

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att. Chefkonsulent Gregers Drøge Bruun

Bemærkninger til Rigsrevisionens beretning om sygehusbyggerier II



Statsrevisorerne offentliggjorde d. 9. oktober 2013 beretning nr. 2/2013 om sygehusbyggerier II. På den baggrund har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet Region Midtjylland om regionens eventuelle bemærkninger til beretningen.

Dato 15.11.2013

Side 1

Rigsrevisionen finder, at Sundhedsministeriet og Regionerne i de tidlige faser af byggeriet ikke har haft tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften af de nye sygehuse indfrier målene om effektivisering. Rigsrevisionens finder derudover, at det ikke er tilfredsstillende, at det er uigennemsigtigt, hvordan regionerne mere konkret vil realisere effektiviseringerne

I det følgende gennemgås Region Midtjyllands kommentarer til beretningen. Da der ikke er foretaget væsentlige ændringer i forhold til udkastet til beretning, er Regionens bemærkninger stort set de samme.

1. Generelle bemærkninger

Region Midtjylland forholder sig overordnet set kritisk til Rigsrevisionens beretning om Sygehusbyggerier II. Dette bunder primært i metodevalget bag undersøgelsen samt i en forståelsesmæssig forskel i forhold til, hvornår man i en lang byggeproces vedrørende et hospital kan og bør låse sig fast i forhold til de fremtidige parametre.

Region Midtjylland kan også konstatere, at regionens hørings svar tidligere i processen, herunder det fremsendte materiale til dokumentation af hørings svarene, kun i mindre omfang afspejles i beretningen. Rigsrevisionens konklusioner fremstår i forlængelse heraf i mange tilfælde unuancerede.

Metoden og processen i undersøgelsen har således efter regionens mening ikke levet op til Rigsrevisionens tidligere undersøgelser.

1.1 Metodevalg

Formålet med Rigsrevisionens undersøgelse er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i de tidlige faser i

projekterne har tilstrækkeligt fokus på at sikre, at driften i de færdige byggerier bliver effektiv. Herunder hvorvidt regionerne har dimensioneringsberegninger, budgetanalyser, organisationsbeskrivelser m.v., der underbygger forventningen til effektiviseringen.

Rigsrevisionen har i forlængelse heraf efterspurgt relevant materiale fra regionerne og derudover bedt regionerne besvare et spørgeskema med en række indikatorer, som Rigsrevisionen mener afspejler projekternes viden om før/efter situationen med hensyn til effektivisering.

I beretningen baserer Rigsrevisionen sine konklusioner på primært spørgeskemaet og i mindre grad på den øvrige dokumentation fra regionerne. Dette undrer Region Midtjylland, og det resulterer efter regionens opfattelse i nogle fejlagtige konklusioner i beretningen. Fremgangsmåden er især kritisabel, da spørgeskemaet og Rigsrevisionens fortolkning af skemaets svar har nogle væsentlige svagheder, som bliver uddybet nedenfor.

Region Midtjylland har tidligere i processen sendt materiale til Rigsrevisionen, som illustrerer den indgående viden, som haves om regionens kvalitetsfundsprojekter og som projekterne baserer effektiviseringsarbejdet på.

1.1.1 Rigsrevisionens spørgeskema

Overordnet set mener Region Midtjylland ikke, at Rigsrevisionens indikatorer i spørgeskemaet kan anvendes som en målestok for hospitalernes kendskab til egen drift og dermed viden i forhold til effektiviseringer. Regionen mener, at mange af indikatorerne er irrelevante i den forbindelse. Region Midtjylland savner en argumentation fra Rigsrevisionen i forhold til den forudsatte sammenhæng mellem Rigsrevisionens spørgsmål/indikatorer og projekternes viden om før/efter-situationen. Regionen mener, at Rigsrevisionen burde have taget udgangspunkt i de dokumenter som Rigsrevisionen har modtaget fra Region Midtjylland, og som beskriver det materiale og det arbejde, som effektiviseringsarbejdet baserer sig på.

Derudover er der en række metodiske problemer i undersøgelsen. Eksempelvis kan nævnes:

Nogle af spørgsmålene giver ikke mening

Nogle af Rigsrevisionens spørgsmål kan ikke besvares, da de ikke giver mening i forhold til virkeligheden ude på hospitalerne. Disse forhold er der gjort opmærksom på i materialet, som regionen tidligere har indsendt til Rigsrevisionen. Region Midtjylland mener ikke, at Rigsrevisionen har taget tilstrækkelig hensyn til disse kommentarer forbundet med manglende besvarelser af spørgsmålene. Det er regionens opfattelse at Rigsrevisionen har taget den manglende besvarelse som et udtryk for manglende viden.

Eksempelvis spørges der til data fra 2009 vedrørende en fælles akutmodtagelse på DNU. På daværende tidspunkt havde hospitalet ikke en fælles akutmodtagelse, så disse spørgsmål kan ikke besvares. Region Midtjylland vil påpege, at selvom Rigsrevisionens spørgsmål ikke kan besvares, har regionen en indgående viden om akutområdet. Et andet eksempel er spørgsmålene vedrørende den organisatoriske opdeling på hospitalerne og de tilhørende årsværk. Her er det heller ikke muligt at give et retvisende svar på spørgsmålene, idet hospitalerne er organiseret anderledes, end Rigsrevisionens kategorisering lægger op til. Men igen vil regionen påpege, at det ikke er et udtryk for manglende viden på hospitalerne.

Alle indikatorer vægtes lige højt

Det giver anledning til undren, at alle indikatorer bliver vægtet lige højt i Rigsrevisionens evaluering. Eksempelvis tæller opgørelsen over antallet af analyser/prøver ved fremmede laboratorier reelt som 3 besvarelser (akut, planlagt og total) i Rigsrevisionens analyse af hospitalernes viden om egen drift, mens viden om antal senge kun tæller 1. Med andre ord betyder Rigsrevisionens opgørelsesmetode i praksis, at det er tre gange så vigtigt at vide noget om antallet af analyser/prøver ved fremmede laboratorier, som at vide noget om antallet af senge på hospitalet. Denne anvendelse af datamaterialet underminerer validiteten af Rigsrevisionens konklusioner.

1.1.2 Fokus på effektiviseringskravet i Region Midtjylland

Både i Viborg og DNU har effektiviseringsarbejdet været tænkt ind helt fra starten.

Hvis man tager DNU som eksempel, indgik kravet om effektiviseringer i bedømmelsen og valget af den gennemgående rådgiver.

For at sikre en opdateret klinisk viden i byggeriet blev der nedsat en lang række arbejdsgrupper, såvel tværgående som afdelingsbaserede. Hensigten hermed var at klæde den samlede byggeorganisation på til at tage de rigtige beslutninger i byggeriet.

Samtidig kørte en omfattende brugerproces. I forbindelse med de mange brugergruppemøder blev der ligeledes indsamlet mulige effektiviseringsemner fremkommet under møderne – disse blev samlet i "Det Dynamiske Dokument", som er sendt til Rigsrevisionen.

På baggrund af ovenstående indsatser og vidensindsamling blev der udarbejdet 22 koncepter for den fremtidige funktionalitet og drift af det kommende hospital. Eksempler på disse er: Koncept for akutcenter, Koncept for standard sengeafsnit, Koncept for ambulante funktioner, Logistiksystemer og Forsyningssikkerhed.

I drøftelserne vedrørende koncepterne indgik løbende en økonomisk vurdering, såvel af anlægsudgifter (bl.a. hvilke funktioner skal prioriteres inden for arealrammen) såvel som driftsudgifter (hvilken indretning skaber den bedste funktionalitet). Udgangspunktet har således været en totaløkonomisk tankegang i beslutningsprocessen.

Ovenstående omfattende arbejde resulterede i "Helhedsplan 2010", som fastlægger de grundlæggende principper for udførelsen af Det Nye Universitetshospital, herunder kliniske, tekniske, medico-tekniske og bygningsmæssige konceptvalg, de overordnede aktivitets-, kapacitets- og arealbehov og en konkretisering af disse i form af skitseprojekt, anlægsoverslag og gennemførelsesplan.

Den yderligere konkretisering af effektiviseringsarbejdet startede så småt med Aarhus Universitetshospitals (AUH) gennemførelse af en såkaldt patientinventering, dvs. en konkret gennemgang af alle indlagte patienter på et givet tidspunkt.

Inventeringsrapporterne viser, at der er et potentiale for sengereduktioner svarende til de ca. 200 senge som er en vigtig del af forudsætningerne fra ekspertudvalget. Samtidig anviser rapporten de konkrete indsatsområder og tiltag som er nødvendige for at skabe forudsætningerne herfor. Dette har været en væsentlig baggrund for effektiviseringsarbejdet.

I foråret 2012 arbejdede en gruppe bestående af AUH's planlægningsafdeling og Projektafdelingen for DNU i samspil med hospitalsledelsen for AUH på at identificere områder, hvori det er muligt at effektivisere driften. Udgangspunktet for tilgangen har naturligvis været det arbejde, som er beskrevet ovenfor, herunder patientinventeringen, de konceptuelle rapporter og "Det Dynamiske Dokument". Udgangspunktet har også været, at AUH på én samlet matrikel vil have mulighed for at kunne samle specialerne tværfagligt og dermed i langt højere grad vil kunne tilbyde hurtigere og mere effektiv behandling.

Effektiviseringen har således hele tiden været tænkt ind i byggeriet – i placeringen, i indretningen, i bestykningen (apparatur), i logistikken mv, som alt sammen giver mulighed hurtigere udredning, behandling og udskrivning og dermed færre senge og vagthold på sengeafdelinger, laboratorier, billeddiagnostik mv.

I august 2012 blev der nedsat fem effektiviseringsgrupper inden for fem faglige områder med henblik på, at de skulle beskrive, hvorledes effektiviseringskravet kan konkretiseres. De fem grupper bestod af:

- Senge, ambulatorium og Akut-gruppen
- Laboratorie, billeddiagnostik og teknologi
- OP, Dagkirurgi og skopi
- Logistik og forsyning
- Samling af AUH

Arbejdet i de fem effektiviseringsgrupper blev i efteråret 2012 afsluttet med, at grupperne i december 2012 afleverede i alt 52 effektiviseringsforslag.

Efter en gennemgang er de 52 forslag nu blevet reduceret til 40 tiltag. De 40 forslag er beskrevet både hvad angår indhold, økonomi, effekt på andre områder samt risici. Der er endvidere udarbejdet implementeringsplaner for disse tiltag. Implementeringsplanen indeholder for hvert tiltag blandt en ansvarlig, en tidsplan, milepæle og en angivelse af hvordan, der følges op på tiltaget.

1.2 Fastlæggelse af fremtidige parametre

Kvalitetsfondsprojekterne strækker sig over mange år. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at projekterne tidligt i byggeriets faser skal have underbyggede forventninger til aktivitet, bemanning m.v., når projektet står færdigt. Region Midtjylland mener, at dette er en forsimplet tilgang til virkeligheden.

Sundhedsvæsenet er i evig bevægelse mod mere effektive behandlinger (ikke altid økonomisk mere effektive), som konstant stiller krav til flere eller færre driftsmidler, senge, ambulatorier, personaler m.v., samt en ikke mindst fleksibel bygningsmasse. Sygdomme, som for to år siden krævede indlæggelse, bliver nu ambulantly behandlet, og personer, der tidligere skulle gå til ambulantly kontrol, klarer sig nu med fjernmonitorering via mobilnettet.

Udviklingen i nye behandlingsmetoder og tilgange til sygdomme på såvel nationalt som internationalt plan sætter derfor i meget stor grad dagsordenen for det danske hospitalsvæsen og dermed også måden at drive og effektivisere hospitalerne på.

Sundhedsvæsenet er derfor bl.a. kendetegnet ved, at det er meget svært at forudsige de præcise behov i fremtiden. Dette er også baggrunden for den valgte tilgang i f.eks. DNU-projektet, hvor man bl.a. arbejder ud fra en fleksibel indretning med standardstuer, der kan håndtere forskellige specialer, og også i forhold til arbejdet med effektiviseringer, hvor kravene løbende har været indtænkt i designet af DNU-projektet, men hvor konkretiseringen først påbegyndes "umiddelbart" (3-5 år) før indflytning.

Hvis regionerne planlægger i henhold til Rigsrevisionens antagelser, hvor den fremtidige organisering og ressourceallokering fastlægges meget tidligt, er der betydelig risiko for at de nye hospitaler ikke matcher fremtidens behandlingsbehov. I stedet bør der være fokus på, hvorvidt de konceptuelle valg og fleksibiliteten i projekterne understøtter fremtidens behandlingsbehov effektivt.

En anden risiko ved at fastlægge organisering og resourceallokering/normering for tidligt i processen er, at det skaber betydelig usikkerhed for den igangværende driftsorganisation, som skal fungere frem mod ibrugtagningen af de nye hospitaler. Aarhus Universitetshospital vil i perioden 2010-18 omsætte for mere end 50 mia. kr. samlet. Hvis de konkrete forandringer i organisation og bemanning ikke håndteres optimalt, er der betydelig risiko for tab af effektivitet og forringelse af patientbehandlingen frem til ibrugtagning. Da den betydelige usikkerhed i udviklingen i behandlingsbehovet løbende giver behov for at ændre fremtidig organisering og planlagte besparelser, skaber det unødvendig usikkerhed i driftsorganisationen, hvis organisering, normeringer, besparelser osv. fastlægges mange år før ibrugtagning.

Med venlig hilsen

Bent Hansen

Regionsrådsformand, Region Midtjylland