

De store hospitalsbyggerier: Økonomi og virkelighed

Kjeld Møller Pedersen
Syddansk Universitet
Aalborg Universitet
kmp@sam.sdu.dk



Hovedpunkter

1. Baggrund
2. Debatten om investeringsmidler
3. Gabet mellem ønsker og muligheder:
 - Prioritering/Den økonomiske udfordring
4. Budgettilpasningerne og de to screeningsrapporter (foreløbige tilsagn)
 - Arealstandarder, kapacitetsudnyttelse, befolkningsprognoser m.m.
5. Endelige tilsagn
6. Rigsrevisionens krav og forventninger
7. Resultatet: Det nye sygehuskort og fordelingen af 42 mia. kr.

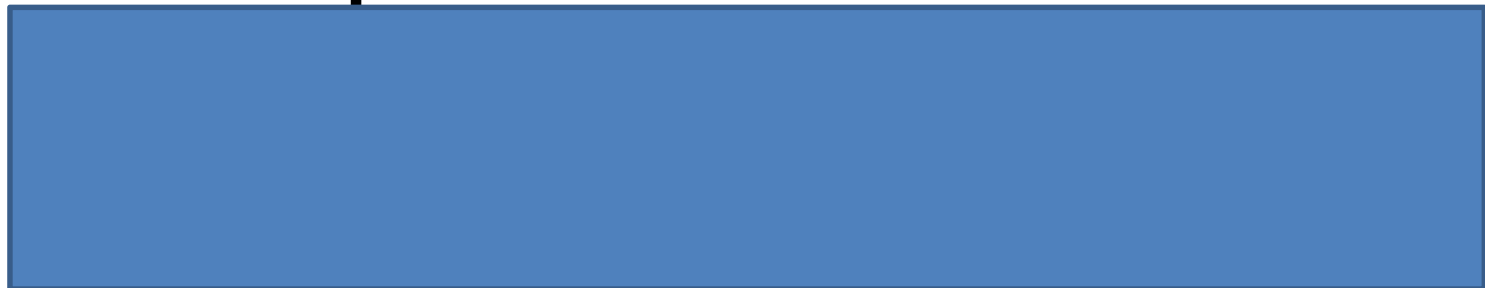
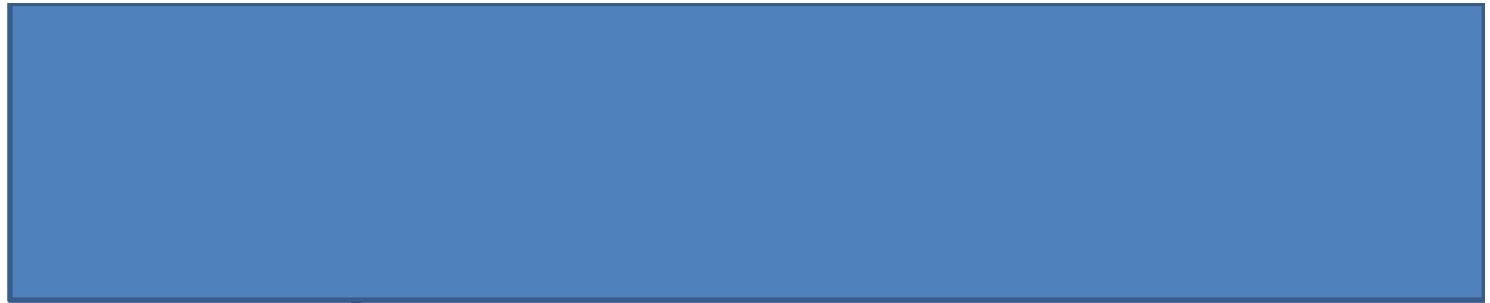
Stillede spørgsmål

- 1. Arealkravene muliggør ikke** at medtage fremtidssikrede logistik-systemer, fx AGV, monorail osv.
Tilsvarende vedr. mulighederne for forberedelserne til allerede eksisterende IT-løsninger og til fremtidens – endnu ukendte; men givetvis plads- og installationskrævende - medikoteknik.
- 2. Fra de studiegrupper i regionerne, der har hentet inspiration fra udenlandske hospitaler, lyder det næsten samstemmende, at vi i Danmark – på grund af de stramme økonomiske rammer - ikke har mulighed for at udnytte de fagligt tekniske idéer, der er hentet hjem ...**

Hvorledes forestiller ekspertpanelet sig, at den know-how, som vi opnår ved byggerierne, kan konkurrerer med allerede eksisterende know-how i lande som f.eks. Tyskland, Frankrig, Holland og Norge?
- 3. Hvorfra stammer de magiske dimensionerende nøgletal for kvalitetsfondsprojekterne? Brutto / Netto (B/N) forholdet 2 for et totalt hospitalsprojekt, og 1,7 for afdelingsbrutto.**
- 4. Har man i Ekspertudvalget være inde, at lave totaløkonomiske beregninger for et hospitalsanlæg. Her tænkes på flere elementer**
- 5. Én-sengsstuer**

Baggrunden

**Tilblivelsen
af de
økonomiske
og
fysiske rammer
for fremtidens
sygehuse:
2004-2013**



2006/07: Sundhedsstyrelsens 'diktat': Samling af akutfunktioner/fælles akutmodtagelse



Sundhedsstyrelsens vision og plan for akutsygehusene i Danmark

- nytænkning af akut-modtagelse

Den nye sundhedslov gav Sundhedsstyrelsen øgede plan-beføjelser

- råd og anvisninger skulle reelt set følges

**De nye regioner udarbejdede sygehusplaner i løbet af
2007/2008 i overensstemmelse m. retningslinjerne**

Dramatiske konsekvenser

FRA 40-45 sygehuse med akutmodtagelse

TIL 20-25 sygehuse med fælles
akutmodtagelse i løbet af 5-10 år

**HVIS Sundhedsstyrelsens
anbefalinger følges slavisk!**

OG det blev de!

- **Sundhedsstyrelsen fik øgede beføjelser i
den nye sundhedslov fra 2006**

Rapporten om akutberedskabet



Udgangspunkt: ønske om øget (faglig) kvalitet
(= bedre behandlingsresultater)

Forventningen til det akutte beredskab er: høj ensartet faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne – uanset tid og sted.

Grundfilosofi I: 'øvelse gør mester' (sammenhængen mellem antal patienter, erfaring og faglig kvalitet)

Grundfilosofi II: Faglig kvalitet vægtes højere end nærhed

- politisk accepteret (i Folketinget)
- fagligt accepteret
- folkeligt (næsten) accepteret

Evidens-grundlag: Beskeden


Afgrænsning I: (implicit): ser total bort fra økonomiske aspekter

Hovedanbefalinger

1. Præhospitale indsats: 16 anbefalinger

- En række organisatoriske forslag – fx ét landsdækkende telefonnummer, ansvar for alarmcentraler m.m.
- Lægehelikopter-ordning til supplement af øvrige præhospitale arrangementer
 - Bedst mulig landssdækning/ydermoråder
 - Kun flyvning i dagtid

2. Akutmodtagelse på sygehuse: 10 anbefalinger

- Fælles akutmodtagelse på de udvalgte akutsygehuse 
- Befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelse: 200-400.000
 - Med forbehold for hhv. tæt befolkede og tyndt befolkede områder

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer er repræsenteret på matriklen. De fælles akutmodtagelser kan i øvrigt være forskellige:

- intern medicin
- ortopædisk kirurgi
- kirurgi (parenkym)
- anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2
- diagnostisk radiologi
- klinisk biokemi

Ved fødsler skal der desuden være gynækologi og obstetrik samt pædiatri. Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader, bør pædiatri være repræsenteret på matriklen.

- 4 traume centre – dog kun 1-2 med 'alle specialer repræsenteret'

Fælles akutmodtagelse

1. Speciallæger i tilstedeværelse-vagt - 24/7

- Bliver modtaget af speciallæge (?)/'næsten speciallæge'
- Ikke yngre læge som på mange mindre og mellemstore sygehuse

2. Forventning om bedre behandlingsresultat

Eksempel: Kolding

Akutafdelingen har 47 senge, hvor patienten maximalt må opholde sig i 48 timer, i gennemsnit 18 timer.

Akutafdelingen er opdelt i en triagezone (visitation), en behandlingszone og en udslusningszone (for færdigbehandlede patienter).

- Afsnit

- **Akut sengeafsnit**
- **Akut hjerteafsnit**
- **Akutmodtagelse**
- **Skadestue og Lægevagt**

Det forventes at 70-80 % af sygehusets patienter på sigt behandles i Akutafdelingen og kun 20 – 30 % indlægges i de øvrige sengeafsnit

Hvad diskuteres ikke i Sundhedsstyrelsens oplæg

1. Afledte investeringsbehov

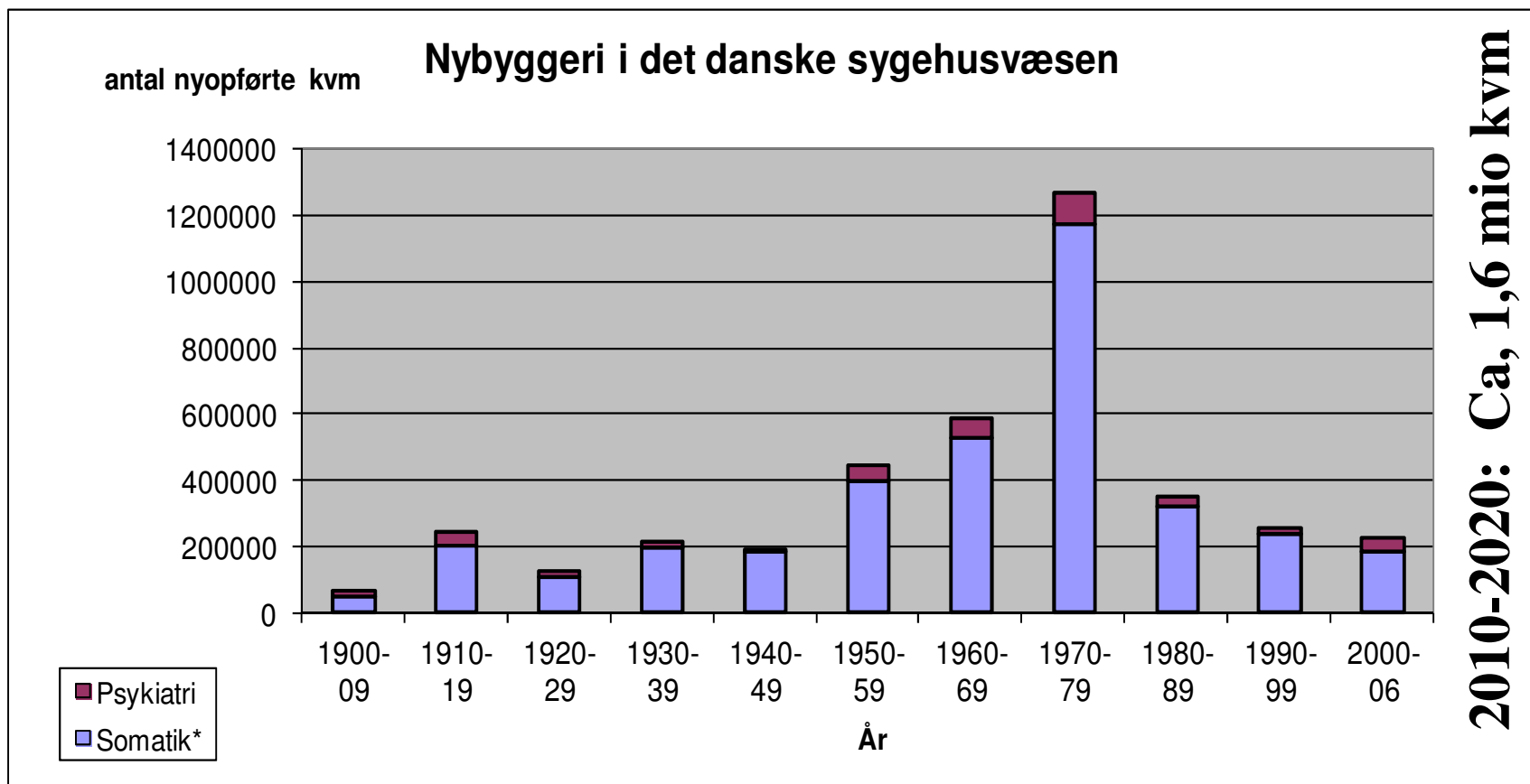
2. Rationaliserings-gevinster

3. God sygehusstørrelse

- God driftsøkonomi
 - 'stordriftsfordele'?
 - Noget peger på sygehuse med 300-500 senge som 'bedst'
- Giver større sygehuse bedre
 - Faglig kvalitet?
 - Patientoplevelset kvalitet?

4. Hvor sandsynligt er det, at vi får (betydelig) bedre faglig kvalitet?

Der var (nok også) et bygningsmæssigt efterslæb



- Knap 80 procent af bygningerne er over 25 år gamle, heraf er godt en fjerdedel opført før 2. verdenskrigs afslutning.

- Perioden 1950-1979 er guldalderen, i denne periode er 58 procent af bygningerne opført.

- Efterfølgende er mængden af nybyggeri faldet markant. I perioden 1980 – 2006 udgør mængden af nybyggeri kun en tredjedel af nybyggeriet i perioden 1950-1979.

Kilde: Lone Christiansen, Danske Regioner, Første møde i Ekspertpanelet



Debatten om penge til sygehusinvesteringer

Regionerne har reelt set ikke været bundet af økonomiske hensyn i forbindelse med de nye sygehusplaner

- skal/kan ikke selv udskrive skat
- staten skal stille investeringsmidler til rådighed

Marts 2007



100 mia. kr. – over 10 år!

Juni 2007



Indeholdt bl.a. principper og kriterier vedr. kvalitet, finansiering og øget produktivitet for kommende sygehusinvesteringer & nedsættelse af et ekspertpanel.



**August 2007:
Kvalitetsfond**

I kvalitetsreformen var der afsat 50 mia. kr. til bygninger m.m., heraf 25 mia. kr. til sundhedsområdet (over 10 år)



**Der har været forbavsende politisk enighed på
Christiansborg vedr. investeringsrammen**

**Der har reelt set ikke været tilløb til
at forøge rammen**

Juni 2007: Der aftales at nedsætte et rådgivende udvalg



Sygehus-panel på fem personer til at bedømme forslag til sygehus-investeringer og lave indstilling til regeringen:

- Erik Juhl, formand (tidligere adm. direktør H:S)
- 2 danskere (Hans Kirk og Kjeld Møller Pedersen)
- 2 skandinaver (Bo Brismar, Stockholms Len og Ragnhild Aslaksen, Norge)

***Overordnet princip:* I det omfang regionernes sygehus-planer var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer, har udgangspunktet været regionernes planer: 'Centraliseret (investering) decentralisering (planerne)'**

Rammerne for panelets arbejde

1. Kommissoriet (Regeringen & De fem Regioner, juni 2007)

2. Regionernes planer

3. Sundhedstyrelsens retningslinjer og kommentarer til planerne

4. 25 mia. kroner + værdien af salg af grunde og bygninger
og 1 mia. kr. årlig mindre til renovering fra bloktilskuddet
= samlet ca. 40 mia. (som endte med at blive 42 mia. kr)



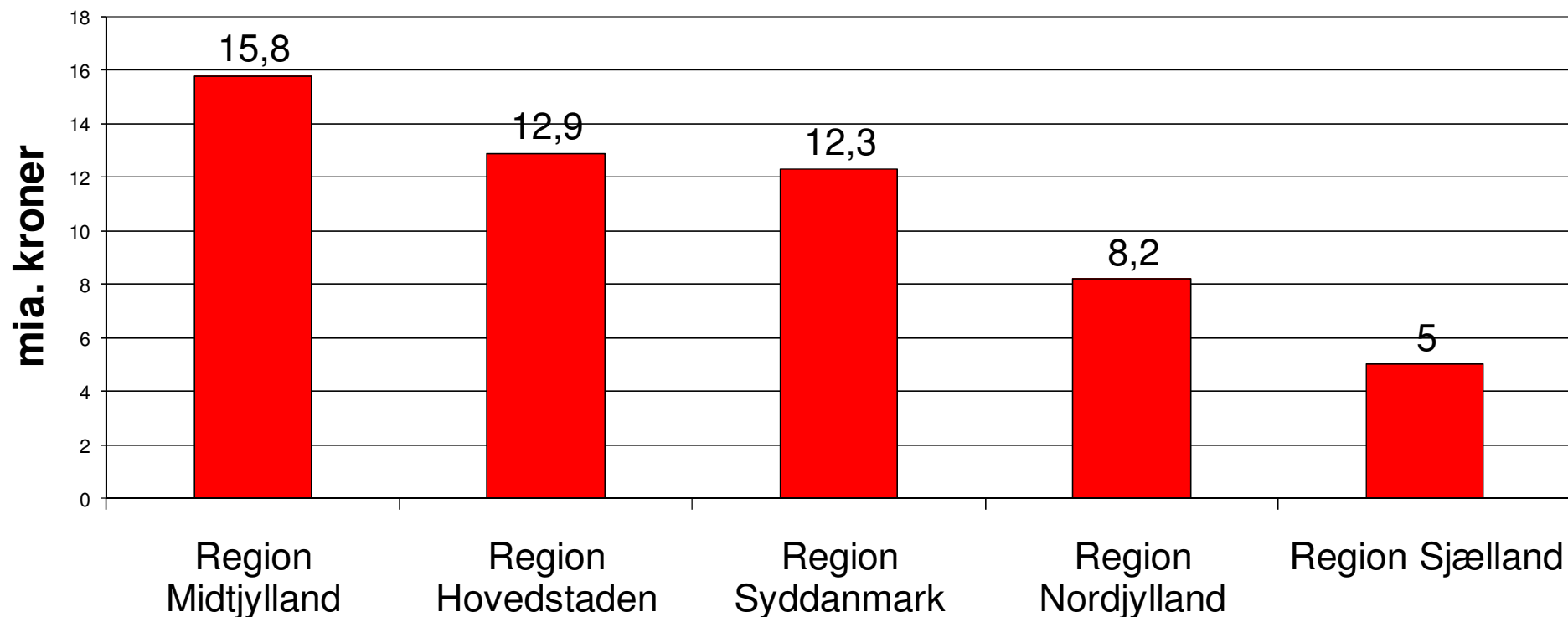


Den økonomiske udfordring ...



Overordnet opgave: at fordele 25 mia (40 mia)

**Samlede planlagte sygehusinvesteringer: 54 mia.
kroner (over 5-10 år) - efteråret 2007**



Efteråret 2008: vokset til 68 mia. kroner

Foråret 2009: vokset til mindst 80 mia. kr

Region Hovedstaden kom med en plan til 30 mia. over 12 år)



Kan 40 mia. dækker ønsker for 80-90 mia kr. ?

1. De indsendte planer blev vurderet og reduceret ud
 - Befolknings- og sengetalsprognoser vis-a-vis overgang til sammedagsbehandling
 - Størrelse af én-sengstuer
 - Kapacitetsudnyttelse (antal dage/år, antal timer/dag)
2. Ikke alle sygehuse fik investeringsmidler til nybyg./renovering

Tilpasningerne ...

Det startede med sygehusplanerne ...

Region	Ekspertpanelets karakteristik
Region Nordjylland	På væsentlige områder i overensstemmelse med præmis-serne om <i>en rationel og moderne sygehusstruktur også på længere sigt</i> . Der sker en koncentration af behandlingen på færre enheder, nogle matrikler lukkes helt, og regionen <i>følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger</i> for så vidt angår de fælles akutmodtagelser.
Region Midtjylland	Som for Nordjylland

Koncepttænkning

Opgørelse af investeringsbehov, stiliseret model

- Hvad er behandlingsbehovet (patienter, operationer, ambulante forløb osv.)?
- Hvad er kapacitetsudnyttelsen (åbningstider, operationer og scanninger pr dag osv.)?
- Hvor mange og hvilke rum/lokaler er der behov for?
- Hvad er arealstandarderne (hvor meget areal skal en sengestue, operationsrum mv. have)?
= Nettoarealbehov
* Brutto-/nettofaktoren (inkluderer gangarealer og teknikrum mv.)
= Bruttoarealbehov
* Pris per m ²
= Anskaffelsessum/investering

Boks 4.1: Tilpasning af økonomisk ramme for prioriterede projekter

De samlede tilpasninger i den økonomiske ramme for de projekter, som panelet finder, man på nuværende tidspunkt kunne prioritere, varierer fra 11 til 33 pct. i forhold til de opgørelser, som regionerne har foretaget. Tilpasningen er sammensat af en tilpasning (reduktion) i projekternes dimensionering og anvendelsen af ensartede forudsætninger for økonomien på tværs af regionerne.



Emne	Ekspertpanelets vurdering	Regionernes ønsker/standarder
<i>Hvad er behandlingsbehovet</i> (fremskrivning: Patienter, operationer, ambulante forløb osv..)	Stigning på 50% i ambulans aktivitet frem mod 2020. 20% reduktion i antal senge.	Mindst 75% stigning i ambulans aktivitet i 2020 og mindre fald i antal senge
<i>Hvad er kapacitetsudnyttelsen</i> (åbningstider, aktivitet per dag osv.)	For ambulatorier: 245 dage per år a 7 timer effektiv drift	For ambulatorier: 220 dage per år a 6 timers effektiv drift
<i>Hvor mange og hvilke lokaler, er der behov for?</i>		
<i>Hvad er arealstandarderne?</i> (kvm per senge-og operationsstue osv.)	33-35 kvm for enestuer	(fleste regioner): 40 kvm for enestuer.
= Nettoarealbehov (kvm)		
<i>Brutto/nettofaktor</i> (brutto inkluderer gangarealer, fællesrum, teknikrum osv.)	2,0 for somatisk og 1,8 for psykiatri	2,1 for somatik.
= Bruttoarealbehov		
<i>Pris per kvm.</i>	Incl. apparatur: Kr. 29.000 per kvm for universitetshospitaler/kr. 27.000 for øvrigt byggeri. - Kr. 22.000/kvm for psykiatri	Overslag, der ligger over panelets forudsætninger.
Anskaffelsessum/investering		

Arealstandarder

Arealstandarder: Samlet vurderer panelet, at der er grundlag for en øget arealeffektivitet. De fastlagte standarder ligger i den høje ende, og det er samtidig væsentligt at have tilstrækkeligt blik for de samlede arealkonsekvenser. Et for højt arealforbrug er uheldigt, såvel anlægsøkonomisk som i forhold til den senere drift heraf.

Ikke-detailstyring – men investeringsrammen skal overholdes

”Panelet vil gerne gentage, at der ikke med den fremkomne økonomiske ramme og forudsætningerne bag er tilsigtet en detailstyring af regionernes projekter ... De forudsætninger om behovsfremskrivning, dimensionering og kapacitetsudnyttelse mv., som ligger til grund for panelets tilpasning, er således ikke hver for sig bindende for projektets realisering. Inden for den konkrete investeringsmæssige tilsagnsramme kan regionen i projekteringsfasen dermed fastlægge de løsninger for det konkrete projekt, der er hensigtsmæssige lokalt – under iagttagelse af de generelle principper om bl.a. bedre kapacitetsudnyttelse, så længe det sker inden for den angivne budgetramme”

En dynamisk verden: Plan-og forudsætningsændringer



Notat vedr. *Årsager til DNV-Gødstrup's særlige udfordringer*

Baggrund og
DNV-Gødstrup
investeringsra

Investeringsrammen og det dertil korresponderende areal for DNV-Gødstrup er fastlagt med Finansministeriets foreløbige tilsagn af 19. november 2010, som igen baserer sig på screeningsrapport 2 fra regeringens rådgivende udvalg, november 2010.

Det er for fler
rammer er er
forhold gælde

Det rådgivende udvalg fastlægger i screeningsrapporten arealet for DNV-Gødstrup til 115.000 m² og dermed investeringsrammen til 3,15 mia. kr. (2009 p/l) ved at basere sig på to grundforhold:

Årsagerne er
estimeret de

- Region Midtjyllands ansøgning om foreløbigt tilsagn, der med afsæt i aktivitetsdata og dermed planlægningsforudsætninger i 2007 estimerer den forventede aktivitet og arealbehov i 2018 til 136.436 m²
- Det estimerede arealbehov reduceres derudover som følge af yderligere generelle tilpasninger (reduktion med 16.400 m²) og en beregningsteknisk reduktion på grund af hospitalsbaserede aktiviteter i Holstebro på 5000 m²

For det andet
hvorved hosp
hvilket betyd
og investering

Når de arealmæssige rammer for DNV-Gødstrup er en helt særlig udfordring, er det begrundet i to forhold:

Disse for DNV
areal på mere
end 240 mio.

1. Tilførsel af funktioner efter arealrammens fastlæggelse ud fra situationen i 2007 ikke mindst med Region Midtjyllands omstillingsplan. Dette uden tilsvarende tilpasning af arealrammen. Udfordringen skønnes at være af en størrelsesorden svarende til et areal på 5750 m² eller en investeringsramme på mere end 150 mio. kr. (2009 p/l)
2. Realt tab af netto 3330 m² (svarende til en investeringsramme på mere end 90 mio. kr. i 2009 p/l) knyttet til vurderinger af arealet, der er forbundet til de hospitalsbaserede sundhedstilbud i Holstebro

En lang række
at indarbejde
tilgange af ak
ændrede foru
projektet.

IT/apparatur: 'Normer' etableret ved første uddeling af investerings- midler (p. 12)

REGIONERNES INVESTERINGS-
OG SYGEHUSPLANER

- SCREENING OG VURDERING



Afgivet af regeringens ekspertpanel

NOVEMBER 2008

”Byggepriser:.

Samlet vurderes i forhold til nybyggeri, at et prisniveau på samlet maksimalt 29.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.), heraf **5.800 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 25 pct. af byggeudgift på 23.200 kr./m²**, kan begrundes for *universitetssygehusbyggerier* på bar mark/barmarkslignende forhold

...

For øvrige nybyggerier og tilbygninger vurderes et niveau på maksimalt 27.000 kr./m² (totalpris inkl. apparatur mv.) heraf **4.500 kr./m² til apparatur, IT og løst inventar, svarende til 20 pct. af byggeudgift på 22.500 kr./m²**, at være tilstrækkeligt til realiseringen.

Første rapport fra ekspert-panelet

REGIONERNES INVESTERINGS-
OG SYGEHUSPLANER

- SCREENING OG VURDERING



Afgivet af regeringens ekspertpanel
NOVEMBER 2008

**Ultimo november 2008;
fordeling af 25 mia
(incl. værdi af frasalg m.m.)**

Anden rapport fra ekspert-panelet

REGIONERNES INVESTERINGS-
OG SYGEHUSPLANER

- SCREENING OG VURDERING II

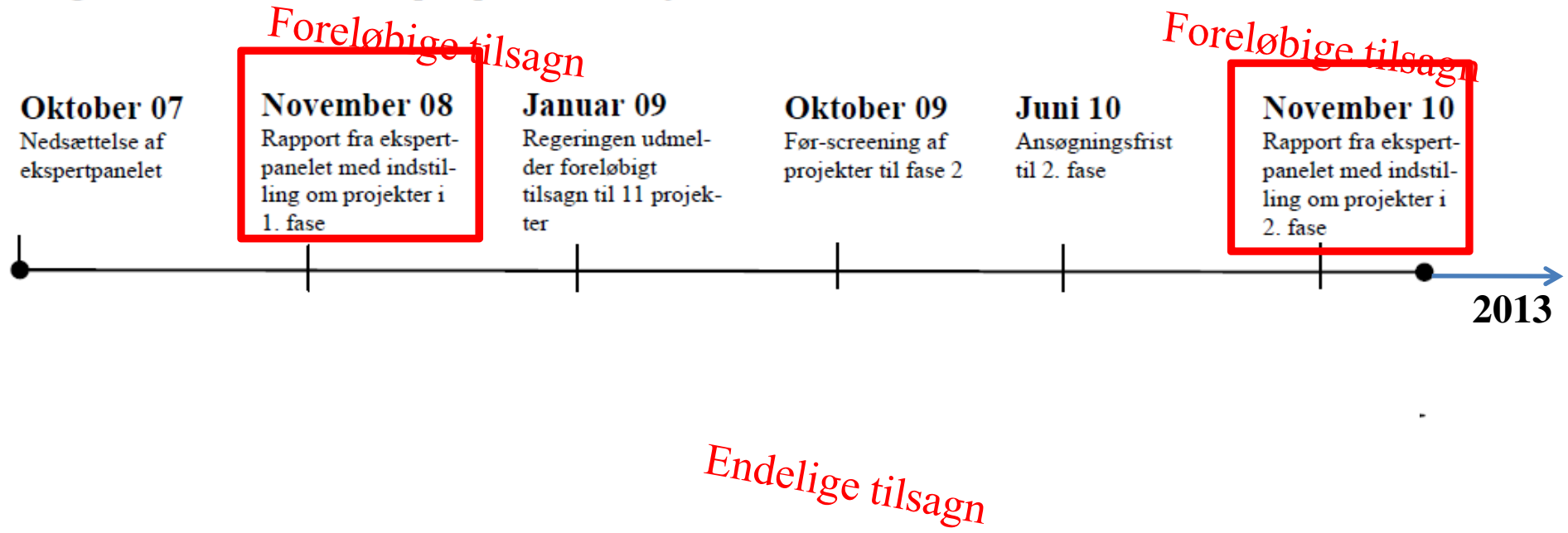


Afgivet af regeringens ekspertpanel
NOVEMBER 2010

**Fordeling
af ca. 16 mia.**

Samtlige anbefalinger er blevet fulgt!?!?

Figur 1.1 Tidsakse for ekspertpanelets arbejde



Endelige tilsagn

1. I modsætning til de foreløbige tilsagn har det været konsulenter inde over det indsendte materiale

2. Vurderer materialet ud fra 8 punkter for at være 'betrygget' i, at hele/afrundede projekter kan virkeliggøres inden for de opstillede økonomiske rammer
 - Dimensionering og økonomi/økonomistyring
 - Flexibilitet i byggeriet
 - Risikostyring-og vurdering/'change request'
 - Byggestyring/projektorganisering
 - Patientsikkerhed og patientforhold
 - Præ-hospitale indsats
 - (+projektbeskrivelse og projektoplysninger)

3. Fastsættelse af éngangs-produktivitetsgevinst: 6- 8%

Rigsrevisionen



Notat til Statsrevisorerne om
tilrettelæggelsen af en større
undersøgelse af regionernes
sygehusbyggeri

S
2

Beretning til Statsrevisorerne om sygehusbyggerier

December
2011

... regionernes sygehusbyggerier med tilskud fra Kvalitetsfonden. Sygehusbyggerierne udgør **en af de største anlægsinvesteringer i Danmark nogensinde ...**

Formålet er undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

1. Har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemført processen for tilsagn om tilskud til og tilrettelagt tilsynet med sygehusbyggerierne tilfredsstillende?
2. Har regionerne planlagt sygehusbyggerierne og tilrettelagt styringen tilfredsstillende?

Konklusioner

1. Sundhedsministeriet og regionerne har ikke forberedt byggerierne fuldt ud tilfredsstillende. Det gælder særligt det største af byggerierne – Det Nye Universitetshospital i Aarhus (DNU).

Sundhedsministeriet gav endeligt tilsagn til DNU, uden at grundlæggende forudsætninger for byggeriet var afklaret

2. Rigsrevisionen bemærker, at der er en række risici forbundet med så store og komplekse byggerier.

Det er derfor afgørende, at *Sundhedsministeriet konkretiserer og udfylder rollerne* som tilskudsgiver og tilsynsfører, hvis byggerierne skal realiseres inden for den samlede ramme.

Regionerne bør gennem hele byggeprocessen have fokus på risikostyring og sikring af robuste og beslutningsdygtige byggeorganisationer med henblik på at leve op til formålet med byggerierne inden for de afsatte tilsagnsrammer.

Førte til controller-enhed i sundhedsministeriet og opstramning af rapporteringskrav

2. juli 2012

Kvartalsrapportering til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om kvalitetsfondsbyggerierne

Struktur for rapporteringen

Rapporten til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er bygget op efter følgende overordnede model:

1. Indledning.
2. Ledelseserklæring.
3. Revisorerklæring.
4. Overblik (overordnet kortfattet status for alle projekter).
5. Rapportering pr. projekt (om risici, økonomi, byggeriets fremdrift og kvalitet/indhold).
6. Generelle principper.
7. Øvrig rapportering

Boks 1: Format

Indberetningen til ministeriet vil med det forudsatte rapporteringsomfang kunne ske med en forskydning på max. 3 måneder, svarende til den forventede kadence i forhold til regionsrådet. Eventuel afvigelse herfra drøftes konkret mellem den enkelte region og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Kvartalsrapportering påbegyndes med virkning fra det tidspunkt, hvor der sker den første udbetaling af midler fra kvalitetsfonden. De enkelte afsnit omfatter korte tekstmæssige resuméer suppleret med tabeller og figurer i fornødent omfang. Mere detaljerede informationer ses i evt. supplerende rapport til regionsrådet.

1 Indholdsfortegnelse:

1	Indholdsfortegnelse:	2
2	Generelle bestemmelser	3
3	Anvendelse af bevillingen	4
4	Udbetalingsanmodning	5
5	Fastlæggelse af finansieringsprofil og P/L-regulering	7
6	Udgifter inden for totalrammen	8
6.1	Direkte udgifter	8
6.2	Indirekte udgifter	10
6.3	Omkostningsfordeling	10
6.4	Økonomisk sparsommelighed	11
6.5	Styringsmæssige rammer	11
6.6	Aktivering af aktivet	11
7	Indtægter	12
8	Anbringelse, udbetaling og renter	13
9	Standardrapportering	14
9.1	Kvartalsvis rapportering	14
9.2	Årlig rapportering	15
9.3	Rapportering på effektiviseringsgevinster	15
9.4	Rapportering ved centrale faseovergange	16
9.5	Rapportering ved bevillingsafslutning	16
9.6	Evalueringsrapport	16
10	Sanktionsmuligheder	18
11	Ikrafttrædelse	19
	Bilag 1 Skemaer til udbetalingsanmodning samt årlig og faseopdelt rapportering ..	20
	Bilag 2 Kvartalsrapportering til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om kvalitetsfondsbyggerierne	32
	Bilag A. Revisorerklæring til brug for kvartalsrapportering til regionsrådet	44
	Bilag B. Kvartalsvis forbrug af deponerede midler	47
	Bilag C. Tidsmæssig fremdrift	48
	Bilag D. Økonomisk færdiggørelse (observationer)	50
	Bilag E. Pris- og Lønregulering	51
	Bilag 3. Koncept for opfølgning på effektiviseringskravene	52



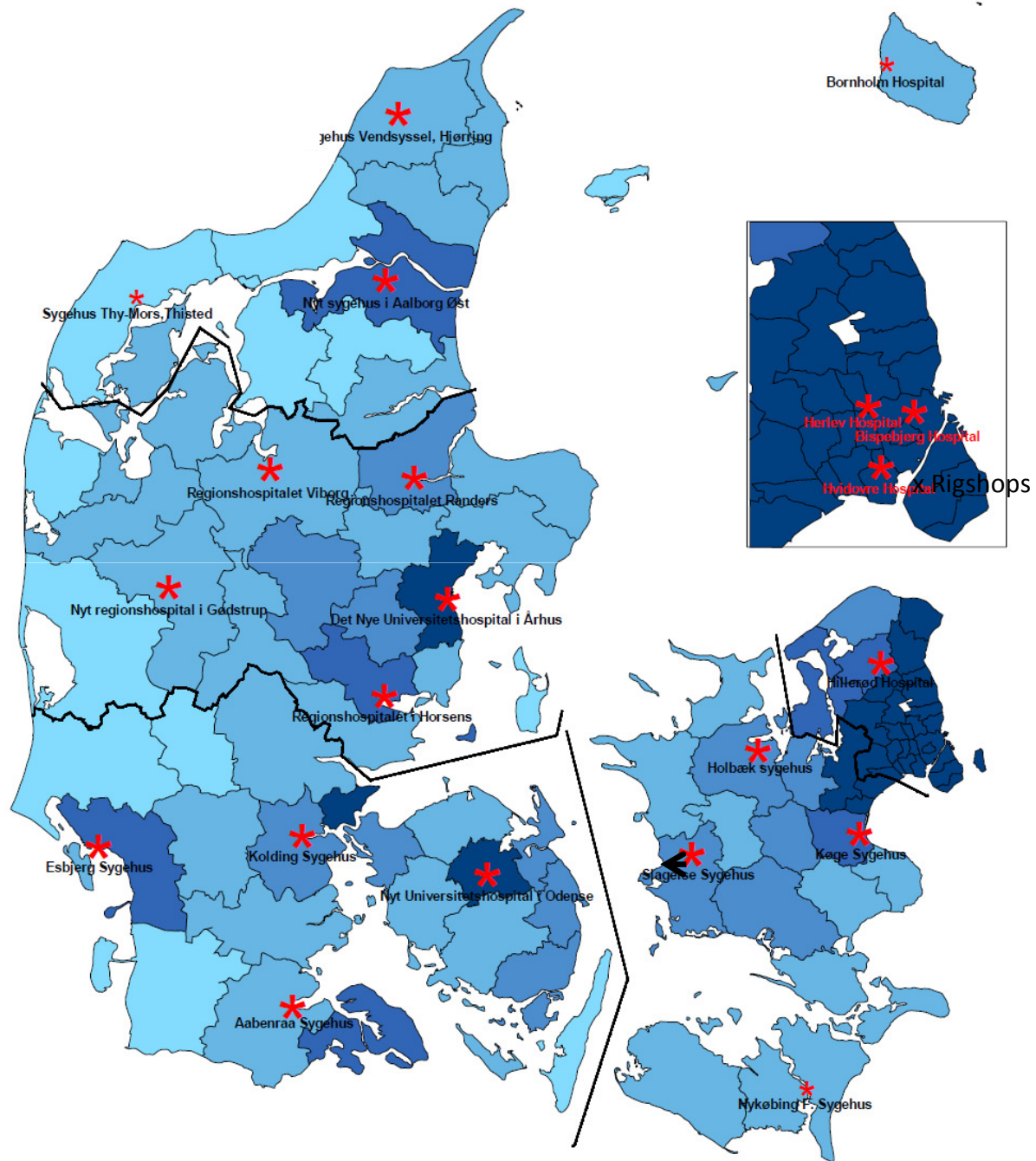
Med seler og livrem:

**Gør alt for at gardere sig mod budgetoverskridelser
Og dermed potentielt 16 'byggeskandaler'**

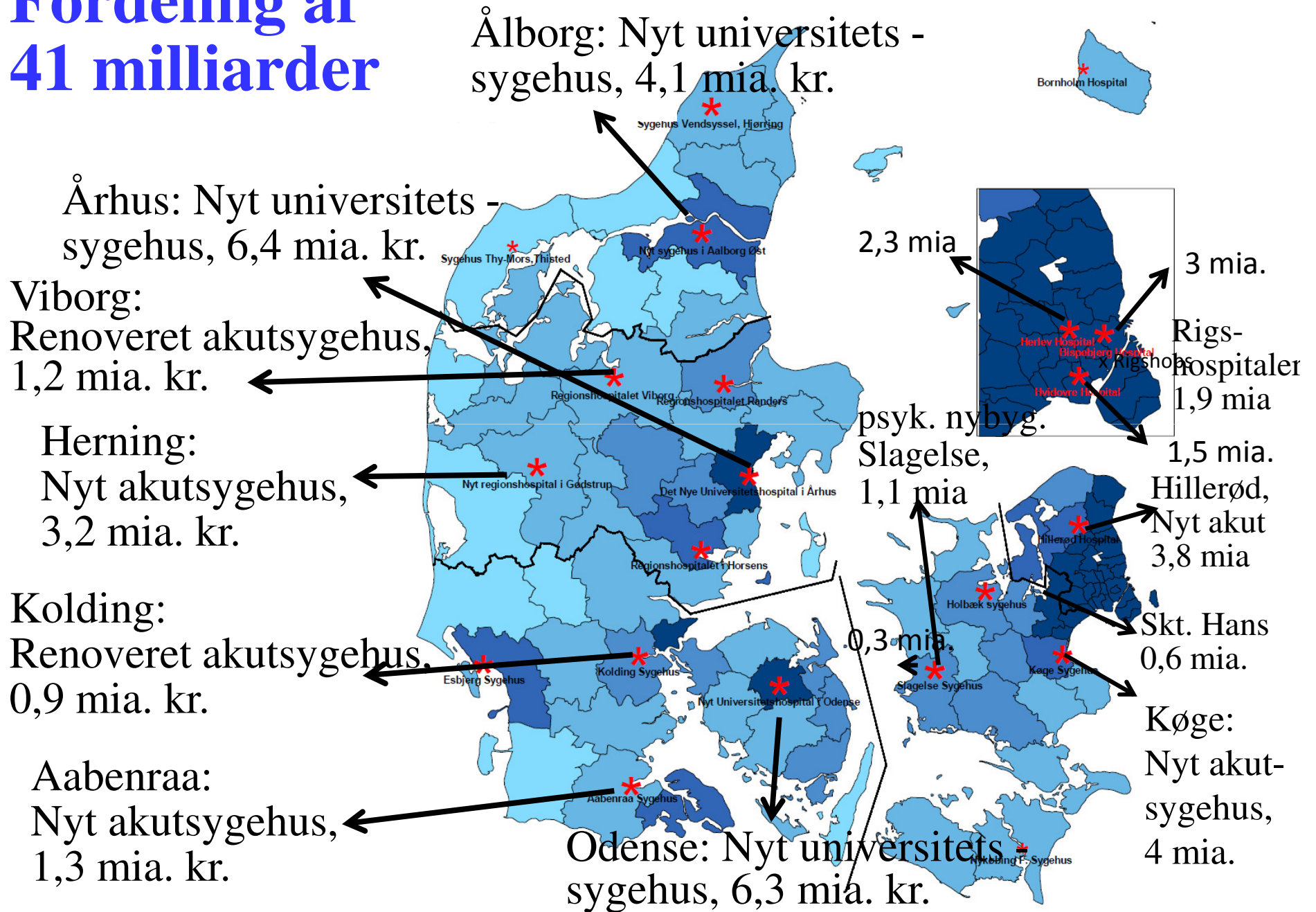
Resultat:
Det nye sygehuskort

**Utsigtet: Fik samtidig Danmarks
første nationale sygehusplan**

De nye akutsygehuse



Fordeling af 41 milliarder



Oversigt over antal fælles akutmodtagelser fordelt på regioner og efter befolkningsunderlag (baseret på regionerens sygehusplaner)

Kravet var et befolkningsunderlag på mellem 200-400.000 per akutmodtagelse m. mulighed for dispensation i yderområder – eller højere i tæt befolkede områder

Region	Under 100.000 Indbyggere	100.000-200.000 indbyggere	200.000-400.000 indbyggere	Over 400.000 indbyggere	I alt	Gns. antal 1.000 indbyggere pr. akutmodtagelse
Nordjylland	1	1	1	0	3	197,6
Midtjylland	0	0	5	0	5	257,5
Syddanmark	0	1	4	0	5*	243,7
Sjælland	0	1	3	0	4	214,0
Hovedstaden	0	0	1	3	4	419,5
I alt	1	3	14	3	21	-

* Svendborg blev ikke realiseret

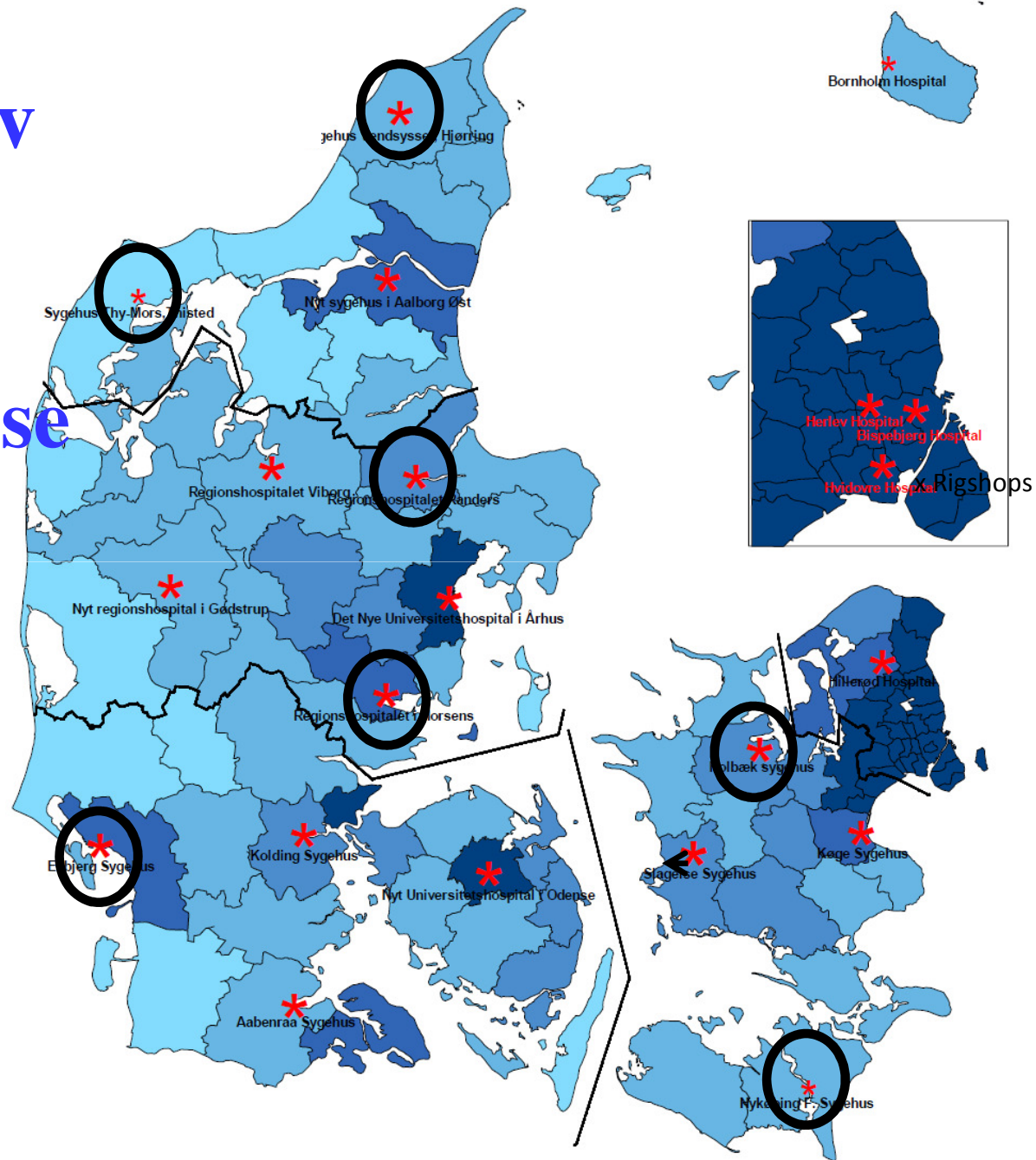
Politisk løfte om (overvejende) én-sengsstuer

Fordeling af sengestuer i 2007 og planlagt for 2018

	Nordjylland		Midtjylland		Syddanmark		Sjælland	Hovedstaden
	2007	2018	2007	2018	2008	2018	2007	2007
1-sengsstuer	31%	83%	41%	89%	28%	80%	32%	32%
<u>2-sengsstuer</u>	47%	14%	42%	10%	50%	18%	46%	48%
<u>3-sengsstuer</u>	3%	1%	5%	1%	9%	1%	3%	9%
<u>4-sengsstuer</u>	18%	3%	11%	0%	13%	0%	19%	10%
<u>5+sengsstuer</u>	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	1%
Patienthotel	7%	7%	15%	18%	8%		0%	3%
I sengepladser alt	1.619	1.425	2.852	3.132	3.478	2.948	2.075	5.436

Kilde: Regionernes indberetninger august 2008. Omregnede tal for region Midtjylland og region Hovedstaden. En del af 1-sengsstuer i region Syddanmark skal være patienthotel.

Og her skal regionerne selv afholde investeringer til akutsygehuse



**MEN der er flere sygehuse – blot ikke akutsygehuse
- bliver nok i fremtiden kaldt 'specialsygehuse'**

fx.

Silkeborg Sygehus

Vejle Sygehus

Gigthospitalet i Gråsten

Sønderborg

Svendborg Sygehus

Glostrup Hospital

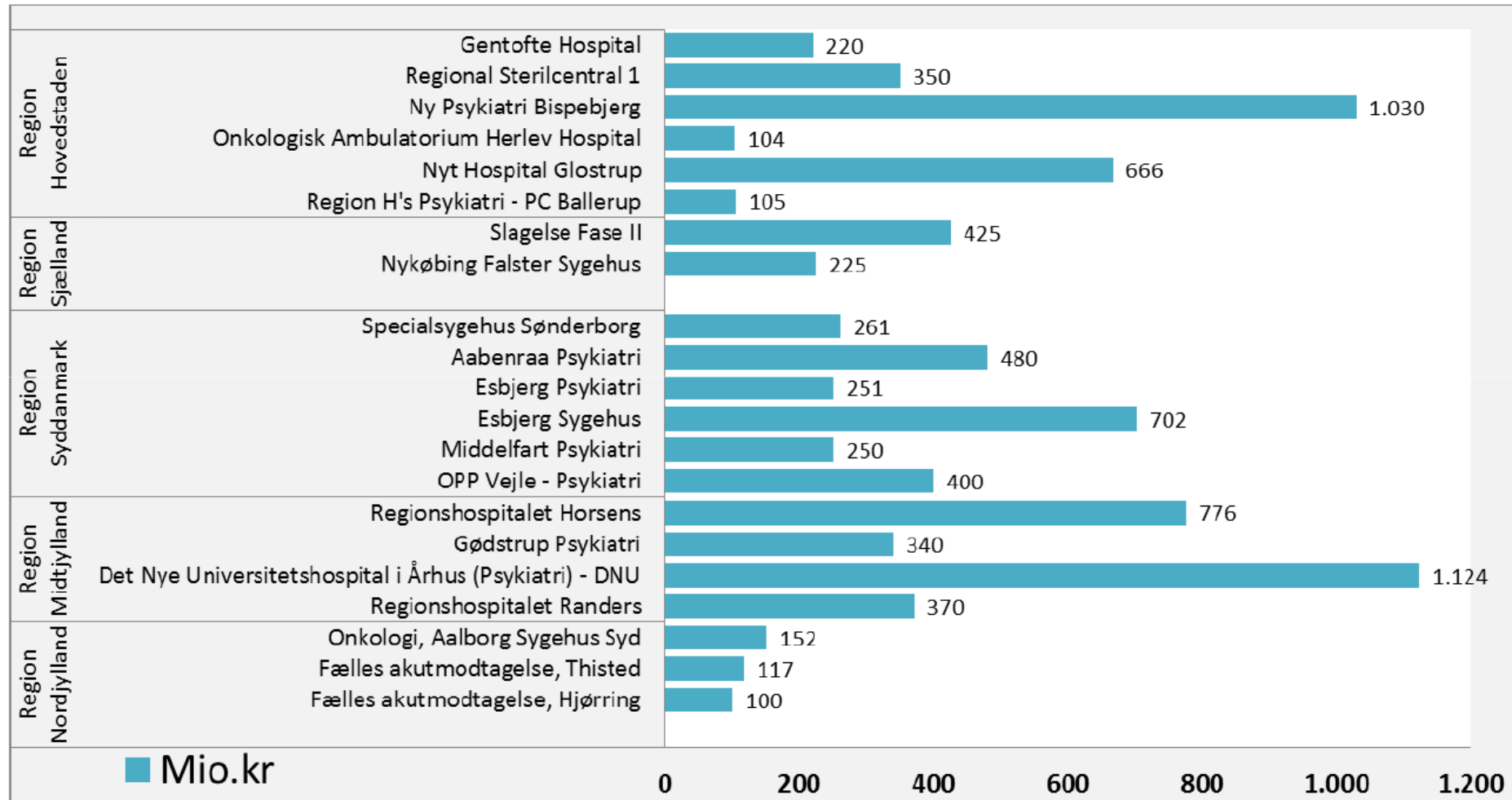
Gentofte Hospital

Amager Hospital

Roskilde Sygehus

Næstved Sygehus

Byggerier/renoveringer finansieret 100% af regionerne: 21 byggerier til i alt 8,5 mia. kr.



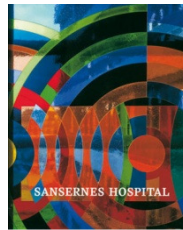
Kilde: Godtsygehusbyggeri.dk

Note: Oversigten over byggeprojekter opdateres på godtsygehusbyggeri.dk kvartalsvis

Udfordring: Hvordan bliver det mere end en lineær fremskrivning af fortiden

1. For patienterne

- sammenhængende, tidsoptimerede patientforløb på sygehuset
- state-of-the art behandling(s teknologi)
 - incl. telemedicinske løsninger
- et 'sansernes hospital'



2. For personalet

- arbejdsmiljø-og arbejdsglædefremmende rammer
- professionelle udfoldelsesmuligheder

3. For samfundet

- 'fremtidssikret'
- fleksibelt
- driftsøkonomisk
- innovations-og forskningscenter (i det mindste de mellemstore og store)
- 'bygningsmonument': æstetik og funktionalitet

”Det, der planlægges nu, står først klar til brug om måske 10 år, hvor behovene kan have ændret sig markant. Det er derfor centralt at undgå at overdimensionere byggeriet eller at bygge for ”låst” i forhold til funktioner, da det fordyrer både anlægs- og driftssiden. I stedet bør der lægges vægt på en fleksibel struktur/byggeri, så ændringer i behov kan imødekommes. Man taler i den forbindelse om *fleksibilitet* (mulighed for ændring i bygningsindretning, vægge mv.), *generalitet* (brede anvendelsesmuligheder) og *elasticitet* (muligheden for udbygning eller omvendt bygningsformindskelse). Der må for det enkelte projekt vælges en konkret strategi for sikringen af fleksibilitet i byggeriet.”

Udvalgt af
byggeherre og
rådgiver-kon-
sultant

Glostrup – 1958



Herlev – 1976

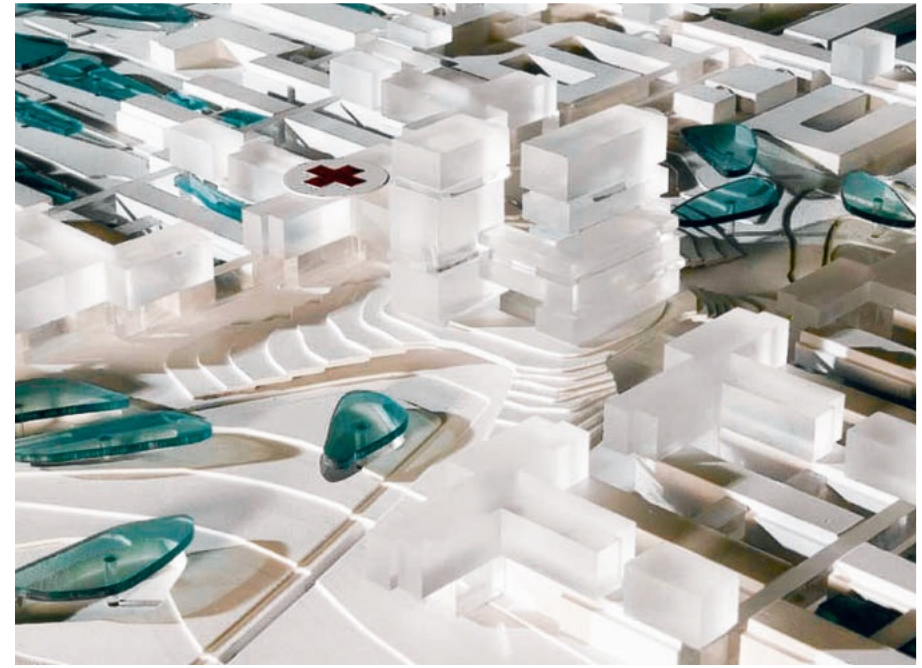


Hvidovre Hospital, 1976



Skejby sygehus - 1985





Computergrafik, Det nye universitetshospital i Århus



Wilhelm Berner-Nielsen

Tlf.: 2672 2601
wbn@arkitema.dk

DNV Gødstrup (Det Nye hospital i Vest)

il [Se flere billeder fra projektet](#)

Adresse: Gødstrup, Herning
Konkurrenceudskriver: Region Midtjylland
Arkitekter: Arkitema, AART, NSW Arkitekter (NO)
Omfang: 135.000 m²
Ingeniører: Grøntmij, Moe & Brødsgaard, Arup
Hospitalsplanlægger: Hospitalitet (NO)

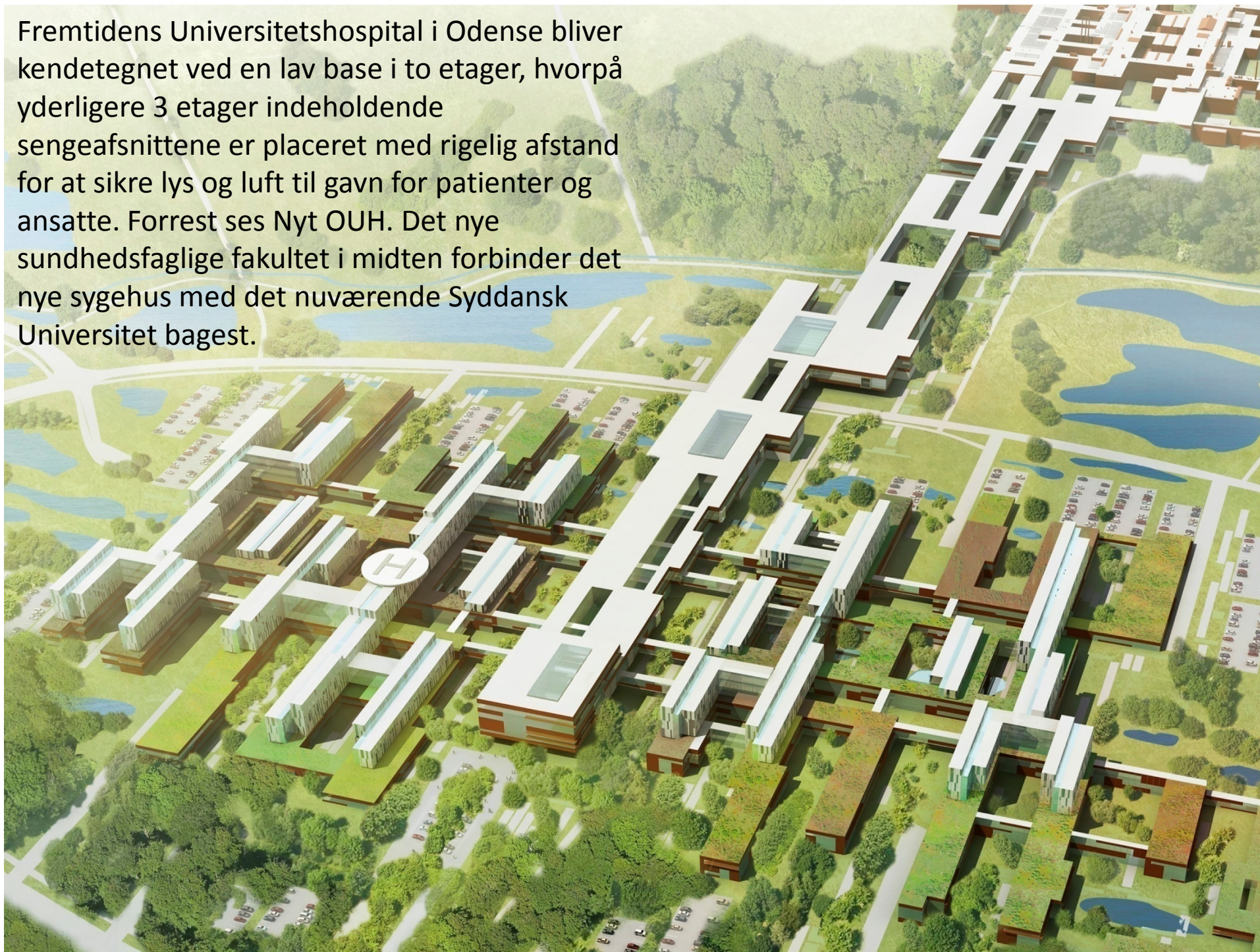
Forskning viser, at en tæt kontakt til naturen er med til at fremme patienternes helbredelse og personalets trivsel. CuraVita har derfor i høj grad lagt vægt på at styrke kontakten til det vestjyske hedelandskab, der danner inspiration for forslaget egenart og sanselighed med en brug af materialer, der leder tankerne væk fra det traditionelt kliniske sygehus og i retning af en tryk og hjemlig atmosfære.

il Kontakten til den store jyske horisont har resulteret i et klart arkitektonisk koncept. Som en naturlig forlængelse af landskabets horisontale linjer er vinderforslaget forankret i en udstrakt base, som indeholder ambulatorier, billeddiagnostik, operationsafsnit og kontorer, mens sengeafdelingerne er placeret ovenpå basen som lette horisontale skiver, der i højere grad henvender sig til den blå himmel over Herning.

Se vinderfilmen [her](#)



Fremtidens Universitetshospital i Odense bliver kendetegnet ved en lav base i to etager, hvorpå yderligere 3 etager indeholdende sengeafsnittene er placeret med rigelig afstand for at sikre lys og luft til gavn for patienter og ansatte. Forrest ses Nyt OUH. Det nye sundhedsfaglige fakultet i midten forbinder det nye sygehus med det nuværende Syddansk Universitet bagest.



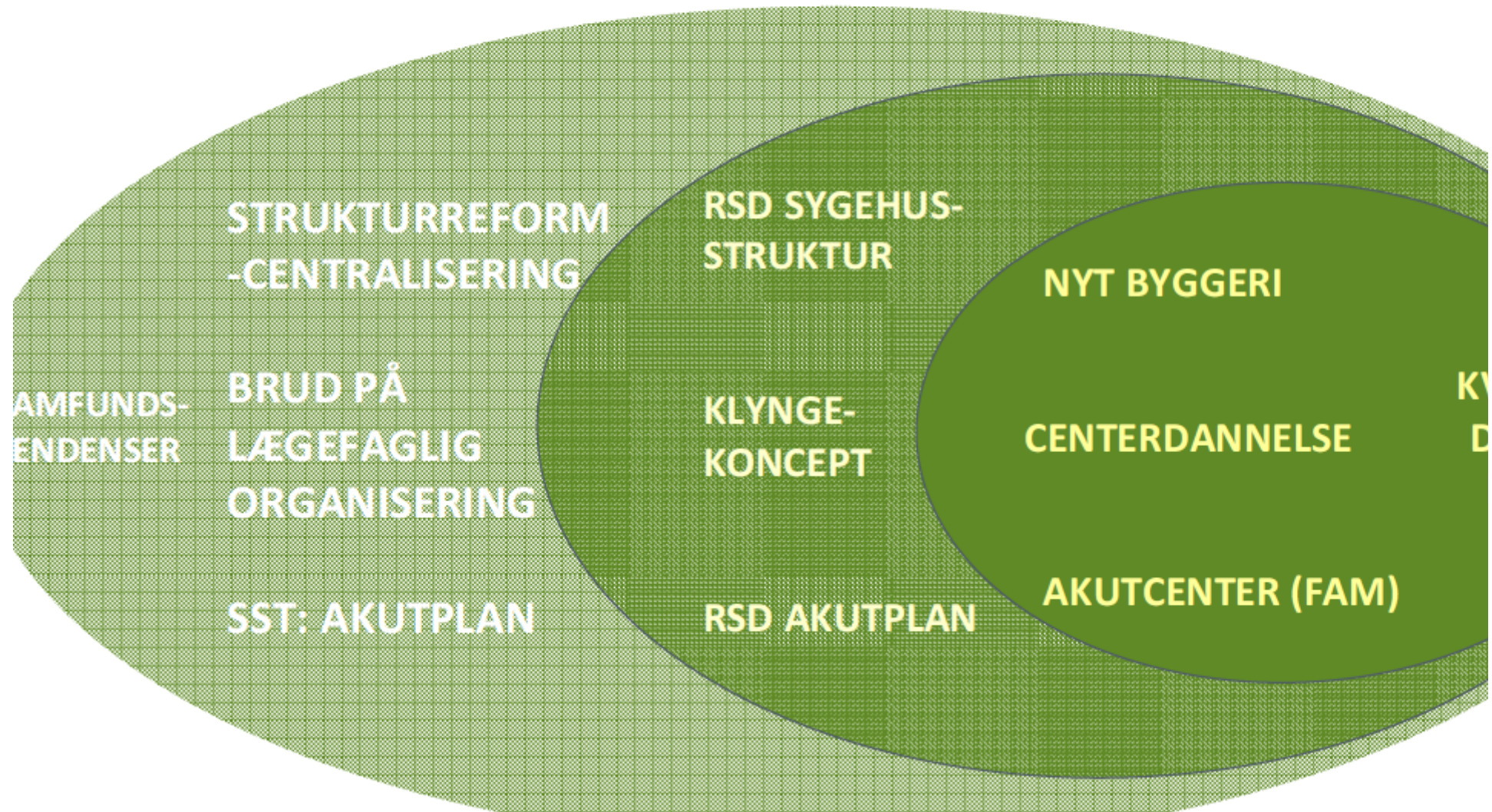
Organisering ...

Baggrund for centerdannelse

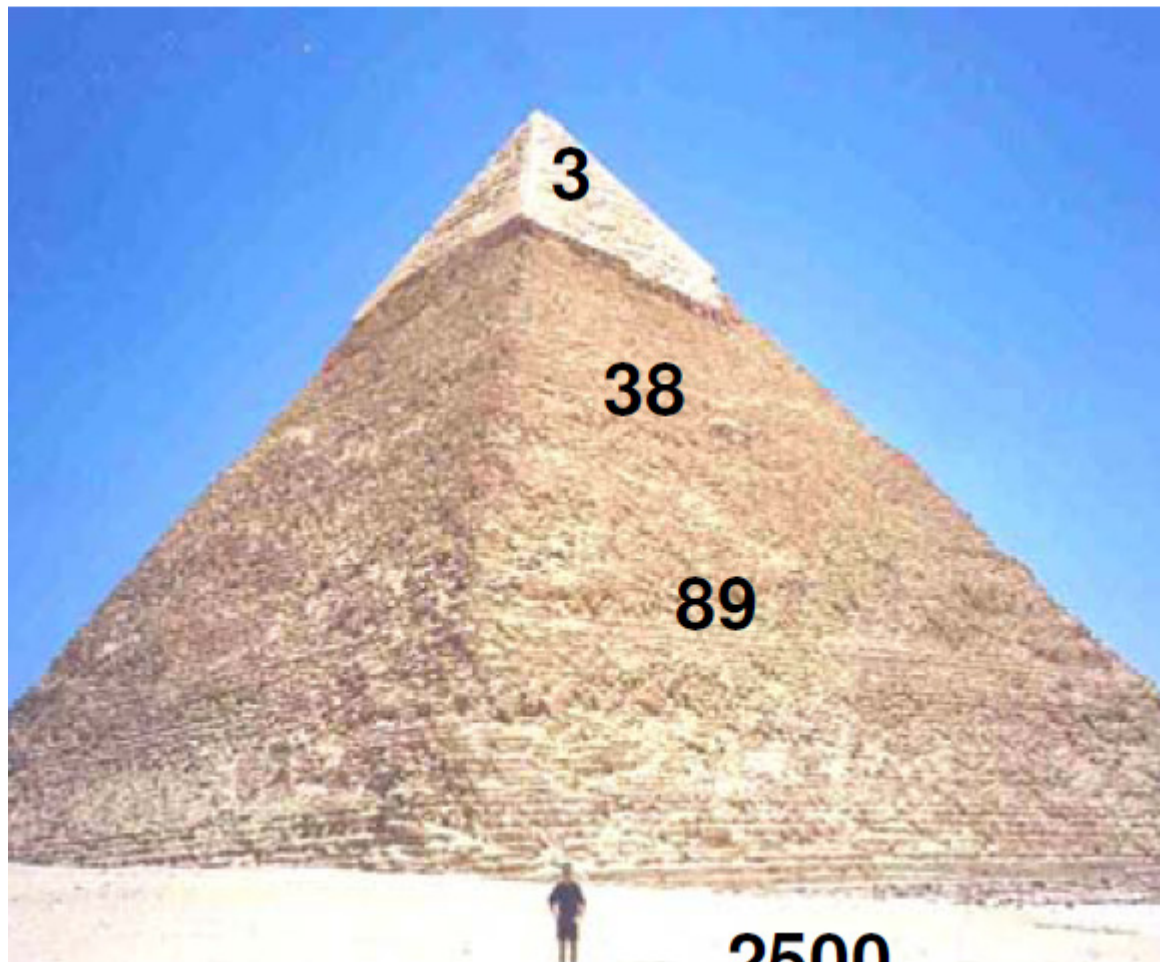
NATIONALE MEGATRENDS

REGION SYDDANMARK

SYGEHUS SØNDER



Vores traditionelle hierarkiske organisation...



Direktion

Afdelingsledere

Funktionsledere

Fastansatte medarbejdere

Vi udfordrer den traditionelle ledelse (2)

- Udvikle faglighed gennem innovation og nye faglige miljøer



Organisering i klynger

Vi udfordrer den traditionelle ledelse (3)

- Øge service og skabe mer-værdi for patienten

Ledelse med fokus på patientforløbet

Kræftbehandling får et markant løft med indførelse af partikelterapi

27-05-2011

PRESSEMEDDELELSE – Danmark skal nu have partikeltherapianlæg, som vil give et markant løft til kræftbehandlingen. Regeringen vil finansiere det op mod en milliard kroner dyre anlæg i samarbejde med private fonde.

Danmark skal have sit første partikeltherapianlæg til behandling af kræftpatienter. Det er regeringen, DF og Pia Christmas-Møller netop blevet enige om i forbindelse med sundhedspakken i forlængelse af 2020-reformerne.

Partikelterapi er en mere skånsom kræftbehandling end almindelig strålebehandling, fordi det omkringliggende væv tager mindre skade ved partikelterapi end ved almindelig strålebehandling.

Især børn og patienter med kræftsygdom tæt på kritiske organer – f.eks. øjet eller hjernen – kan have gavn af partikelterapi-behandling. Samtidig bliver risikoen for, at børn der behandles for kræft udvikler sygdommen igen senere i livet, reduceret fra 25-30 procent med almindelig strålebehandling, til 2-3 procent med partikelterapi.

LÆS OGSÅ

[Aftale om sundhed](#) (26.05.11)

[Nyt mål: Diagnose inden 30 dage](#)
(pressemeddelelse af 27.05.11)

De økonomiske rammer

De bygningsmæssige rammer

De behandlingsmæssige muligheder/rammer

De organisatoriske rammer

Hvad med patientperspektivet?
Hvad med pårørende-perspektivet?
Hvad med personaleperspektivet?