mio. kr.	10,5 mio. kr.
I ALT		10,05 mio. kr.	45,74 mio. kr.
"Buffer-pulje"			5 mio. kr.
I alt ekskl. "buffer-pulje"			40,74 mio. kr.

*) Der er ikke indregnet en besparelse ved flytning af den ortopædkirurgiske aktivitet fra Nykøbing til Thisted. Dette besparelspotentiale kan indhentes, om end potentialet vurderes at være begrænset. Alternativt kan potentialet omsættes til øget aktivitet.

***) Det er forventningen, at der kan indhentes en besparelse fra medio 2016 og frem til 2020 som følge af opsigelse af lejemål for Aalborg Universitetshospital. Der er tale om en midlertidig besparelse, idet rationaliseringsgevinster ved opsigelse af lejemål indgår i rationalisering i forbindelse med Nyt Aalborg Universitetshospital. Den midlertidige besparelse kan overføres til en omstillingspulje, der skal være med til at finansiere tiltag i relation til de aktivitetsmæssige tilpasninger inden

for kirurgi og medicin. Der er konkret tale om lejemål, hvor Smerteklinikken i dag er placeret. Denne funktion kan omplaceres til matriklen i Hobro. Herudover er der tale om lejemål, hvor Arbejdsmedicin, Socialmedicin og Audiologi er placeret. Disse funktioner kan indgå i en rokade i de regionale bygninger i Aalborg. Der vil blive arbejdet videre med disse elementer i løbet af planperioden.

Nedenfor er de foreslåede ændringer og flytninger opstillet i en tabel, så det er muligt at se, hvilke funktioner, der flyttes fra og til de enkelte sygehusmatrikler.

Oversigten er opbygget med følgende kolonner:

- I første kolonne er angivet sygehusenheder.
- I anden kolonne er angivet sygehusmatrikler.
- I tredje kolonne er angivet funktioner/specialer, der afgives.
- I fjerde kolonne er angivet funktioner/specialer, der flyttes til matriklen.
- I femte kolonne er angivet øvrige processer, hvor der ikke er taget stilling til ændringer/flytninger, men hvor der i høringsperioden vil blive udarbejdet analyser, der kan medføre forslag om flytning af funktioner, ændringer i samarbejde m.v.

I anden kolonne med matrikler, er der i parentes angivet et tal. I de efterfølgende to kolonner, hvor man kan se, hvilke funktioner, som sygehusmatriklen afgiver eller modtager, anvendes dette tal til at markere hvor "modtagne" funktioner forflyttes fra. Eksempelvis er der i rækken for matriklen i Hobro anført, at det er planlagt, at Smerteklinikken skal flyttes hertil. I parentes for Smerteklinikken er anført (5), hvilket henfører til at funktionen kommer fra matrikel nr. 5 (eksterne lejemål).

Enhed	Matrikel	Afgiver	Modtager
Aalborg Universitetshospital	Aalborg (1)		Klinisk biokemi (2) Intern medicinske senge inkl. terapi (2) Coloncancerkirurgi (9) Intensivsenge (3) Fertilitetsbehandling (2)
	Dronninglund (2)	Neurorehabiliteringssenge Intern medicinske senge inkl. terapi Klinisk biokemi Billeddiagnostik Håndkirurgi Fertilitetsklinik Medicinsk ambulatorium/dagafsnit	
	Hobro (3)	Intensivsenge	Smerteklinikken (5) Billeddiagnostik (2) Evt. Medicinsk ambulatorium/dagafsnit (2)
	Farsø (4)	Skadeklinik lukkes fra kl. 22-08	Evt. Medicinsk ambulatorium/dagafsnit (2)
	Eksterne lejemål (5)	Smerteklinikken Arbejdsmedicin/Socialmedicin samt Audiologi	
Sygehus Vendsyssel	Hjørring (6)	Skopifunktion, dagkirurgi	Intern medicinske senge (7) Intern medicinske senge inkl. terapi (2) Gynækologi (7)
	Frederikshavn (7)	Gynækologi Intern medicinske senge	Skopifunktion, dagkirurgi (6) Håndkirurgi (2) Neurorehabiliteringssenge (9,1,3)*
	Brønderslev (8)		Neurorehabiliteringssenge (9,1,3)*
Sygehus Thy-Mors	Thisted (9)	Neurorehabiliteringssenge Coloncancerkirurgi	Dagkirurgi (10) Klinisk biokemi (10) Billeddiagnostik (10) Ortopædkirurgi**
	Nykøbing (10)	Dagkirurgi Klinisk biokemi Billeddiagnostik Ortopædkirurgi**	

Tabel 38: Foreslåede ændringer fordelt på sygehusmatrikler:

*) Regionens neurorehabiliteringssenge samles på to matrikler – i Brønderslev og Frederikshavn. Dermed skal der omfordeles senge fra matriklerne i Hobro, Thisted og Dronninglund til de to matrikler. I Brønderslev vil der være 29 senge på regionsfunktionsniveau samt 8 senge på hovedfunktionsniveau. De resterende 29 senge på hovedfunktionsniveau vil blive placeret i Frederikshavn.

***) Ortopædkirurgisk aktivitet er forankret i Klinik Hoved-Orto, Aalborg Universitetshospital.

13.4.3 Rationalerne bag ændringerne i Plan for sygehuse og speciallægepraksis

Med denne plan ønsker Region Nordjylland at reagere på de udfordringer, der gør sig gældende på sundhedsområdet i dag, men også at agere proaktivt i forhold til de forventninger, der er til sundhedsvæsenet fremover. Planen skal være et godt fundament for udviklingen af sundhedsområdet i Region Nordjylland.

De økonomiske rammer på sundhedsområdet er under pres. Derfor omfatter Plan for sygehuse og speciallægepraksis ændringer i sygehusstrukturen og aktiviteten, der skal sikre en økonomisk balance på sundhedsområdet i disse år. Det er imidlertid Region Nordjyllands forventning at dette pres ikke vil aftage i de kommende år. Derfor anvises der i planen også tiltag og udviklingsveje der skal bidrage til at fastholde fokus på økonomisk bæredygtig driftsafvikling i årene fremover.

De faglige og kvalitetsmæssige krav på sundhedsområdet er steget gennem de seneste år, og samtidig har udbuddet af sundhedspersonale udfordret sundhedsvæsenet. Derfor omfatter Plan for sygehuse og speciallægepraksis strukturelle ændringer med henblik på at sikre de mest hensigtsmæssige rammer for rekruttering, kvalitet og faglig udvikling. Dette sker dels ved at sikre fagligt bæredygtige driftsenheder og funktioner, men også ved at bevare og udvikle universitetshospitalet og de højt specialiserede funktioner. Heller ikke de faglige krav forventes at blive mindre i de kommende år, og udbuddet af speciallæger forventes at stige fra 2020. Derfor omfatter planen også initiativer, der skal sikre en struktur, der understøtter rekruttering og fastholdelse af faglige miljøer samt initiativer, der skal sikre den mest hensigtsmæssige anvendelse af personaleresourcerne.

Herudover stiger efterspørgslen efter sundhedsydelser, primært foranlediget af en stigning i livsstilssygdomme og kræftsygdomme. Som en reaktion her på, er der i Plan for sygehuse og speciallægepraksis fokus på aktivitetsomlægninger, der medvirker til at udredning og behandling kan foregå på lavest effektive omsorgs-/omkostningsniveau. Disse initiativer kan ikke stå alene. På samme vis kan en stærk sygehusstruktur ikke stå alene. Derfor er der i Plan for sygehuse og speciallægepraksis beskrevet flere udviklingsspor i samarbejde med almen praksis, speciallægepraksis og kommunerne. Med disse udviklingsspor i Plan for sygehuse og speciallægepraksis ønsker Region Nordjylland at understrege vigtigheden af en samlet og proaktiv dagsorden for, hvordan vi sammen udvikler sundhedsvæsenet i Nordjylland.

13.4.4 Alternativer til strukturændringer

Der er i nærværende plan for sygehuse og speciallægepraksis til Plan for sygehuse og speciallægepraksis ikke beskrevet konkrete alternativer til de strukturelle ændringer.

Nedenfor er anført Administrationens bemærkninger til de strukturelle alternativer, der er truffet valg om ikke at beskrive i plan for sygehuse og speciallægepraksiset. Vurderingen har dels været, at alternativerne lå uden for rammerne for planprocessen og dels været, at alternativerne var mindre hensigtsmæssige end de beskrevne alternativer.

Skagen Gigt- og Rygcenter:

Sygehus Vendsyssel driver Skagen Gigt- og Rygcenter, der varetager genoptræning af gigtpatienter. Centret tilbyder tre ugers genoptræningsophold til gigtpatienter. Patienterne skal være henvist fra egen læge, og centret har patienter fra hele landet.

Denne funktion kan lukkes, idet der ikke er tale om en decideret sygehusfunktion, men tilbuddet er det eneste af sin art i Region Nordjylland. En lukning vil betyde en forringelse af serviceniveauet i regionen. En lukning vil desuden kun medføre en mindre økonomisk besparelse, idet regionen har en betydelig indtægt på patienter fra andre regioner, der anvender tilbuddet. Regionens indtjening på behandling af patienter fra andre regioner på Skagen Gigt- og Rygcenter ligger årligt på omkring 3,5 mio. kr. De samlede driftsudgifter for centret er 10,8 mio. kr. årligt.

I årene 2012-2014 har fordelingen af patienter på Skagen Gigt- og Rygcenter været således:

Tabel 39: Patienter på Skage Gigt- og Rygcenter i 2012-2014 (fordelt på region)

	2012	2013	2014
Region Nordjylland	84,2 %	89,4 %	86,7 %
Region Midtjylland	5,8 %	6,8 %	7,7 %
Region Syddanmark	2,1 %	1,9 %	1,9 %
Region Hovedstaden	6,1 %	1,6 %	2,4 %
Region Sjælland	1,8 %	0,3 %	1,3 %

Som det fremgår oven for, så er størstedelen af patienterne fra Region Nordjylland (gennemsnitligt ca. 86,8 % fra Region Nordjylland og 13,2 % fra andre regioner).

Ved en lukning af tilbuddet må der antages et faldende behov for behandling af nordjyske borgere, idet der dermed ikke længere er et lignende tilbud i regionen. Dette forventes at lede til en stigning i de interregionale udgifter på 12-25 mio. kr. (ved en grov antagelse om at op mod 50 % af patienterne ikke længere henvises, samt en rabataftale på 20 % af DRG værdien)

Tabel 40: Anslåede konsekvenser ved lukning af Skagen Gigt- og Rygcenter

Element	Økonomi
Besparelse Driftsudgifter	-10.800.000 kr.
Manglende Interregionale indtægter	-3.500.000 kr.
Øgede interregionale udgifter (ved 50 % af nuværende aktivitet)	12.000.000 kr.
Hovedtotal	2.600.000 kr.

Ovenstående viser at Region Nordjylland i bedste fald ved en lukning af Skagen Gigt- og Rygcenter står overfor en merudgift på ca. 2,6 mio. kr. (ved en antagelse om at 50 % af patienterne i Skagen "forsvinder", samt resten afregnes med en rabat på 20 % af DRG taksten)

Derfor er en lukning af Skagen Gigt- og Rygcenter ikke beskrevet som et strukturelt alternativ.

Tidligere er en flytning af Skagen Gigt- og Rygcenter til matriklen i Frederikshavn beskrevet. Det er vurderet, at det kan medføre en besparelse på 2 mio. kr. Dette alternativ er ikke beskrevet, idet det er vurderet, at det er mere hensigtsmæssigt at anvende matriklen i Frederikshavn til planlagt behandling samt neurorehabilitering.

Sygehusmatriklerne i Frederikshavn og Farsø:

Det er tale om matrikler, hvor regionen i dag har en betydelig planlagt aktivitet. Aktiviteten i Farsø er netop udvidet med ekstra operationsstuer som følge af forårets politiske beslutning om sammenlægning af Sygehus Himmerland med Aalborg Universitetshospital.

Der er i plan for sygehuse og speciallægepraksiset ikke peget på alternativer, der påvirker den store planlagte, operative aktivitet på de to matrikler. For det første, er det ikke muligt at rumme de operative aktiviteter på regionens øvrige sygehusmatrikler. For det andet medfører det store anlægsudgifter at indrette ekstra operationsfaciliteter, og det er vurderingen, at det ikke være muligt at afholde disse udgifter inden for den nuværende anlægsramme. For det tredje giver matriklerne i Farsø og Frederikshavn mulighed for at afvikle planlagt behandling i stærke faglige miljøer og i en driftmodel, der fordrer høj aktivitet. Dermed bidrager de to matrikler i væsentlig grad til at sikre en høj, planlagt aktivitet især på det kirurgiske og ortopædkirurgiske område.

Derfor har udgangspunkt i planprocessen været at fastholde den planlagte operative aktivitet på disse matrikler, og for Frederikshavns vedkommende at udvide denne aktivitet inden for de nuværende fysiske rammer.

Aalborg Universitetshospital, Hobro og Farsø:

Der er ikke udarbejdet strukturelementer, der ændrer grundlæggende på driften af matriklerne i Hobro og Farsø, idet der i foråret blev vedtaget en ny funktionsfordeling mellem de to matrikler, som en del af den politiske beslutning om sammenlægning af Sygehus Himmerland med Aalborg Universitetshospital. Administrationen har derfor vurderet at større strukturelle ændringer for de to matrikler ikke var hensigtsmæssige.

De ændringer, der omfatter de to matrikler, er primært koblet sammen med lukningen af matriklen i Dronninglund. Der tilføres primært funktioner til matriklerne, og dette sker blandt andet som en del af en styrkelse af især profilen for matriklen i Hobro.

Neurorehabilitering, placering af regionalt center:

Inden for rammerne af den politiske beslutning om at samle neurorehabiliteringen, kunne der peges på to alternativer: En placering i Dronninglund eller en placering i Frederikshavn.

Begge alternativer er beskrevet i afsnit 15 om neurorehabilitering, hvorfor det her blot anføres, at baggrunden for fravalg af en placering i Dronninglund, er at anlægsudgifterne ved reovering heraf, overstiger den økonomiske ramme. Hvad angår en placering i Frederikshavn, har vurderingen været, at dette ligger uden for rammerne af budgetaftalen, hvoraf det fremgår, at neurorehabiliteringsfunktionen skal placeres centralt i regionen.

Flytning af funktioner mellem sygehusenhederne:

Der er i tidligere processer talt om mulighederne for at flytte funktioner fra Aalborg Universitetshospital til de øvrige sygehusenheder i regionen. Disse overvejelser er også indgået i planprocessen, og sygehusledelser er i processen blevet bedt om at pege på "stand-alone"-funktioner, som kan flyttes mellem sygehusenheder.

Følgende funktioner er blevet peget på:

- Flytning af sexologi fra Aalborg Universitetshospital til Sygehus Vendsyssel
- Flytning af håndkirurgi fra Aalborg Universitetshospital til Sygehus Vendsyssel
- Flytning af Fertilitetsklinikken fra Aalborg Universitetshospital til Sygehus Vendsyssel

Der er i dag to sexologiske funktioner – en på Sygehus Vendsyssel og en på Aalborg Universitetshospital. Vurderingen fra Administrationen er, at det ikke er hensigtsmæssigt at samle sexologien på Sygehus Vendsyssel. Der er således tale om to forskelligartede funktioner. Funktionen i Aalborg er desuden fortsat under opbygning i et tæt samarbejde med Aalborg Universitet, og en flytning vil kunne påvirke denne opbygning negativt.

Det er vurderet, at det er hensigtsmæssigt at flytte den håndkirurgiske funktion fra Aalborg Universitetshospital, Dronninglund til Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn. Denne ændring indgår i plan for sygehuse og speciallægepraksiset. Der er herudover håndkirurgiske funktioner på Sygehus Vendsyssel i Hjørring og på Aalborg Universitetshospital.

Flytning af Fertilitetsklinikken sker som følge af forslaget om at lukke matriklen i Dronninglund, hvor funktionen i dag er placeret. Der er tale om en "stand-alone"-funktion, der ikke er afhængig af øvrige funktioner. Fertilitetsklinikken placeres på Aalborg Universitetshospital i Aalborg.

Derudover er det i plan for sygehuse og speciallægepraksiset påpeget, at der i planperioden vil blive arbejdet på at fraflytte Aalborg Universitetshospitals eksterne lejemål tidligere end 2020. Der er blandt andet peget på Smertecentret, Arbejdsmedicin/Socialmedicin og Audiologi, som funktioner, der kan flyttes fra eksterne lejemål til andre sygehusmatrikler. Her vil også øvrige sygehusenheders matrikler blive overvejet.

Som det fremgår af ovenstående, så er der set på forskellige muligheder for flytning af "stand-alone"-funktioner mellem regionens sygehusenheder og matrikler. Ofte er funktionerne dog afhængige af andre funktioner, hvorfor antallet af deciderede "stand-alone"-funktioner er begrænset. Derudover er der ofte ikke strukturbesparelser forbundet med flytning af funktioner fra Aalborg Universitetshospital til de øvrige sygehuse i regionen.

Der er desuden ikke mulighed for at flytte specialiserede funktioner ud fra Aalborg Universitetshospital, idet funktionerne er godkendt for den pågældende sygehusenhed. I specialeplanen er cirka 700 funktioner defineret som højtspecialiserede funktioner. Region Nordjylland er godkendt til cirka 200 af disse funktioner, og alle disse funktioner er placeret på Aalborg Universitetshospital. Kun 1/3 af de højtspecialiserede funktioner varetager Aalborg Universitetshospital selvstændigt, mens de øvrige 2/3 af de højtspecialiserede funktioner varetages i samarbejde med Region Midtjylland, Århus Universitetshospital.

14. Den nye struktur på speciallægepraksisområdet i Region Nordjylland

I perioden siden vedtagelsen af den seneste Plan for Sygehuse og Speciallægepraksis er der efter beslutning i Regionsrådet lavet tre ændringer i forhold til ydernumre. Dette vil blive nærmere uddybet i gennemgangen af de enkelte specialer (bilag 6).

- Der er etableret 1 fuldtidsydernummer i intern medicin i grenspecialet kardiologi. Samtidig er 1 deltids- og 1 overlægeydernummer nedlagt i grenspecialet, jf. beslutning i forbindelse med seneste Plan for sygehuse og speciallægepraksis.
- Ledige deltidsydernumre i Neurologi er blevet lagt sammen til 1 fuldtidsydernummer med placering i Aalborg.
- Der er oprettet et nyt fuldtidsydernummer i specialet øjenlægehjælp, med placering i Brønderslev.

Ud over ovennævnte allerede gennemførte ændringer foretages der i forbindelse med denne plan kun mindre ændringer. Antallet af fuldtids- og deltidsydernumre ændres ikke, ligesom der ikke lægges op til geografiske ændringer i ydernumrenes placering.

På længere sigt kan det imidlertid ikke udelukkes, at den samlede strategi for speciallægeområdet, kan afføde behov for tilpasning af antal ydernumre/kapaciteten inden for ét eller flere specialer.

Der er på nuværende tidspunkt 13 ledige overlægeydernumre. De samlede antal overlægeydernumre vil skulle tilpasses. Det anbefales konkret at overlægeydernumrene i psykiatri (3), børnepsykiatri (2) og intern medicin (1) nedlægges. Denne beslutning harmonerer med overenskomstparternes målsætning om, at speciallægekapaciteten hovedsageligt skal tilvejebringes i form af fuldtidsydernumre.

Overlægeydernumrene i psykiatri og børnepsykiatri blev etableret i forbindelse med vedtagelse af forrige Plan for sygehuse og speciallægepraksis, med henblik på at styrke rekrutteringsmulighederne i sekundær sektor. De har imidlertid aldrig været anvendt. I planens afsnit 9, Udredningsforløb, er en anbefaling om, at styrke rekrutteringsmulighederne i sekundær sektor ved at kigge på muligheder for etablering af deltidsydernumre.

Antallet af overlægeydernumrene i anæstesiologi (7) vil desuden skulle tilpasses, idet det af hensyn til betjening af regionens privatpraktiserende ørelæger ved operationer, kan være nødvendigt at bevare et vist antal. Dette bør ske i dialog med børneanæstesiologisk team på Aalborg Sygehus, hvorfor der ikke i indeværende gives en konkret anbefaling til, hvor mange overlægeydernumre i anæstesiologi der bør nedlægges.

15. Placering af Regionalt Center for neurorehabilitering

I budgetaftalen for budget 2015 fremgår det, at:

”Forligspartierne bekræfter Regionsrådets beslutning om samling af regionens neurorehabiliteringsfunktioner i ét center. Den fysiske placering af centeret afventer en endelig afklaring af strukturplanlægningen, idet en eventuel frigørelse af lokaler på eksisterende matrikler vil kunne muliggøre en minimering af etableringsomkostningerne i forhold til det planlagte nybyggeri i Brønderslev. Der er samtidig enighed om, at der ved den endelige placering bør tages behørigt hensyn til, at afstanden til centeret skal være rimelig fra alle dele af regionen”.

Med udgangspunkt i ovenstående element fra budgetaftalen, er forskellige muligheder i forhold til fysisk placering af et centralt neurorehabiliteringscenter vurderet. To eksisterende sygehusematrikler – Brønderslev og Dronninglund – er vurderet op imod krav til en fremtidig bygning til neurorehabilitering inden for en økonomisk ramme på 100 mio. kr. til opførelse/renovering af en bygning i et offentligt-privat-partnerskab¹⁹. Denne analyse er blevet udarbejdet af et eksternt konsulentfirma, ArchiMed. Konklusionen blev at matriklen i Dronninglund egner sig klart bedst. Konklusionen var imidlertid også, at det ikke vil være muligt at etablere funktionen inden for den givne økonomiske ramme. Vurderingen er, at der er behov for en investering på omkring 245 mio. kr., hvis bygningen i Dronninglund skal omdannes til neurorehabiliteringscenter med plads til 66 senge.

Med udgangspunkt i ovenstående, er det konklusionen i Plan for sygehuse og speciallægepraksis, at neurorehabiliteringen i Region Nordjylland ikke bør samles på nuværende tidspunkt. Det er fortsat visionen, at neurorehabiliteringen skal samles i en funktion på sigt. Inden for de givne økonomiske rammer, er det imidlertid ikke muligt at realisere visionen i nærværende planperiode.

15.1.1 Samme ambition for neurorehabilitering, men behov for en overgangsmode

Region Nordjylland ønsker at bekræfte den politiske beslutning om at samle neurorehabiliteringen i Region Nordjylland i en funktion og ambitionen heri. Der er imidlertid behov for en overgangsløsning indtil denne vision kan realiseres, når det rette økonomiske råderum er til stede.

En regional arbejdsgruppe har tidligere i processen, set på forskellige muligheder for organiseringen af neurorehabiliteringen i Region Nordjylland. Arbejdsgruppen fremlagde dengang to mulige modeller. Se oversigt nedenfor, hvor fordele og ulemper ved de to modeller også fremgår.

Tabel 38: Modeller for organisering af neurorehabiliteringen i Region Nordjylland

¹⁹ Midlerne hertil søges fra en central pulje. Forudsætningen for de 100 mio. kr. var, at Region Nordjylland fik tildelt det ansøgte beløb i 2014. Der var ansøgt om 50 mio. kr. i 2014 som en udvidelse til de 50 mio. kr., som Region Nordjylland blev tildelt i året før. Region Nordjylland blev imidlertid kun tildelt 25 mio. kr. i indværende år, hvorfor OPP-midlerne til anvendelse til etablering af nyt neurorehabiliteringscenter er reduceret fra 100 mio. kr. til 75 mio. kr.

	Fordele	Ulemper
Model 1: Neurorehabilitering på en matrikel	Et ensartet neurorehabiliteringstilbud	For nuværende ingen lægelig dækning efter kl. 18.00
	En høj grad af robusthed og en ønsket volumen, hvad angår både regionsfunktion og ikke mindst hovedfunktion	Aktiviteten kan først rummes når væsentlig ombygning har fundet sted
	Fagligt stærkt vidensmiljø på begge specialiseringsniveauer. Herunder højere niveau af tværfaglighed og bedre rammer for interdisciplinært samarbejde	Ingen adgang til billeddiagnostik på matriklen
	Optimering af kapacitetsudnyttelsen på tværs af specialiseringsniveauerne	For nuværende ingen lægelig dækning efter kl. 18.00
	Ingen skift for pt. ved flytning mellem specialiseringsniveauerne	
Model 2: Neurorehabilitering på to matrikler	Lægelig dækning, døgnet rundt på en matrikel	Mindre grad af robusthed og mindst acceptable niveau af patientvolumen
	Neurorehabiliteringen placeres i umiddelbar nærhed til medicinske afsnit (sikring i forhold til medicinsk, ikke-stabile patienter)	Ikke samme muligheder for fælles kapacitetsudnyttelse
	Bufferkapacitet til regionsfunktionen ved særligt belastede perioder	Ikke samme muligheder for interdisciplinært samarbejde, fælles sparring og kompetenceudvikling
	Billeddiagnostik og laboratorieundersøgelser er til stede ved hovedfunktionsniveauet	Patienterne kan opleve skift ved flytning mellem specialiseringsniveauer

Den oprindelige beslutning fra Regionsrådet indebærer en samling på en matrikel, jf. ovenstående model 1. Eftersom det ikke er muligt at indfri visionerne i denne beslutning inden for den nuværende økonomiske ramme, iværksættes der en midlertidig samling af neurorehabiliteringen på to matrikler, lig model 2 i ovenstående, men fortsat med ambitionen om at samle funktionen i ét center, når det økonomiske råderum er til stede. Dette sker med henblik på at skabe de rette faglige og driftsmæssige rammer for at levere neurorehabilitering af høj faglig kvalitet til de nordjyske borgere og samtidig med henblik på at fastholde visionen om at samle neurorehabiliteringen i en funktion på sigt, når de rette økonomiske råderum er til stede.

Nedenfor ses en oversigt over det nuværende antal neurorehabiliteringssenge fordelt på matrikel, samt fordelingen i en overgangsmode.

Tabel 39: Nuværende fordeling af neurorehabiliteringssenge

Matrikel	Antal senge
Nuværende fordeling på matrikler	Nuværende sengeantal
Aalborg Universitetshospital – Dronninglund	13
Aalborg Universitetshospital – Hobro	10
Sygehus Vendsyssel – Brønderslev	37*
Sygehus Vendsyssel – Frederikshavn	13
Sygehus Thy-Mors – Thisted	11
I alt	84
Fremtidig fordeling på matrikler	Fremtidigt sengeantal
Brønderslev	37*
Frederikshavn	29
I alt	66

*Heraf 29 på regionsfunktionsniveau.

Nedenfor gennemgås de muligheder, der er for samling af neurorehabiliteringen på to matrikler.

Et hensyn i alle de nedenstående modeller er, at sikre en model, der medfører mindst mulige anlægsudgifter i og med, at to-center-modellen anses som en midlertidig model, der skal fungere frem til det bliver muligt at samle i ét center. Samtidig er det vigtigt at understrege ambitionen om at samle i ét center på sigt, ligesom det er et væsentligt hensyn, at samlingen af neurorehabiliteringen allerede startes nu – midlertidigt på to centret – idet dette i sig selv vurderes at medfører et betydeligt fagligt løft inden for neurorehabiliteringen.

To centre med udgangspunkt i matriklen i Brønderslev:

Der kan etableres en to-center-model med udgangspunktet i en opretholdelse af funktionen i Brønderslev, idet der her er et veletableret fagligt miljø samt stor erfaring med varetagelse af regionsfunktionerne. Der er i dag 37 senge på Brønderslev Neurorehabiliteringscenter. Der er mulighed for at udvide med 8 senge, således at der i alt vil være 45 neurorehabiliteringssenge på centret. Dette vil medføre anlægsudgifter på 1,5 mio. kr.

Hvad angår placeringen af den resterende del af funktionen (21-29 senge), og dermed det andet center, kan der peges på en placering i Hobro, Frederikshavn, Thisted eller Dronninglund.

En placering i Dronninglund vil betyde, at matriklen ikke kan lukkes, hvilket fjerner muligheden for at indhente den økonomiske besparelse herved. Det er vurderingen, at såfremt Dronninglund skal anvendes til neurorehabilitering, da bør det være i en model, hvor hele matriklen anvendes til neurorehabilitering. Denne mulighed har konsulentfirmaet ArchiMed undersøgt som en del af planprocessen. Her var konklusionen, at det var muligt at indrette matriklen i Dronninglund til neurorehabiliteringscenter, men vurderingen var samtidig, at det vil kræve en anlægsmæssig investering på cirka 245 mio. kr. Af økonomiske grunde vurderes det ikke at være hensigtsmæssigt at placere det andet center i en "to-center-model" på matriklen i Dronninglund.

En placering i Thisted vurderes at medføre behovet for en betydelig tilpasning af de fysiske rammer, hvis de resterende neurorehabiliteringssenge skal samles der. Herudover betyder sygehusenhedens geografiske placering – sammenholdt med sygehusenhedens befolkningsunderlag – at flere patienter/pårørende skal transportere sig længere til neurorehabiliteringstilbuddet, sammenlignet med en af de øvrige placeringer. Derfor er det vurderet, at en placering af de resterende neurorehabiliteringssenge i Thisted ikke er hensigtsmæssig.

En placering i Hobro vil give en større geografisk spredning af neurorehabiliteringen. De bygningsmæssige rammer i Hobro er dog forholdsvis gamle. En placering i Hobro betyder desuden at neurorehabiliteringsfunktionen deles over to driftsenheder – Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital.

En placering af de øvrige neurorehabiliteringssenge i Frederikshavn vil betyde at neurorehabiliteringen samles i samme driftsenhed, således at der i praksis bliver tale om ét center, der drives på to matrikler. Neurorehabiliteringssengene kan desuden etableres uden større anlægsmæssige tilpasninger, og der er tale om forholdsvis nye bygningsmæssige rammer.

To centre med udgangspunkt i matriklen i Dronninglund

Som det fremgår af ovenstående oversigt, er der mulighed for at realisere to-center-modellen uden at involvere matriklen i Brønderslev. Således kan matriklen i Dronninglund anvendes som det primære center, og det andet center kan placeres i Hobro, Thisted eller Frederikshavn. Denne model har en klar ulempe, idet det medfører en flytning af funktionen i Brønderslev og dermed risikoen for tab af det velfungerende faglige miljø. Herudover kræver det en betydelig anlægsmæssig tilpasning i Dronninglund at rumme neurorehabiliteringen fra Brønderslev, hvorfor en flytning fra Brønderslev til Dronninglund bliver forholdsvis udgiftstung.

En model, hvor Dronninglund anvendes som primært center for neurorehabilitering, forudsætter at bygningen i Brønderslev lukkes og forsøges afhændet. Det er vurderingen, at en lukning af matriklen i Brønderslev vil medføre en besparelse på bygningsdrift på 2 mio. kr.

En model, hvor Dronninglund anvendes som primær matrikel til neurorehabilitering i stedet for Brønderslev vil ligeledes få en betydning for muligheden for at indhente den samlede – forudsatte – besparelse på 40 mio. kr. på sygehusstrukturen. Besparelsen ved at lukke matriklen i Dronninglund (8,2 mio. kr.) overstiger således besparelsen ved at lukke matriklen i Brønderslev (2 mio. kr.). Denne forskel på 6,2 mio. kr. betyder at den samlede besparelse – ved de samme øvrige ændringer og tilpasninger – falder fra 45,74 mio. kr. til 39,54 mio. kr. årligt hvormed også den forudsatte "buffer-pulje" forsvinder.

Nedenfor er de forskellige muligheder for etablering af en overgangsmodel med to centre opsummeret og sammenholdt med bemærkninger til modellerne.

Tabel 40: Opsummering af modeller og muligheder

Model	Bemærkninger
Brønderslev/Frederikshavn	Fordelen er muligheden for at opretholde det faglige miljø i Brønderslev. Derudover kan neurorehabiliteringen fastholdes inden for samme driftsenhed. Fordelen ved Frederikshavn er den relativt gode bygningsmasse i Frederikshavn (der er kun behov for anlægstilpasning til i alt 0,5 mio. kr. for at rumme de ekstra neurorehabiliteringssenge).
Brønderslev/Dronninglund	Der er samme fordele ift. Brønderslev som anført ovenfor. Ved at placere det andet center i Dronninglund, er det ikke muligt at indhente besparelsen ved lukning af Dronninglundmatriklen.
Brønderslev/Hobro	Der er samme fordele ift. Brønderslev som anført ovenfor. En placering i Hobro giver større geografisk spredning af neurorehabiliteringstilbuddet, men vurderes – sammenlignet med Frederikshavn – at medføre større anlægsmæssige tilpasninger.
Brønderslev/Thisted	Der er samme fordele ift. Brønderslev som anført ovenfor. Det er tidligere vurderet, at der er behov for tilpasninger af de fysiske rammer for at rumme de øvrige neurorehabiliteringssenge på matriklen i Thisted. Sygehusenheden har det mindste befolkningsunderlag i regionen. Det betyder – sammen med sygehusets geografiske placering – at denne model vil medføre at flere patienter/pårørende skal transportere sig længere til neurorehabiliteringstilbuddet.
Dronninglund/Frederikshavn, Hobro eller Thisted	En placering af det primære center til neurorehabilitering i Dronninglund, giver mulighed for fraflytning og eventuelt salg af bygningen i Brønderslev. En flytning fra Brønderslev risikerer dog at medføre et tab af det velfungerende faglige miljø. Derudover er der behov for større anlægsmæssige tilpasninger for at rumme funktionen i Dronninglund, hvilket gør en flytning

15.1.2 Overgangsmodel for neurorehabilitering i Region Nordjylland

Uanset hvilken model, der vælges, er det anbefalingen, at neurorehabiliteringen samles under samme ledelse, Sygehus Vendsyssel, således at der skabes de mest hensigtsmæssige faglige rammer, herunder et godt udgangspunkt for den fremtidige fusion af funktionen.

Det er desuden en klar anbefaling – som også fremhævet af den faglige arbejdsgruppe, der tidligere har fungeret på området – at neurorehabiliteringen bør samles. Denne samling bør ikke afvente opførelsen af et samlet center. Som fremhævet af den faglige arbejdsgruppe tidligere, er der behov for en vis volumen i funktionen for at opretholde en fagligt og driftsmæssig hensigtsmæssig model. Arbejdsgruppen har påpeget, at sengeafsnittet ikke bør være mindre end 15 senge. I øjeblikket er der på matriklerne i Dronninglund og Frederikshavn 13 senge, på matriklen

i Thisted 11 senge og på matriklen i Hobro 10 senge. Kun på matriklen i Brønderslev ligger sengeantallet over den faglige anbefaling fra arbejdsgruppen.

For at sikre et fagligt løft af neurorehabiliteringen, og for at igangsætte den omlægning af aktiviteten, der forudsættes (samling af sengemasse, dertilhørende reduktion i samlet sengetal fra 84 til 66 senge og samtidig etablering af udgående neurorehabiliteringsteams), vil det være hensigtsmæssigt at påbegynde samlingen af neurorehabiliteringen nu. Reduktionen i sengetallet og etableringen af de udgående neurorehabiliteringsteams er således forbundet hermed.

Med udgangspunkt i ovenstående foreslås en overgangsmodel, der indebærer at neurorehabiliteringsfunktionen i Brønderslev opretholdes, og funktionen i Brønderslev vil fortsat være regionens primære enhed til neurorehabilitering. Som supplement hertil samles de resterende neurorehabiliteringssenge i Frederikshavn.

Fordelen ved en placering i Frederikshavn er – som omtalt - at der er tale om en forholdsvis ny bygning, og der er fysisk plads til at indrette plads til neurorehabiliteringssengene. En placering i Frederikshavn betyder desuden at den samlede neurorehabiliteringsfunktion samles inden for en driftsenhed, hvilket giver gode rammer for det faglige miljø. Herudover er det en fordel, at der i forvejen foregår neurorehabilitering på matriklen, og der kan således bygges videre på det eksisterende faglige miljø.

En forudsætning i den beskrevne model er, at Sygehus Vendsyssel får til opgave at sikre, at visitationen sker således at patienter og pårørende får kortest afstand til tilbuddet. Således vil patienter fra Thy-Mors kunne modtage neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau i Brønderslev, hvor der er 8-16 senge på hovedfunktionsniveau, og i videst mulige omfang ikke i Frederikshavn, hvortil afstanden er længere.

Regionsrådet har tidligere vedtaget at samle modtagelsen af patienter med mistanke om apopleksi på Aalborg Universitetshospital. Det betyder, at den første del af alle patientforløbene – den akutte fase - starter på Aalborg Universitetshospital. Den akutte fase er forudsat at vare i gennemsnit tre dage. Visse patienter vil være klar til at overgå til neurorehabilitering før og andre vil have behov for flere dages indlæggelse før de er klar til den efterfølgende neurorehabiliteringsfase.

I dag er det således, at patienter, der modtages på Aalborg Universitetshospital, efterfølgende overføres til neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau på det sygehus, som de "hører til", når den akutte fase er overstået. Patienter, der skal modtage neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau, overføres til Brønderslev Neurorehabiliteringscenter, når den akutte fase er overstået.

På Brønderslev Neurorehabiliteringscenter er der i dag ikke lægelig tilstedeværelse døgnet rundt. Det betyder, at patienterne skal være medicinsk afklaret, når de overføres til centret til neurorehabilitering. På de øvrige sygehuse er der i dag lægelig tilstedeværelse døgnet rundt, hvorfor patienterne kan påbegyndes i neurorehabilitering, selvom de efter den akutte fase sideløbende med behovet for neurorehabilitering, også har behov for behandling af medicinske tilstande/sygdomme.

I overgangsmodellen er der behov for at træffe de rette foranstaltninger, således at patienterne kan blive på Aalborg Universitetshospital (i forlængelse af den akutte fase) indtil de er klar til at

overgå til neurorehabilitering i Frederikshavn med det dertilhørende lægelige beredskab. Dermed undgår patienterne unødvendige skift mellem matrikler.

Såfremt alle neurorehabiliteringssenge samles på et center på sigt, bør det overvejes, hvordan den lægelige tilstedeværelse skal være for at sikre de mest hensigtsmæssige patientforløb.

15.1.3 Aktivitet

I 2014 modtog i alt 873 nordjyske borgere neurorehabilitering.

Heraf modtog de 804 nordjyske borgere neurorehabilitering på sygehusene i Region Nordjylland, mens 69 nordjyske borgere modtog neurorehabilitering på sygehuse i Region Midtjylland og Region Hovedstaden. 66 ud af de 69 nordjyske borgere modtog højtspecialiseret neurorehabilitering på Hammel Neurocenter. Ingen sygehuse i Region Nordjylland er godkendt til neurorehabilitering på højtspecialiseret niveau.

Patienterne overføres efter ophold på Hammel Neurocenter til neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau på Brønderslev Neurorehabiliteringscenter eller neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau på "hjem-sygehuset". Her finder den resterende neurorehabilitering sted.

Tabel 41: Oversigt over aktivitet fordelt på kommuner og neurorehabiliteringsforløb i 2014

Kommune	Antal borgere, der modtog neurorehabilitering	Heraf borgere, der modtog neurorehabilitering i Region Nordjylland	Heraf borgere, der modtog neurorehabilitering i anden region (i parentes angivet antal borgere, der modtog højtspecialiseret neurorehabilitering på Hammel Neurocenter)
Brønderslev	54	52	2 (1)
Frederikshavn	132	120	12 (12)
Hjørring	102	95	7 (7)
Jammerbugt	58	53	5 (5)
Læsø	3	3	0 (0)
Mariagerfjord	53	49	4 (4)
Morsø	35	34	1 (1)
Rebild	35	33	2 (2)
Thisted	64	57	7 (7)
Vesthimmerland	68	61	7 (7)
Aalborg	269	247	22 (20)
Total	873	804	69 (66)

Data er genereret med fokus på neurorehabiliteringen efter den akutte fase (i gennemsnit de første tre dage).

15.1.4 Økonomi

Den beskrevne overgangsmodel ændrer ikke ved de økonomiske forudsætninger omkring den fremtidige drift af neurorehabiliteringen i Region Nordjylland. Der forudsættes fortsat en reduktion i antallet af hovedfunktionssenge, men samtidig vil der være udgifter forbundet med en intensive-

ring af den konkrete rehabiliteringsindsats under indlæggelse samt til etablering af udgående teams. Førstnævnte reducere i antallet af senge forudsættes at medføre en besparelse på 15 mio. kr. Som tidligere anført i forbindelse med den politiske proces omkring den fremtidige organisering af neurorehabiliteringen, afventer den endelige vurdering af den samlede økonomi, at det tværsektorielle arbejde vedr. etablering af udgående funktion og kommunal rehabiliteringsindsats er afklaret. Der vurderes dog ikke at være behov for at tilføre yderligere ressourcer til området.

16. Implementering

Anbefalingerne i planen skaber først værdi, når de er implementeret. Derfor er det afgørende, at implementering og opfølgning på implementeringen af planen forankres på rette ledelsesniveau med den nødvendige administrative understøttelse til sikring af opfølgende processer. Derudover er det vigtigt, at ledelsen har mulighed for at give implementeringen det rette ledelsesfokus, men også at der gennemføres tværsektoriel og tværfaglig ”ledelse over grænser”^[1].

Behovet for den tværsektorielle ledelse skyldes:

- At flere patienter udredes og behandles på sygehusene og har efterfølgende – eller sideløbende – brug for behandling, pleje og rehabilitering i det kommunale sundhedsvæsen.
- At stærkere faglig specialisering øger koordinationsbehovet omkring det enkelte patientforløb.
- At stadig flere patienter har flere sygdomme, hvilket øger behovet for at koordinere og lede indsatsen på tværs af sideløbende behandlingsforløb.

Afgørende for et vellykket samspil på tværs af sektorer er imidlertid, at alle involverede ledere formår at føre de politiske visioner om et mere sammenhængende sundhedsvæsen ud i livet.

En afgørende forudsætning for en vellykket implementering er, at rammerne på forhånd er klare for de involverede aktører. For at sikre dette, vil der blive udarbejdet en samlet implementeringsplan for ”Plan for sygehuse og speciallægepraksis”. Implementeringsplanen vil beskrive tidshorisonten for de enkelte anbefalinger samt hvilke aktører, der skal inddrages i implementeringen af de enkelte anbefalinger. For en række af anbefalingerne vil der være behov for en yderligere konkretisering af indholdet, og det er hensigten, at dette sker i implementeringsplanen. Det er således i implementeringsplanen, at der fastlægges konkrete mål for udviklingen inden for de mange indsatser og anbefalinger, som temagrupperne har beskrevet.

Implementeringsplanen skal udarbejdes under hensyn til rammerne, der er udstukket i de nye sundhedsaftaler samt i regionens strategi 2018. Det organisatoriske ansvar for implementeringen placeres i en tværgående implementeringsgruppe, som i et omfang sammentænkes med den implementering, der skal foregå af regionens sundhedsstrategi, sundhedsaftaler samt øvrige delplaner på sundhedsområdet.

Implementeringsplanen udarbejdes i forlængelse af den politiske behandling af planen og godkendes politisk.

^[1] Se ”Ledelse over grænser – Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet”, Væksthus for ledelse, november 2014.

17. Bilag 1: Procesbeskrivelse for planprocessen

1. Baggrund

Regionerne er i hver valgperiode – qua Sundhedsloven - forpligtet til at udarbejde en sundhedsplan for regionens samlede sundhedstilbud. Planen for sygehuse og speciallægepraksis indgår som en naturlig delplan i sundhedsplanen.

Den forrige plan blev udarbejdet som en samlet plan for sygehusområdet og speciallægepraksisområdet ("Plan for sygehuse og speciallægepraksis").

Regionsrådet besluttede i forbindelse med behandlingen af sagen vedrørende den fremtidige drift af Sygehus Himmerland, at arbejdet med denne valgperiodes plan skal starte op i efteråret 2014 og afsluttes i første halvår 2015.

I forlængelse af Økonomiaftalen og regionens økonomiske situation generelt, er det forventningen, at der vil blive fremsat forventning om et besparelspotentiale i den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Således forventes Planen for sygehuse og speciallægepraksis ikke blot at adressere strukturelementer, men også at knytte konkrete besparelser til elementerne.

I lyset af ovenstående, er der udarbejdet nedenstående procesbeskrivelsen for den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

2. Rammer for Plan for sygehuse og speciallægepraksis

Der er en række nationale og regional elementer, som er med til at definere rammerne for sundhedsområdet og den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Nogle er faste rammer, som klart definerer krav til sygehus- og speciallægepraksisaktiviteten. Andre er tendenser, som ikke er direkte rammesættende, men som regionen må forholde sig til, når plangrundlaget for de kommende år beskrives.

Nyt Aalborg Universitetshospital står klar i 2020, og den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal således medvirke til at sikre de rette udviklingsspor frem mod den struktur, der vil være gældende fra 2020. Fra 2020 vil sygehusstrukturen i Region Nordjylland således i endnu højere grad end i dag, være bygget op omkring og med udgangspunkt i et stærkt Universitetshospital. Det har betydning for den sygehusstruktur, der skal gælde efter 2020, men har også betydning inden 2020. Således skal der i perioden frem til 2020 ske de nødvendige tilpasninger af aktiviteten ud fra de forudsætninger, der allerede nu er kendte. Der er eksempelvis behovet for en betydelig omlægning fra stationær til ambulans behandling samt et betydeligt fokus på optimal udnyttelse af apparatur og fysik. På struktursiden, er det allerede nu forudsat at AMA i Hobro kun skal fungere i den nuværende model indtil et Nyt Aalborg Universitetshospital står klar.

Eftersom der er tale om betydelige aktivitets- og strukturmæssige tilpasningsbehov – både på sygehusområdet og speciallægepraksisområdet - inden Nyt Aalborg Universitetshospital står klar,

er det således af afgørende betydning, at den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis sikrer den rette "affyringsrampe" for den udvikling, der skal ske frem til 2020. Tidsrammen for den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis vil derfor være perioden 2015-2020. Planen rækker dermed ud over den nuværende valgperiode.

2.1. Nationale rammer og tendenser

Følgende nationale rammer og tendenser er gældende for Plan for sygehuse og speciallægepraksis:

- Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger, samt tendenserne for de kliniske specialer.
- Rammer for fremtidens akutte beredskab samt den faglige gennemgang af akutmodtagelserne.
- Overenskomst om speciallægehjælp.
- Kvalitet, herunder Regionernes Kliniske KvalitetsudviklingsProgram (RKKP).
- Lægelig uddannelse, herunder tendenserne i forhold til rekruttering af sundhedspersonale

Planlægningen af sundhedsvæsenet sker inden for rammerne af **Sundhedsstyrelsens krav og anbefalinger**, herunder specialevejledningerne for de kliniske specialer. Med hjemmel i Sundhedslovens § 208 fastsætter Sundhedsstyrelsen således krav til regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, herunder til placeringen af disse på regionale og private sygehuse. Den nuværende fordeling af specialiserede funktioner er fastsat i Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010.

I starten af 2014 igangsatte Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regioner og faglige miljøer en revision af gældende specialeplan. Der er blandt de involverede parter en bred forståelse af, at 'landkortet' for den specialiserede del af det danske sundhedsvæsen generelt er tegnet med den nuværende specialeplan, og at der ikke er behov for nye, store ændringer. Den nuværende specialeplan er således et godt fundament, og i den kommende revision af specialeplanen vil fokus være på justeringer. Revisionen skal således sikre, at specialeplanen følger med udviklingen, og at de eventuelle uhensigtsmæssigheder i den nuværende plan bliver vurderet.

Den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis for Region Nordjylland skal agere inden for rammerne af den gældende specialeplan og de justeringer, der eventuelt måtte komme som følge af den igangværende revision.

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen "**Anbefalinger for det akutte beredskab**", som omfatter en helt ny dagsorden for akutområdet. Der er i anbefalingerne fokus på specialisering og på at skabe et kvalitetsløft af den akutte behandling, og anbefalingerne har givet anledning til en væsentlig omstrukturering af den akutte indsats i hele landet. Antallet af akutte modtagelser i Danmark er således reduceret fra 40 til 22 siden 2007. Også i Region Nordjylland er der sket ændringer, og akutte patienter modtages nu primært på akutmodtagelserne på Sygehus Vendsyssel, Sygehus Thy-Mors samt på Aalborg Universitetshospital.

Regionerne fik 7-10 år til at implementere de nye anbefalinger. I Region Nordjylland er akutstrukturen overordnet set tilpasset i forhold til de rammer, der udstikkes i anbefalingerne for det akutte beredskab. På visse områder er Sundhedsstyrelsens anbefalinger dog endnu ikke implementeret. Disse resterende elementer skal implementeres i løbet af den kommende planlægningsperiode

og Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal sikre, at der ikke er strukturelle og aktivitetsmæssige benspænd for den proces.

I 2014 har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Danske Regioner desuden udarbejdet en faglig gennemgang af akutmodtagelserne. I den faglige gennemgang gennemgås alle landets akutmodtagelser med udgangspunkt i de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsens fremsatte for området i 2007. Gennemgangen konkluderer at regionerne generelt er kommet langt med implementeringen af den nye akutstruktur, men fremsætter også anbefalinger for den resterende del af implementeringsprocessen. Disse anbefalinger er inkluderet i Økonomiaftalen mellem Regeringen og regionerne, hvoraf det fremgår at regionerne skal sikre implementeringen af anbefalingerne fra den faglige gennemgang. Den fremtidige planlægning i relation til de akutte patientforløb skal derfor ske koordineret med de anbefalinger, som regionen skal leve op til på akutområdet.

Overenskomst om Speciallægehjælp udgør den overordnede ramme for aktiviteten i speciallægepraksis. Den nuværende overenskomst trådte i kraft 1. oktober 2011. Denne overenskomst danner rammerne for de planlægningsmæssige tiltag, der involverer speciallægepraksis. Der forhandles i øjeblikket en ny overenskomst for speciallægehjælp, som vil være gældende for perioden 2015-2018. Inden Plan for sygehuse og speciallægepraksis er færdigbearbejdet, vil der således foreligge en ny overenskomst for speciallægehjælp. Der skal ske en løbende tilpasning i processen, således at eventuelle nye eller reviderede elementer i overenskomsten indarbejdes i planen.

Kvaliteten på dagsorden. I de seneste år har der været et betydeligt fokus på kvalitet frem for kvantitet – både på den nationale dagsorden og den regionale dagsorden. Kvalitet og sammenhængen mellem øget kvalitet og en samtidig omkostningsreduktion er emner, der præger den sundhedspolitiske dagsorden og en udfordring der kræver nye styringsredskaber. Det gælder både nationalt og regionalt, hvor der er igangsat flere initiativer, hvor fokus er på højere kvalitet, mindre variation i behandlingen samt bedre økonomi. Den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal være med til at fastholde dette fokus på kvaliteten i patientforløbene.

2.2. Regionale rammer og tendenser

Følgende regionale rammer og tendenser er gældende for planlægningen:

- Strategi 2018
- Sundhedsaftalerne
- Nyt Aalborg Universitetshospital
- Budget 2015

I maj 2014 vedtog Regionsrådet **Strategi 2018**, som er en samlet strategi for Region Nordjyllands driftsområde. Den samlede strategi 2018 er rammesættende og retningsanvisende for hele Region Nordjyllands driftsområde, og strategien tager udgangspunkt i Region Nordjyllands mission er "Et godt liv for alle borgere i Region Nordjylland" samt visionen om "Det sammenhængende Nordjylland". På det grundlag er der opstillet strategiske mål for de tre driftsområder: regional udvikling, specialsektoren og sundhedsområdet.

De strategiske mål på sundhedsområdet er formuleret med udgangspunkt i to inspirationskilder:

- Triple Aim (Region Nordjylland vil arbejde for parallelt at forbedre befolkningens sundhedstilstand, forbedre patienters oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet og reducere omkostninger pr. indbygger til sundhedsvæsenet)
- Regionernes 6 fælles værdier på sundhedsområdet⁽¹⁾ (patientsikkerhed, effekt, rettidighed, omkostningseffektivitet, patientfokus, lighed).

De tre strategiske mål for sundhedsområdet er således:

1. Sikre patientforløb
2. Effektive patientforløb
3. Patientforløb med mennesket i centrum

De tre strategiske mål er dog tæt forbundne og skal realiseres i sammenhæng med hinanden. De kan derfor sammenfattes som følger:

”Patienter og pårørende oplever sikre og effektive patientforløb med mennesket i centrum”

Denne sammenfatning af de strategiske mål på sundhedsområdet er i udpræget grad rammesættende for den Plan for sygehuse og speciallægepraksis, der skal udarbejdes for Region Nordjylland. Det er med andre ord dette mål, der skal sigtes efter, når vi tegner den fremadrettede struktur for sygehus- og speciallægepraksisområdet.

Sundhedsaftalerne er lovbestemte og udgør en fint netværk af aftaler mellem regionen og de 11 nordjyske kommuner. De lovbestemte sundhedsaftaler skal sikre koordinering og sammenhæng af indsatsen inden for sundhedsområdet med det formål, at sikre sammenhængende patientforløb der går på tværs af regioner og kommuner.

Den overordnede sundhedsaftale er en politisk aftale, der tager afsæt i konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt samt for følgende obligatoriske indsatsområder:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds IT og digitale arbejdsgange

Arbejdet med at udvikle Sundhedsaftalen 2015 skal være afsluttet med udgangen af januar måned 2015, og den nye Sundhedsaftale dækker perioden 2015-2018.

Den kommende sundhedsaftale danner de aftalemæssige rammer for den tværsektorielle indsats for patientforløb, der går på tværs af regioner og kommuner. Den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal udarbejdes inden for disse rammer, hvad angår tværsektorielle patientforløb. Samtidig er det vigtigt, at der – qua det procesmæssige sammenfald – sker en dynamisk koordinering mellem de to planprocesser.

Nyt Aalborg Universitetshospital står klar i 2020, og her vil størstedelen af de nuværende funktioner på Aalborg Universitetshospital blive samlet på én matrikel. Etablering af Nyt Aalborg Universitetshospital har således stor driftsmæssig betydning for hospitalet, men også for den samlede

strukturplanlægning i Region Nordjylland. Nyt Aalborg Universitetshospital bliver således et epicenter på sundhedsområdet i Region Nordjylland. Den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis skal udarbejdes inden for rammerne af de beslutninger, der er omfattet af etableringen af Nyt Aalborg Universitetshospital. Heri ligger eksempelvis forudsætninger om en væsentlig aktivitetsomlægning fra stationær til ambulans behandling samt forudsætninger om en højere udnyttelsesgrad af ambulatoriefaciliteter.

Derudover skal Plan for sygehuse og speciallægepraksis sikre det rette strukturmæssige afsæt for Nyt Aalborg Universitetshospital. Det er således i den kommende planproces, at der skal tages stilling til eventuelle strukturmæssige tilpasninger i perioden 2015-2020 med henblik på at skabe det bedst mulige samspil mellem Nyt Aalborg Universitetshospital og funktionerne på de øvrige sygehuse og i speciallægepraksis.

I forbindelse med forberedelserne til **Budget 2015** blev der i forbindelse med udvælgelse af prioriteringsforslag til den videre budgetproces taget beslutning om at alle strukturforslag flyttes fra budgetdrøftelserne til Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Det blev i den forbindelse påpeget, at der i forbindelse med budgetlægningen for 2015 kan indregnes en strukturbesparelse til senere udmøntning, når Plan for sygehuse og speciallægepraksis foreligger. Eftersom budgettet for 2015 endnu ikke er vedtaget, er der på nuværende tidspunkt ikke klarhed over, hvorvidt der skal indregnes en strukturbesparelse i planen. Når budgettet er vedtaget i september 2014, er det klart om planen "fødes" med en strukturbesparelse. I så fald er det forventningen, at der bliver krav om kvartalseffekt i 2015.

3. Tematisering af Planen for sygehuse og speciallægepraksis

Udgangspunktet for den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis vil være patienterne og de patientforløb, som strukturen for sygehuse og speciallægepraksis skal understøtte. Strukturen skal således medvirke til at sikre det rette grundlag for at levere effektive og sikre patientforløb med mennesket i centrum – uanset om de er forankret på sygehuse, i speciallægepraksis eller på tværs af disse og andre aktører på sundhedsområdet i Region Nordjylland.

Der skelnes i planarbejdet mellem forskellige typer af patientforløb, som beskrives nedenfor.

Akutte patientforløb: Patientforløb, der starter akut. Forløbet kan afsluttes med ambulans behandling eller stationær behandling.

Planlagte patientforløb – stationære og ambulante: Planlagte patientforløb, hvor fokus enten er på udredning og diagnostik eller på behandling. Fokus er desuden på kræft og hjertepatienterne, hvor der er fastlagte, planlagte pakkeforløb.

Varige og kroniske patientforløb: Patientforløb, der omfatter et længere forløb enten ambulans eller stationært. Omfatter blandt andet kategorien af kroniske patienter samt ældre, medicinske patienter.

Udredningsforløb: Patientforløb, hvor der er fokus på udredning og diagnostik.

Det skal understreges, at der kan ske mindre ændringer i kategoriseringen af patientforløbene, herunder således også i opdelingen og sammensætningen af temagrupperne. Den endelige kategorisering vil være klar inden 1. september.

Der etableres en temagruppe for hver patientkategori. Før temagrupperne påbegyndes, udarbejdes der for hver temagruppe et kommissorium, der beskriver temagruppens arbejde. Kommissorierne indeholder desuden en konkret afgrænsning af temagruppernes arbejdsfelt.

Når temagruppernes arbejde er færdiggjort, igangsættes der en samlet strukturdrøftelse. Dette skal ske med henblik på en samlet strukturdrøftelse på baggrund af temagruppernes input til planprocessen. Dette skal ske i samlet proces, hvor styregruppen sammen med en repræsentant fra hver temagruppe og med input fra Advisory Board, drøfter temagruppernes input op imod mulige strukturændringer, herunder forslagene fra det oprindelige budgetmateriale. Rammer og kriterier for denne proces vil være fastlagt i kommissorierne for temagruppernes arbejde.

4. Proces

Nedenfor er processen for udarbejdelsen af den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis beskrevet.

De politiske grupper vil allerede i forbindelse med budgetkonference i august 2014 få forelagt det endelige forslag til procesbeskrivelse. I den forbindelse vil såvel proces som rammerne for den kommende Plan for sygehuse og speciallægepraksis blive skitseret og efterfølgende drøftet i grupperne. Hensigten er at give mulighed for en forventningsafstemning inden processen påbegyndes.

Derudover er det oplægget, at der initialt i processen tages kontakt til regionens væsentligste samarbejdspartnere for at sikre dialog om såvel planproces som kardinalpunkter i forhold til indholdet i planen inden det konkrete arbejde med processen igangsættes.

4.1. Organisering af processen

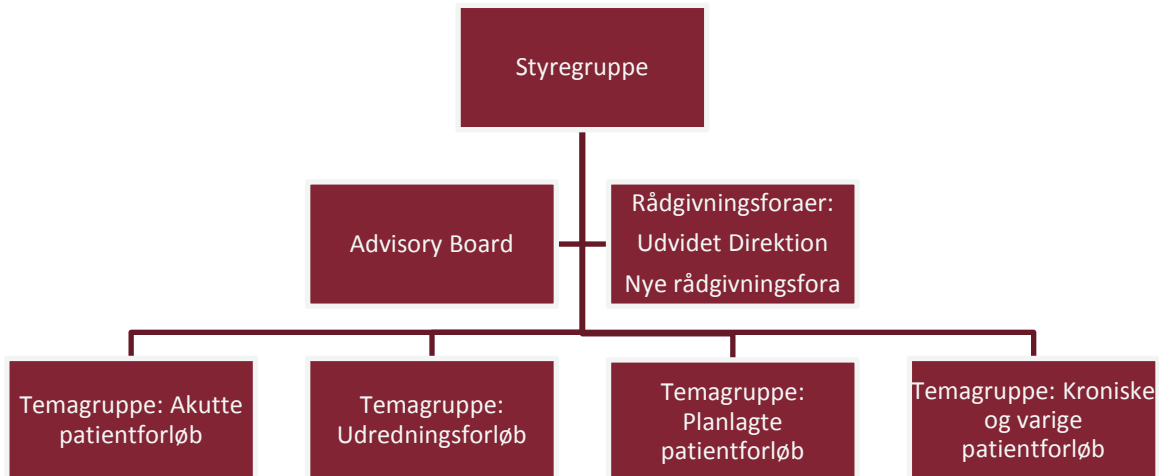
Planlægningsprocessen organiseres efter projektmodellen, således at der etableres en styregruppe, som får overordnet ansvar for processen. Regionsdirektør Per Christiansen vil være formand for styregruppen og den daglige projektledelse varetages af Sundhed – Plan og Kvalitet (Planlægningskontoret).

Styregruppen foreslås sammensat således²⁰:

- Styregruppeformand Per Christiansen
- Sundhedsfaglig direktør Jens Winther Jensen
- Vicedirektør Peter Larsen
- Planlægningschef Mikkel Grimmeshave, Sundhed – Plan og Kvalitet
- Afdelingschef Henrik Houmøller Sprøgel, Primær Sundhed
- Tre repræsentanter fra de somatiske sygehuse (henholdsvis direktør, sygeplejefaglig vicedirektør og lægefaglig vicedirektør)
- En repræsentant fra Psykiatriledelsen
- En repræsentant fra FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger)
- Fire repræsentanter fra kommunerne i regionen (en fra hver klynge)

²⁰ Dette dokument er den oprindelige procesbeskrivelse. Sammensætning af styregruppen er siden ændret. Se bilag 2.

- Formand for Patientinddragelsesudvalget
- Tre repræsentanter fra MED-strukturen (udpeges fra Hovedudvalget)



Der udpeges et Advisory Board for planprocessen, som får til opgave at komme med input til styregruppen, temagrupperne og det politiske niveau. Advisory board vil først blive inddraget, når der foreligger et planudkast. Der er udarbejdet et særskilt kommissorium for Advisory Board (se bilag 1).

Advisory Board vil blive sammensat af 4-6 medlemmer med relation til sundhedsområdet og sundhedsplanlægning. Det er hensigten at Advisory Board skal bidrage med viden i forhold til strukturplanlægningen i en regional og en national vinkel, viden fra patient og pårørende samt viden om sundhedsøkonomiske vinkler i forhold til sygehus- og speciallægepraksisdrift. Advisory Board skal fungere i forhold til både Plan for sygehuse og speciallægepraksis samt Psykiatriplan.

Disse aktører inviteres til at deltage i Advisory Board:

- Beth Lilja (Dansk Selskab for Patientsikkerhed)
- Christian Harsløf (KL)
- Frede Olsen (KB)
- Jakob Kjellberg (KORA)
- Bente Ourø Rørth (Nordsjællands Hospital)
- Per Jørgensen (Psykiatrien, Region Midtjylland)

Den endelige sammensætning af Advisory Board sker, når der er overblik over aktørernes mulighed for at deltage i Advisory Board.

Under styregruppen udpeges der fire temagrupper, som får til opgave at udarbejde konkrete elementer af den samlede Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Det er hensigten at sygehusle-

delsesrepræsentanterne i styregruppen besætter formandsposterne i disse temagrupper, eventuelt som del af delte formandskaber. Projektlederen sidder med i temagrupperne for at sikre koordination mellem de forskellige temagrupper.

Kommunerne får mulighed for at udpege en repræsentant til alle temagrupper. Der ønskes en repræsentant fra hver af de fire klynger.

Sammensætning af temagrupperne sker i henhold til den tematisering, der fastlægges for planen (se afsnit 3). Temagrupperne har mulighed for at nedsætte mindre, hurtigarbejdende undergrupper efter aftale med styregruppen.

Det vil også være i de konkrete temagrupper, at interne samarbejdsrelationer i relation til sundhedsvæsenet involveres. Her vil eksempelvis IT-sporet, sundhedsinnovation og forskningsmiljøet blive involveret i relation til de temagrupper, hvor der er snitflader.

4.2. Involvering af interne parter

Som det fremgår oven for, så vil temagrupperne blive sammensat af både interne og eksterne repræsentanter. Herudover er der behov for en fast struktur, således at øvrige interne fora løbende holdes orienteret om planprocessens fremdrift samt det konkrete indhold i planen.

Derfor planlægges der en løbende involvering af Udvidet Direktion, som jævnligt vil drøfte status for og elementer i planen.

I forlængelse af ændringerne i den kliniske organisering på sygehusene, har Administrationen i en periode overvejet, hvordan en ny rådgivningsstruktur tegnes bedst muligt. Denne struktur forventes at være på plads inden for kort tid. De nye rådgivningsforaer vil ligeledes blive involveret i løbet af processen.

På samme vis vil MED-systemet igennem hele planprocessen blive holdt orienteret.

4.3. Involvering af eksterne samarbejdspartnere

Oplægget er en bred proces, hvor alle relevante aktører og samarbejdspartnere involveres for at sikre et solidt planlægningsmæssigt grundlag.

Allerede i starten af efteråret – og dermed parallelt med den politiske fase, hvor rammerne for Plan for sygehuse og speciallægepraksis drøftes – planlægges der en indledende drøftelse med kommunerne. Hensigten med denne tidlige involvering er, at drøfte rammerne for planprocessen samt give kommunerne mulighed for at levere input til processen før det konkrete arbejde med udarbejdelse af planen, herunder igangsættelse af temagrupper finder sted.

Det er derudover hensigten at invitere kommunerne, almen praksis samt Foreningen af Praktiserende Speciallæger med ind i temagruppernes arbejde. Herudover vil der løbende blive orienteret om planprocessen i Samarbejdsudvalget for almen praksis samt Samarbejdsudvalget for Speciallægepraksis.

Patienter og pårørende skal ligeledes inddrages i processen. Det er hensigten at de enkelte temagrupper afholder et møde med relevant patient- og pårørenderepræsentation fra temagruppens arbejde. Dette bør ske inden temagrupperne har deres delelement til planen klar.

Når der foreligger et plan for sygehuse og speciallægepraksis, vil der på vanlig vis blive igangsat en høringsproces, hvor alle relevante aktører vil få mulighed for at afgive input til udkastet. I den forbindelse vil Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning ligeledes blive indhentet.

4.4. Politisk involvering i planprocessen

I tidligere planprocesser har den politiske proces været koncentreret om igangsætning og endelig vedtagelse af planen. Ofte er procesbeskrivelsen for planprocessen godkendt politisk, hvorefter der først har været politisk involvering i processen igen, når plan for sygehuse og speciallægepraksis af planen var klar. Derudover er planerne efter høringsperioden endeligt godkendt af Regionsrådet.

I den kommende planproces er der et ønske om at skabe en løbende politisk involvering gennem hele planprocessen. Denne involvering foreslås tematiseret omkring en række af overordnede og konkrete problemstillinger, som gør sig gældende i relation til strukturplanlægningen. Det er hensigten at lade det politiske niveau drøfte disse problemstillinger løbende i processen, således at politikerne er bedst muligt klædt på til at træffe de beslutninger, som en endelig plan omfatter. Der lægges ikke op til en løbende politisk stillingtagen, men derimod en løbende drøftelse, som samlet set bidrager til en høj grad af politisk involvering af og indflydelse på de elementer, der er forbundet med planen.

Udvalg for Sundhed og Sammenhæng samt Udvalg for Kvalitet og Patientsikkerhed vil være centrum for denne løbende involvering, men der foreslås også involvering af hele Regionsrådet i forbindelse med de planlagte temadage.

Under de politiske temadrøftelser er det hensigten at patienter/pårørende og patientorganisationer med relation til temadrøftelserne skal deltage. Patientinddragelsesudvalget vil ligeledes blive inviteret med til temadrøftelserne. Hensigten er således både at give politikerne mulighed for at drøfte særlige emner i relation til strukturplanlægningen, men også give politikerne inspiration i forhold til at skabe gode, smidige forløb, der passer til de patienter, der er på området.

Der planlægges to temadrøftelser for Regionsrådet om strukturplanlægningen. Den første temadag vil have fokus på de overordnede linjer i strukturplanlægningen, mens den anden temadag vil have fokus på konkrete problemstillinger i relation til planudkastets indhold:

- Overordnede problemstillinger: Rammerne for strukturplanlægningen – Hvilken virkelighed gælder for Region Nordjylland, når vi taler specialisering, økonomi, rekruttering m.v.? Og hvordan sikrer vi en struktur, hvor patienterne har let og lige adgang til samme sundhedstilbud, når vi samtidig ser en tendens til at sygehusbehandling bliver mere og mere specialiseret og at den brede intern medicinske aktivitet (som traditionelt er de mindre sygehuses hovedopgave) forvinder? Og endelig: Hvordan går strategi 2018 hånd i hånd med vores sygehusstruktur?

- Konkrete problemstillinger: En drøftelse af de konkrete elementer og dilemmaer, der ligger i planudkastet. Denne temadrøftelse er derfor planlagt i slutningen af januar, hvor der i henhold til planen foreligger overordnede linjer til planindhold fra temagrupperne.

Første temadag afholdes den 26. november. Her er det planlagt at formiddagen kan bruges til drøftelser i relation til Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Anden temadag afholdes den 28. januar.

Advisory Board vil deltage på den temadag, hvor de konkrete problemstillinger i relation til planen vil blive drøftet.

5. Tidsplan

Der er truffet politisk beslutning om, at planarbejdet skal fremskyndes, således at processen påbegyndes i efteråret 2014. Inden for disse rammer, er der udarbejdet en tidsplan for processen. De overordnede linjer i tidsplanen ses nedenfor.

	3. kvartal 2014	4. kvartal 2014	1. kvartal 2015	2. kvartal 2015
Godkendelse af projektbeskrivelse for Plan for sygehuse og speciallægepraksis	August			
Etablering af projektorganisation	August			
Skriveproces opstartes (basisindhold)	September-oktober			
Udpegning til temagrupper	August-september			
Afklaring af rammer og kommissorier for temagruppernes arbejde	September			
Arbejdsproces opstartes og gennemføres i af temagrupperne	Oktober-januar			
Temadrøftelse på politisk niveau	26.november			
Strukturproces opstartes og gennemføres på baggrund af temagruppernes input	Januar – Februar			

Temadrøftelse på politisk niveau	28. januar
Politisk behandling af plan for sygehuse og speciallægepraksis	Ultimo februar
Høringsperiode	Marts – april
Indarbejdelse af høringssvar i endeligt planudkast	April
1. behandling af Plan for sygehuse og speciallægepraksis	Maj
Evt. 2. behandling af Plan for sygehuse og speciallægepraksis	Juni

18. Bilag 2: Oversigt over sammensætning af grupper i relation til planarbejdet

Styregruppe:

- Regionsdirektør Per Christiansen (Indtil 01.12.2014). Derefter sundhedsfaglig direktør Jens Winther Jensen
- Vicedirektør Peter Larsen
- Planlægningschef Mikkel Grimmeshave, Sundhed – Plan og Kvalitet. Indtil 31.12.2014.
- Henrik Houmøller Sprøgel, Primær Sundhed
- Jens Ole Skov, sygehusdirektør Aalborg Universitetshospital. Fra 01.01.2015 som Direktiøns repræsentant i styregruppen.
- Kim Mikkelsen. Som repræsentant for Aalborg Universitetshospital fra 01.01.2015.
- Per Sabro Nielsen, cheflæge Sygehus Vendsyssel
- Lone Sandahl Løndal, sygeplejefaglig vicedirektør Sygehus Thy-Mors
- Vicedirektør Jan Mainz, Psykiatrien
- Ivan Bo Nielsen, praktiserende speciallæge og repræsentant fra FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger)
- Bente Graversen, Direktør for Sundhed og Kultur Aalborg Kommune (udpeget af kommunerne)
- Carsten Kaalbye, Sundheds- og Ældrechef Mariagerfjord Kommune (udpeget af kommunerne)
- Henrik Leth, Velfærdsdirektør Morsø Kommune (udpeget af kommunerne)
- Leif Serup, Direktør for Sundheds-, Ældre-, og handicapområdet Hjørring Kommune (udpeget af kommunerne)
- Jens Ibsen, Formand for Patientinddragelsesudvalget
- Søren Ramme Nielsen, TR Yngre Læger Aalborg Universitetshospital (udpeget af Hovedudvalget)
- Bente Yder, FTR Dansk Sygeplejeråd Sygehus Vendsyssel (udpeget af Hovedudvalget)
- Klavs Michael Jul Christensen, AMR Sygehus Thy-Mors (udpeget af Hovedudvalget)
- Specialkonsulent Malene Møller Nielsen, Planlægningskontor (sekretariat og projektledelse).

Advisory Board):

- Beth Lilja (Dansk Selskab for Patientsikkerhed)
- Christian Harsløf (KL)
- Frede Olsen (KB)
- Jakob Kjellberg (KORA)
- Bente Ourø Rørth (Nordsjællands Hospital)
- Per Jørgensen (Psykiatrien, Region Midtjylland)

Temagruppe om akutte patientforløb (Kursiv = afventer bekræftelse):

- Cheflæge Per Sabro Nielsen, Sygehus Vendsyssel (formand for temagruppen)
- Klinikchef Nils Lauge Johannesen, Klinik Akut, Aalborg Universitetshospital
- Viceklinikchef Pia Hæstrup, Klinik Medicin, Sygehus Vendsyssel
- Specialeansvarlig overlæge Niels Henrik Staalsen, Klinik Akut, Sygehus Thy-Mors
- Afdelingslæge Thomas Stilling-Vinther, repræsentant for YL i Lægeforeningen
- Sygeplejeforsker Helen Kæstel, Aalborg Kommune

- Praktiserende Speciallæge Ivan Bo Nielsen, repræsentant fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger
- Praktiserende læge Kaj Bernth, repræsentant fra PLO Nordjylland
- Johannes Hvidegaard, Ældresagen

Temagruppe om planlagte patientforløb:

- Planlægningschef Mikkel Grimmeshave, Sundhedsplanlægning, Patientdialog og Kvalitet (formand for temagruppen)
- Klinikchef Per Gandrup, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling, Aalborg Universitetshospital
- Viceklinikchef Elsebeth Yde Laursen, Klinik Kirurgi, Sygehus Thy-Mors
- Viceklinikchef Kirsten Vorre, Klinik Kvinde-Barn, Sygehus Vendsyssel
- Specialeansvarlig overlæge Svend Erik Østgaard, udpeget af Lægeforeningen
- Sekretariatsleder Dorte Alstrup Baden, Nord-Kap
- Ellen Margrethe Dybdahl, Morsø Kommune
- Ulla Ringgren Nielsen, Patientinddragelsesudvalget

Temagruppe om varige og kroniske patientforløb:

- Sygeplejefaglig vicedirektør Lone Sandahl Løndal (formand for temagruppen)
- Klinikchef Lene Birket-Smith, Klinik Medicin, Aalborg Universitetshospital
- Ledende overlæge Svend Erik Stentebjerg, Klinik Medicin, Sygehus Thy-Mors
- Overlæge Marianne Metz Mørch, Klinik Medicin, Sygehus Vendsyssel
- Overlæge Marianne Hindsholm, repræsentant for FAS i Lægeforeningen
- Praktiserende læge Jørgen Peter Ærthøj, Nord-Kap
- Helle Rasmussen, Brønderslev Kommune
- Praktiserende speciallæge Henrik Sølvsteen, repræsentant fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger
- Carsten Møller Nielsen, Regionsælderådet
- Henning Olsen, Diabetesforeningen

Temagruppe om udredningsforløb:

- Hospitalsdirektør Jens Ole Skov, udpeget fra styregruppen (formand for temagruppen)
- Viceklinikchef Elisabeth Birnbaum, Klinik Hjerte-Lunge, Aalborg Universitetshospital
- Ledende overlæge Peter Hindersson, Klinisk Biokemisk Afsnit, Sygehus Vendsyssel
- Forløbschef Hansjörg Selter, Sygehus Thy-Mors
- Specialeansvarlig overlæge Frank Svendsen Jensen, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling
- Overlæge Annette Schlemmer, udpeget af Lægeforeningen
- Praktiserende læge Morten Ohrt, Nord-Kap
- Bente Bach Poulsen, Vesthimmerlands Kommune
- Praktiserende speciallæge Merete Ipsen, repræsentant fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger
- Lone Olsen/Jørgen Nielsen, Kræftens Bekæmpelse

19. Bilag 3. Beskrivelse af økonomi

Det ligger som forudsætning for Plan for Sygehuse og Speciallægepraksis, at der skal indhentes en permanent besparelse på 40 mio. kr. samt at denne besparelse skal indhentes med kvartårseffekt i 2015. Dette betyder, at der i 2015 skal indhentes en besparelse på 10 mio. kr.

Med de - i planen - anførte ændringer og tilpasninger, opnås der en samlet besparelse i 2015 på 10,05 mio. kr. Fra 2016 og i årene fremover opnås en besparelse på 45,74 mio. kr. Dermed er forudsætningerne i budget 2015 indfriet.

Sygehus	2015	2016 og årene fremover
Sygehus Vendsyssel	1,05 mio. kr.	4,75 mio. kr.
Aalborg Universitetshospital	7,1 mio. kr.	25,9 mio. kr.
Sygehus Thy-Mors	0,6 mio. kr.	4,59 mio. kr.
Aktivitetmæssige justeringer	1,3 mio. kr.	10,50 mio. kr.
Total	10,05 mio. kr.	45,74 mio. kr.
"Buffer-pulje"		5 mio. kr.
I alt ekskl. "buffer-pulje"		40,74 mio. kr.

Der er vis usikkerhed forbundet med muligheden for at realisere den samlede besparelse med helårseffekt, idet flere ændringer og tilpasninger kræver en vis implementeringstid, ligesom der er vis usikkerhed forbundet med muligheden for at indhente den fulde besparelse på bygningsdrift på de matrikler, der fraflyttes/lukkes. Derfor foreslås en "buffer-pulje" til at imødegå de anførte usikkerheder. Såfremt puljen ikke udnyttes, vil den kunne indgå i de kommende års budgetlægning.

Sygehus Vendsyssel

- Der implementeres en ny profil for matriklen i Frederikshavn.
- De 13 intern medicinske senge i Frederikshavn flyttes til matriklen i Hjørring.

Strukturelement		2015	2016 og årene fremover
Ny profil for matriklen i Frederikshavn inkl. driftsbesparelse på flytning af medicinske senge fra Frederikshavn til Hjørring*	Økonomi	0 mio. kr.	0,5 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	-	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	-	0,5 mio. kr.
	- Heraf præhospitalskørsel	-	0 mio. kr.
Flytning af medicinske senge fra Frederikshavn til Hjørring	Økonomi	1,05 mio. kr.	4,25 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0,75 mio. kr.	3,0 mio. kr.
	- Heraf præhospitalskørsel	0,3 mio. kr.	1,25 mio. kr.
Total		1,05 mio. kr.	4,75 mio. kr.

*) For Frederikshavn er scenarium 3 indregnet, dvs. besparelse på 0,5 mio. kr. Besparelsen kan være større ved valg af andre scenarier. Fra 2016 og årene er fremover kan det samlede besparelspotentiale hæves ved at vælge andet scenarie for Frederikshavn-matriklen (Her er 7-døgnsprofil indregnet). Der kan maksimalt indhentes 2,4 mio. kr. årligt.

Aalborg Universitetshospital

- Sygehusmatriklen i Dronninglund lukkes. Funktionerne på matriklen henholdsvis lukkes og flyttes til sygehusets øvrige matrikler.
- Sygehusets tre intensivsenge på matriklen i Hobro reduceres til to senge, og de to senge flyttes til matriklen i Aalborg (Syd).
- Tilpasning af skadeklinikken i Farsø.
- Flytning af den ortopædkirurgiske aktivitet fra Nykøbing til Thisted.

Strukturelement		2015	2016 og årene fremover
Lukning af Dronninglund. Medicinske senge lukkes/flyttes. Øvrige funktioner flyttes.	Økonomi	5,9 mio. kr.	23,7 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	2,1 mio. kr.	8,2 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	3,4 mio. kr.	13,5 mio. kr.
	- Heraf præhospital kørsel	0,5 mio. kr.	2,0 mio. kr.
Intensivsenge – flytning fra Hobro til Aalborg samt lukning af en seng.	Økonomi	0,3 mio. kr.	1,3 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0,3 mio. kr.	1,3 mio. kr.
	- Heraf præhospital kørsel	0 mio. kr.	0 mio. kr.
Ortopædkirurgisk aktivitet i Nykøbing flyttes**	Økonomi	?	?
	- Heraf bygningsdrift		
	- Heraf sygehusdrift		
	- Heraf præhospital kørsel		
Opsigelse af lejemål (Smerteklinik samt Arbejdsmedicin/socialmedicin og høreklinik)***	Økonomi	?	?
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf præhospital kørsel	0 mio. kr.	0 mio. kr.
Skadeklinikker Himmerland	Økonomi	0,9 mio. kr.	0,9 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.

	- Heraf præhospita kørsel	0 mio. kr.	0 mio. kr.
Total		7,1 mio. kr.	25,9 mio. kr.

**) Der er hverken i 2015 eller årene fremover indregnet en rationaliseringsgevinst ved flytning af ortopædkirurgiens funktioner fra Nykøbing. Dette potentiale kan indhentes eller anvendes til øget aktivitet inden for ortopædkirurgien.

***) Der forventes indhentet en besparelse medio 2016 og frem til 2020 som følge af opsigelse af lejemål for Aalborg Universitetshospital med virkning fra medio 2016. Der er tale om en midlertidig besparelse, idet rationaliseringsgevinster ved opsigelse af lejemål indgår i rationalisering i forbindelse med Nyt Aalborg Universitetshospital. Den midlertidige besparelse overføres til en omstillingspulje, der skal være med til at finansiere tiltag i relation til de aktivitetsmæssige tilpasninger inden for kirurgi og medicin.

Sygehus Thy-Mors

- Sygehusets funktioner samles på én matrikel – på matriklen i Thisted. Alle sygehusfunktioner i Nykøbing flyttes til Thisted, og der iværksættes de nødvendige bygningsmæssige tilpasninger for at rumme aktiviteten i Thisted.
- Matriklen i Nykøbing ønskes anvendt til sundhedshus i et samarbejde med relevante aktører, herunder speciallægepraksis, almen praksis og Morsø Kommune.
- Coloncancerkirurgien flyttes fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital. Dette sker med henblik på at sikre de påkrævede specialistkompetencer til at varetage funktionen og ud fra hensigten om at påbegynde en samling af kræftkirurgien i Region Nordjylland på færre matrikler.

Strukturelement		2015	2016 og årene fremover
Sygehusfunktionerne i Nykøbing flyttes til Thisted.	Økonomi	0,6 mio. kr.	4,64 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	2,15 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0,6 mio. kr.	2,5 mio. kr.
	- Heraf præhospita kørsel	0 mio. kr.	0 mio. kr.
Coloncancerkirurgi flyttes til Aalborg Universitetshospital	Økonomi	0 mio. kr.	-0,05 mio. kr.
	- Heraf bygningsdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf sygehusdrift	0 mio. kr.	0 mio. kr.
	- Heraf præhospita kørsel	0 mio. kr.	-0,05 mio. kr.
Total		0,6 mio. kr.	4,59 mio. kr.

Aktivitetsrelaterede elementer

- Der indhentes en besparelse på 10,5 mio. kr. ved omlægninger på det kirurgiske område samt ved indførelse af sygehusvisitationer inkl. subakut-booking-mulighed. Alle sygehuse forventes at bidrage hertil. I 2015 realiseres der en besparelse ved at lukke 17 kirurgiske (samlet for kirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi) senge. Derefter følger initiativerne på det medicinske område.

Strukturelement	2015	2016 og årene fremover
-----------------	------	------------------------

Gennemgang af det medicinske område og det kirurgiske område.	Økonomi	1,1 mio. kr.	10,5 mio. kr.
<u>Kirurgi:</u> Øget dagkirurgi samt fokus på stationære forløb.			
<u>Medicin:</u> Sygehusvisitation samt fokus på daghospital			
Total		1,1 mio. kr.	10,5 mio. kr.

20. Bilag 4: Personale- og anlægsmæssige konsekvenser af strukturelle ændringer

De anførte strukturelle ændringer medfører personalemæssige konsekvenser, idet flere funktioner flytter fra en sygehusmatrikel til en anden. Der er nedenfor redegjort for de personalemæssige konsekvenser.

Herudover medfører de foreslåede strukturelle ændringer behov for anlægsmæssige tilpasninger. De anlægsmæssige tilpasninger er beskrevet i afsnit 21.2.

20.1 Personalemæssige konsekvenser af strukturforslag

Nedenfor er de personalemæssige konsekvenser beskrevet for de større strukturelle ændringer:

- A. Lukning af sygehusmatriklen i Dronninglund
- B. Samling af Sygehus Thy-Mors' funktioner på matriklen i Thisted
- C. Flytning af intern medicinske senge fra Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn til Sygehus Vendsyssel i Hjørring
- D. Flytning af intensivsenge fra Aalborg Universitetshospital, Hobro til Aalborg Universitetshospital, Aalborg (Matrikel Syd).

Afslutningsvist er Region Nordjyllands Politik for omstillingssituationer kort beskrevet.

A) Lukning af sygehusmatriklen i Dronninglund:

Sygehusmatriklen i Dronninglund foreslås lukket, hvilket betyder at funktionerne på matriklen flyttes/lukkes. Der er i dag i alt 136 ansatte på sygehusmatriklen i Dronninglund, hvoraf 80 medarbejdere er bosiddende i Brønderslev Kommune. Fordelingen af ansatte på de enkelte funktioner kan ses i nedenstående oversigt.

Funktion	Antal ansatte	Antal ansatte bosat i Brønderslev kommune
Billeddiagnostik	6	5
Klinisk biokemi	6	4
Medicinsk Ambulatorium	3	2
Medicinske læger tilknyttet ambulatorium og sengeafsnit	10	0
Sengeafsnit A	36	18
Sengeafsnit B	36	18
Patientkøkken	1	1
Logistikafdeling	6	5
Rengøring	21	14
Værksted	7	6
Fertilitetsklinik	14	7
I alt	146	80

Udover ovenstående funktioner, er der ligeledes en håndkirurgisk funktion på matriklen. Lægerne, der betjener denne funktion, er ansat ved Klinik Hoved-Orto, Aalborg Universitetshospital og har udetjeneste ved funktionen. Herudover er der cirka 5 sygeplejersker og 2 sekretærer tilknyttet funktionen. Disse har funktion i Dronninglund.

Herudover er der 7 ansatte i Terapien, 4 fysioterapeuter og 3 ergoterapeuter. Ingen er på fuld tid. De møder ind der på alle arbejdsdage og tager hjem derfra. De bliver ikke sendt frem og tilbage under normale omstændigheder.

Klinik Kvinde-Barn og Urinvejskirurgi leverer derudover anæstesi til de funktioner på matriklen, der har behov herfor, primært den håndkirurgiske funktion. Derudover dækker de hjertestop-funktionen/inturbering, hvilket sker i en sygeplejerskevagt fra vagtværelse med døgndækning alle ugens dage. Funktionerne dækkes af forskellige medarbejdere, hvorfor det ikke er muligt at angive, hvor mange, der er ansat i Brønderslev Kommune.

I nedenstående oversigt redegøres for, hvorledes funktionerne foreslås fordelt, og hermed også hvilke konsekvenser, der er for personalet.

Funktion	Antal Ansatte	Foreslåede ændringer	Personalemæssige konsekvenser
Billeddiagnostik	6	Flyttes til Hobro	Personalet kan flytte med funktionen til Hobro.
Klinisk biokemi	6	Flyttes til Aalborg	Personalet kan flytte med funktionen til Aalborg.
Medicinsk Ambulatorium	10	Flyttes til Hobro eller Farsø	Personalet kan flytte med funktionen til Farsø eller Hobro
Medicinske læger	10	Flytter med funktionerne	Personalet flytter med funktionerne.
Sengeafsnit A Sengeafsnit B	72	Neurorehabiliteringssenge flyttes til samlet funktion.	Personalet flytter med funktionen.
		16 intern medicinske senge fordeles mellem Medicinerhuset i Aalborg og Sygehus Vendsyssel i Hjørring.	Personalet kan flytte med funktionen til Aalborg/Hjørring.
Patientkøkken	1	8 medicinske senge lukkes.	Omplacering/afskedigelse
Logistikafdeling	6	Funktion nedlægges	Omplacering/afskedigelse
Rengøring	21	Funktion nedlægges	Omplacering/afskedigelse
Værksted	7	Funktion nedlægges	Omplacering/afskedigelse
Fertilitetsklinik	14	Flyttes til Aalborg	Personalet kan flytte med funktionen til Aalborg.
I alt	136		

Personalet ved den håndkirurgiske funktion kan flytte med funktionen til Frederikshavn, hvor funktionen foreslås flyttet til.

Personalet ved Terapien kan ligeledes flytte med funktionerne. Det vurderes at 4,5 af de fem fuldtidsstillinger skal flytte med neurorehabiliteringssengene, men dens resterende halve fuldtidsstilling er knyttet til de intern medicinske senge og disse ressourcer skal omfordeles.

Personalet ved anæstesifunktionen betjener matriklen i Dronninglund som en del af deres øvrige ansættelse. Der sker tilpasninger i henhold her til.

B) Samling af Sygehus Thy-Mors' aktiviteter på matriklen i Thisted:

Personalet, der betjener funktionerne på Sygehus Thy-Mors i Nykøbing er alle ansat på Sygehus Thy-Mors i Thisted med udetjeneste på matriklen i Nykøbing. I og med at funktionerne hovedsagligt dækkes af forskellige medarbejdere, er det ikke muligt at angive, hvor stor en andel af medarbejderne, der er bosiddende i Morsø Kommune.

Nedenfor er angivet, hvorledes de enkelte funktioner på matriklen i Nykøbing er bemanded:

- Klinik Diagnostik sender tre dage ugentligt (43 uger/år) en medarbejder til Nykøbing for at varetage arbejdsopgaver i prøvetagningsambulatoriet. Arbejdsopgaven i Nykøbing varetages af forskellige medarbejdere, hvorfor det ikke er muligt at oplyse om eventuel bopæl i Morsø kommune.
- Klinik Diagnostik sender tre dage ugentligt (40 uger/år) to medarbejdere til Nykøbing for at varetage arbejdsopgaver i den billeddiagnostiske funktion. Arbejdsopgaverne i Nykøbing varetages af forskellige medarbejdere, hvorfor det ikke er muligt at oplyse om eventuel bopæl i Morsø kommune.
- Klinik Akut sender to dage ugentlig (40 uger/år) en læge (bor ikke i Nykøbing) og 3-5 sygeplejersker (40-50 uger/år) til funktioner på matriklen i Nykøbing. Bemandingen afhænger af de konkrete arbejdsopgaver. En sygeplejerske arbejder fast på Nykøbing (og er bosat i Morsø kommune), mens de øvrige sygeplejerskefunktioner varetages af forskellige medarbejdere, hvorfor det ikke er muligt at oplyse om eventuel bopæl i Morsø kommune.
- Teknisk afdeling har en havemand ansat på fuldtid i Nykøbing (bor ikke i Morsø kommune). Herudover sender Teknisk afdeling fire dage ugentlig en tekniker til Nykøbing (bopæl i Morsø kommune) og to dage ugentligt en elektromekaniker til Nykøbing (bopæl i Morsø kommune).
- Serviceafdelingen har fire medarbejdere i Nykøbing fem dage ugentlig (har bopæl i Morsø kommune).
- Klinik Kirurgi sender fem dage ugentlig 2,5 læge til Nykøbing (bor ikke i Morsø kommune). Herudover sendes der fem dage ugentlig syv sygeplejersker til Nykøbing og 2 dage ugentlig 14 sygeplejersker til Nykøbing. Arbejdsopgaven varetages af forskellige sygeplejersker, hvorfor det ikke er muligt at oplyse om eventuel bopæl i Morsø kommune. Klinikken sender ligeledes fem dage ugentlig fire sekretærer til Nykøbing, hvoraf to har bopæl i Morsø kommune.

Samtlige oven for beskrevne funktioner vil blive påvirket af flytningen af sygehusfunktionerne i Nykøbing til Thisted. Det forudsættes at personalet kan flytte med funktionerne til Thisted.

C) Flytning af intern medicinske senge fra Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn til Sygehus Vendsyssel i Hjørring:

De intern medicinske senge i Frederikshavn foreslås flyttet til Hjørring. De intern medicinske senge er en del af et samlet medicinsk sengeafsnit i Frederikshavn. I dette sengeafsnit er også sygehuse-sets neurorehabiliteringssenge placeret, men disse senge flyttes ikke. Der er 26 senge på afsnittet i Frederikshavn, hvoraf de 13 senge er intern medicinske.

Der er to læger tilknyttet sengeafsnittet. Begge disse stopper pr. 1. juni 2015.

Herudover er der i alt 32 ansatte tilknyttet sengeafsnittet til varetagelsen af plejefunktionerne. Størstedelen af personalet (26 medarbejdere) er primært tilknyttet enten de intern medicinske senge eller neurorehabiliteringssengene. En mindre del af personalet er delt mellem funktionerne (6 medarbejdere). Sidstnævnte dækker eksempelvis nattevagten.

15 af de 26 medarbejdere med primær tilknytning til en af funktionerne, er tilknyttet de intern medicinske senge. Det er denne personalegruppe, der påvirkes af planerne om at flytte de intern medicinske senge til Hjørring. Herudover påvirkes i en vis grad også de seks medarbejdere, der er delt mellem funktionerne.

Omfordeling af personaleresurser vil ske i henhold til den vedtagne personalepolitik "Politik for omstillingssituationer.

D) Flytning af intensivsenge fra Hobro til Aalborg, herunder lukning af én intensivseng:

De tre intensivsenge på Aalborg Universitetshospital, Hobro foreslås flyttet til Aalborg Universitetshospital, Aalborg (matrikel Syd). Samtidig planlægges en reduktion i antallet, således at én af intensivsensene lukkes.

Det understreges, at det anæstesiologiske døgnberedskab for så vidt angår anæstesisygeplejersker i tilstedeværelsesvagt i Hobro fastholdes, ligesom der fortsat vil være adækvat lægefagligt fremmøde til varetagelse af den kirurgiske dagfunktion, samt til at bistå det medicinske område i Hobro ved øvrige assistancer i dagtid. Betjeningen af Hobro med lægefaglig anæstesiologisk rådgivning og kompetence i vagttid vil blive varetaget fra Aalborg, hvorfra det også vil være muligt at gøre fremmøde i Hobro. Sidstnævnte forventes nødvendigt i et forholdsvis begrænset omfang. Endvidere opretholdes en opvågningsfunktion, som matcher den kirurgi, der foretages på matriklen.

Intensivafsnittet i Hobro rummer de tre intensivsenge samt opvågningsfunktion til anæstesiafsnittet. Afsnittet er bemanded med 25 plejepersonaler (fordelt på 22,5 fuldtidsstillinger) og tre læger.

Ved flytning af de to intensivsenge til Aalborg Universitetshospital (Matrikel Syd) flyttes cirka 14 normeringer (plejepersonale) til Aalborg. Opvågningsfunktionen vil afhængigt af det kirurgiske setup kræve, at 2-3 fuldtidsstillinger af de 22,5 fuldtidsstillinger (plejepersonale) forbliver i Hobro.

Det skal sikres, at indlagte patienter i Hobro, som måtte få behov for intensivbehandling, smidigt og uden forsinkelse kan flyttes til Aalborg. Dette understøttes ved oprettelse af en yderligere anæstesisygeplejerskefunktion, som i tidsrummet ca. 14.30-21.00 på hverdage og ca. 8.00-21.00 i weekender (vil afhænge af den konkrete aktivitet) kan varetage bl.a. patienttransporter fra Hobro. Der forventes en begrænset aktivitet, idet det akutte setup i Hobro i forvejen selekterer i patientkategorier, som indlægges akut i Hobro. Dog bør der være en anæstesisygeplejerske

i tilstedeværelse på matriklen, hvorved sikres et beredskab for kompetent ledsagelse ved de patienttransporter, som specifikt fordrer anæstesileadsagelse.

Region Nordjyllands politikker for ansættelse, afskedigelse m.v.:

I forhold til rettighederne for medarbejdere der bliver berørt af lukning og flytning af afsnit på de forskellige geografiske placering i Region Nordjylland er der en politik for omstillingssituationer.

Medarbejdere som berøres af flytninger, hvor en afdeling/afsnit flyttes til anden lokation har krav på en konkret og individuel vurdering af, hvorvidt den konkrete ændring er en ændring der skal varsles med den enkeltes opsigelsesvarsel. Varslet kan være 1-6 måneder i henhold til funktionsnærloven. Der kan være særlige tilfælde som gør, at enkelte medarbejdere har ret til længere varsel.

I det tilfælde at et afsnit påtænkes lukket vil medarbejderne have mulighed for at blive indmeldt til omplacering, hvorved det undersøges om der findes beskæftigelse til den enkelte medarbejder andetsteds i regionen. En sådan proces vil være sammenlignelig med processen omkring sammenlægning af Sygehus Himmerland med Aalborg Universitetshospital.

Der henvises i øvrigt til politik for omstillingssituationer. Der pågår for nuværende en revidering af administrationsgrundlag og drejebog for sådanne processer.

20.2 Anlægs-mæssige konsekvenser

I nærværende afsnit er de anlægs-mæssige konsekvenser som følge af ændringerne i plan for sygehuse og speciallægepraksis til Plan for sygehuse og speciallægepraksis beskrevet.

Nedenstående er et supplement til bilag 7, hvori sygehusenes input til de strukturelle elementer i planen, herunder i flere tilfælde en umiddelbar vurdering af de anlægs-mæssige konsekvenser indgår.

Det har ikke været muligt at angive præcise vurderinger af alle elementer.

Sygehus	Strukturelement	Anlægsudgifter	Bemærkning
Sygehus Thy-Mors	Flytning af funktioner fra matriklen i Nykøbing til matriklen i Thisted	12,4 mio. kr.	Se omtale nedenfor oversigten.
Aalborg Universitetshospital	Flytning af Billeddiagnostik fra matriklen i Dronninglund til matrikler i Aalborg og Hobro	1,2 – 1,4 mio. kr.	Hospitalet har oprindeligt peget på en placering af den samlede billeddiagnostiske funktion i Hobro. Der ønskes nu en deling, således at dele af funktionen placeres i Aalborg og den resterende del placeres i Hobro.

Sygehus Vendsyssel	Flytning af Fertilitetsklinik- ken fra Dronninglund til Aalborg	3,7 – 5,3 mio. kr.	
	Ny profil for sygehusma- triklen i Frederikshavn. Ud- videlse af skopifunktion i Frederikshavn	1,5 mio. kr.	Etablering af en ekstra skopistue.

Samlingen af Sygehus Thy-Mors' aktiviteter på matriklen i Thisted er af sygehusledelsen anslået at ville medføre anlægsudgifter på 12,4 mio. kr. Der mulighed for at finansiere visse eller hele dele af disse anlægsudgifter via de anlægsmidler, der er afsat til renoveringsplanen for sygehusmatriklen i Thisted. Det er Administrationens vurdering, at der bør ske en omprioritering af de planlagte renoveringer, således at midlerne i renoveringsplanen bidrager til finansiering af de anlægsmæssige tilpasninger, der er forbundet med samlingen af sygehusets aktiviteter i Thisted.

Alternativt eller sideløbende hermed vil det være hensigtsmæssigt at analysere mulighederne for at skabe en bedre udnyttelse af de eksisterende operationsfaciliteter, eksempelvis ved at udvide operationstiden frem til kl. 18 for planlagte operationer.

Med en omprioritering af aktiviteterne inden for renoveringsplanen samt omlægning af arbejdstilrettelæggelsen, så eksisterende lokaler udnyttes mere hensigtsmæssigt, er det Administrationens vurdering, at der behovet for tilførsel af ekstra anlægsmidler på Sygehus Thy-Mors kan reduceres.

Samlet set vurderes de strukturelle ændringer som følge af de – i plan for sygehuse og speciallægepraksiset foreslåede planer - at medføre anlægsudgifter på 18,8 – 20,6 mio. kr.

Det er vurderingen, at nedenstående strukturelle og aktivitetsmæssige ændringer ikke medfører anlægsudgifter:

- Sygehus Thy-Mors: Flytning af coloncancerkirurgien til Aalborg Universitetshospital.
- Sygehus Vendsyssel: Flytning af de intern medicinske senge fra matriklen i Frederikshavn til matriklen i Hjørring.
- Aalborg Universitetshospital: Flytning af intensivsenge fra matriklen i Hobro til matriklen i Aalborg (Syd),
- Aalborg Universitetshospital: Flytning af de intern medicinske senge fra matriklen i Dronninglund til Aalborg Universitetshospital (Syd) og Sygehus Vendsyssel.
- Aalborg Universitetshospital: Flytning af medicinsk ambulatorium fra matriklen i Dronninglund til enten matriklen i Farsø eller matriklen i Hobro.
- Aalborg Universitetshospital: Flytning af Billeddiagnostik fra matriklen i Dronninglund til matriklen i Hobro.
- Aalborg Universitetshospital: Flytning af håndkirurgi fra matriklen i Dronninglund til Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn.

For ovenstående ændringer og tilpasninger, kan der dog være en mindre udgift forbundet med den praktiske håndtering af flytningen af funktionerne. Denne udgift vurderes dog at være begrænset.

21. Bilag 5: Oversigt over specialer fordelt på sygehusmatrikler

Nedenfor ses en overordnet oversigt over specialer fordelt på sygehusenheder og matrikler. Det er angivet, på hvilket niveau specialet varetages (hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau eller højtspécialiseret niveau).

Forklaring til nedenstående oversigt:

- I den øverste række er alle sygehusmatrikler anført.
- I kolonnen længst til venstre, er alle specialer anført.
- I de efterfølgende kolonner er det markeret, såfremt specialet findes på den pågældende matrikel.
- Der skelnes i oversigten mellem funktionsniveauer: X, XX og XXX.
 - X = Specialet varetages på hovedfunktionsniveau
 - XX = Specialet varetages på regionsfunktionsniveau
 - XXX = Specialet varetages på højtspécialiseret niveau.
- I oversigten er der visse steder anført UF, som er en forkortelse for udefunktion. Specialet varetages her på den anført matrikel, men specialet/funktionen drives af en anden sygehusenhed. Det gælder eksempelvis karkirurgi på Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn.
- I oversigten er der visse steder anført OBS, hvilket betyder, at der ikke er funktioner inden for det pågældende speciale på dette niveau. Eksempelvis er ingen funktioner inden for hverken karkirurgi eller thoraxkirurgi defineret som hovedfunktioner.
- Generelt for opgørelsen af alle specialer gælder, at der er tale om en opgørelse alene over hvor specialerne er repræsenteret ved konkret behandling på et givent specialiseringsniveau. Således fremgår ortopædkirurgi Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel, selvom specialet overordnet er organiseret under Aalborg Universitetshospital.
- For de intern medicinske specialer (IM) gælder, at flere af disse er repræsenteret på hovedfunktionsniveau, men at dette sker organiseret i et bredt medicinsk afsnit med speciallæger i intern medicin, og ikke på et dedikeret afsnit til specialet.

Fordeling af specialer og specialiseringsniveau i Region Nordjylland

Speciale	Aalborg UH			Aalborg UH Dronninglund			Aalborg UH Hobro			Aalborg UH Farsø			Sygehus Vendsyssel Hjørring			Sygehus Vendsyssel Frederikshavn			Sygehus Thy-Mors Thisted			Sygehus Thy-Mors Nykøbing		
	X	XX	XXX	X			X			X			X	XX		X			X			X		
Anæstesiologi	X	XX	XXX	X			X			X			X	XX		X			X			X		
Arbejdsmedicin	X	XX																						
Dermato-venerologi	Specialet er udelukkende varetaget i speciallægepraksis og via samarbejde med Århus Universitetshospital																							
Diagnostisk Radiologi	X	XX	XXX	X			X	XX		X			X	XX		X			X	XX		X		
Gynækologi-Obstetrik	X	XX	XXX	X	XX		UF						X	XX		X			X	XX		X		
Hæmatologi	X	XX																						
IM (dækker flere intern medicinske specialer)				X			X			X			X			X			X					
IM Endokrinologi	X	XX	XXX										X											
IM Gastroenterologi og Hepatologi	X	XX	XXX										X											
IM Infektionsmedicin	X	XX	XXX																					
IM Kardiologi	X	XX	XXX										X											
IM Lungesygdomme	X	XX	XXX										X											
IM Geriatri	X	OBS	OBS					OBS	OBS				X	OBS	OBS					OBS	OBS			
IM Reumatologi	X	XX											X	XX										
IM Nefrologi	X	XX	XXX																					
Karkirurgi	OBS	XX					OBS						OBS						XX (UF)					
Kirurgi	X	XX	XXX	X			UF						X	XX		X	XX		X			X		
Kæbe-, Tand- og Mundkirurgi		XX	XXX																					
Klinisk Fysiologi og nuklearmedicin	X	XX																						
Klinisk Immunologi	X	XX	XXX																					
Klinisk Biokemi	X	XX	XXX	X			X			X			X	XX		X								
Klinisk Genetik																								

Fordeling af specialer og specialiseringsniveau i Region Nordjylland

Speciale	Aalborg UH			Aalborg UH Dronninglund			Aalborg UH Hobro			Aalborg UH Farsø			Sygehus Vendsyssel Hjørring			Sygehus Vendsyssel Frederikshavn			Sygehus Thy-Mors Thisted			Sygehus Thy-Mors Nykøbing		
Klinisk Mikrobiologi	X	XX	XXX																					
Klinisk Farmakologi	X	XX																						
Neurologi	X	XX	XXX	X			X	XX					X*	XX*		X			X					
Neurokirurgi	OBS	OBS	XXX																					
Klinisk Onkologi	X	XX	XXX																					
Oftamologi	X	XX																	X					
Oto-, Rhino-, Laryngologi	X	XX	XXX																X					
Ortopædisk kirurgi	X	XX	XXX	X	XX					X	XX		X	XX	XXX	X	XX		X					X**
Patologisk anatomi og cytologi	X	XX	XXX										X											
Plastikkirurgi	X	XX												XX										
Pædiatri	X	XX	XXX										X	XX										
Thoraxkirurgi	X	XX	XXX																					
Urologi	X	XX	XXX				UF												X					X
Fagområde: Akutmedicin	X	XX					X						X						X					
X = Hovedfunktion				XX = Regionsfunktion						XXX= Højt specialiseret niveau						UF = Udefunktion								

22. Bilag 6: Gennemgang af speciallægepraksisspecialer

Dette bilag vil gennemgå de enkelte praksisspecialer. Der vil være en beskrivelse af eventuelle særaftaler der er indenfor specialet, samt en præsentation af hvilke ydere indenfor det pågældende speciale der er i regionen, samt en sammenligning af antal borgere pr. ydernummer set i forhold til de andre regioner.

Herefter vil der være en gennemgang af aktiviteten indenfor specialet; med det menes antal ydelser og antal patienter der er set af speciallæge med ydernummer i Region Nordjylland.

Patienter har frit valg til at søge speciallægehjælp hos den yder de ønsker uanset hvilken region yderen har praksis. Derfor vil der være en gennemgang af borgerne i Region Nordjyllands forbrug af ydelser indenfor specialet. I dette vil give et overblik over, hvor stor en del af borgerne der evt. søger speciallægehjælp i en anden region.

I dette bilag er der i flere tilfælde beregnet gennemsnit pr. ydernummer. Disse gennemsnit er beregnet pr. aktivt ydernummer. Der er således ikke taget højde for, at der indenfor visse specialer er ledige.

Ydernumre, da målet med tabellerne netop er at vise de tilbud der er mulige for borgene at søge på nuværende tidspunkt. Beregningerne tager endvidere udgangspunkt i antallet af ydernumre uanset ydertypen. Deltidsydernumre vægtes således lige så højt som fuldtidsydernumre, dog er overlægeydernumre ikke medregnet. Disse beregningsforudsætninger kan særligt for specialer med få ydernumre have en relativt stor betydning for de beregnede gennemsnit, som derfor bør tolkes med en vis forsigtighed. Når denne form for beregning er valgt skyldes det, at tabellerne på trods af dette giver et billede af det antal tilbud der findes pr. borger i de enkelte regioner. Der vil være forklaring til de enkelte specialer som forklarer eventuelle særlige tendenser indenfor det givne speciale.

Der er taget udgangspunkt i antal aktive ydernumre, idet gennemsnittene dermed beregnes ud fra de aktuelle og reelt tilstedeværende tilbud indenfor de enkelte specialer.

I forhold til gennemgangen af tal vedrørende antal borgere pr. aktivt ydernummer indenfor de enkelte specialer, er det meget væsentlig at bemærke, at de enkelte regioner (og amterne før dem), traditionelt set har valgt at indrette sig forskellig i forhold til arbejdsdeling mellem sygehus og speciallægepraksis. Bortset fra specialerne øjenlægehjælp, ørelægehjælp og dermatologi, foretages de ydelser der laves i speciallægepraksis også i sygehusregi. De enkelte regioner har valgt forskellige modeller omkring hvor meget aktivitet der skal ligge i speciallægepraksis og hvor meget der skal ligge i sygehusregi. Denne forskel er også meget udtalt de enkelte specialer imellem. I nogle regioner kan der således være en stor del af behandlingen indenfor et givent speciale der laves i speciallægepraksis, mens de samme behandlinger i andre regioner klares i sygehusregi.

Der vil således indenfor flere specialer kunne ses en stor forskel på antal borgere pr. aktive ydere, ligesom der indenfor den enkelte region kan ses stor forskel mellem de enkelte praksisspecialer.

Det bemærkes generelt vedrørende nedenstående talmateriale, at data vedrørende 2014 er beregnet som en 12 måneders periode fra december 2013 til og med november 2014. Talmaterialet vil blive opdateret i den endelige plan, således at de reelle tal vedrørende 2014 indgår i planen.

22.1 Søgning fra øvrige regioner

Der er i planens afsnit 7 givet en overordnet status for aktiviteten hos Region Nordjyllands praktiserende speciallæger samt det overordnede forbrug af speciallægeydelser, som regionens borgere tegner sig for. Det er imidlertid et grundlæggende vilkår for speciallægepraksis, at borgerne har frit valg mellem alle praktiserende speciallæger indenfor et givet specialitet. Dette indebærer, at en del af ydelserne hos nordjyske speciallæger forbruges af borgere fra øvrige regioner.

Nedenstående tabel 1 viser, at borgere fra øvrige regioner i perioden december 2013 til og med november 2014 totalt set har forbrugt 2,4 % af det samlede volumen for leverede ydelser. Der er specielt søgning fra øvrige regioner indenfor specialerne dermatologi, psykiatri, øjenlægehjælp og ortopædkirurgi. Søgningen til speciallæge i anden region kan i høj grad forklares på baggrund af den geografiske placering af ydernumrene, og det vurderes ikke, at ovenstående har et problematisk omfang.

Tabel 1: Leverede speciallægeydelser fordelt efter sikredes region

	Patienter		Ydelser		Procentandel af ydelser forbrugt af borgere fra anden region
	Alle regioner	Region Nordjylland	Anden region		
2013 til og med november 2014	Sikredes tilhørsforhold				
Anæstesi	5.618	33.980	107		0,3
Dermatologi-venerologi	31.986	155.955	4.774		3,0
Reumatologi	232	468	2		0,4
Gynækologi/obstetrik	5.847	29.833	219		0,7
Intern medicin	2.550	9.560	31		0,3
Kirurgi	5.277	24.323	173		0,7
Neuromedicin	916	1.786	31		1,7
Øjenlæge	61.429	203.163	9.215		4,3
Ortopædisk kirurgi	10.605	27.342	1.572		5,4
Øre-næse-halslæge	53.011	297.619	3.799		1,3
Psykiatri	2.427	22.437	1.063		4,5
Pædiatri	4.659	40.780	275		0,7
Børnepsykiatri	478	2.145	10		0,5
I alt	154.299	849.391	21.271		2,4

Nordjyske borgere søger også mod speciallæger i de øvrige regioner. Omfanget af denne søgning vil fremgå af de følgende afsnit vedrørende de enkelte specialer.

22.2 Oto-rhino-laryngologi (Ørelægehjælp)

Oto-rhino-laryngologi er øre-næse-hals-specialet.

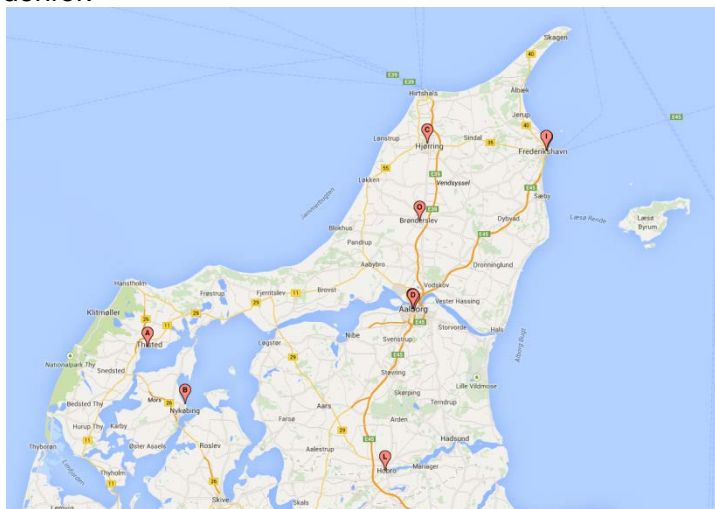
Patienter kan henvende sig direkte til praktiserende øre-næse-hals-læge (ØNH-læge) uden henvisning fra egen læge.

Der er ud fra rekrutteringsmæssige hensyn i et af regionens yderområder indgået aftaler vedrørende allergivaccination og høreapparatbehandling.

Der er endvidere indgået en aftale om praksisophold for speciallæger i hoveduddannelsesforløb med en ØNH-klinik i Aalborg. Aftalen sikrer grundlaget for, at der hvert år kan gennemføres to halvårige uddannelsesforløb i praksis.

Aktivitet

I Region Nordjylland er der i alt 14 aktive fuldtidsydernumre. Hertil kommer et ledigt ydernummer med placering i Brovst. Fordelingen af ydernumrene i den nordjyske region fremgår på kortet nedenfor.



Der er gennemsnitligt 41.524 borgere pr. aktivt fuldtidsydernummer i Region Nordjylland. Til sammenligning er landsgennemsnittet 37.850 borgere, jf. nedenstående tabel.

Tabel 2: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region vedstaden	Ho-Sjælland	Region Syd-danmark	Landsgennemsnit.
41.524	53.311	30.808	35.597	38.842	37.850

Der er på nuværende tidspunkt et ledigt fuldtidsydernummer indenfor specialet. Såfremt dette ydernummer bliver besat, vil det gennemsnitlige antal borgere pr. ydernummer falde til 38.756.

Nedenstående tabel giver et overblik over den gennemsnitlige aktivitet pr. ydernummer i årene 2010-2014. Tabellen viser, at aktiviteten hos ØNH-lægerne er svingene fra år til år. Især bemærkes et fald i både antal ydelser og antal patienter fra 2012 til 2013, hvorefter der igen er sket en stigning i perioden 2013/12-2012/11.

Tabel 3: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	299.90	313.61	298.65	289.39	301.418
	5	5	7	8	
Antal patienter	55.939	57.639	55.624	52.015	53.011
Ydelser i alt, indeks	100	105	100	96	101
Antal patienter, indeks	100	103	99	93	95
Ydelser i gns. pr. ydernummer	21.422	22.401	21.333	20.671	21.530
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	3.996	4.117	3.973	3.715	3.787

De praktiserende ØNH-læger har i perioden december 2013 til og med november 2014 i alt leveret 301.418 ydelser, hvilket svarer til en gennemsnitlig aktivitet på 21.530 ydelser pr. ydernummer fordelt på gennemsnitligt 3.787 patienter.

I tabellen nedenfor følges de nordjyske borgeres forbrug af ØNH ydelser i perioden 2010 til 2013/12-2014/11. Borgerne kan frit vælge praktiserende ØNH-læge. Nogle borgere vil derfor vælge at opsøge ØNH-læge udenfor Region Nordjylland. Dette mønster ses typisk hos borgere i de nordjyske kommuner, der grænser umiddelbart op til Region Midtjylland. Derfor kan der ses forskel på aktivitet og forbrug.

Tabel 4: Borgernes forbrug af ørelægeydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	302.284	315.393	302.242	293.146	306.243
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	296.142	309.309	295.171	286.015	297.619
Difference	6.142	6.084	7.071	7.131	8.624
Patienter, der har søgt behandling	56.273	57.900	56.168	52.575	53.522
Heraf behandlet i Region Nordjylland	55.108	56.705	54.800	51.256	52.207
Difference	1.165	1.195	1.368	1.319	1.315

Tabellen viser, at niveauet i borgernes forbrug svarer til niveauet i speciallægernes aktivitet. Kun en mindre andel af de nordjyske patienter søger ØNH-læge udenfor Region Nordjylland. Søgnin-gen ud af regionen har været meget let stigende fra 2010-2012, hvorefter tallet er meget let fal-dende.

22.3 Oftalmologi (øjnelægehjælp)

Oftalmologi er øjenspecialet. Patienterne kan henvende sig direkte til praktiserende øjenlæge uden henvisning fra egen læge.

Regionen har aftale med alle øjenlæger i regionen vedrørende øjenscreening af diabetespatient-ter.

Regionen har som følge af praksislukning af to klinikker i Vendsyssel indgået en aftale med i alt 7 øjenlæger, som skal sikre uændret aktivitetsniveau i Vendsyssel, indtil de ledige ydernumre i om-rådet besættes. Denne aftale indeholder blandt andet en forøgelse af knækgrænsen samt tillad-else til at ansætte assisterende speciallæge.

Regionen har af forskellige årsager en række særaftaler med enkelte øjenlæger, herunder så-kaldte fastholdelsesaftaler samt rekrutteringsaftaler. Disse er:

- Aftale med 1 øjenlæge vedrørende tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge.
- Aftaler vedrørende flere diagnostiske undersøgelser, der benyttes i relation til nogle af de store aldersrelaterede øjenlidelser. Konkret er der indgået aftale vedrørende nethindeun-dersøgelser og diagnosticering ved hjælp af OCT (optical coherence tomography) med 4 øjenlæger. Derudover er der med 1 øjenlæge indgået rekrutteringsaftale vedrørende HRT (Heidelberg retina tomography), CCT (central corneal thickness) og eksternafoto. De først-nævnte ydelser benyttes i forbindelse med kontrol og diagnostik ved grøn stær, mens eks-ternafoto benyttes i tilfælde, hvor der er behov for fotodokumentation af forandringer i pa-tientens øjenomgivelser.
- Region Nordjylland har i forbindelse med regionsdannelsen fra det tidligere Viborg Amt overtaget én rammeaftale med særlige opsigelsesvilkår vedrørende behandling af grå stær samt efterstær med YAG-laser. Denne aftale omfatter desuden øvrige særlige vilkår.

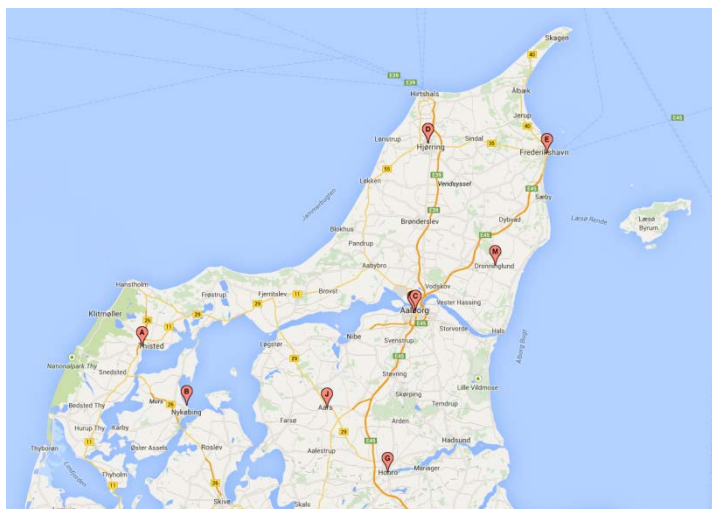
Der er endvidere indgået en aftale med øjenklinikken i Dronninglund, der sikrer grundlaget for at der årligt kan gennemføres to årlige uddannelsesforløb i praksis.

Aktivitet

Region Nordjylland har primo 2015 14 aktive fuldtidsydernumre indenfor øjenspecialet.

Regionsrådet har ultimo 2014 godkendt oprettelsen af et nyt fuldtidsydernummer med beliggen-hed i Brønderslev. Regionen har dermed 3 ledige fuldtidsydernumre. 2 i Brønderslev og 1 i Fre-derikshavn. Det er målet, at disse besættes i 2015.

Fordelingen af de enkelte øjenlæger fremgår af nedenstående kort.



Pr. aktivt fuldtidsydernummer er der 41.524 borgere i Region Nordjylland, jf. nedenstående tabel. Dermed placerer regionen sig en anelse over landsgennemsnittet. Det er dog kendetegnende, at øjenlægedækningen er på stort set samme niveau i samtlige fem regioner.

Tabel 5: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region vedstaden	Ho-Sjælland	Region Danmark	Region Syd-	Landsgennemsnit.
41.524	41.273	36.585	34.114	34.403		37.103

Såfremt det 3 ledige fuldtidsydernummer besættes vil der i Region Nordjylland være 34.169 borgere pr. aktivt ydernummer, hvilket vil placere regionen under landsgennemsnittet.

Aktiviteten på øjenlægeområdet har generelt været stigende i perioden, jf. nedenstående tabel. Det aktive antal ydernumre er faldet i samme periode, men det viser sig også, at det gennemsnitlige antal ydelser pr. ydernummer er stigende.

Tabel 6: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser i alt	196.359	221.154	216.863	213.574	212.378	
Antal patienter	54.546	58.665	60.373	61.255	61.429	
Ydelser i alt, indeks	100	113	110	109	108	
Antal patienter, indeks	100	108	111	112	113	
Ydelser i gns. pr. ydernummer	12.272	13.822	13.554	14.238	15.170	
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	3.409	3.667	3.773	4.084	4.388	

Ovenstående tabel giver et billede af aktiviteten hos de nordjyske øjenlæger. De nordjyske borgere søger dog også i et vist omfang øjenlæge i de øvrige regioner, primært Region Midtjylland.

Nedenstående tabel viser de nordjyske borgeres samlede forbrug af øjenlægeydelser.

Tabel 7: Borgernes forbrug af øjenlægeydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser forbrugt af egne borgere	195.445	219.133	215.336	212.994	211.980	
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	189.195	212.439	208.284	205.088	203.163	
Difference	6.250	6.694	7.052	7.906	8.817	
Patienter, der har søgt behandling	54.200	57.875	59.589	60.499	60.943	
Heraf behandlet i Region Nordjylland	52.532	56.317	57.946	58.718	58.725	
Difference	1.668	1.558	1.643	1.781	2.218	

22.4 Dermato-venerologi

I det nordjyske sygehusvæsen er der ingen dermatologisk afdeling. Dette indebærer, at der er indgået en række aftaler med de praktiserende dermato-venerologer. De varetager blandt andet opgaver i relation til behandling af kønssygdomme, og aktivitet i den sammenhæng friholdes fra den såkaldte knækberegning. Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan henvende sig til praktiserende dermato-venerolog uden henvisning og modtage behandling anonymt.

Samtlige praktiserende dermatologer i Region Nordjylland er omfattet af følgende aftaler:

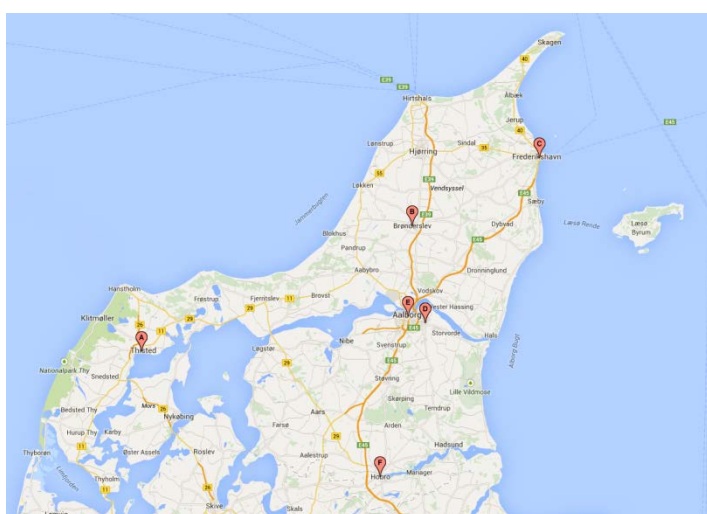
- Botulismetoksinbehandling af svær svedtendens i armhulen. Behandlingen kan iværksættes, såfremt der ikke kan opnås tilfredsstillende resultater ved anden lokalbehandling eller iontoforese. Behandlingen består af injektioner i armhulen med et botulismetoksin (botox).
- Lokalbehandling af eksem. Behandlingen dækker borgere med eksempelvis svær hårbundseksem, hårbundsporiasis eller svær atopisk eksem, der ikke lader sig behandle af patienten selv eller andre.
- Fotodynamisk terapi (PDT) anvendes til behandling af vorter samt forstadier til hudkræft. Huden påføres creme med efterfølgende behandling med lys, hvorved cellerne dræbes.
- Dagslys-PDT. Samme type behandling som ovenstående, blot bruges almindelig dagslys i stedet for kunstigt lys.
- Røde bade. Behandlingen anvendes i forbindelse med væskende og inficerede eksemmer, psoriasis samt andre hudsygdomme. Patienten bader i en kaliumpermanganatopløsning, der har en rensende og kløestillende effekt.

Derudover er der indgået to aftaler med to klinikker vedrørende laserbehandling af visse hudsygdomme hhv. med og uden generel anæstesi. Der er desuden indgået aftale med én klinik vedrørende dermatokirurgi.

Aktivitet

I Region Nordjylland er der i alt seks ydernumre i specialet dermato-venerologi. Den geografiske fordeling fremgår af nedenstående kort. Ydernummeret i Frederikshavn er startet op i første halvdel af 2012.

Det skal bemærkes at én klinik i Aalborg har i alt 3 speciallæger tilknyttet (samlet kapacitet på 3). Denne klinik varetager blandt andet undervisning af studerende på medicinstudiet på Aalborg Universitet, hvorfor klinikken har tilladelse til at have ansat assisterende speciallæge.



Tabel 8: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
96.890	91.391	45.027	62.979	80.274	64.824

Det fremgår af ovenstående tabel, at der umiddelbart er væsentligt flere borgere pr. ydernummer i Region Nordjylland end landet som helhed. Det bemærkes i den sammenhæng, at der er tilknyttet i alt otte speciallæger til de seks fuldtidsydernumre. Såfremt der tages højde for dette forhold, er der 72.668 borgere pr. speciallæge i Region Nordjylland.

Nedenstående tabel viser, at antal patienter der behandles i dermatologiske speciallægepraksis siden 2010 har været faldende bortset fra en lille stigning i 2013. Cirka samme udvikling ses i forhold til antal ydelser der er leveret.

Dette forhold kan formentlig forklares med, at flere ydere har ændret aktivitetsniveau efter den nye dermatologiske praksis åbnede i 2012. Således kan det bemærkes, at flere ydere i 2010 havde et væsentlig højere aktivitetsniveau i 2010 i forhold til resten af undersøgelsens periode.

Tabel 9: Aktivitet total, pr. ydernummer og pr. kapacitet:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser i alt	173.548	165.729	156.486	164.171	160.729	
Antal patienter	35.496	35.488	33.216	34.044	31.986	
Ydelser i alt, indeks	100	95	90	95	93	
Antal patienter, indeks	100	100	94	96	90	
Ydelser i gns. pr. ydernummer	34.710	33.146	26.081	27.362	26.788	
Ydelser i gns. pr. kapacitet	24.793	23.676	19.561	20.521	20.091	
Antal patienter i gns. pr. yder- nummer	7.099	7.098	5.536	5.674	5.331	
Antal patienter i gns. pr. kapaci- tet	5.071	5.070	4.152	4.256	3.998	

Det fremgår af nedenstående tabel, at regionens egne dermatologer leverer størstedelen af de ydelser, som regionens borgere forbruger.

Tabel 10: Borgernes forbrug af dermatologiydelser:

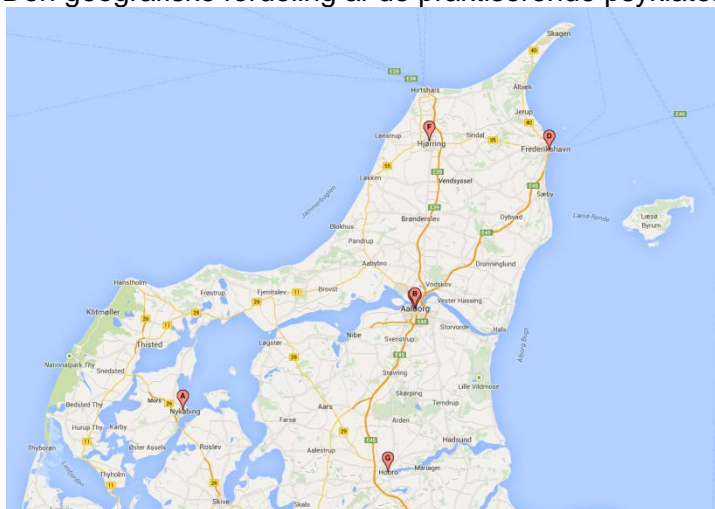
	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser forbrugt af egne borgere	171.182	166.807	161.541	167.874	165.875	
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	164.750	159.128	151.280	158.858	155.955	
Difference	6.432	7.679	10.261	9.016	9.920	
Patienter, der har søgt behandling	35.090	35.519	34.019	34.598	33.261	
Heraf behandlet i Region Nordjyl- land	33.641	33.711	31.737	32.479	30.695	
Difference	1.449	1.808	2.282	2.119	2.566	

22.5 Psykiatri

I Region Nordjylland er der 7 fuldtidsydernumre i psykiatri. To af disse ydernumre fungerer som delepraksis, med hver 2 kapaciteter tilknyttet; det vil sige, at der i alt er 9 psykiatriske speciallæger i speciallægepraksis.

Regionen har 3 ledige overlægeydernumre i specialet. Ydernumrene blev oprettet forbindelse med forrige Plan for sygehuse og speciallægepraksis, som et redskab til at forbedre rekrutteringsmulighederne i sekundærsektoren. Ydernumrene har imidlertid aldrig været besat og heller søgt. Det anbefales jf. planens afsnit 7, at ydernummeret nedlægges.

Den geografiske fordeling af de praktiserende psykiatere er illustreret på nedenstående kort.



Umiddelbart viser tabel 11, at det gennemsnitlige antal borgere pr. ydernummer i Region Nordjylland er væsentligt over landsgennemsnittet. Det bemærkes i den anledning, at Region Nordjylland alene har aktive fuldtidsydernumre, hvorimod op mod 25 % af de psykiatriske ydernumre på landsplan er deltidsydernumre med en overenskomstmæssigt begrænset aktivitet. Det erindres, at opgørelsesmetoden ikke tager højde herfor, jf. afsnit 1 i dette bilag.

Tabel 11 Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
83.049	53.311	26.607	38.987	70.830	41.776

Ud af de i alt syv psykiatriske fuldtidspraksisser er to som nævnt etableret som delepraksis. Der er således 9 speciallæger tilknyttet de aktive ydernumre. Såfremt der tages højde for dette forhold ved ovenstående beregning, er der 64.593 borgere pr. psykiatrisk speciallæge.

Som det ses i nedenstående tabel, har aktiviteten hos de praktiserende psykiatere igennem perioden 2010-2014 været meget kraftigt faldende, både hvad angår antallet af patienter, samt antallet af ydelser. Faldet er meget udtalt.

Den kraftige ændring kan forklares med to forhold:

- Regionen har haft én speciallæge som stoppede med praksis medio 2013, som havde et meget stort aktivitetsniveau, både hvad angår antal patienter og antal ydelser. Speciallægen der overtaget denne praksis har ikke videreført dette meget høje aktivitetsniveau, hvilket giver udslag i tabellen
- Det store fald i antal ydelser skyldes i høj grad en ændring i afregningsmåden for ydelser relateret til kørsel ved hjemmebesøg. Tidligere er der afregnet en række små ydelser afhængig af antal kilometer kørt, dette er lavet om til nu kun at afregne en ydelse. Der er altså tale om en ren afregningsteknisk ændring, og faldet i antal ydelser repræsenterer derved generelt ikke et fald i den reelle aktivitet i psykiatrispecialiet.

Antallet af ydelser der er leveret i psykiatrisk speciallægepraksis indeholder altså en ikke uvæsentlig mængde ydelser forbundet med kørselstillæg og afstandsberregning. Derfor er der i nedenstående tabel vist tal for leveret ydelser med og uden kørsel/afstandsberregning. Kørsel og afstandsberregning er ydelserne 10xx, 1101 og 9xxx.

Tabel 12: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	42.489	37.576	32.022	26.274	23.500
Ydelser i alt (ekskl. kørsel og afstandsberregning)	30.987	25.574	27.287	22.667	20.952
Antal patienter	3.466	3.161	3.195	2.805	2.427
Ydelser i alt, indeks	100	88	75	62	55
Ydelser i alt (ekskl. kørsel og afstandsberregning), indeks	100	83	88	73	68
Antal patienter, indeks	100	91	92	81	70
Ydelser i gns. pr. ydernummer	6.070	5.368	4.575	3.753	3.357
Ydelser (ekskl. kørsel og afstandsberregning) i gns. pr. ydernummer	4.427	3.653	3.898	3.238	2.993
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	495	452	456	401	347

Aktiviteten hos de praktiserende psykiatere afspejler i høj grad antallet af speciallæger, idet der ikke er tilknyttet andre faggrupper end speciallægen selv til behandlingen i speciallægepraksis.

Nedenstående tabel 13 viser, hvor mange psykiatriske speciallægeydelser de nordjyske borgere forbruger, samt i hvor høj grad denne speciallægehjælp hentes udenfor Region Nordjylland. Ligesom tabel 12 på foregående side er der i nedenstående tabel vist tal for leveret ydelser med og uden kørsel/afstandsberregning. Kørsel og afstandsberregning er ydelserne 10xx, 1101 og 9xxx.

Tabel 13: Borgernes forbrug af psykiatrydelser

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	49.686	44.816	42.146	29.444	26.200
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	40.595	35.745	30.014	24.947	22.437
Difference	9.091	9.071	12.132	4.497	3.763
Ydelser (ekskl. kørsel og afstandsberregning) forbrugt af egne borgere	33.608	28.608	30.331	25.281	23.652
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	29.093	23.743	25.279	21.340	19.889
Difference	4.515	4.865	5.052	3.941	3.763
Patienter, der har søgt behandling	3.715	3.483	3.502	3.181	2.806
Heraf behandlet i Region Nordjylland	3.218	2.931	2.941	2.630	2.321
Difference	497	552	561	551	485

Tabel 13 viser, at antal patienter der har søgt behandling falder i takt med faldet i aktiviteten hos regionens praktiserende psykiatere. Omtrent 83 % af de patienter, som i løbet af et år opsøger praktiserende speciallæge i psykiatri, konsulterer en psykiater med ydernummer i Region Nordjylland.

22.6 Børnepsykiatri

I Region Nordjylland er der én fuldtidspraksis indenfor specialet børne- og ungdomspsykiatri med placering i Nørresundby. Der er for tiden gang i et længerevarende generationsskifte, hvorfor der for øjeblikket er to speciallæger i klinikken.

Regionen har 2 ledige overlægedernummer i specialet. Ydernumrene blev oprettet forbindelse med forrige Plan for sygehuse og speciallægepraksis, som et redskab til at forbedre rekrutteringsmulighederne i sekundær sektoren. Ydernumrene har imidlertid aldrig været besat ej heller søgt. Det anbefales jf. planens afsnit 7, at ydernummeret nedlægges.

Tabel 14 illustrerer, at der generelt er få praktiserende børnepsykiatere. Der er dog relativt store variationer mellem regionerne indbyrdes.

Tabel 14: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
581.340	426.489	250.867	272.911	602.056	352.482

Som det fremgår af nedenstående tabel 15 har aktiviteten hos den praktiserende børnepsykiater de seneste år været faldende, hvad angår antal ydelser såvel som antal patienter.

Tabel 15 Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	2.420	2.427	2.323	2.210	2.155
Antal patienter	529	529	525	497	478
Ydelser i alt, indeks	100	100	96	91	89
Antal patienter, indeks	100	100	99	94	90
Ydelser i gns. pr. ydernummer	2.420	1.214	1.162	1.105	1.078
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	529	265	263	249	309

Tabel 16 viser, at borgernes forbrug af børnepsykiatriske ydelser afspejler de udsving i aktivitetsniveau, der har fundet sted hos speciallægeklinikken.

Langt størstedelen af borgernes forbrug af børne- og ungdomspsykiatriske ydelser leveres hos praktiserende børne- og ungdomspsykiater i Region Nordjylland.

Tabel 16 Borgernes forbrug af børne- og ungdomspsykiatriske ydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	3.117	2.435	2.317	2.261	2.252
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	2.393	2.401	2.294	2.199	2.145
Difference	724	34	23	62	107
Patienter, der har søgt behandling	538	536	530	500	484
Heraf behandlet i Region Nordjylland	523	524	519	490	474
Difference	15	12	11	10	10

22.7 Pædiatri

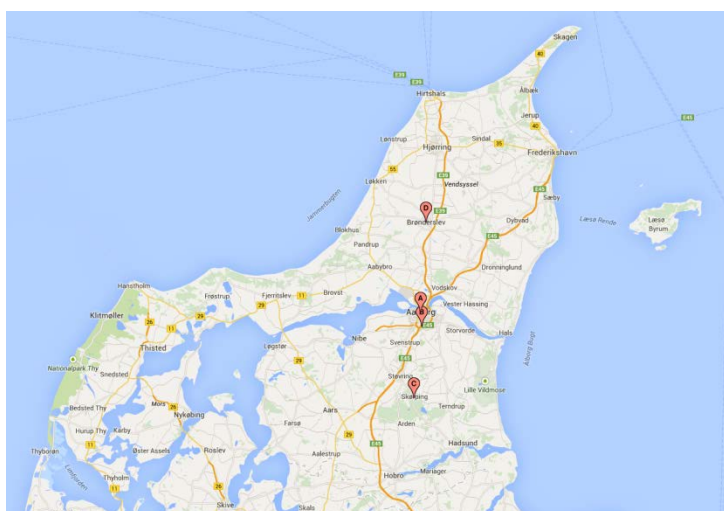
Der er med tre praktiserende pædiatere indgået aftale omkring behandling af ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). ADHD er forstyrrelse af opmærksomhed og aktivitet, og er en neuropsykiatrisk lidelse. Aftalen har til formål at aflaste regionens børnepsykiatriske tilbud.

Derudover er der med en enkelt praktiserende pædiater indgået aftale vedrørende uroflowmetri og blærescanning. Dette er en undersøgelse af vandladningens hastighed og mængde, som benyttes i forbindelse med vandladningsproblemer for at fastslå blærens funktion.

Aktivitet

Der er i alt fire fuldtidspraktiserende pædiatere i Region Nordjylland. Der er et ledigt fuldtidsydersnummer med beliggenhed i Thisted.

De aktive klinikkers geografiske placering i regionen fremgår af nedenstående kort.



Tabel 17 viser, at der i Region Nordjylland er 145.335 borgere pr. aktivt pædiatrisk ydernummer.

Det er væsentligt færre end landsgennemsnittet på 170.901 borgere pr. ydernummer. Landsgennemsnittet dækker, som det fremgår over store variationer mellem de enkelte regioner.

Tabel 17: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
145.335	255.893	109.754	163.747	401.370	170.901

Det fremgår af tabel 18, at aktiviteten i pædiatrisk speciallægepraksis har været faldende fra 2010 til 2012, hvorefter aktiviteten igen er steget.

Der kan umiddelbart peges på to mulige forklaringer på denne udvikling. For det første er der i 2011 gennemført et generationsskifte i en af de pædiatriske speciallægepraksisser, hvilket kan give et mindre aktivitetsfald i umiddelbar sammenhæng med praksisoverdragelsen. Derudover

har der i en periode været udført allergivaccination af voksne patienter i pædiatrisk speciallægepraksis, hvilket indebærer flerårige behandlingsforløb med mange årlige konsultationer. Denne aktivitet er stort set ophørt i 2011, hvilket må antages at reducere specialets samlede aktivitet i en periode, hvorefter andre behandlinger har overtaget og igen skabt en øget aktivitet.

Tabel 18 Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	43.94	40.02	38.91	39.35	41.055
	0	1	4	8	
Antal patienter	4.777	4.692	4.744	4.623	4.659
Ydelser i alt, indeks	100	91	89	90	93
Antal patienter, indeks	100	98	99	97	98
Ydelser i gns. pr. ydernummer	10.98	10.00	9.729	9.840	10.264
	5	5			
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	1.194	1.173	1.186	1.156	1.434

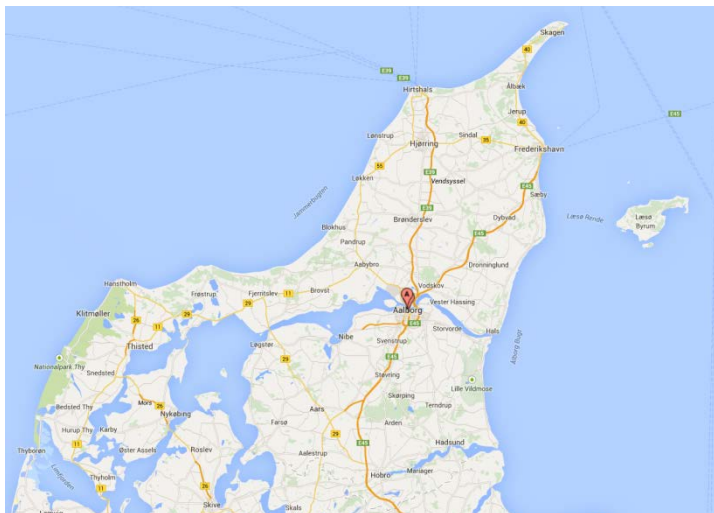
Det fremgår af tabel 19, at regionens egne pædiatere leverer langt størstedelen af de ydelser, som regionens borgere forbruger. Således genfindes den samme udvikling som ovenfor med et fald i forbruget i 2011.

Tabel 19 Forbrug af pædiatriydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	45.92	41.95	40.78	41.16	42.663
	9	4	3	4	
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	43.44	39.75	38.77	39.15	40.780
	7	1	7	7	
Difference	2.482	2.203	2.006	2.007	1.883
Patienter, der har søgt behandling	4.816	4.740	4.827	4.689	4.732
Heraf behandlet i Region Nordjylland	4.684	4.628	4.714	4.597	4.629
Difference	132	112	113	92	103

22.8 Gynækologi

Region Nordjylland har to fuldtidspraktiserende speciallæger indenfor specialet gynækologi – begge med praksis beliggende i Aalborg.



I Region Nordjylland er der i sammenligning med andre regioner relativt få gynækologiske ydernumre. Dermed er der et forholdsvis højt antal borgere pr. ydernummer sammenlignet med landets øvrige regioner, jf. nedenstående tabel 20.

Tabel 20: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region vedstaden	Ho-Sjælland	Region Syd-danmark	Landsgen-nemsnit.
290.670	142.163	35.838	74.430	92.624	67.140

Det fremgår af nedenstående tabel, at aktiviteten har været jævnt stigende hos de praktiserende gynækologer.

Tabel 21: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser i alt	28.71	28.39	27.06	28.57		30.052
	1	9	4	1		
Antal patienter	5.518	6.032	5.920	6.030		5.847
Ydelser i alt, indeks	100	99	94	100		105
Antal patienter, indeks	100	109	107	109		106
Ydelser i gns. pr. ydernummer	14.35	14.20	13.53	14.28		15.026
	6	0	2	6		
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	2.759	3.016	2.960	3.015		3.055

Det kan ses, at der er sket en større vækst i antal patienter i forhold til antal ydelser. Den enkelte patient får altså gennemsnitligt lidt færre ydelser end tidligere.

Tabel 22 viser, at de nordjyske borgeres forbrug af gynækologiske ydelser har udviklet sig i nogenlunde samme takt som gynækologernes aktivitet.

Tabel 22: Forbrug af gynækologiske ydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	35.772	34.787	33.891	35.318	37.300
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	28.476	28.239	26.890	28.431	29.833
Difference	7.296	6.548	7.001	6.887	7.467
Patienter, der har søgt behandling	6.426	6.973	6.839	7.197	7.157
Heraf behandlet i Region Nordjylland	5.478	5.995	5.876	5.999	5.808
Difference	948	978	963	1.198	1.349

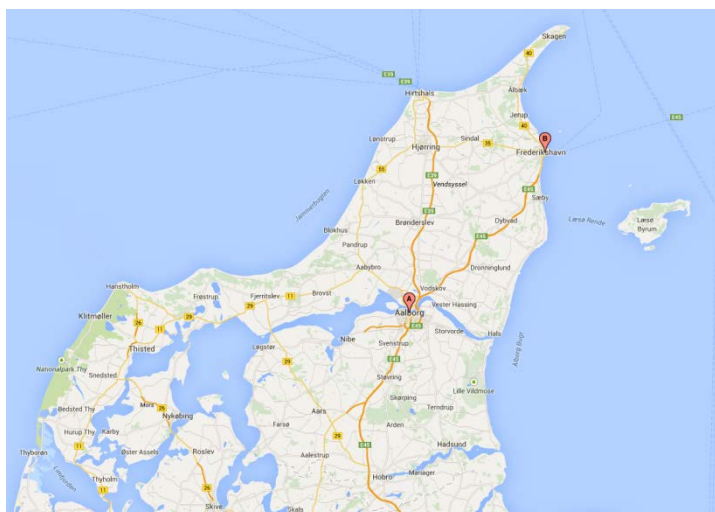
22.9 Anæstesiologi

Speciallæger i anæstesiologi beskæftiger sig i praksissammenhæng med bedøvelse og smertebehandling. Den anæstesiologiske aktivitet består hovedsageligt i bistand til regionens praktiserende ØNH-læger.

Regionen har 7 ledige overlægeydernummer i specialet. Jævnfør planens afsnit 7, anbefales det at antallet af overlægeydernumrene i anæstesiologi bliver tilpasses. Af hensyn til betjening af regionens privatpraktiserende ørelæger ved operationer, kan være nødvendigt at bevare et vist antal overlægeydernumre. Dette bør ske i dialog med børneanæstesiologisk team på Aalborg Sygehus, hvorfor der ikke i indeværende gives en konkret anbefaling til, hvor mange overlægeydernumre i anæstesiologi der bør nedlægges.

Aktivitet

Indenfor specialet anæstesiologi er der i Region Nordjylland to fuldtidsydernumre. Klinikkernes geografiske placering i regionen fremgår af nedenstående kort.



Den anæstesiologiske speciallægekapacitet fordeler sig på landsplan nogenlunde ligeligt mellem overlæge-, deltids- og fuldtidsydernumre. Der er ikke taget højde for denne fordeling (jf. afsnit 1) i nedenstående tabel 23, som derfor skal tolkes med forsigtighed.

Tabel 23: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
290.670	71.082	117.071	163.747	240.822	125.327

Tabel 24 viser, at antallet af ydelser hos de praktiserende anæstesiologer i perioden 2010-2014 overordnet set har været nogenlunde stabil. Derimod ses det, at antallet af patienter er faldende.

Tabel 24: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	34.16	35.84	32.54	31.95	34.087
	5	5	0	5	
Antal patienter	6.872	6.792	6.272	5.697	5.618
Ydelser i alt, indeks	100	105	95	94	100
Antal patienter, indeks	100	99	91	83	82
Ydelser i gns. pr. ydernummer*	17.08	17.92	16.27	15.97	17.044
	3	3	0	8	
Antal patienter i gns. pr. ydernummer*	3.436	3.396	3.136	2.849	2.809

* Overlægeydernummer ikke medregnet

Nedenfor ses Region Nordjyllands borgers forbrug af anæstesiologiske ydelser. Som nævnt tidligere er langt størstedelen af aktiviteten assistance til ØNH læger.

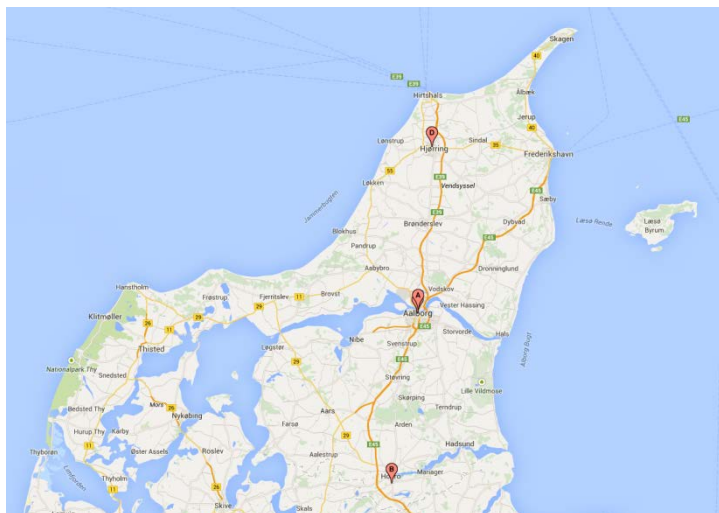
ØNH læger bestemmer selv hvilken anæstesiolog de ønsker bistand fra. Enkelte ØNH læger har valgt bistand fra anæstesiologer med ydernummer i en anden region. I dette tilfælde vil en borger blive behandlet af speciallæge med ydernummer i region Nordjylland, men anæstesiologen har ydernummer i anden region. Borgeren vil i nedenstående tabel i dette tilfælde fremgå som behandlet i anden region. Dette vurderes at være hovedårsagen til, at flere patienter statistisk behandles af yder uden for regionen. Derfor skal tabellen læses med forbehold.

Tabel 25: Borgernes forbrug af ydelser og antal patienter der har søgt behandling:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	35.009	36.944	33.603	32.787	35.873
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	34.024	35.746	32.409	31.825	33.980
Difference	985	1.198	1.194	962	1.893
Patienter, der har søgt behandling	7.668	7.822	7.260	6.514	7.191
Heraf behandlet i Region Nordjylland	6.840	6.774	6.247	5.676	5.600
Difference	828	1.048	1.013	838	1.591

22.10 Ortopædkirurgi

Der er i Region Nordjylland 4 fuldtidspraktiserende ortopædkirurger. Klinikernes geografiske placering fremgår af nedenstående kort.



Region Nordjylland ligger med 145.335 borgere pr. aktivt ydernummer under landsgennemsnittet, som dog trækkes væsentligt op af Region Midtjylland og i mindre grad Region Syddanmark, jf. tabel 26.

Der henvises her til afsnit 1, hvor der redegøres for, at regionerne traditionelt har indrettet sig forskellig i forhold de enkelte praksisspecialer. Region Nordjylland har i traditionelt set haft en meget stor aktivitet af ortopædkirurgi i speciallægepraksis i forhold til eksempelvis region Midtjylland, som har en større del af den ortopædkirurgiske aktivitet samlet i sygehusregi. Dette kan i høj grad forklare den store forskel der ses i nedenstående tabel.

Tabel 26: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
145.335	426.489	117.071	136.456	301.028	176.241

Aktiviteten hos de praktiserende ortopædkirurger har i perioden 2010-2013 været stigende med hensyn til antal ydelser samt antal patienter, jf. tabel 27. Der sker dog en markant aktivitetsøgning i 2011, hvilket hovedsageligt kan forklares med, at der er gennemført et generationsskifte i april 2011. Antallet af ydelser har været faldende i 2014.

Tabel 27: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	24.499	33.115	33.373	33.578	28.914
Antal patienter	7.548	9.614	10.886	11.440	10.605
Ydelser i alt, indeks	100	135	136	137	118
Antal patienter, indeks	100	127	144	152	141

Ydelser i gns. pr. ydernummer	7.538	8.831	8.343	8.395	7.229
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	2.322	2.564	2.722	2.860	2.776

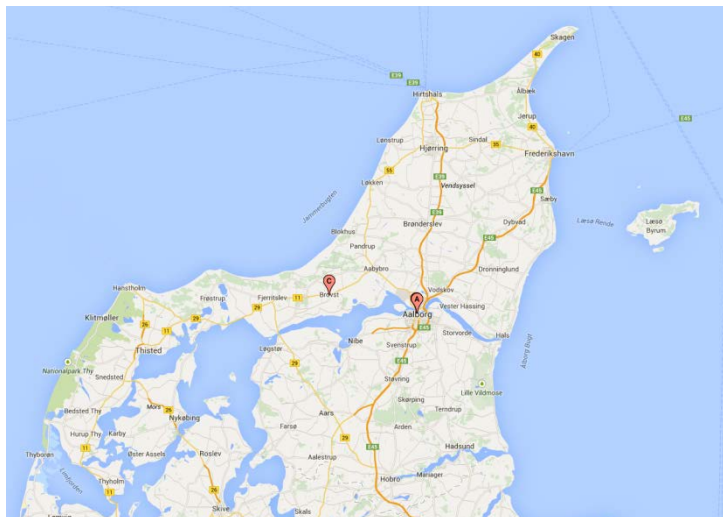
De nordjyske borgeres søgning mod andre regioner er minimal, som det fremgår nedenfor. I øvrigt afspejler borgernes forbrug af ortopædkirurgiske ydelser den aktivitetsstigning, der har fundet sted hos speciallægerne.

Tabel 28: Borgernes forbrug af ortopædkirurgiske ydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	23.825	31.775	31.492	31.876	27.444
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	23.752	31.678	31.403	31.813	27.342
Difference	73	97	89	63	102
Patienter, der har søgt behandling	7.335	9.216	10.332	10.846	10.044
Heraf behandlet i Region Nordjylland	7.312	9.182	10.301	10.830	10.014
Difference	23	34	31	16	30

22.11 Kirurgi

I specialet kirurgi er der en samlet kapacitet på 3 fuldtidsydernumre, der geografisk fordeler sig som illustreret på nedenstående kort.



Nedenstående tabel 29 viser meget store variationer mellem regionerne i forhold til antal borgere pr. aktivt ydernummer.

Tabel 29: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region	Region	Region	Region	Region	Landsgennemsnit.
Nordjylland	Midtjylland	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	
193.780	213.245	48.780	90.970	301.028	97.237

En stor del af ydernumrene i specialet kirurgi er deltids- og overlægeydernumre. Dette forklarer noget af variationen mellem regionerne, idet nogle regioner (som Region Nordjylland) udelukkende eller stort set udelukkende har fuldtidsydernumre, mens andre har en forholdsvis stor andel deltidsydernumre, jf. afsnit 1.

Nedenstående tabel viser, at aktiviteten indenfor specialet kirurgi er forholdsvis stabilt. Fra 2010 – 2013 steg antal ydelser, for så at falde igen i perioden 2013/12 - 2014/11. Antal patienter har i hele perioden ligget meget stabilt.

Tabel 30: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	23.452	25.671	26.123	27.583	24.496
Antal patienter	5.617	5.907	5.542	5.527	5.277
Ydelser i alt, indeks	100	109	111	118	104
Antal patienter, indeks	100	105	99	98	94
Ydelser i gns. pr. ydernummer	7.817	8.557	8.708	9.194	8.165
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	1.872	1.969	1.847	1.842	1.812

Tabel 31: Borgernes forbrug af kirurgiske ydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	23.567	25.882	26.386	27.937	24.827
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	23.077	25.347	25.843	27.421	24.323
Difference	490	535	543	516	504
Patienter, der har søgt behandling	5.644	5.955	5.588	5.577	5.351
Heraf behandlet i Region Nordjylland	5.532	5.822	5.469	5.448	5.227
Difference	112	133	119	129	124

De nordjyske borgeres søgning mod andre regioner er minimal, som det fremgår nedenfor. I øvrigt afspejler borgernes forbrug af kirurgiske ydelser den aktivitetsstigning, der har fundet sted hos speciallægerne.

22.12 Intern medicin

I praksissammenhæng arbejdes der fortsat med begrebet grenspecialer indenfor specialet intern medicin.

Således er der i Region Nordjylland aktive ydernumre indenfor grenspecialerne:

- Kardiologi – 1 fuldtidsydernummer
- Endokrinologi – 1 deltidsydernummer

Regionen har ét ledigt overlægeydernummer i grenspecialet hæmatologi (blodsygdomme). Det anbefales jf. planens afsnit 7, at ydernummeret nedlægges.

I tilfælde af praksisoverdragelse skal speciallægen som udgangspunkt søge praksis overdraget i overensstemmelse med praksisplanens retningslinjer for specialisering. Overlægepraksis kan dog ikke overdrages.

Deltidspraksissen i endokrinologi er beliggende i Aalborg. Fuldtidsydernummeret indenfor kardiologi er placeret i Brevst, men speciallægen har siden 1. januar 2013 haft en særskilt § 64, stk. 2 aftale, der har muliggjort, at han har kunnet drive klinik på to særskilte adresser; dels en klinik i Brevst hvortil ydernummeret er tilknyttet, og dels en klinik i Aalborg.

I statistiksammenhæng behandles alle intern medicinske ydere typisk under ét uanset deres eventuelle grenspecialisering. Specialet er endvidere præget af en meget høj andel af overlæge- og deltidsydere. Derfor skal nedenstående tabel læses med forbehold. Størstedelen af ydernumrene på landsplan er beliggende i Region Hovedstaden.

Tabel 32: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Landsgennemsnit.
290.670	213.245	53.214	818.733	301.028	122.603

Den nordjyske aktivitet indenfor specialet intern medicin er været svingende, jf. tabel 33. Der leveres således færre årlige ydelser totalt set, men patienttallet er kraftig stigende. Stigningen i patienttallet skyldes ændringen i 2011 af ydernummer i kardiologi fra et deltidsydernummer til et fuldtidsydernummer jf. ovenstående afsnit. Den store forskel i antal ydelser der er leveret i 2010 og i de efterfølgende år er, at en tidligere yder der stoppede med praksis pr. 31. december 2010 havde en ydelsesstruktur med et meget højt antal ydelser på relativt få patienter. Det vurderes altså at faldet i antal ydelser ikke skal ses om et fald i aktivitet i specialet, men udelukkende at tallene fra 2010 er en anormalitet.

Ydelser og patienter i gennemsnit pr. ydernummer er ikke medtaget i denne opgørelse, da specialet i perioden har haft et stort skifte mellem aktive fuldtids-, deltids og overlægeydernumre, hvorfor disse tal ikke ville være retvisende for udviklingen i specialet.

Tabel 33: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	10.457	7.672	7.256	8.530	9.591
Antal patienter	1.735	1.681	1.753	2.420	2.550
Ydelser i alt, indeks	100	73	69	82	92
Antal patienter, indeks	100	97	101	139	147

Der er en forholdsvis lille søgning mod andre regioner hos de nordjyske borgere, som det fremgår nedenfor. I øvrigt afspejler borgernes forbrug af intern medicinske ydelser den ændring i aktiviteten, der har fundet sted hos speciallægerne.

Tabel 34. Borgernes forbrug af intern medicinske ydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	11.744	9.359	8.435	10.164	10.702
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	10.268	7.596	7.158	8.505	9.560
Difference	1.476	1.763	1.277	1.659	1.142
Patienter, der har søgt behandling	1.891	1.844	1.879	2.556	2.642
Heraf behandlet i Region Nordjylland	1.723	1.673	1.743	2.413	2.540
Difference	168	171	136	143	102

22.13 Neurologi

I speciallægepraksis udgøres specialet neurologi i princippet af specialerne neurologi (neuromedicin) og neurokirurgi. På landsplan er der dog kun én praktiserende neurokirurg (deltidspraksis med praksis i Region Nordjylland), og specialerne behandles derfor normalt samlet.

Aktivitet

I Region Nordjylland er der en fuldtidspraktiserende neurolog med praksis beliggende i Aalborg samt én deltidspraktiserende neurokirurg med praksis beliggende i Nørresundby. Specialet har i mange år ikke haft et aktivt fuldtidsydernummer, den fuldtidspraktiserende neurolog med praksis i Aalborg startede op i august 2014.

Efter godkendelse i Regionsrådet, såvel som i Samarbejdsudvalg for Speciallæger, blev ledige deltidsydernumre i neurologi i slutningen af 2014 samlet til ét fuldtidsydernummer, som af rekrutteringsmæssige årsager blev placeret i Aalborg. Dette ydernummer er sat i opslag i januar 2015 og håbes besat i 2015.

Tabel 35. Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Lands gennemsnit.
290.670	182.781	103.298	163.747	133.790	140.993

Tabel 35 viser, at det gennemsnitlige antal borgere pr. aktivt ydernummer i Region Nordjylland ligger noget højere end landsgennemsnittet. Såfremt det nye fuldtidsydernummer besættes vil der i Region Nordjylland være 193.780 borgere pr. aktivt ydernummer. Det skal bemærkes, at ydernummerstrukturen i specialet generelt er forskellig, hvorfor ovenstående tabel skal læses med forbehold.

Aktiviteten indenfor specialet neurologi har været nogenlunde stabil dog med et kraftigt fald i 2013. Dette skyldes sygdom og efterfølgende praksisophør hos den ene af de daværende to deltidspraksis. Antal ydelser og patienter forventes at stige fremadrettet med tilgang af 1 (evt. 2) fuldtidsydernummer.

Tabel 36: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	1.442	1.446	1.498	584	1.817
Antal patienter	854	879	883	381	916
Ydelser i alt, indeks	100	100	104	40	126
Antal patienter, indeks	100	103	103	45	107
Ydelser i gns. pr. ydernummer	721	723	749	292	909
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	427	440	442	191	458

Nedenstående tabel viser, at en stor andel af patienter, som opsøger praktiserende neurolog søger udenfor Region Nordjylland. Dette vurderes primært at skulle ses i ses i sammenhæng med manglen på fuldtidspraktiserende neurolog i regionen. I øvrigt afspejler borgernes forbrug af neurologiske ydelser den ændring i aktiviteten, der har fundet sted hos speciallægerne. Denne udvikling forventes forstærket i og med tallene alene indeholder aktivitet for fuldtidspraktiserende neurolog for 5 måneder i 2014, smat forventet tilgang af yderligere én fuldtidspraktiserende neurolog.

Tabel 37: Borgernes forbrug af neurologiydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	4.906	4.993	5.409	4.248	5.564
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	1.429	1.440	1.491	584	1.786
Difference	3.477	3.553	3.918	3.664	3.778
Patienter, der har søgt behandling	2.287	2.409	2.396	1.869	2.289
Heraf behandlet i Region Nordjylland	845	874	878	381	903
Difference	1.442	1.535	1.518	1.488	1.386

22.14 Reumatologi

Region Nordjylland har på nuværende tidspunkt alene én aktiv fuldtidsyder indenfor specialet reumatologi. Der er opstartet aktivitet i den pågældende praksis - som har beliggenhed i Aalborg - i september 2014.

Regionen har januar 2015 tildelt fuldtidsydernummer til endnu en speciallæge i reumatologi. Klinikken som placeres i Aalborg forventes opstartet i marts 2015.

Regionen har ét ledigt fuldtidsydernummer i reumatologi med placering i Frederikshavn

Regionen fik i august 2010 en ny fuldtidsyder, som dog på grund af sygdom lukkede i starten af 2013, hvilket er forklaringen på de store udsving, der sker i aktiviteten i nedenstående gennemgang af aktiviteten indenfor specialet.

Reumatologi er generelt et af de mindre praksisspecialer. Nedenstående tabel viser dog, at der er stor variation i speciallægedækningen indenfor specialet. Det bemærkes dog, at en ikke lille del af ydernumrene på landsplan er deltidsydernumre, hvilket der ikke er taget højde for i tabellen, hvorfor denne bør læses med forbehold, jf. i øvrigt bilagets afsnit 1.

Tabel 38: Borgere pr. aktivt ydernummer:

Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region vedstaden	Ho-	Region Sjælland	Region Danmark	Syd-	Landsgen-nemsnit.
581.340	426.489	51.649		204.683	172.016		115.096

Når det nye fuldtidsydernummer bliver aktivt, vil der være 290.670 borgere pr. ydernummer i Region Nordjylland.

Nedenstående tabel viser det meget store udsving i aktiviteten i reumatologisk speciallægepraksis: Udsvingene skyldes, at specialet i en periode ikke har været besat, forhold som er beskrevet i indledningen omkring specialet.

Tabel 39: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser i alt	5.604	17.305	12.426	117	470
Antal patienter	1.172	2.404	1.948	72	232
Ydelser i alt, indeks	100	309	222	2	8
Antal patienter, indeks	100	205	166	6	20

Der behandles mange patienter udenfor regionen, hvilket formentlig skyldes, at der i en længere periode har manglet en reumatologisk speciallæge i regionen. Tallet må derfor forventes at ændre sig betydeligt fra 2015 og frem grundet nye ydere.

Tabel 40: Borgernes forbrug af reumatologiydelser:

	2010	2011	2012	2013	2013/12 - 2014/11
Ydelser forbrugt af egne borgere	6.757	17.606	13.309	2.616	2.613
Heraf forbrugt i Region Nordjylland	5.391	16.630	11.935	113	468
Difference	1.366	976	1.374	2.503	2.145
Patienter, der har søgt behandling	1.323	2.434	2.072	489	572
Heraf behandlet i Region Nordjylland	1.129	2.310	1.874	69	231
Difference	194	124	198	420	341

23. Bilag 7: Afrapportering vedr. øjens- specialet og ØNH-specialet

Indholdsfortegnelse

1	Baggrund.....	179
2	Resumé af anbefalinger	180
2.1	Anbefalinger vedr. øjensspecialet.....	180
2.2	Anbefalinger vedr. ØNH-specialet	180
3	Øjensspecialet.....	181
3.1	Øjensspecialet i Region Nordjylland	181
3.2	Øjensspecialet på Aalborg Universitetshospital	182
3.3	Øjensspecialet på Sygehus Thy-Mors	182
3.4	Øjensspecialet i speciallægepraksis.....	183
3.5	Anbefalinger for den fremtidige organisering af øjensspecialet i Region Nordjylland	184
4	ØNH-specialet.....	187
4.1	ØNH-specialet i Region Nordjylland	187
4.2	ØNH-specialet på Aalborg Universitetshospital	188
4.3	ØNH-specialet på Sygehus Thy-Mors.....	188
4.4	ØNH-specialet i speciallægepraksis	189
5	Anbefalinger vedr. den fremtidige organisering af ØNH-specialet.....	191
5.1	ØNH-kirurgien	191
5.2	Audiologi	191
5.2.1	Implementering af ny organisering inden for audiologifunktionen.....	192

1. Baggrund

Som en del af processen omkring Plan for sygehuse og speciallægepraksis er det aftalt, at der skal ses på den eksisterende organisering inden for øre-næse-hals-specialet (ØNH) og øjensspecialet.

Såvel Sygehus Thy-Mors som Aalborg Universitetshospital har således i forbindelse med planprocessen for Plan for sygehuse og speciallægepraksis peget på, at der bør igangsættes en proces med henblik på at afdække eventuelle samarbejdsmuligheder inden for specialerne.

Formålet med gennemgangen er derfor at belyse samdriftsmuligheder og samarbejdsflader og i forlængelse heraf muligheder for øget samarbejde og ensretning af patientforløb på tværs af Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital.

Denne afrapportering gennemgår indledningsvist den fremtidige organisering af øjensspecialet og efterfølgende den fremtidige organisering af ØNH-specialet.

Afrapporteringen er udarbejdet af Administrationen i samarbejde med Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital.

2. Resumé af anbefalinger

I nedenstående er anbefalingerne fra processen vedrørende øjenspecialet og ØNH-specialet opsummeret.

Der gøres opmærksom på, at der for visse af anbefalingerne er behov for en nærmere analyse efterfølgende. Det har således ikke – inden for tidsfristen – været muligt at udrede og belyse alle elementer af anbefalingerne omkring de to specialer, herunder samarbejdsmulighederne mellem de to sygehuse.

2.1 Anbefalinger vedr. øjenspecialet

Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital anbefaler nedenstående omkring øjenspecialet:

- Der opretholdes aktivitet inden for øjenspecialet på begge sygehusenheder.
- Det faglige samarbejde bør intensiveres, og de kliniske retningslinjer bør ensrettes. Hensigten er at sikre ensretning af patientforløbene på tværs af sygehusenhederne.
- Vagtberedskaberne på de to sygehusenheder lægges sammen. Dette betyder konkret, at vagtberedskabet på Sygehus Thy-Mors nedlægges. Aalborg Universitetshospitals vagtberedskab inden for øjenspecialet dækker fremover hele Region Nordjylland.
- Mulighederne for fælles visitation bør undersøges.
- Mulighederne for og hensigtsmæssigheden af etablering af en garantiklinik på Sygehus Thy-Mors inden for øjenspecialet bør belyses.
- Det anbefales, at den nuværende ledelsesmæssige forankring af specialerne opretholdes, således at der også fremover er selvstændige ledelser for specialet på de to sygehusenheder. Det anbefales endvidere at denne konstellation evalueres ved årsskiftet 2016/2017 med henblik på at vurdere om den ønskede faglige ensretning og hensigtsmæssige udnyttelse af regionens kapacitet er opnået.
- Det anbefales at der snarest muligt etableres et trepartsudvalg inden for specialet. Hensigten er at sikre den rette koordinering mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehuse.

2.2 Anbefalinger vedr. ØNH-specialet

Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital anbefaler nedenstående omkring ØNH-specialet:

- Der opretholdes aktivitet på begge sygehusenheder.
- Det anbefales at aftalerne omkring den kirurgiske funktion inden for ØNH-specialet, som i dag varetages af eksterne konsulenter, og som finder sted på Sygehus Thy-Mors, opdateres til §64-aftaler og at der i den forbindelse sker en vurdering af det fremtidige aftalegrundlag.
- Audiologifunktionen samles under ledelse af Audiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital. Der igangsættes en proces, hvor den fremtidige organisering af audiologien skal beskrives nærmere. Hensigten er at indføre en ny organisering af audiologifunktionen, hvor lokale presbyacuseklinikker bliver et centralt element.

3. Øjenspecialet

Oftalmologi (øjenspecialet) omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme i øjne og synsbaner samt sygdomme i øjenhuler, tåreveje og ydre øjenomgivelser.

Specialet varetager både planlagt og akut diagnostik og behandling. Behandlingen kan både være medicinsk og kirurgisk.

Inden for øjenspecialet er der følgende hovedopgaver:

- Optiske brydningsfejl (refraktionsanomalier)
- Sygdomme i hornhinde (cornea) og bindehinde
- Grå stær (cataract) og andre sygdomme i linsen
- Grøn stær (glaukom)
- Sygdomme i nethinde og glaslegeme
- Sygdomme i regnbuehinde, strålelegme og årehinde (uvea)
- Skelen (strabismus)
- Sygdomme i det ydre øje, tåreveje og øjenhule.
- Ondartede lidelser i øje, øjenhule og øjenomgivelser (onkologi)
- Traumatologi og akutfunktioner
- Børneoftalmologi
- Neurooftalmologi
- Synshandicap

Størstedelen af aktiviteten inden for specialet foregår som planlagt behandling. Akutte og subakutte funktioner udgør dog en væsentlig del af indlæggelserne. Den stationære aktivitet er dog begrænset sammenlignet med den planlagte aktivitet inden for specialet.

Et stadigt stigende antal af de kirurgiske behandlinger inden for specialet udføres i lokal anæstesi i ambulant regi.

3.1 Øjenspecialet i Region Nordjylland

I Region Nordjylland er øjenspecialet fordelt på to sygehusenheder, Aalborg Universitetshospital og Sygehus Thy-Mors. Aalborg Universitetshospital varetager størstedelen af aktiviteten inden for specialet.

Tabel: Aktivitet inden for øjenspecialet i 2014 (antal patienter)

	Operationer		Ambulante besøg	
	Planlagte	Akutte	Planlagte	Akutte
Sygehus Thy-Mors	46	2	1.554	3
Aalborg Universitetshospital	166	44	4.244	259

Øjenspecialet er kendetegnet ved, at langt størstedelen af aktiviteten foregår som ambulante aktiviteter. På Aalborg Universitetshospital var der i 2014 cirka 230 stationære forløb, mens der på Sygehus Thy-Mors var cirka 30. Dette svarer til at ca. 5 pct. af operationerne kræver indlæggelse.

3.2 Øjenspecialet på Aalborg Universitetshospital

På Aalborg Universitetshospital har øjenspecialet selvstændig ledelse og indgår i Klinik Hoved-Orto. Øjenafdelingen varetager funktioner på hovedfunktionsniveau, og er herudover godkendt til at varetage alle regionsfunktioner inden for øjenspecialet. Afdelingen varetager på nuværende tidspunkt ikke højtspecialiserede funktioner.

Øjenafdelingen på Aalborg Universitetshospital varetager uddannelse af læger på alle niveauer, dvs. introduktionsstillinger, hoveduddannelsesstillinger samt subspecialisering af afdelingslæger.

Bemandingen inden for specialet er som det fremgår nedenfor:

- 1 ledende overlæge
- 1 professor
- 9 overlæger
- 7 afdelingslæger
- 10 læger i hoveduddannelse
- 4 læger i introduktionsstillinger

Der er døgndækket vagt inden for specialet på Aalborg Universitetshospital. Vagten er dækket som det fremgår nedenfor:

- Øjenspecialets forvagt har tilstedeværelsesvagt fra kl. 08 – 22 på hverdage. Specialets forvagter har vagt i tilstedeværelse fra kl. 8-14 på lørdage, søndage og helligdage, og boligvagt fra kl. 14-22 på lørdage, søndage og helligdage.
- Bagvagten er delt i to:
 - Overlæger har tilstedeværelsesvagt kl.08-16 og rådighedsvagt kl.16 – 08 på hverdage. På lørdage, søndage og helligdage har overlæger rådighedsvagt kl. 08 – 08.
 - Andre læger i bagvagt har tilstedeværelsesvagt fra kl. 8-16 med rådighedsvagt fra kl. 16-08 på hverdage og tilstedeværelsesvagt fra kl. 8-14 med rådighedsvagt fra kl. 14-8 på lørdage, søndage og helligdage.

3.3 Øjenspecialet på Sygehus Thy-Mors

På Sygehus Thy-Mors er der ikke selvstændig ledelse af øjenspecialet, som i stedet indgår i Klinik Kirurgi. Sygehuset varetager funktioner på hovedfunktionsniveau.

Sygehuset har ikke læger i hoveduddannelsesforløb, men varetager uddannelse af introduktionsstillinger.

Bemandingen inden for specialet er som det fremgår neden for:

- 1 overlæger
- 2 afdelingslæger
- 1 speciallæge ansat som konsulent

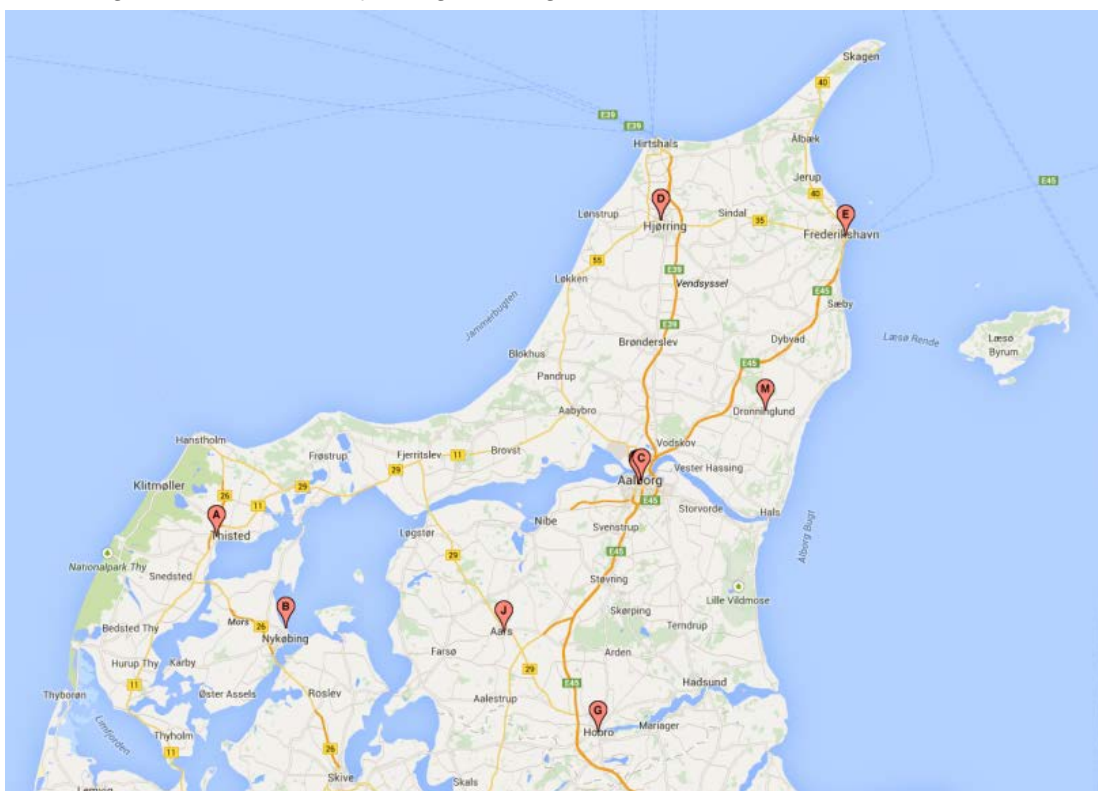
- 1 reservelæge i introduktionsforløb

Sygehus Thy-Mors har en selvstændig vagtfunktion, der dækkes i en rådighedsvagt.

3.4 Øjenspecialet i speciallægepraksis

Region Nordjylland har primo 2015 17 fuldtidsydernumre inden for øjenspecialet, hvoraf de 14 er aktive. Regionen har dermed 3 ledige fuldtidsydernumre – 2 i Brønderslev og 1 i Frederikshavn. Disse forventes besat i 2015.

Fordelingen af de enkelte øjenlæger fremgår af nedenstående kort.



Aktivitet i speciallægepraksis:

Aktiviteten på øjenlægeområdet har generelt været stigende i perioden, jf. nedenstående tabel. Det aktive antal ydernumre er faldet i samme periode, men det viser sig også, at det gennemsnitlige antal ydelser pr. ydernummer er stigende.

	2010	2011	2012	2013	2013/12 2014/11	-
Ydelser i alt	196.359	221.154	216.863	213.574	212.378	
Antal patienter	54.546	58.665	60.373	61.255	61.429	
Ydelser i alt, indeks	100	113	110	109	108	
Antal patienter, indeks	100	108	111	112	113	

Ydelser i gns. pr. ydernummer	12.272	13.822	13.554	14.238	15.170
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	3.409	3.667	3.773	4.084	4.388

Særlige aftaler i speciallægepraksis:

Regionen har som følge af praksislukning af to klinikker i Vendsyssel indgået en aftale med i alt 7 øjenlæger, som skal sikre uændret aktivitetsniveau i Vendsyssel, indtil de ledige ydernumre i området besættes. Denne aftale indeholder blandt andet en forøgelse af knækgrænsen samt tilladelse til at ansætte assisterende speciallæge.

Regionen har af forskellige årsager en række særaftaler med enkelte øjenlæger, herunder såkaldte fastholdelsesaftaler samt rekrutteringsaftaler. Disse er:

- Aftale med 1 øjenlæge vedrørende tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge.
- Aftaler vedrørende flere diagnostiske undersøgelser, der benyttes i relation til nogle af de store aldersrelaterede øjenlidelser. Konkret er der indgået aftale vedrørende nethindeundersøgelser og diagnosticering ved hjælp af OCT (optical coherence tomography) med 4 øjenlæger. Derudover er der med 1 øjenlæge indgået rekrutteringsaftale vedrørende HRT (Heidelberg retina tomography), CCT (central corneal thickness) og eksternafoto. De førstnævnte ydelser benyttes i forbindelse med kontrol og diagnostik ved grøn stær, mens eksternafoto benyttes i tilfælde, hvor der er behov for fotodokumentation af forandringer i patientens øjenomgivelser.
- Region Nordjylland har i forbindelse med regionsdannelsen fra det tidligere Viborg Amt overtaget én rammeaftale med særlige opsigelsesvilkår vedrørende behandling af grå stær samt efterstær med YAG-laser. Denne aftale omfatter desuden øvrige særlige vilkår.

Der er endvidere indgået en aftale med øjenklinikken i Dronninglund, der sikrer grundlaget for at der årligt kan gennemføres to årlige uddannelsesforløb i praksis.

3.5 anbefalinger for den fremtidige organisering af øjenspecialet i Region Nordjylland

Det vurderes, at der fortsat er behov for at øjenspecialet varetages på både Aalborg Universitetshospital og Sygehus Thy-Mors. Dette kan ske i to organisationsmodeller:

- Model 1, hvor der etableres fælles ledelse på tværs af sygehusenhederne, og hvor ledelsen forankres på Aalborg Universitetshospital.
- Model 2, hvor der på hver sygehusenhed er selvstændig ledelse, men hvor der arbejdes på tværs med henblik på at sikre blandt andet ensartet kvalitet.

På nuværende tidspunkt er der ikke et tæt samarbejde mellem sygehusene inden for øjenspecialet. Dette ses blandt andet ved, at der på tværs af afdelingerne ikke arbejdes efter ens retningslinjer, indikationer for operationer, patientvejledninger mv. Uanset hvilken model, der vælges, er der behov for at der sker en ensretning på tværs af sygehusene, og det vurderes, at dette vil være muligt uanset hvilken model, der vælges.

Det er sygehusenes vurdering, at en model med fælles ledelse vil give et godt udgangspunkt for at sikre koordineringen af aktiviteten inden for specialet, herunder sikre den nødvendige ensretning. Det er ligeledes vurderingen, at en fælles ledelse vil give et godt udgangspunkt for kvalitetsarbejdet samt arbejdet med at ensrette patientforløbene. Disse elementer kan dog også opnås i en model med to selvstændige ledelser, så længe det rette niveau for koordination sikres.

En model med fælles ledelse vil derimod stille større krav til koordination mellem øjenspecialet og de øvrige specialer på Sygehus Thy-Mors, idet øjenspecialet på Sygehus Thy-Mors da ikke vil være underlagt samme ledelse, som de øvrige specialer. Det kan gøre koordineringen med disse specialer mere besværlig end i en model, hvor alle specialer på samme matrikel er underlagt samme ledelse.

Ved fælles ledelse kan der være et bedre udgangspunkt for at placere specialiserede funktioner på Sygehus Thy-Mors, idet afdelingernes aktivitet lægges sammen. Dette kan være relevant i forhold til behandling af AMD-behandling²¹, som i dag er en udviklingsfunktion, men som vurderes at blive en regionsfunktion i næstkommende specialeplan. En eventuel udlægning af regionsfunktionsaktivitet til Sygehus Thy-Mors kan eventuelt også ske i en model med to ledelser, men det vil i så fald kræve en formaliseret samarbejdsaftale. En afgørende forudsætning herfor vil under alle omstændigheder - være, at patientunderlaget er til stede, ligesom de faglige kompetencer skal være til stede på sygehuset.

På den anden side skal det understreges, at såfremt Sygehus Thy-Mors fremover skal have en profil, hvor aktiviteten primært består af funktioner på hovedfunktionsniveau, da er denne fordel i relation til eventuel regionsfunktionsaktivitet på Sygehus Thy-Mors ikke relevant.

I en model med fælles ledelse kan der opstå spild, idet sundhedspersonalet kan risikere at bruge unødvendig tid på landevejene, hvormed personaleressourcerne ikke udnyttes optimalt. Såfremt der vælges en model med fælles ledelse, bør dette i videst muligt omfang undgås. Der er på den anden side eksempler på, at organisering omkring Aalborg Universitetshospital giver bedre muligheder for rekruttering.

Uanset ledelsesforhold, er det sygehusenes anbefaling, at der igangsættes en proces, hvor fælles visitation inden for specialet vurderes. Det anbefales endvidere, at det i samme proces undersøges, om det er hensigtsmæssigt at etablere en garantiklinik på Sygehus Thy-Mors inden for øjenspecialet, eventuelt blot udvalgte funktioner inden for øjenspecialet (f.eks. grå stær-operationer). Hensigten med begge initiativer er at skabe det bedst mulige udgangspunkt for den optimale anvendelse af regionens samlede kapacitet inden for specialet.

Denne garantiklinikfunktion medfører at sygehuset forpligter sig til at tilbyde funktioner inden for de gældende tidsfrister ift. især behandlingsretten på to måneder. Garantiklinikfunktionen skal gælde for hele Region Nordjylland, og hensigten er at udnytte sygehusets kapacitet til at sikre regionen et bedre udgangspunkt for at leve op til især behandlingsretten.

Garantiklinikkonceptet drøftes i øjeblikket på administrativt plan. Udgangspunktet er at udarbejde en regional beskrivelse af et generisk koncept for garantiklinikker. Dette koncept vil være inspireret af erfaringer fra de øvrige regioner, men blive tilpasset til forholdene i Region Nordjylland. En

²¹ AMD-behandling er behandling af aldersrelateret øjenforkalkning.

nærmere beskrivelse af garantiklinikkonceptet inden for øjenspecialet kan udarbejdes når koncept-forarbejdet er færdiggjort.

Med udgangspunkt i ovenstående anbefaler sygehusene følgende omkring den fremtidige organisering af øjenspecialet i Region Nordjylland:

- Aktiviteten inden for øjenspecialet opretholdes på begge sygehusenheder
- Det faglige samarbejde mellem de to sygehusenheder intensiveres med henblik på at ensrette kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser
- Der indgås samarbejde omkring vagtdækningen, således at den nuværende vagtdækning på Sygehus Thy-Mors afvikles og således at Aalborg Universitetshospitals vagtdækning fremover dækker hele Region Nordjylland.
- Der opretholdes selvstændig ledelse af specialet på hver sygehusenhed. Organiseringen evalueres ved årsskiftet 2016/2017 med henblik på at vurdere om den ønskede faglige ensretning og hensigtsmæssige udnyttelse af regionens kapacitet er opnået.
- Der igangsættes en proces, hvor fordele og ulemper ved fælles visitation inden for specialet afdækkes. Det skal i denne proces ligeledes afdækkes, om det kan være hensigtsmæssigt at etablere en garantiklinik på Sygehus Thy-Mors inden for øjenspecialet. Hensigten er at sikre den bedst mulige udnyttelse af regionens samlede aktivitet.
- Det anbefales at der snarest muligt etableres et trepartsudvalg inden for specialet. Hensigten er at sikre den rette koordinering mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehuse.

4. ØNH-specialet

Oto-rhino-laryngologi (Øre-næse-hals-specialet) omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, medfødte sygdomme samt skader i områderne ører, næse, bihuler, mundhule, spytkirtler, svælg, strube, hals og ansigt²².

I ØNH-specialet er der følgende hovedopgaver:

- Audiologi og vestibulologi: Hørenedsættelse og balanceforstyrrelser
- Otokirurgi i ydre øre, øregang, trommehinde, mellemøre, indre øre og tindingeben
- Rhinologi i næse og bihuler
- Laryngologi omfattende sygdomme i struben herunder stemmelidelser
- Hoved-halskirurgi

Opgaverne omfatter akut og planlagt diagnostik og behandling, som kan være både kirurgisk – herunder åben og/eller minimal invasiv som f.eks. endoskopi – og medicinsk.

Medicinsk audiologi er et fagområde inden for øjenspecialet. Det medicinske audiologiske fagområde omfatter diagnostik, ikke-kirurgisk behandling og rehabilitering af børn og voksne med hørenedsættelse, tinnitus, hyperakuse og i begrænset omfang balanceforstyrrelser. Endvidere er fagområdet involveret i forebyggelse og tidlig opsporing af hørenedsættelse herunder screening af nyfødte for hørenedsættelse.

Fagområdet varetages på de audiologiske afdelinger på sygehusene. De audiologiske afdelinger/afsnit har udelukkende planlagt, ambulant funktion. Der er audiologiske funktioner i alle landets regioner. Visse elektrofysiologiske undersøgelser foretages kun på enkelte universitetsafdelinger ligesom udredning og behandling af småbørn er delvist centraliseret.

4.1 ØNH-specialet i Region Nordjylland

I Region Nordjylland varetages ØNH-specialet i dag på Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital. Derudover er der en væsentlig aktivitet inden for ØNH-specialet, som varetages i speciallægepraksis.

Langt størstedelen af aktiviteten i ØNH-specialet er elektiv aktivitet. I 2014 blev ca. 8-9 pct. af operationerne på Aalborg Universitetshospital foretaget akut, mens der ikke fandt akut aktivitet sted på Sygehus Thy-Mors.

Tabel: Operationer og ambulante besøg i 2014 (antal patienter)

	Operationer		Ambulante besøg	
	Planlagte	Akutte	Planlagte	Akutte
Sygehus Thy-Mors	166	0	1.055	0
Aalborg Universitetshospital	1.885	611	7.341	625

²² Sundhedsstyrelsens specialevejledning for orto-rhino-laryngologi (SST, december 2014)

4.2 ØNH-specialet på Aalborg Universitetshospital

Øre-næse-hals-kirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital varetager funktioner på hoved-funktionsniveau og regionsfunktionsniveau. Derudover varetager afdelingen også en væsentlige del af de højt specialiserede funktioner.

ØNH-specialet på Aalborg Universitetshospital er organiseret med selvstændig ledelse i Klinik Hoved-Orto. Specialet varetager uddannelse af læger på alle niveauer.

ØNH-afdelingen råder over 8 ambulatoriestuer og 4 operationsstuer.

Der er ansat 15 speciallæger og 12 uddannelsessøgende læger. Derudover er der ansat 36 sygeplejersker og 32 fra andre personalegrupper.

I 2014 blev der foretaget i alt 3.121 operationer, hvoraf 1.388 operationer var på indlagte patienter og 1.773 operationer var sammedagskirurgiske operationer.

Audiologisk Afsnit/Høreklubben varetager diagnostik og behandling af hørelsen samt tilpasning af høreapparater. Audiologisk afsnit, Aalborg Universitetshospital foretager et spektrum af avancerede audiologiske undersøgelser og har det nyeste udstyr på området. Der varetages både udredning og behandling af både børn samt voksne. Der udføres forskellige avancerede undersøgelser på afdelingen, herunder Automatisk Hjernestammeaudiometri (AABR), Otoakustiske emissioner (OAE), Hjernestammeaudiometri (ABR), Tympanometri ("Wide Band Tympanometry") samt almindelige høreprøver (audiometri) hos både børn samt voksne. Desuden udføres avancerede undersøgelser af det indre øres funktion, herunder svimmelhedsundersøgelser på højt specialiseret niveau.

Audiologisk Afdeling/Høreklubben er beliggende uden for Aalborg Universitetshospitals hovedmatrikler, på Havrevangen i Aalborg.

Audiologisk Afdeling/Høreklubben har følgende bemanding:

- 2 overlæger
- 2 afdelingslæger på audiologisk afsnit
- 1-2 reservelæger under uddannelse (pr. halvår)
- 9 audiologiassistenter
- 4 propteknikere

3 ud af de fire overlæger/afdelingslæger er medicinske audiologer²³.

4.3 ØNH-specialet på Sygehus Thy-Mors

På Sygehus Thy-Mors er ledelsen af øre-næse-hals-specialet forankret ledelsesmæssigt i Klinik Kirurgi, men specialet har ingen selvstændig ledelse.

²³ Den grundlæggende kompetence i medicinsk audiologi erhverves i speciallægeuddannelsen i oto-rhino-laryngologi, hvori der indgår 5 måneders funktion i en audiologisk afdeling/høreklubben og teoretisk kursus i fagområdet. Den videre kliniske og teoretiske kompetence i medicinsk audiologi erhverves efter speciallægeanerkendelsen gennem funktion i en audiologisk afdeling/høreklubben.

Den kirurgiske del af specialet varetages på Sygehus Thy-Mors på konsulentbasis, og udføres af praktiserende speciallæger, som også driver ØNH-klinikken i Thisted. Der udføres forundersøgelser, operationer samt tilsyn under indlæggelse og udskrivelse. Aftalen garanterer konsulenterne 30 årlige operationsdage, og kan først opsiges i 2018.

Aktiviteten består af forskellige operationer på hovedfunktionsniveau. Patienter under 2 år opereres ikke på Sygehus Thy-Mors.

Audiologifunktionen varetages af Sygehus Thy-Mors, og den primære aktivitet består af udlevering af høreapparater med tilhørende audiologiske undersøgelser. På Sygehus Thy-Mors er "optikermodellen" implementeret, hvor ca. 1/3 af alle patienter tilses af en audiolog. De øvrige patienter bliver undersøgt og får eventuelt udleveret høreapparat uden kontakt til audiolog.

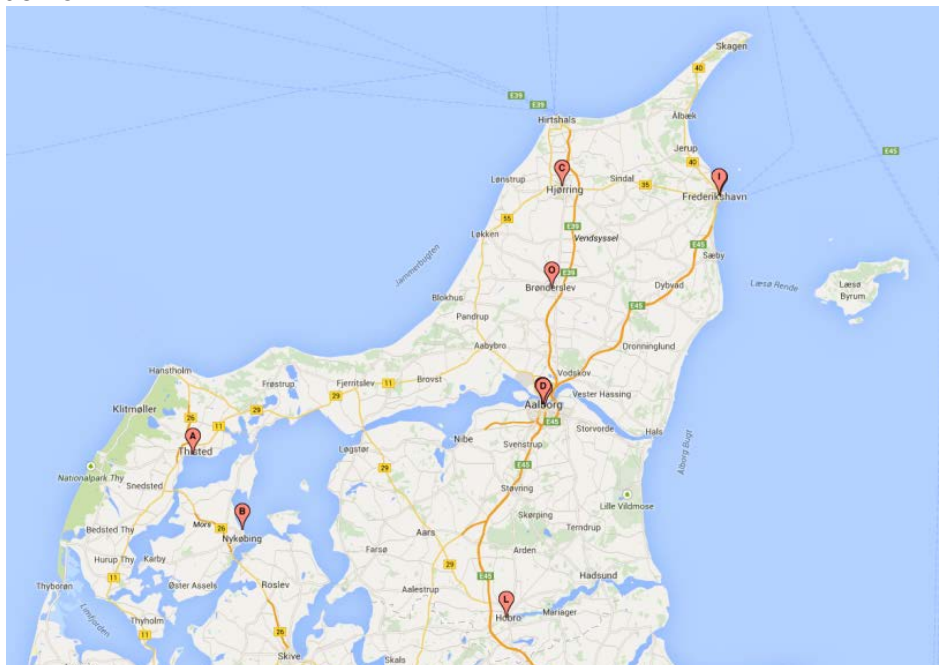
Bemandingen ved audiologifunktionen er således:

- 2 audiologiasistenter
- 1 hørevejleder

4.4 ØNH-specialet i speciallægepraksis

ØNH-specialet er karakteriseret ved en stor aktivitet i speciallægepraksis.

I Region Nordjylland er der i alt 14 aktive fuldtidsydernumre. Hertil kommer et ledigt ydernummer med placering i Brovst. Fordelingen af ydernumrene i den nordjyske region fremgår på kortet nedenfor.



Aktivitet i speciallægepraksis

Nedenstående tabel giver et overblik over den gennemsnitlige aktivitet pr. ydernummer i årene 2010-2014. Tabellen viser, at aktiviteten hos ØNH-lægerne er svingende fra år til år. Især bemærkes et fald i både antal ydelser og antal patienter fra 2012 til 2013, hvorefter der igen er sket en stigning i perioden december 2013 til november 2014.

Tabel 3: Aktivitet total og pr. ydernummer:

	2010	2011	2012	2013	Dec./2013 – Nov./2014
Ydelser i alt	299.905	313.615	298.657	289.398	301.418
Antal patienter	55.939	57.639	55.624	52.015	53.011
Ydelser i alt, indeks	100	105	100	96	101
Antal patienter, indeks	100	103	99	93	95
Ydelser i gns. pr. ydernummer	21.422	22.401	21.333	20.671	21.530
Antal patienter i gns. pr. ydernummer	3.996	4.117	3.973	3.715	3.787

De praktiserende ØNH-læger har i perioden december 2013 til og med november 2014 i alt leveret 301.418 ydelser, hvilket svarer til en gennemsnitlig aktivitet på 21.530 ydelser pr. ydernummer fordelt på gennemsnitligt 3.787 patienter.

Særlige aftaler i speciallægepraksis:

Der er ud fra rekrutteringsmæssige hensyn i et af regionens yderområder indgået aftaler vedrørende allergivaccination og høreapparatbehandling.

Der er endvidere indgået en aftale om praksisophold for speciallæger i hoveduddannelsesforløb med en ØNH-klinik i Aalborg. Aftalen sikrer grundlaget for, at der hvert år kan gennemføres to halvårige uddannelsesforløb i praksis.

5. Anbefalinger vedr. den fremtidige organisering af ØNH-specialet

Sygehus Thy-Mors og Aalborg Universitetshospital anerkender samlet, at der fremover fortsat er behov for at ØNH-specialet varetages på begge sygehusenheder.

5.1 ØNH-kirurgien

Den nuværende konsulentaftale vedr. ØNH-kirurgien, som udføres på Sygehus Thy-Mors er udarbejdet i et ældre aftale-koncept. Det anbefales at aftalerne opdateres til §64-aftaler og at der i den forbindelse sker en vurdering af det fremtidige aftalegrundlag.

5.2 Audiologi

Det vurderes, at mere end 500.000 borgere i Danmark har hørenedsættelse i et sådant omfang, at de vil have gavn af høreapparatbehandling. Prævalensen er stigende med stigende alder, og blandt 75-85-årige oplever 30 % hørevanskeligheder.

Det audiologiske område oplever på nuværende tidspunkt et stigende antal henvisninger. Ventetiden er medio marts 2015 ca. 30 uger på Sygehus Thy-Mors og ca. 40 uger på Aalborg Universitetshospital. Der er på tværs af landet generelt lange ventetider på udlevering af høreapparater, men generelt er Region Nordjylland blandt de regioner med længst ventetid.

Erfaringer fra andre regioner viser, at etableringen af såkaldte presbyacuseklinikker kan medvirke til at nedbringe ventetiden, idet de kan medvirke til at reducere antallet af lægekonsultationer og dermed gøre patientforløbene mere effektive samt øge den samlede kapacitet.

En presbyacuseklinik behandler patienter som enten har en aldersbetinget hørenedsættelse eller som skal have fornyet høreapparaterne og dermed tidligere er undersøgt af speciallæge i audiologi. I et setup, hvor audiologien er organiseret med presbyacuseklinikker, vil den (lokale) praktiserende speciallæge i øre-næse-halssygdomme henvise patienten til Audiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital. Her vil patienterne blive visiteret. Erfaringer viser at cirka 2/3 af patienterne kan henvises direkte til undersøgelse og behandling på den nærmeste presbyacuseklinik. Hvis speciallægen i audiologi skønner behov for specialudredning indkaldes patienten til undersøgelse Aalborg Universitetshospital. Efter endt undersøgelse kan behandlingen i mange tilfælde overgå til den lokale presbyacuseklinik.

Fordelen ved presbyacuseklinikker er at behandlingen kan foregå lokalt i regionen og at klinikkerne udelukkende skal betjenes af audiologiassistenter. Denne organisering giver således mulighed for opgaveglidning til audiologiassistenter og samtidig sikres der en ensretning af patientforløbene.

Det vurderes, at der vil være behov for fire presbyacuseklinikker i Region Nordjylland.

Der er tale om en sygehusfunktion, som har karakter af "stand-alone"-funktion. Den geografiske placering bør ske med hensyntagen til befolkningstæthed og kørselsafstande, f.eks. i Thisted/Nykøbing, Aalborg, Hjørring og Hobro.

Det anbefales at alle presbyacuseklinikker forankres ledelsesmæssigt i Audiologisk Afdeling, Øre-næse-hals Specialet, Aalborg Universitetshospital. Dette vil sikre et ensartet tilbud til regionens borgere både i forhold til lægefaglighed og ventetider. Forventningen er desuden at rekruttering til specialet vil blive lettere.

Audiologifunktionen på Sygehus Thy-Mors anbefales derfor lagt ind under Audiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital og funktionen anbefales omdannet til en presbyacuseklinik efter samme model, som det anbefales generelt i Region Nordjylland.

5.2.1 Implementering af ny organisering inden for audiologifunktionen

Sygehusene anbefaler at der udarbejdes en implementeringsplan for indførslen af den nye organisering af audiologifunktionen. Det anbefales at alle involverede sygehusenheder deltager i udarbejdelsen heraf.

Implementeringsplanen skal beskrives det konkrete setup for den nye organisering, samt afdække finansiering, visitation m.v. Implementeringsplanen skal desuden beskrive en overgangsordning for det nuværende personale ved audiologifunktionen på Sygehus Thy-Mors.

24. Bilag 8: Afrapportering vedr. kirurgien

Indholdsfortegnelse

1	Baggrund.....	194
2	Kommissorium for arbejdet.....	195
3	Resumé af arbejdsgruppens anbefalinger	197
4	Kirurgien.....	199
4.1	Kirurgien i Region Nordjylland	199
4.1.1	Ventetider til operationer og forundersøgelser inden for kirurgien.....	200
4.2	Kirurgien på Sygehus Thy-Mors	201
4.3	Kirurgien på Aalborg Universitetshospital	202
4.4	Kirurgien på Sygehus Vendsyssel	203
5	Den fremtidige kirurgiske profil på de tre sygehusenheder	205
5.1	Sygehus Thy-Mors	205
5.1.1	Sygehus Vendsyssel	206
5.1.2	Aalborg Universitetshospital	206
5.2	Den akutte kirurgi i akutmodtagelserne.....	207
6	Kræftkirurgien.....	208
6.1	Rammer for organisering af kræftkirurgien i Region Nordjylland.....	208
6.2	Mammakirurgien.....	209
6.3	Coloncancerkirurgien.....	210
6.3.1	Samarbejdet inden for coloncancerkirurgien.....	212
6.4	Øvrig kræftkirurgi.....	213

1. Baggrund

I høringsversion af Plan for sygehuse og speciallægepraksis fremgår det, at der i høringsperioden skal udarbejdes en kort gennemgang af kirurgien, herunder særligt kræftkirurgien.

Nærværende afrapportering rummer den omtalte gennemgang, og afrapporteringen indgår om en del af høringsmaterialet til Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

Gennemgangen er udarbejdet i marts-april 2015. Der vil – grundet den korte proces – være behov for at beskrive visse elementer nærmere i en efterfølgende proces.

2. Kommissorium for arbejdet

I høringsversionen til Plan for sygehuse og speciallægepraksis fremgår det, at der i høringsperioden skal igangsættes en proces, hvor den fremtidige funktionsfordeling inden for kirurgien beskrives. Fokus vil primært være på kræftkirurgien, men øvrige abdominalkirurgiske funktioner vil også blive vurderet, herunder mulighederne for at opbygge stærke faglige abdominalkirurgiske enheder i Nordjylland.

Denne proces forankres i en faglig arbejdsgruppe, og nærværende kommissorium beskriver rammerne for gruppens arbejde.

Sammensætning og formandskab:

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra de tre sygehusenheder samt repræsentanter fra Administrationen.

Cheflæge Per Sabro Nielsen, Sygehus Vendsyssel er udpeget som formand for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens sammensættes således:

- 2 repræsentanter fra Sygehus Vendsyssel
 - Klinikchef Niels Gyldholm
 - Viceklinikchef Nina Wensel
- 2 repræsentanter fra Sygehus Thy-Mors
 - Cheflæge Hans-Ole Holdgaard
 - Klinikchef Hans-Christian Læssøe Madsen
- 2 repræsentanter fra Aalborg Universitetshospital
 - Klinikchef Per Gandrup
 - Specialeansvarlig overlæge Frank Svendsen Jensen
- 1 repræsentant fra Administrationen
 - Planlægningschef Jacob Bertramsen

Sygehusene bedes i udpegningen sikre både ledelsesmæssig og faglig repræsentation. Arbejdsgruppens medlemmer bør være forberedt på at, der vil være behov for en konkret indsats – også udover arbejdsgruppens møder.

Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Sundhedsplanlægning, Patientdialog og Kvalitet (Specialkonsulent Malene Møller Nielsen).

Arbejdsgruppen skal udarbejde en afrapportering til Direktionen. Afrapporteringen vil indgå som en del af høringsmaterialet til Plan for sygehuse og speciallægepraksis.

Arbejdsgruppens opgaver:

Arbejdsgruppen har følgende opgavesæt:

- Der skal udarbejdes en oversigt over de nuværende kirurgiske funktioner på regionens sygehuse.
- Der skal udarbejdes et forslag til fremtidig fordeling af funktionerne inden for kræftkirurgi.

- Der skal udarbejdes et forslag til fremtidig fordeling af de kirurgiske funktioner. Dette skal ske med udgangspunkt i en vurdering af, hvordan der sikres robuste og fagligt stærke abdominal-kirurgiske enheder i Region Nordjylland.
- Der skal udarbejdes en beskrivelse af, hvad der skal til for at sikre bæredygtige og fremtidssikrede faglige miljøer inden for kirurgien i regionen, herunder hvordan samarbejdet mellem miljøerne skal være.
- Der skal udarbejdes et forslag til, hvordan den akutte kirurgi i regionens akutmodtagelser bedst muligt dækkes, herunder hvordan vagtberedskaberne bør være.

Funktionsfordelingen skal beskrives inden for den sygehusstruktur, der beskrives i høringsversion af Plan for sygehuse og speciallægepraksis, samt under hensyntagen til Nyt Aalborg Universitetshospital. Arbejdsgruppen skal desuden tage højde for de omlægninger af aktiviteten, der forventes inden for de kirurgiske specialer, ligesom der ligeledes skal tages højde for den forventede faglige udvikling for specialer og funktioner.

Den fremtidige fordeling af kræftkirurgien skal desuden ske inden for rammerne af de nationale kræftplaner samt den regionale kræftplan.

Eftersom Klinikforum drøfter arbejdsgruppens kommissorium på møde den 24. marts, kan der komme ændringer til kommissoriet, herunder arbejdsgruppens opgavesæt.

Tidsplan:

Eftersom arbejdsgruppens afrapportering skal indgå i høringsmaterialet til Plan for sygehuse og speciallægepraksis, skal arbejdsgruppen have færdiggjort sit arbejde inden 1. maj 2015. Der bliver med andre ord tale om en komprimeret proces.

Såfremt det ikke er muligt at beskrive alle elementer inden for den angivne tidsramme, bør det omtales i afrapporteringen.

3. Resumé af arbejdsgruppens anbefalinger

Med udgangspunkt i kommissoriet, har arbejdsgruppen udarbejdet nedenstående anbefalinger:

Der skal udarbejdes en beskrivelse af, hvad der skal til for at sikre bæredygtige og fremtidssikrede faglige miljøer inden for kirurgien i regionen, herunder hvordan samarbejdet mellem miljøerne skal være.

Overordnet set er arbejdsgruppen enige om, at følgende elementer er af afgørende betydning for at sikre et solidt fagligt miljø:

- En robust speciallægedækning, som giver gode rammer dels for varetagelsen af de forskellige kirurgiske funktioner, men også gode rammer for supervision og uddannelse.
- En samlet kirurgisk aktivitetsprofil, der giver mulighed for at opretholde de nødvendige kompetencer for at varetage funktionerne på et højt, fagligt niveau, herunder leve op til specialeplanens krav til regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner.
- Et aktivt forskningsmiljø i samarbejde med regionens øvrige sygehuse.
- Et velfungerende fagligt samarbejde mellem regionens kirurgiske enheder med henblik på fælles faglige retningslinjer, samarbejde omkring oplæring og uddannelse af læger, udveksling af personale m.v.

Anbefalinger vedrørende den fremtidige fordeling af funktionerne inden for kræftkirurgi.

- Arbejdsgruppen foreslår, at mammakirurgien samles på Aalborg Universitetshospital. Arbejdsgruppen foreslår en trinvis samling i planperioden. For at sikre det faglige miljø omkring onkoplastisk kirurgi, opstartes et fagligt samarbejde mellem Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital herom. En gradvis samling er en forudsætning for at opretholde det faglige miljø på begge matrikler.
- Arbejdsgruppen foreslår, at coloncancerkirurgien fremover samles på to matrikler – på Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital. Arbejdsgruppens anbefaling sker under hensyntagen til elementerne i høringsversion af Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Arbejdsgruppen foreslår, at samarbejdet mellem de to sygehusenheder intensiveres i planperioden for dermed at styrke de faglige miljøer.
 - Arbejdsgruppen indstiller, at der sker en samling af coloncancerkirurgien på én matrikel i regionen efter etablering af Nyt Aalborg Universitetshospital, dvs. om 5-7 år.
 - Flytning af coloncancerkirurgien fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital bør ske umiddelbart efter den politiske behandling af Plan for sygehuse og speciallægepraksis (Såfremt dette planelement indgår i den endelige plan). Aalborg Universitetshospital og Sygehus Thy-Mors har udarbejdet en plan for håndtering af såvel planlagte som akutte coloncanceroperationer, som kan træde i kraft såfremt beslutning om flytning af coloncanceroperationer træffes.
- Arbejdsgruppen har ikke formuleret anbefalinger for de øvrige typer af kræftkirurgi (rectumcancer, prostatacancer, blærecancer).

Anbefalinger vedrørende den fremtidige fordeling af de kirurgiske funktioner – med udgangspunkt i en vurdering af, hvordan der sikres robuste og fagligt stærke abdominalkirurgiske enheder i Region Nordjylland.

- Aalborg Universitetshospital: Hospitalet skal også fremover varetage de mest specialiserede funktioner inden for kirurgien – såvel planlagt som akut. Mammakirurgien og på sigt også coloncancerkirurgien skal samles på hospitalet. Hospitalet skal samarbejde med de øvrige sygehuse omkring den øvrige del af disse kræftforløb. Hospitalet skal desuden støtte op om den planlagte styrkelse af Sygehus Vendsyssel inden for kirurgien.
- Sygehus Vendsyssel: Sygehuset skal fortsat fungere som stærkt regionalsygehus, hvor der foregår såvel akut som planlagt kirurgi. Den kirurgiske profil ønskes styrket ved at udvide inden for hernieoperationer (ventral-hernier) og operationer af gigant-hernier.
- Sygehus Thy-Mors: Skal fremover fungere som garantiklinik inden for en række operationer og forundersøgelser på hovedfunktionsniveau. Hensigten er at udnytte sygehusets kapacitet på det kirurgiske område på en fleksibel måde samt at bidrage til at regionen samlet set kan leve op til eksempelvis udredningsretten.

Anbefalinger vedrørende dækning af den akutte kirurgi i regionens akutmodtagelser, herunder hvordan vagtberedskaberne bør være

- Det er arbejdsgruppens vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt at afvente udarbejdelsen af anbefalinger om varetagelsen af den akutte kirurgi i akutmodtagelserne. Dette bør ske i forbindelse med den planlagte opdatering af regionens koncept for akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Den akutte kirurgi i regionens akutmodtagelser bør således ses i sammenhæng med et samlet syn på driften af akutmodtagelserne på de tre akutsygehuse i regionen, herunder eventuelle variationer over de tre akutmodtagelser afhængig af akutsygehusets samlede opgaveportefølje og patient-casemix.

4. Kirurgien

Kirurgi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i fordøjelsessystemet, lever, galdeveje, bugspytkirtel, milt, bugvæg, bryster og endokrine kirtler, hvor et kirurgisk indgreb kan blive et led i behandlingen.

Specialet Kirurgi er opdelt i en række fagområder:

- Kolorektal
- Spiserør/mavesæk
- Børnekirurgi
- Mammakirurgi
- Lever, bugspyt og galdeveje
- Generel – akut kirurgi.

Kirurgien omfatter såvel planlagt som akut aktivitet. De akutte indlæggelser udgør 70-80 % af alle indlæggelser inden for kirurgien. Gennem de seneste år har der været fokus på at omlægge aktiviteten fra kirurgi under indlæggelse til dagkirurgi samt fokus på udvikling af mindre invasiv-kirurgi. Dette har betydet, at mange kirurgiske indgreb i dag kan varetages som dagkirurgi.

4.1 Kirurgien i Region Nordjylland

I Region Nordjylland er kirurgien fordelt på alle tre sygehusenheder med aktivitet på flere matrikler. Nedenstående tabel omfatter en opgørelse af aktiviteten inden for kirurgien. Der skelnes mellem operationer, kikkertundersøgelser samt ambulante besøg (inkl. forundersøgelser). Opgørelsen er fordelt på sygehusenhederne og dækker årene 2011-2014. Den kirurgiske aktivitet på det tidligere Sygehus Himmerland er indregnet i Aalborg Universitetshospitals aktivitet, idet Aalborg Universitetshospital også før sammenlægningen, havde ansvaret for de kirurgiske afsnit på Sygehus Himmerland.

Tabel 1: Kirurgisk aktivitet fordelt på sygehusenheder i 2013 og 2014

Sygehusenhed	Aktivitetstype	2013	2014
Sygehus Thy-Mors	Operationer	948	1.028
	Kikkertundersøgelser	4.731	5.589
	Ambulante besøg	9.710	10.381
Sygehus Vendsyssel	Operationer	2.685	2.677
	Kikkertundersøgelser	9.341	9.727
	Ambulante besøg	21.497	21.771
Aalborg Universitetshospital	Operationer	6.632	6.752
	Kikkertundersøgelser	28.342	29.931
	Ambulante besøg	19.377	21.424

I ALT	Operationer	10.265	10.457
	Kikkertundersøgelser	42.414	45.247
	Ambulante besøg	50.584	53.576

Størstedelen af aktiviteten finder sted i dagtid, og kun en mindre del – primært den akutte aktivitet – finder sted i aften- og nattetimerne.

De ambulante besøg inkl. forundersøgelser foregår altovervejende i dagtid som planlagt aktivitet.

Det samme gælder planlagte operationer og kikkertundersøgelser, men der er dog også en vis akut aktivitet i aften- og nattetid. I tabel 2 er denne aktivitet fordelt på dag-, aften- og nattetid.

Tabel 2: Operationer og kikkertundersøgelser fordelt på dag-, aften- og nattetid

Sygehusenhed	2013			2014		
	Aften	Dag	Nat	Aften	Dag	Nat
Sygehus Thy-Mors	285	5343	51	275	6.294	48
Sygehus Vendsyssel	728	11.006	292	813	11.330	261
Aalborg Universitetshospital	1.725	32.649	600	1.772	34.312	599
I ALT	2.738	48.998	943	2.860	51.936	908

4.1.1 Ventetider til operationer og forundersøgelser inden for kirurgien

Den fremadrettede planlægning af det kirurgiske speciale skal også ske med henblik på at sikre at kapaciteten er tilpasset efterspørgslen. Dette gælder såvel forundersøgelser som operationer.

Udredningsretten for somatiske patienter indebærer, at patienter har ret til at blive udredt inden for 30 dage efter henvisning, hvis det er fagligt muligt. Hvis ikke det er muligt, skal regionen inden for samme frist udarbejde en plan for det videre udredningsforløb.

Nedenfor er anført ventetiderne på udvalgte forundersøgelser inden for kirurgien.

Tabel 3: Ventetider på udvalgte forundersøgelser inden for kirurgien

Forundersøgelse	Ventetid
Bugvægsbrok	2-8 uger
Lyskebrok	2-8 uger
Lårbrok	2-8 uger
Navlebrok	2-8 uger
Galdesten	2-7 uger

Hæmoroïder	2-7 uger
Kikkertundersøgelse af spiserør, mave og tolvfingertarm	3-12 uger
Kikkertundersøgelse af tyktarm	3-11 uger
Kikkertundersøgelse af den nederste del af tyktarmen	3-11 uger

Opgjort pba. vente-info.dk

Ventetiderne til de forskellige typer af forundersøgelser varierer mellem sygehusene og varierer på de enkelte sygehuse inden for de forskellige typer af forundersøgelser. Generelt er ventetiden til forundersøgelser højest for de forskellige typer af kikkertundersøgelser, hvor der også er set en betydelig stigning i aktiviteten inden for de seneste år. Dette skyldes blandt andet indførslen af screening for tarmkræft.

Overordnet set er kirurgien i Region Nordjylland ikke præget af lange ventetider på operationer.

Nedenfor er anført ventetiderne på udvalgte operationer.

Tabel 4: Ventetider på udvalgte operationer inden for kirurgien

Operation	Ventetid
Bugvægsbrok	3-7 uger
Lyskebrok	3-7 uger
Lårbrok	3-7 uger
Navlebrok	2-5 uger
Galdesten	3 uger
Hæmoroïder	1-3 uger

Opgjort pba. vente-info.dk

Som ved forundersøgelser er der forskelle mellem sygehusene ift. ventetider til de enkelte operationer. Overordnet set er der dog ikke tale om større variationer.

4.2 Kirurgien på Sygehus Thy-Mors

Kirurgien på Sygehus Thy-Mors er forankret i Klinik Kirurgi.

På matriklen i Thisted foregår såvel akut som planlagt kirurgi. Der er i Klinik Kirurgi et samlet sengeafsnit med 25 senge, hvoraf de 7 senge er kirurgiske. De øvrige senge er fordelt mellem det ortopædkirurgiske speciale, det urologiske speciale og det gynækologiske speciale. Sengeafsnittet drives fleksibelt således at sengefordelingen tilpasses det aktuelle patientklientel.

På matriklen i Nykøbing foregår der udelukkende planlagt dagkirurgi.

Lægebemandingen består af:

- 6 overlæger i kirurgi, hvoraf 3 er på ½ tid og 3 er uden vagt
- 4 afdelingslæger, 1 1.reservelæge og 1 intro-læge
- 8 reservelæger

- 4 KBU læger

Vagtdækning:

Sygehusenhederne har forskellige former for vagtdækning inden for de forskellige specialer uden for dagtid (primært fra kl. 7.30 – 15.30). Vagtdækningen afhænger blandt andet af sygehusenes generelle patientcasemix samt at den akutte aktivitet inden for det enkelte speciale. Inden for visse specialer, har der været tradition for vagtfællesskaber, således at flere specialer dækkes af samme vagt.

For visse specialer, har Sundhedsstyrelsen desuden angivet anbefalinger for vagtdækning. Dette gælder for de specialer, der har en tilknytning til akutmodtagelsernes drift.

Der er generelt tale om tre forskellige typer af vagt: Tilstedeværelsesvagt, boligvagt og rådighedsvagt. Generelt er ligeledes sådan, at vagten er opbygget således at for- og mellemvagter er til stede på matriklen (tilstedeværelsesvagter), mens bagvagter og bag-bagvagter er på tilkald fra bolig (boligvagt). For- og mellemvagter er ikke oftest ikke speciallæger. Bagvagterne er oftest speciallæger, og bag-bagvagterne er altid speciallæger.

På Sygehus Thy-Mors er der følgende vagtdækning inden for kirurgien:

Vagtdækningen består i aftenvagt af en forvagt bemandet med KBU-læger samt en mellemvagt. Begge vagter er tilstedeværelsesvagter. I nattevagten er vagten dækket af en mellemvagt i tilstedeværelsesvagt. Bagvagten er i boligvagt i såvel aften- som nattevagt.

4.3 Kirurgien på Aalborg Universitetshospital

Kirurgien på Aalborg Universitetshospital er forankret i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling.

Det kirurgiske speciale er fordelt med funktioner på Aalborg Universitetshospital, Aalborg Syd og Hobro.

I Aalborg varetages den højt specialiserede diagnostik og behandling af mavetarmkirurgiske sygdomme for Region Nordjylland og basisbehandling for lokalområdet. Afdelingen har i alt 50 stationære senge. Derudover har specialet adgang til dagkirurgiske sengepladser.

Ved etableringen af akutmodtagelsen blev det akutte afsnit i mavetarmkirurgi nedlagt og specialet fik 18 sengepladser i det akutte sengeafsnit i akutmodtagelsen (udover de ovenfor nævnte 50 sengepladser i specialet). Hovedparten af de akutte patienter forventes afsluttet i akutmodtagelsen uden at komme i de stationære sengeafsnit.

I Hobro varetages udelukkende dagskirurgi, overvejende galdestens- og herniekirurgi. Specialet har ingen stationære senge, men adgang til dagkirurgiske sengepladser.

Lægebemandingen består af:

- Speciallæger
 - Aalborg: 1 ledende overlæge, 1 klinisk professor, 17 overlæger, 5-7 afdelingslæger

- Hobro: 1 ledende overlæge og 2 sygehuslæger (ej speciallæger)
- Uddannelseslæger
 - 7-8 hoveduddannelse i kirurgi (HU)
 - 4 introduktionslæger i kirurgi (intro)
 - 5 basislæger (KBU). Visse af disse er beskæftiget i Akut- og Traumecentret
 - 6-8 uddannelse i almen praksis (AP-læger)²⁴

Vagtholdet til akutte funktioner i akutmodtagelsen og aktiviteten på specialets sengeafsnit er følgende (se afsnit 4.1. for generel beskrivelse af vagtdækning):

- *Bagbag-vagten*: overlæge med vagt fra bolig
- *Bagvagten*: afdelingslæge eller HU i sidste del af hoveduddannelse med tilstedeværelsesvagt
- *Mellemvagten*: uddannelseslæge (HU, Intro, AP) med tilstedeværelsesvagt
- *Forvagten*: uddannelseslæge (Intro, KBU, AP) går hjem kl. 22.15
- *Overlægevagt for højt specialiserede øvre funktioner/komplikation*: Overlæge med beredskabsvagt, er nødvendigt for opretholdelse af den højt specialiserede funktion i øvre kirurgi. Denne funktion varetages for hele Region Nordjylland.

Vagtholdet med tilstedeværelse varetager i dag de akutte funktioner både i de stationære afsnit, på operationsgangen og for akutte patienter i akutmodtagelsen alle døgnets 24 timer. Bagbag-vagten og overlægevagt for højt specialiserede funktioner indkaldes ved behov.

I akutmodtagelsen varetager vagtholdet modtagelse af akutte patienter, planlægning af diagnostik/behandling og stuegangsfunktionen. Opgaverne varetages primært af forvagt og mellemvagt med supervision af bagvagten.

4.4 Kirurgien på Sygehus Vendsyssel

Kirurgien på Sygehus Vendsyssel foregår dels på Sygehus Vendsyssel i Hjørring og dels på Sygehus Vendsyssel i Frederikshavn. Kirurgien er forankret i Klinik Kirurgi.

I Hjørring varetages den akutte kirurgi, den mere komplicerede kirurgi inden for generel kirurgi samt de kirurgiske fagområder, som colonkirurgi og mammakirurgi.

I Frederikshavn varetages den elektive kirurgi i form af herniekirurgi, proktologi og kikkertundersøgelser dels af læger fra Hjørring og dels af to overlæger, som udelukkende har funktion i Frederikshavn.

Klinik Kirurgi i Hjørring har 30 sengepladser og 10 sammedagskirurgiske senge samt rådighed over 7 sengepladser i Akutmodtagelsen.

²⁴ AP-lægerne vil fra 1. september ikke have uddannelses- og ansættelsessted i det kirurgiske speciale, men i stedet overgå til Akut- og Traumecentret, jf. ændringer i hoveduddannelsen for almen medicin.

Lægebemandingen består af:

- Klinikchef (halv funktion)
- Forløbsansvarlig viceklinikchef (halv funktion)
- 2 overlæger uden vagt
- 6 overlæger i formaliseret 7-skiftet tilkaldevagt fra bolig
- Kirurgisk bagvagtslag består af 4 afdelingslæger og 4-5 læger i hoveduddannelse, der indgår i et 9-skiftet vagt med tilstedeværelse
- Kirurgisk mellemvagtslag består af yngre hoveduddannelseslæger, introduktions-læger og læger i hoveduddannelse til henholdsvis almen praksis og gynækologi, samt derudover enkelte uklassificerede stillinger

Vagtdækningen inden for kirurgien varetages på Sygehus Vendsyssel (se desuden afsnit 4.1. for generel beskrivelse af vagtdækning):

De akutte patienter modtages i Akutmodtagelsen af KBU-læger, der refererer til den kirurgiske mellemvagt, der er i tilstedeværelsesvagt, som derefter refererer til den kirurgiske bagvagt, som ligeledes er i tilstedeværelsesvagt. Herudover foreligger der et vagtlag af overlæger, som tilkaldes fra bolig.

5. Den fremtidige kirurgiske profil på de tre sygehusenheder

Arbejdsgruppen har inden for tidsplanens rammer ikke haft mulighed for at lave en dybdegående analyse af, hvad der skal til for at sikre fagligt bæredygtige miljøer inden for det kirurgiske speciale. Overordnet set er arbejdsgruppen enige om, at følgende elementer er af afgørende betydning for at sikre et solidt fagligt miljø:

- En robust speciallægedækning, som giver gode rammer dels for varetagelsen af de forskellige kirurgiske funktioner, men også gode rammer for supervision og uddannelse.
- En samlet kirurgisk aktivitetsprofil, der giver mulighed for at opretholde de nødvendige kompetencer for at varetage funktionerne på et højt, fagligt niveau, herunder leve op til specialeplanens krav til regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.
- Et aktivt forskningsmiljø i samarbejde med regionens øvrige sygehuse.
- Et velfungerende fagligt samarbejde mellem regionens kirurgiske enheder med henblik på fælles faglige retningslinjer, samarbejde omkring oplæring og uddannelse af læger, udveksling af personale m.v.

Arbejdsgruppen har vurderet sygehusenes nuværende kirurgiske profil op mod ovenstående. På den baggrund har arbejdsgruppen udarbejdet en overordnet anbefaling for den kirurgiske profil på regionens sygehuse. Arbejdsgruppen understreger, at der er behov for at konkretisere de enkelte elementer yderligere. Arbejdsgruppen påtager sig gerne den opgave i en efterfølgende proces. Arbejdsgruppen lægger desuden op til, at der sideløbende etableres et trepartsudvalg, så der sikres koordination med praktiserende speciallæger.

5.1 Sygehus Thy-Mors

Sygehus Thy-Mors varetager i dag kirurgiske funktioner – akutte og planlagte - på hovedfunktionsniveau. I forhold til den akutte kirurgi, har specialet en vigtig funktion i forhold til at understøtte akutmodtagelsens drift.

Arbejdsgruppen anbefaler at sygehuset fremover også varetager såvel planlagt som akut kirurgi på hovedfunktionsniveau. Arbejdsgruppen finder det ikke hensigtsmæssigt at tilføre sygehuset yderligere aktivitet inden for visse kirurgiske funktioner.

Arbejdsgruppen anbefaler derimod at Sygehus Thy-Mors inden for det kirurgiske speciale etablerer en garantiklinikfunktion. Denne garantiklinikfunktion medfører at sygehuset forpligter sig til at tilbyde forundersøgelser og visse kirurgiske operationer inden for de gældende tidsfrister ift. især udredningsretten. Garantiklinikfunktionen skal gælde for hele Region Nordjylland. Hensigten er at udnytte sygehusets kapacitet til at sikre at regionen som helhed lever op til udredningsretten inden for det kirurgiske speciale. Arbejdsgruppen peger på nedenstående funktioner som mulige elementer i et garantiklinikkoncept inden for kirurgien:

- Ukomplerede galdestensoperationer
- Hernieoperationer
- Hæmorideoperationer

- Forskellige typer af kikkertundersøgelser

Garantiklinikkonceptet drøftes i øjeblikket på administrativt plan. Udgangspunktet er at udarbejde en regional beskrivelse af et generisk koncept for garantiklinikker. Dette koncept vil være inspireret af erfaringer fra de øvrige regioner, men blive tilpasset til forholdene i Region Nordjylland. En nærmere beskrivelse af garantiklinikkonceptet på det kirurgiske område kan udarbejdes når koncept-forarbejdet er færdiggjort.

Derudover er det arbejdsgruppens anbefaling, at der i planperioden arbejdes hen imod et intensiveret samarbejde mellem Sygehus Thy-Mors og de øvrige sygehuse i regionen. Dette kan ske via formaliseret samarbejde, udveksling af læger samt samarbejde omkring oplæring af kirurger.

Som det fremgår af tabel 2 (side 11) er den kirurgiske aktivitet på Sygehus Thy-Mors i aften- og nattevagt ikke høj. I 2014 blev der i aftenvagten foretaget 48 kikkertundersøgelser og operationer, mens der i nattevagt blev foretaget 275 kikkertundersøgelser og operationer inden for det kirurgiske speciale. Arbejdsgruppen har derfor særligt drøftet vagtdækningen inden for det kirurgiske speciale på Sygehus Thy-Mors, set i relation til den akutte kirurgiske aktivitet. Arbejdsgruppen anbefaler at der igangsættes et yderligere udredningsarbejde, hvor der ses på mulighederne for at ændre vagtdækningen i aften- og nattetimer. En eventuel ændring i vagtdækningen vil betyde at der frigives lægerressourcer, som kan anvendes til at styrke og eventuelt udvide den planlagte kirurgiske aktivitet i dagtid. Der er dog en tæt sammenhæng mellem vagtdækningen i det kirurgiske speciale og akutmodtagelsens drift i og med at den kirurgiske vagtdækning er defineret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fremtidens akutberedskab (2007). En eventuel variation i vagtdækningen kan derfor betyde at sygehuset ikke lever op til anbefalingerne om kirurgisk speciallægetilstedeværelse.

5.1.1 Sygehus Vendsyssel

Sygehus Vendsyssel skal fremover fortsat fungere som stærkt regionalsygehus, hvor der foregår såvel akut som planlagt kirurgi.

Sygehuset afgiver i planperioden mammakirurgien og på sigt er det arbejdsgruppens anbefaling, at også coloncancerkirurgien flyttes til Aalborg Universitetshospital.

Det er arbejdsgruppens anbefaling, at den kirurgiske profil på sygehuset styrkes for at sikre et bæredygtigt fagligt miljø, der kan medvirke til at sikre et solidt rekrutteringsgrundlag for såvel speciallæger som uddannelseslæger. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at Sygehus Vendsyssel udvider inden for hernie-operationer og operationer af gigant-hernier.

Sygehusets kerneopgave er fortsat funktioner på hovedfunktioner suppleret med visse funktioner på regionsfunktionsniveau.

5.1.2 Aalborg Universitetshospital

Aalborg Universitetshospital skal fortsat være den mest specialiserede sygehusenhed inden for kirurgien. Dette gælder såvel den akutte som den planlagte kirurgi. Hospitalet skal også fremover

dække hele Region Nordjylland inden for specialiserede kirurgiske funktioner, herunder varetage bagvagsfunktion for de højt specialiserede funktioner.

Arbejdsgruppen anbefaler at visse typer af kræftkirurgi samles på Aalborg Universitetshospital enten i planperioden eller i forbindelse med Nyt Aalborg Universitetshospital. Dette er omtalt i det efterfølgende afsnit 6.

Inden for kirurgien generelt, anbefaler arbejdsgruppen at hospitalet fastholder de nuværende funktioner. Det anbefales dog at hospitalet medvirker til at styrke Sygehus Vendsyssels profil, blandt andet ved at tilpasse aktiviteten inden for hernieoperationer og operationer af giganthernier. Det anbefales ligeledes at hospitalet afgiver fedmekirurgien til Sygehus Vendsyssel.

5.2 Den akutte kirurgi i akutmodtagelserne

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt at afvente udarbejdelsen af anbefalinger om varetagelsen af den akutte kirurgi i akutmodtagelserne. Dette bør ske i forbindelse med den planlagte opdatering af regionens koncept for akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Den akutte kirurgi i regionens akutmodtagelser bør således ses i sammenhæng med et samlet syn på driften af akutmodtagelserne på de tre akutsygehuse i regionen, herunder eventuelle variationer over de tre akutmodtagelser afhængig af akutsygehusets samlede opgaveportefølje og patient-casemix.

I den anledning anbefaler arbejdsgruppen, at der ligeledes ses på de afledte konsekvenser af, at AP-lægerne fra august 2015 ikke længere skal have uddannelses- og ansættelsessted i det kirurgiske speciale, men overgår til ophold i akutmodtagelsen.

6. Kræftkirurgien

Det kirurgiske omfatter ligeledes behandlingen af forskellige kræftformer.

Der er indført pakkeforløb for kræftpatienter med henblik på at undgå ikke-fagligt begrundet ventetid ved udredning og behandling. Pakkeforløbene er multidisciplinært organiseret, og hele patientforløbet er som udgangspunkt på forhånd fastlagt og booket. Pakkeforløbene kan involvere flere sektorer, afsnit og specialer både på hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau.

Kræftbehandlingen i Region Nordjylland er centreret omkring Aalborg Universitetshospital. Dette gælder såvel den medicinske behandling og behandling med stråler samt den kirurgiske behandling.

Kun en mindre del af den kirurgiske kræftbehandling foregår på Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel. Det betyder dog ikke, at disse sygehuse ikke er involveret i patientforløbene for kræftpatienter. Den indledende udredning og diagnostik samt den efterfølgende behandling og rehabilitering finder således sted på alle regionens sygehuse.

I nedenstående tabel fremgår det, hvorledes kræftkirurgien inden for det kirurgiske område er fordelt på regionens sygehuse:

Tabel 5: Nuværende fordeling af kræftkirurgi inden for kirurgien på regionens sygehuse

	Aalborg Universitetshospital	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Thy-Mors
Cancer i cardia og ventrikel	X		
Pancreas og levercancer	X		
Rectumcancer	X		
Mammacancer	X	X	
Coloncancer	X	X	X

6.1 Rammer for organisering af kræftkirurgien i Region Nordjylland

Specialeplanlægningen sætter de overordnede rammer for tilrettelæggelsen af kræftområdet i Danmark og dermed også Region Nordjylland med det formål at sikre en høj og ensartet kvalitet på tværs af landet. I forbindelse med specialeplanen fra 2010 blev Region Nordjylland godkendt til at varetage en lang række specialiserede behandlinger inden for specialerne, som er involveret i kræftbehandlingen. For en række højt specialiserede funktioner med meget lav patientvo-

lumen varetages de som følge af specialeplanen ikke i Region Nordjylland, men i stedet i de øvrige regioner.

I specialevejledningen for kirurgi er der opstillet anbefalinger fra varetagelse af kræftkirurgi på hovedfunktionsniveau. For regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner inden for kræftkirurgi er der klare krav til varetagelsen af funktionerne og varetagelsen af funktionerne, kræver godkendelse fra Sundhedsstyrelsen.

Af specialevejledningen for kirurgi fremgår desuden følgende:

”I kræftkirurgien vil der komme yderligere fokus på mindre mutilerende operationer og samtidigt krav til mere individualiserede behandlingsstrategier (skræddersyet behandling). Dette stiller større krav til den enkelte kirurgs viden og kompetencer og fordrer, at der ved de enkelte kirurgiske afdelinger/centre findes et tilstrækkelig differentieret udbud af speciallæger, der samlet dækker de nødvendige kompetencer. Dette kan medføre en samling af ovennævnte operationer til færre afdelinger. Desuden vil der være øgede krav til udstyr.”

Med udgangspunkt i ovenstående, og inden for rammerne af den regionale kræftplan (der er udarbejdet på baggrund af de nationale kræftplaner), har arbejdsgruppen nedenfor formuleret deres anbefalinger for den fremtidige organisering af kræftkirurgien inden for det kirurgiske område i Region Nordjylland.

6.2 Mammakirurgien

Som det fremgår af oversigt 1 i afsnit 5, så er mammacancerkirurgien i dag fordelt på Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital.

På Sygehus Vendsyssel foretages der årligt omkring 150 mammacanceroperationer. Der udføres årligt omkring 250 mammacanceroperationer på Aalborg Universitetshospital.

Mammacancerkirurgien består grundlæggende af to funktioner – operationer med rekonstruktion af brystet og operationer uden rekonstruktion af brystet. Begge funktioner er regionsfunktioner. Det er udelukkende Aalborg Universitetshospital, der foretager operationerne med rekonstruktion af brystet. Mammakirurgien uden rekonstruktion af brystet varetages på begge sygehuse og sker i et formaliseret samarbejde.

Kravene til varetagelsen af mammakirurgi er, at funktionen er baseret på og følger relevante kliniske retningslinjer (EUSOMA), samt at der sker en fortsat udvikling af funktionen. Endvidere skal der sikres tilstrækkelig robusthed og erfaring for kirurg, team og sygehus samt multidisciplinært samarbejde.

Arbejdsgruppen foreslår, at mammakirurgien samles på Aalborg Universitetshospital. Arbejdsgruppen foreslår en trinvis samling i planperioden. For at sikre det faglige miljø omkring onkoplastisk kirurgi, opstartes et fagligt samarbejde mellem Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital herom. En gradvis samling er en forudsætning for at opretholde det faglige miljø på begge matrikler.

Anbefalingen tager udgangspunkt i kræftplanernes elementer omkring en samling af kræftkirurgien samt specialevejledningerne for kirurgi og plastikkirurgi, hvori kravene til varetagelse af mammakirurgi og onkoplastik er beskrevet.

Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital har aftalt nedenstående proces for den gradvise samling af mammakirurgien, herunder et intensiveret fagligt samarbejde frem til samlingen.

Første step består i at sikre, at der foreligger ensartede retningslinjer for de to afdelinger, således at der i spidsbelastningsperioder uproblematisk kan overflyttes mammakirurgiske patienter mellem de to matrikler. Dette skal medvirke til en bedre udnyttelse af kapaciteten samt sikre, at sygehusene leverer op til kræftpakkernes forløbstider og udredningsrettens elementer.

Andet step består i at påbegynde et systematisk samarbejde omkring den større onkoplastiske kirurgi, hvor der er behov for plastikkirurgisk speciallægedeltagelse. Relevante mammakirurgiske læger fra Sygehus Vendsyssel skal i den forbindelse deltage i udvælgelse og operation af disse patientforløb på Aalborg universitetshospital.

Ovenstående gradvise sammenlægning skal medvirke til at fastholde kompetencerne omkring mammakirurgien på Sygehus Vendsyssel i hele planperioden, således at patienterne sikres det samme behandlingstilbud uanset hvilken sygehusenhed, de henvises til. De større onkoplastiske operationer vil dog foregå på Aalborg Universitetshospital med den relevante mammakirurg og plastikkirurg tilknyttet.

Sygehusene vil påbegynde implementeringen af den intensiverede faglige samarbejde som et første step hen i mod en sammenlægning.

Når mammakirurgien er samlet på en matrikel, er det arbejdsgruppens vurdering, at der kun er behov for en billeddiagnostisk afdeling, der udfører klinisk mammografi, idet denne funktion er tæt knyttet til den mammakirurgiske afdeling i "det integrerede diagnostiske system for mamma-cancer".

6.3 Coloncancerkirurgien

Som det fremgår af oversigt 1 (afsnit 5), så varetager alle tre sygehuse i regionen i dag coloncancerkirurgi.

Der udføres årligt cirka 25 coloncanceroperationer på Sygehus Thy-Mors, og på Sygehus Vendsyssel foretages der årligt cirka 80 coloncanceroperationer på Sygehus Vendsyssel. De fleste

coloncanceroperationer foregår på Aalborg Universitetshospital, hvor der årligt foretages cirka 225 coloncanceroperationer.²⁵

Arbejdsgruppen foreslår, at coloncancerkirurgien fremover samles på to matrikler – på Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital. Arbejdsgruppens anbefaling sker under hensyntagen til elementerne i høringsversion af Plan for sygehuse og speciallægepraksis. Arbejdsgruppen foreslår, at samarbejdet mellem de to sygehusenheder intensiveres i planperioden for dermed at styrke de faglige miljøer.

Arbejdsgruppen indstiller, at der sker en samling af coloncancerkirurgien på én matrikel i regionen efter etablering af Nyt Aalborg Universitetshospital, dvs. efter 2020.

Flytning af coloncancerkirurgien fra Sygehus Thy-Mors til Aalborg Universitetshospital bør ske umiddelbart efter den politiske behandling af Plan for sygehuse og speciallægepraksis (Såfremt dette planelement indgår i den endelige plan). Aalborg Universitetshospital og Sygehus Thy-Mors har udarbejdet en plan for håndtering af såvel planlagte som akutte coloncanceroperationer, som kan træde i kraft såfremt beslutning om flytning af coloncanceroperationer træffes.

Baggrunden for arbejdsgruppens anbefalinger er dels specialevejledningen og dels de kliniske retningslinjer fra DCCG²⁶.

Af specialevejledningen for kirurgi, hvoraf nedenstående fremgår:

”Varetagelse af kolorektal cancerkirurgi skal baseres på og følge relevante kliniske retningslinjer (DCCG), og der skal ske fortsat udvikling af funktionen. Endvidere skal enheden/sygehuset sikre det nødvendige beredskab, tilstrækkelig robusthed, erfaring samt volumen for kirurger/team/sygehus og adgang til intensiv funktion. Enheden varetager akut såvel som elektiv kirurgi, evt. i aftalt og beskrevet samarbejde mellem to enheder. Der skal være etableret multidisciplinært samarbejde.”

Af de kliniske retningslinjer fra DCCG fremgår det blandt andet at alle nydiagnosticerede coloncancerforløb skal drøftes på multidisciplinære konferencer med henblik på at sikre optimal diagnostik og behandling. Det fremgår endvidere, at coloncancerkirurgi skal varetages af speciallæger, der er certificeret inden for coloncancerkirurgien.

Derudover peger flere nationale studier inden for coloncancerkirurgien på, at et højere patientvolumen og større erfaring hos den enkelte kirurg mindsker risikoen for permanente ulemper som følge af operationen (stomi) og giver bedre langtidsoverlevelse.

For at sikre kvaliteten i behandling i årene fremover, foreslår arbejdsgruppen at coloncancerkirurgien samles et sted i regionen efter 2020. Forundersøgelser og opfølgingsforløb efter kirurgi kan fortsat ske på de decentrale matrikler.

²⁵ Oplysningerne er fra 2013. Der forventes en stigning som følge af den indførte screening.

²⁶ DCCG er en multidisciplinær cancergruppe (DMCG) med forankring i Dansk Kirurgisk Selskab (DKS), Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), Dansk Radiologisk Selskab (DRS) og Dansk Patologiselskab (DPAS).

6.3.1 Samarbejdet inden for coloncancerkirurgien

I planperioden vil samarbejdet mellem Sygehus Vendsyssel og Aalborg Universitetshospital vedrørende tyktarms- og endetarmskræft fortsætte og blive udbygget efter behov og muligheder. Således vil al håndtering af patienter med rectumcancer fortsat blive varetaget på Aalborg Universitetshospital og ligeledes vil patienter med lokalt fremskredet tyktarmskræft og patienter med med tyktarmskræft og spredning til andre organer fortsat blive håndteret på Aalborg Universitetshospital. En formentlig tiltagende større del af disse patienter vil med en formentlig ikke ubetydelig overlevelsesgevinst kunne tilbydes neoadjuverende kemoterapi (kemoterapi før operation), som gives på Aalborg Universitetshospital. Afhængigt af udfaldet af igangværende videnskabelige studier kan neoadjuverende kemoterapi potentielt komme på tale til en stadig større del af patienter med coloncancer. Dette forudsætter et tæt multidisciplinært samarbejde.

Derudover vil patienter som har medfølgende samtidige sygdomme i andre organer, som potentielt vil kræve umiddelbar adgang til andre specialafdelingers kompetencer fortsat blive behandlet i Aalborg.

I medfør af screeningen for blod i afføringen findes dels flere forstadier til cancer (neoplastiske polypper) og også tidlige cancere. En del af disse vil kunne fjernes via tarmen (endoskopisk); men en del af disse indgreb kræver adgang til avanceret endoskopiafsnit (EMR o.a.) eller afdeling som behersker TEM (fjernelse af polypper eller tidlige cancere i endetarm eller nederste del af tyktarmen via tarmen). Således vil der i planperioden komme faglige udfordringer qua udviklingen i og kompleksiteten af behandlingen også af tyktarmskræft. Disse udviklingskridt vil blive håndteret i fagligt samarbejde mellem de to sygehusenheder.

Herudover er specialistdeltagelse ved operation, som er en kvalitetsindikator (i database-sammenhæng) både til planlagte og akutte operationer, en ikke-neglicérbar udfordring fremadrettet.

I uddannelsesregion Nord er der etableret tre 2-årige stillinger (fellowships) med primær ansættelse på de større kolorektal-kirurgiske afdelinger på Regionshospitalet Herning, Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Randers og Aalborg Universitetshospital med udstationering på henholdsvis Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Viborg og Sygehus Vendsyssel i Hjørring. Der er således konstant 6 kirurger i kolorektal uddannelsesstilling. Der uddannes således lidt flere end der ifølge fremtidsfremskrivningen er brug for; men det løser ikke nødvendigvis rekrutteringsproblemstillingen uden for universitetsbyerne. Det er derfor vigtigt med samarbejde mellem sygehusene i Region Nordjylland.

Derudover vil der til stadighed være behov for at optimere uddannelsen i kikkertundersøgelser af tarmen (koloskopi) således at denne aktivitet foregår på et ensartet og højt niveau til gavn for alle regionens borgere. Dette arbejde er initieret april 2015 med hjælp fra udenlandske specialister og skal fortsætte i planperioden, men med egne specialuddannede supervisorere på alle tre matrikler.

For at imødegå ovenstående faglige udfordringer - i hvert fald i en periode – kan det blive nødvendigt med udbygning af telemedicinske multidisciplinære konferencer med etablering af nutidige faciliteter.

6.4 Øvrig kræftkirurgi

Der foregår en mindre kirurgisk aktivitet på såvel Sygehus Vendsyssel og Sygehus Thy-Mors inden for blærecancer og prostatacancer. Det sker efter MDT-konference på Aalborg Universitetshospital. Al rectumcancer foregår på Aalborg Universitetshospital.

Arbejdsgruppen har ikke udarbejdet anbefalinger for disse øvrige typer af kræftkirurgi. Såfremt der skal udarbejdes anbefalinger herfor, bør det ske med involvering af de ansvarlige specialer.