

1. Resumé

Region Hovedstaden skal fra 1. januar 2007 sikre regionens 1,6 mio. borgere og resten af landets befolkning et hospitalsvæsen, der er kendetegnet af høj faglig kvalitet, sammenhæng og god service.

Forslag til Hospitalsplan for Region Hovedstaden er første skridt på vej mod ét sammenhængende sundhedsvæsen i regionen.

Hospitalsplanen samler en lang række behandlingstilbud på færre enheder. Formålet er at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning og udvikling. Forskningsindsatsen på hospitalerne skal fortsat prioriteres højt på alle hospitaler, og hospitaler med specialiserede funktioner har en særlig forskningsforpligtelse. Et af fokusområderne for de kommende års forskning skal være forskning i de store folkesygdomme.

Foruden en bedre patientbehandling skal planen bidrage til at skabe et attraktivt og dynamisk arbejdsmiljø for regionens 36.000 medarbejdere. Regionens hospitaler skal være det foretrukne valg for både patienter og medarbejdere.

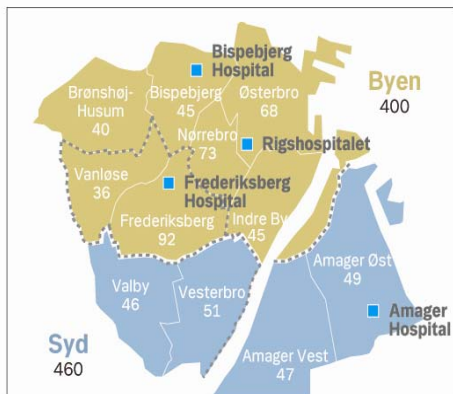
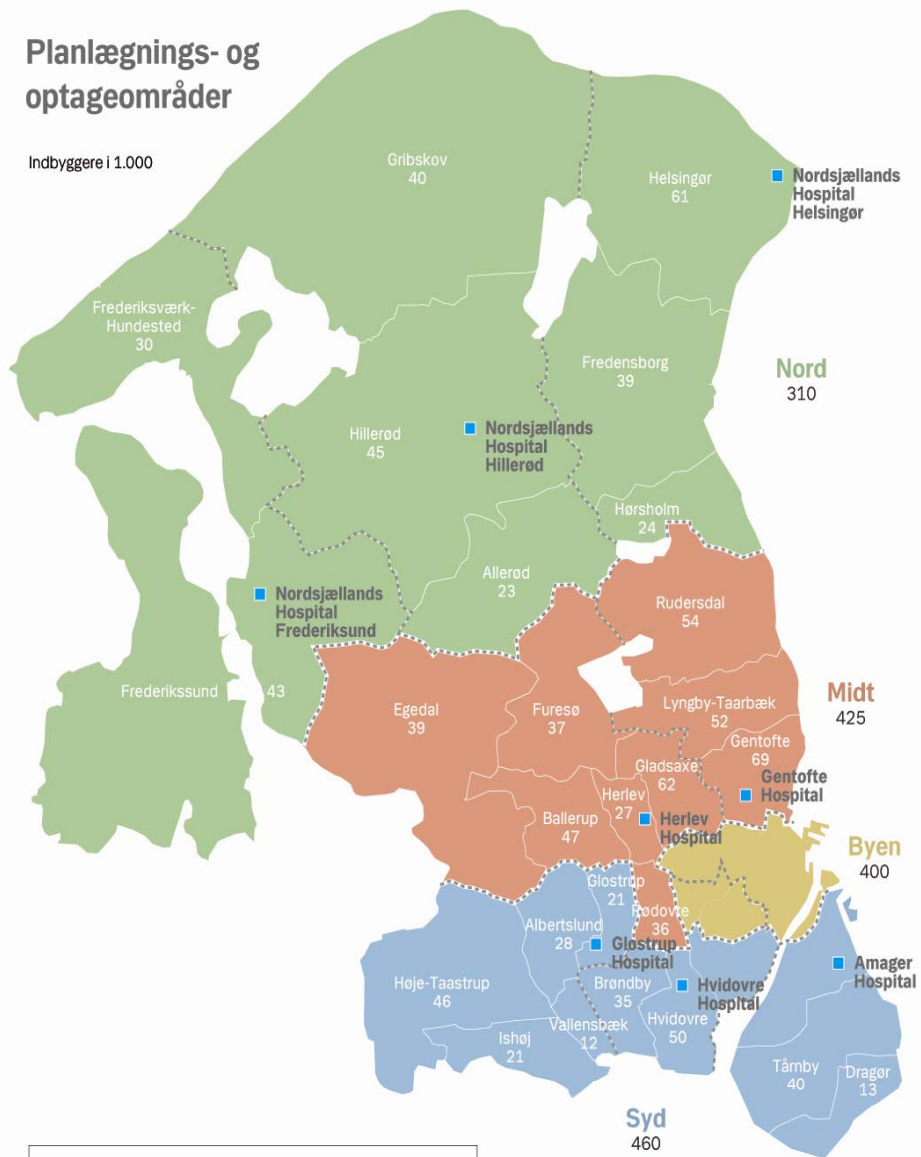
Forberedelsesudvalget i Region Hovedstaden blev i november 2006 enige om et fælles grundlag for hospitalsplanen. Resultatet er de sundhedspolitiske hensigtserklæringer for regionen, som er gengivet i sin fulde længde sidst i rapporten. De sundhedspolitiske hensigtserklæringer udgør den politiske ramme for planen og redegør for en række hensyn, som planen skal imødekomme. Planen skal først og fremmest sikre høj kvalitet i behandlingen, men også imødekomme krav om nærhed, sammenhængende forløb, driftsoptimering, forskning, udvikling og uddannelse, et godt arbejdsmiljø, samt rekruttering og fastholdelse. De sundhedspolitiske hensigtserklæringer fremgår af bilag 1.

Formålet med hospitalsplanen er at skabe grundlag for et fremtidssikret hospitalsvæsen, der kan levere behandling af høj kvalitet. Den sundhedsfaglige rådgivning er derfor tillagt stor vægt i planprocessen. Regionen nedsatte i sommeren 2006 i alt 40 sundhedsfaglige råd, ét for hvert lægeligt speciale. Rådene fik til opgave at vurdere, hvor stort et befolkningsunderlag en afdeling mindst og optimalt bør have, samt hvilke sammenhænge specialet har til andre specialer.

Regionens underudvalg vedr. sygehusstruktur har i efteråret 2006 gennemgået denne rådgivning speciale for speciale og har på baggrund heraf udarbejdet en analyse af befolkningsunderlaget for og sammenhængen mellem specialerne. Sammenfatningen af udvalgets analyse fremgår af bilag 2.

Planlægnings- og optageområder

Indbyggere i 1.000



Fire planlægningsområder

Hospitalsplanen inddeler Region Hovedstadens hospitalsvæsen i fire nye planlægningsområder – Nord, Midt, Byen, Syd.

Planlægningsområderne har et befolkningsunderlag på mellem 310.000 og 460.000 indbyggere, hvilket er en tilstrækkelig størrelse til, at almindeligt forekommende sygdomme kan behandles nær borgerne med fokus på sammenhængende patientforløb uden unødvendige overflytninger. Hvert planlægningsområde kan varetage akuttækningen inden for kirurgi, ortopædkirurgi, fødsler og den brede medicinske dækning inkl. neurologi.

Planlægningsområderne tager udgangspunkt i de nye kommune- og bydelsinddelinger, hvilket er en forudsætning for at kunne skabe entydige relationer for såvel borgerne som de kommunale samarbejdspartnere.

Alle regionens hospitaler – med undtagelse af Rigshospitalet og Bornholms Hospital – er tilknyttet et planlægningsområde. Formålet er, at hospitaler i samme planlægningsområde skal samarbejde om opgavevaretagelsen inden for området og sikre hensigtsmæssige patientforløb.

Rigshospitalet har en særstatus som specialhospital, men varetager desuden en række hovedfunktioner for planlægningsområdet Byen. Bornholms Hospital har ligeledes en særstatus grundet de særlige geografiske forhold og varetager de mest almindelige behandlinger, men knyttes organisatorisk til Rigshospitalet.

Nærhospitaler

Nærhed er væsentlig for den medicinske patient. I hvert planlægningsområde er der derfor et eller to nærhospitaler, der sammen med områdehospitalet, der også har nærhospitalsfunktion, skal sikre den nødvendige nærhed i behandlingen på det medicinske område og gode samarbejdsrelationer lokalt til kommunerne.

For de større intern medicinske specialer underopdeles planlægningsområderne derfor i mindre optageområder. Som for planlægningsområderne følger de medicinske optageområder kommune- og bydelsgrænserne, således at borgerne i hver kommune og bydel som udgangspunkt kun er knyttet til ét hospital på det medicinske område.

For at sikre, at borgerne ved akut opståede mindre skader fortsat har et tilbud om behandling i rimelig nærhed, vil der på nærhospitalerne fortsat findes skadestuer. Skadestuerne har åbent for selvhenvendelse på hverdage i dagtimerne. Uden for åbningstiden henvises patienterne til de fælles akutmodtagelser eller vagtlægen.

Nærhospitalerne kan modtage akutte medicinske patienter fra optageområdet, men vil især varetage planlagte og ambulante udredninger og behandlinger. Der etableres en visitationsordning på områdehospitalerne, så patienter der har kaldt 112, i tvivlstilfælde kan afklares mellem ambulanceteam og visitator.

Nærhospitalerne varetager ikke akut kirurgi, men vil have elektive klinikker, hvor patienter kan tilbydes planlagte kirurgiske forløb med fokus på faglig kvalitet og patientservice. For at imødekomme det forventede pres på den kirurgiske kapacitet, bl.a. som følge af den nye 1 månedes ventetidsgaranti, skal der inden for hvert planlægningsområde ske en koordineret indsats og tilrettelæggelse af den elektive kirurgiske opgavefordeling mellem områdehospitalerne og nærhospitalerne.

Områdehospitaler

De fire planlægningsområder har hvert ét områdehospital, som varetager den akutte behandling inden for kirurgi og medicin.

Områdehospitalet er placeret geografisk og trafikalt hensigtsmæssigt i hvert planlægningsområde og har fysiske og kapacitetsmæssige muligheder for udbygning, således at de kan dække behandlingen for planlægningsområdet på hovedfunktionsniveau samt udvalgte specialfunktioner.

På alle områdehospitalet etableres en fælles akutmodtagelse. Områdehospitalet er dermed den primære indgang for patienter med akutte behandlingskrævende sygdomme og lidelser, uanset om borgeren selv henvender sig eller først har ringet 112. De fælles akutmodtagelser omfatter de tidligere skadestue- og modtagefunktioner og etableres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger som én indgang til hospitalet.

Områdehospitalet varetager fælles kirurgisk og medicinsk akutmodtagelse og fødsler for hvert planlægningsområde med den undtagelse, at Rigshospitalet er fødested i planlægningsområdet Byen i stedet for Bispebjerg Hospital.

For nærhospitalet i Gentofte og Glostrup gælder særligt, at de udover nærhospitaletsfunktionerne samtidigt vil varetage udvalgte hoved- og specialfunktioner inden for henholdsvis hjerte- og lungemedicin (Gentofte Hospital) og inden for neurologi, neurokirurgi og neurorehabilitering (Glostrup Hospital).

Det giver følgende overordnede hospitaletprofiler i regionen:

- Nordsjællands Hospital i Hillerød (nærhospitalet og områdehospitalet i Nord)
- Nordsjællands Hospital i Helsingør (nærhospitalet i Nord)
- Nordsjællands Hospital i Frederikssund (nærhospitalet i Nord)
- Herlev Hospital (nærhospitalet og områdehospitalet i Midt)
- Gentofte Hospital (nærhospitalet i Midt)
- Hvidovre Hospital (nærhospitalet og områdehospitalet i Syd)
- Glostrup Hospital (nærhospitalet i Syd)
- Amager Hospital (nærhospitalet i Syd)
- Bispebjerg Hospital (nærhospitalet og områdehospitalet i Byen)
- Frederiksberg Hospital (nærhospitalet i Byen)
- Rigshospitalet (specialfunktionshospitalet)
- Bornholms Hospital (nærhospitalet for Bornholm)

Præhospitalet indsats

Hospitaletplanen skal sikre sammenhæng mellem hospitaletnes akutbetjening, lægevagtordningen og den præhospitalet indsats. Den præhospitalet indsats omfatter alarmcentral, vagtcentral, ambulancekørsel, liggende patientbefordring og den præhospitalet lægestøtte i form af lægebil og lægeheliikopter.

Der skal i forlængelse af hospitaletplanen udarbejdes en særlig plan for regionens sundhedsberedskab og præhospitalet indsats.

Specialetfordelingen mellem hospitaletne

Med Hospitaletplanen samles en lang række specialer på færre enheder.

Den nye specialetfordeling er et udtryk for den nye inddeling i bæredygtige planlægningsområder og arbejdsdeling mellem områdehospitalet og nærhospitalet samt et ønske om generelt at samle specialerne på færre enheder for at sikre en høj og ensartet kvalitet. Fordelingen af specialer mellem regionens hospitalet fremgår af nedenstående tabel.

Der sondres i fordelingen af specialer mellem hovedfunktioner, der omfatter den almindelige og hyppige behandling inden for specialet, og specialfunktioner, der omfatter den sjældne, dyre og/eller komplicerede behandling.

En række ændringer i specialefordelingen giver sig selv. Områdehospitalerne skal have de specialer, der er nødvendige for at varetage modtagelse og behandling på hovedfunktionsniveau af borgere med akutte behandlingskrævende sygdomme og lidelser. Det drejer sig om akut kirurgi, akut ortopædkirurgi, akut intern medicin (kardiologi, lungemedicin, gastroenterologi, endokrinologi, geriatri, infektionsmedicin, reumatologi) samt anæstesiologi inkl. intensiv, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi, patologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Dertil kommer, at områdehospitalerne med fødested skal have gynækologi og obstetrik samt pædiatri med neonatologisk funktion.

Særligt for de intern medicinske specialer skal hospitalerne fortsat kunne organisere sig forskelligt afhængigt af lokale forhold og funktioner, herunder specialesammensætning og volumen. Således kan de intern medicinske funktioner være organiseret i selvstændige afdelinger for hvert af de intern medicinske specialer eller ved samling af flere intern medicinske specialer i samme afdeling. En markering i tabel 1 illustrerer således, at specialet dækkes på det pågældende hospital, men ikke at der er en selvstændig afdeling. I hvert planlægningsområde sikres de intern medicinske specialers faglige koordinering ved etablering af samarbejdsfora på tværs af hospitalerne.

Det gælder for specialfunktionerne, at de som udgangspunkt kun placeres ét sted i regionen. En stor del af den højt specialiserede behandling vil blive varetaget på Rigshospitalet, men også andre hospitaler i regionen vil varetage højt specialiseret behandling inden for udvalgte specialer.

For nogle specialfunktioner vil antallet af patienter være så stort, at der kan være behov for, at funktionerne fordeles på to hospitaler i regionen. Ligeledes gælder for visse hovedfunktioner, at antallet af patienter tilsiger en centralisering af behandlingen til kun to (eller tre) hospitaler.

Table 1. Specialefordelingen mellem regionens hospitaler

	Rigshospitalet	Bornholm	SYD			BYEN		MIDT		NORD		
			Hvidovre	Glostrup	Amager	Bispebjerg	Frederiksberg	Herlev	Gentofte	Hillerød	Helsingør	Frederiksund
Symbolforklaring: ● = hovedfunktion, ▲ = specialfunktion* ○ = udefunktion, □ = satellitfunktion ◇ = elektive enheder / i dagtid												
Akutbehandling												
Traumecenter (niveau 1)	●											
Fælles akutmodtagelse			●			●		●		●		
Skadestuer		●		●	●		●		●		●	●
Fødested	▲●	●	●					●		●		
Intern medicinske funktioner												●
Endokrinologi	▲	●	●	●	●	●	●	▲●	●	●	●	
Gastroenterologi	▲	●	▲●	●	●	●	●	▲●	●	□	●	
Kardiologi	▲	●	●	●	●	□●	●	●	▲●	□●	●	
Lungemedicin		●	●	●	●	●	●	●	▲●	●	●	
Infektionsmedicin	▲		▲●			●		●		●		
Geriatric		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Reumatologi	▲	○	○	●	●	○	●	○	●	○	●	○
Nefrologi	▲●	□					□	▲●		●		
Hæmatologi	▲●	○						▲●				
Kirurgiske afdelinger												
Kirurgi (gastroenterologisk kirurgi)	▲	●	▲●	◇		●		▲●	◇	●		
Karkirurgi	▲●											
Plastikkirurgi	▲●							▲●				
Thoraxkirurgi	▲●											
Urologi	▲●	○					◇	▲●		◇		
Mammakirurgi	●							●				
Børnekirurgi	▲											
Ortopædkirurgi	▲	●	●	◇	◇	●	◇	●	◇	●	◇	◇
Andre kliniske specialer/funktioner												
Gynækologi og obstetrik	▲●	●	●					▲●		●		
Pædiatri	▲●	○	●					●		●		
Klinisk onkologi	▲●	○	●					▲●		●		
Neurologi	▲	○	○	▲●		●		●		●		
Neurokirurgi	▲			▲								
Tand- mund- og kæbekirurgi	○								▲●			
Øre-næse-hals (oto-rhino-laryngologi)	▲●	○							▲●	●		
Audiologi									●	●		
Øjenssygdomme (oftalmologi)	○	○		▲●			◇			◇		
Dermatologi- venerologi		○				▲●						
Arbejds- og miljømedicin						▲●						
Palliativ enhed		●	●			●		●		●		
Demensenhed	▲●	○	○	●		●		●		●		
Tværgående specialer												
Anæstesiologi	▲●	●	●	●	◇	●	◇	●	●	●	◇	◇
- intensiv afsnit	▲●	●	●	●		●		●	●	●		
Patologisk anatomi og cytologi	●		●			●		●		●		
Diagnostisk radiologi	●	●	●	●	◇	●	◇	●	●	●	◇	◇
Klinisk biokemi	▲●	●	●	●	◇	●	◇	●	●	●	◇	◇
Klinisk mikrobiologi	▲●		●					●		●		
Klinisk farmakologi	□					●			□			
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	●		●	●		●	●	●	●	●		
Klinisk genetik	▲●											
Klinisk immunologi	▲●	●	●	○	○	○	○	▲●	○	●	○	○

*) Det gælder for flere specialer at konkrete opgaver på specialfunktionsniveau efterfølgende skal fordeles mellem afdelinger med hovedfunktion.

I tilfælde, hvor en funktion skal varetages på to hospitaler i regionen, placeres den som udgangspunkt på ét hospital i planlægningsområde Nord eller Midt, og på ét hospital i planlægningsområde Syd eller Byen.

Det fremgår også af specialefordelingen, at der på nogle hospitaler etableres ude- og satellitfunktioner. En udefunktion er en funktion (på enten special- eller hovedfunktionsniveau), der varetages af personale (ofte speciallæger) fra en anden matrikel. Udefunktionen kan enten organiseres som faste konsulentordninger, tilsyn eller tilkaldeordninger. En satellitfunktion er en funktion (på specialfunktionsniveau), der varetages med eget personale under ansvar/supervision af en afdeling med specialfunktion på anden matrikel (f.eks. en dialysesatellit).

Konsekvenser af den nye struktur

Hospitalsplanen medfører, at de neurorehabiliteringsfunktioner, der i dag varetages på Esbønderup og Hornbæk, flyttes til regionens øvrige hospitaler. Det åbner mulighed for, at de to matrikler frasælges.

For det nuværende Hørsholm Hospital gælder, at samtlige funktioner flyttes og integreres på regionens øvrige hospitaler, hvilket muliggør anvendelse af matriklen til psykiatrivirksomheden.

Økonomi

Hospitalsplanen skal skabe grundlag for en optimeret drift og en effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. Samling af funktioner på færre enheder skal samlet set give driftsbesparelser, ligesom de afledte administrative og ledelsesmæssige forenklinger vil frigøre ressourcer til klinisk arbejde.

Samlet set er det estimeret, at hospitalsplanen, når alle forslag er gennemført, kan medføre rationaliseringsmuligheder på op mod 300 mio. kr. pr. år.

En realisering af Hospitalsplanen forudsætter væsentlige investeringer til ombygning og tilpasning af den eksisterende bygningsmasse. Det gælder især for de fire områdehospitaler, hvor der vil være behov for større tilpasninger og udbygninger.

På Nordsjællands Hospital i Hillerød foreslås gennemført et større projekt, der dels sikrer en vis større kapacitet samtidig med en stærkt tiltrængt modernisering af især skadestue/modtagelse, operationsgang og laboratoriefaciliteter samt forbedrede adgangs- og parkeringsfaciliteter.

På Herlev Hospital vurderes det nødvendigt at iværksætte et større anlægsprojekt med etableringen af et nyt, fritliggende kvinde-barn hospital, en kontorbygning samt en større omdisponering mellem sengetårn og behandlingsbygning og etablering af fælles akutmodtagelse.

På Hvidovre Hospital forventes der især at være behov for ombygninger og tilpasninger af akutmodtagelse og operationsfaciliteter, samt intensiv kapacitet - ud over interne omflytninger af sengeafsnit. Behovet for evt. tilbygning skal vurderes nærmere.

På Bispebjerg Hospital vil der være behov for en tilbygning, der muliggør en samling af hospitalets akutmodtagelse, operationsfaciliteter, herunder opvågning og intensivafsnit.

Grundet størrelsen af planlægningsområde Syd og befolkningsudviklingen på Vestamager indgår det endvidere i planen, at regionen vil søge at få option på en grund i Ørestaden til et evt. fremtidigt større hospitalsbyggeri.

Samlet set forventes alle hospitalsplanens forslag at medføre anlægsudgifter på ca. 4,5 mia. kr. over flere år. Heraf er ca. 2/3 direkte knyttet til de omlægninger, der følger af planen, mens ca. 1/3 er knyttet til nødvendige og til dels planlagte reoveringer, som må forudsættes gennemført under alle omstændigheder.

Hospitalsplanens gennemførelse

Hospitalsplanen kan ikke gennemføres på én gang. Flere af de ændringer, som planen lægger op til, nødvendiggør ombygning og tilpasning af den bygningsmæssige kapacitet. Endvidere vil flytning af afdelinger ofte hænge sammen, da udflytning af én afdeling ofte skal give plads til indflytning af en anden.

Gennemførelsen af Hospitalsplanen skal ske, så hurtigt det er muligt af hensyn til regionens borgere og ikke mindst af hensyn til de mange medarbejdere på hospitalerne, der vil blive berørt af strukturændringerne.

Hovedparten af Hospitalsplanen forventes gennemført i perioden 2007-2012.

Ledelse og medarbejdere

Gennemførelse af hospitalsplanen er en kompleks proces, der med omfordeling af specialer og ny organisering af samarbejdet mellem hospitalerne medfører vidtrækkende ændringer for mange medarbejdere i regionen, hvad angår arbejdsindhold, arbejdssted, kolleger og ledere. Det stiller store krav til medarbejderne og øger de ledelsesmæssige udfordringer væsentligt i de kommende år.

Der vil i forbindelse med Hospitalsplanen blive iværksat en række overordnede personalemæssige initiativer for at sikre smidige overgange i forbindelse med strukturomlægningerne, og at opgaveløsningen også i planperioden kan varetages på et højt fagligt niveau. Samtidig skal initiativerne bidrage til udviklingen af en fælles kultur og identitet på tværs af de kommende virksomhedsområder og derved skabe sammenhæng i regionen.