

Til gæsterne på Regionshospitalet Silkeborg i oktober-november:

Sundhedsdirektør Ole Thomsen,  
Regionsformand Bent Hansen,  
Næstformand Bente Nielsen, og  
Regionsrådsmedlem Anne V Kristensen og  
Regionsrådsmedlem Nicolaj Bang.

Jul/nytår 2013



Nytår er nu nært forestående. I den anledning har overlægerådet for Regionshospitalet Silkeborg ønsket at sende jer en status over året, der gik – omhandlende både succeser og fremtidige udfordringer.

### 2013:

Det forgangne år har på mange punkter været et særdeles positivt år for Regionshospitalet Silkeborg. Blandt nogle af overskrifterne kan nævnes:

- For 1 år siden blev Ortopædkirurgisk Afdeling i Silkeborg af Dagens Medicin igen bedømt til at være Danmarks bedste på området.
- Diagnostisk Center har opnået status som garantiklinik indenfor hjertesygdom (kardiologi), og der er sket en dramatisk reduktion i ventelisterne inden for kardiologi, der stort set alle steder er faldet fra over ét år til mindre end de 4 uger udredningsgarantien kræver.
- I oktober fik Diagnostisk Center status af Universitetsklinik for Innovative Patientforløb
- I november afholdt Diagnostisk Center to vellykkede konferencer. Dels en national om diagnostiske centre og dels en international om ikke-specifikke kræftsymptomer. Konferencer, der planlægges gennemført i Silkeborg hvert år fremover.
- I december kåredes Regionshospitalet Silkeborg til Danmarks bedste mindre hospital og kardiologien til landets bedste i samme kategori. Prisen blev dog først og fremmest vundet fordi samtlige specialer hørte til de allerbedste og fordi Regionshospitalet har et særdeles godt ry blandt kolleger i hele landet.
- Produktionsfremgangen, der sidste år var på historiske 25% synes i 2013 "kun" at blive omkring 20%.
- Ventetiderne i reumatologi er faldet "fra 60 uger til 60 dage", og der iværksættes flere nye tiltag i 2014 ikke mindst pga. regionsrådets bevilling på 4 mill.

Universitetsklinik  
For Innovative  
Patientforløb



Vi har haft mange prominente besøg fra ind- og udland, herunder statsministeren, sundhedsministre (såvel den danske som den norske), forskningsministeren, repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, sundhedsdirektører og regionsrådspolitikere samt fagfolk fra det meste af landet – foruden Norge, Sverige og Kaiser Permanente.

Fra overlægerådet vil vi gerne kvittere med en tak for, at vores indsats er blevet set og værdsat af jer alle. Samtidig vil vi gerne anerkende de visionære regionsrådspolitikere, der har gjort det muligt for os at udvikle disse nye og effektive udrednings- og behandlingsforløb. Særlig centerdannelserne med samdrift af Medicinsk og Radiologisk Afdeling (Diagnostisk Center) og Ortopædkirurgisk og Anæstesiologisk Afdeling (Center for Planlagt Kirurgi) har accelereret denne udvikling.

Jeres opbakningen med "41 af 41 stemmer" har haft særdeles stor betydning i en turbulent tid, hvor der fra mange steder har været en slet skjult dagsorden om at få lukket Silkeborg. Ikke mindst denne opbakning sikrede, at vi under hele forløbet har kunnet fastholde og rekruttere (særdeles) kvalificeret personale.

Tak for det – og tak for "garantien" på vælgermødet om, at det forsat vil være tilfældet.

Også sundhedsdirektør Ole Thomsen har i forbindelse med sit besøg og ved flere andre senere lejligheder givet udtryk for sin anerkendelse for den særlige ”Silkeborg ånd”, der sikrer rationel drift i høj kvalitet og at nye målsætninger nås.

Vi vil gerne udtrykke en speciel tak til Bent Hansen og Ole Thomsen for at tage sig tid til åbne de to konferencer i november.

Ikke kun de hensigtsmæssige patientforløb er højt prioriteret i Silkeborg - det gælder også undervisnings- og uddannelsesområdet, herunder særligt den lægelige uddannelse (dvs. uddannelse af speciallæger). Silkeborg er således flere gange (bl.a. af Sundhedsstyrelsens Inspektorer) udnævnt til landets bedste uddannelsessted. De læger, som vi uddanner, bliver ”smittet” med den særlige ”Silkeborg-ånd”, hvor ikke kun høj faglig kvalitet, men også organisatorisk, effektiv, tværfaglig og patientoplevet kvalitet styrer patientforløbene uden hensyntagen til ”DRG-produktion”. Man kan kun beklage, at alle nye læger ikke kan komme forbi Silkeborg og lære dette.

## 2014:

Alt dette ser vi frem til at udvikle yderligere i 2014, hvor vi vil få endnu mere fokus på bl.a.

- Landets første Klinik for Multisygdom og Polyfarmaci (mange medikamenter),
- Videokonferencer med praksislæger om komplekse patienter,
- Etablering af pakkeforløb for hjertepatienter, der ikke passer ind i de etablerede hjertepakker og udvikle bagstopperfunktionen,
- SammeDagsUdredning af patienter mistænkt for leddegigt, hvor patienter selv kan booke en ”undersøgelses-pakke” på nettet, der gennemføres få dage efter.
- Udvikling af metoder der benytter ultralyd og MR til vurdering af medicinske tarmsygdomme, hvilket vil reducere anvendelse af de mere patientbelastende kikkertundersøgelser.
- Anvendelse af nye scanningsmetoder af leveren mhp vurdering af bindevævsdannelse i skrumpelever og fedtindhold i fedtlever, hvorved nålebiopsier af leveren i højere grad kan undgås.
- Optimerede forløb på røntgenafdelingen, hvor radiologerne umiddelbart tager udredningsmæssige konsekvenser af billeddiagnostiske fund uden yderligere ventetid for patienten (røntgenlægerens udvikling ”fra mørkemænd til klinikere”).
- Lancere nye uddannelses tiltag som superviseret kommunikationstræning af yngre læger ved specialuddannet psykolog/supervisor samt 360-graders-gruppeevalueringer.
- Billigere og bedre måder til at modtage akutte patienter.
- Accelererede patientforløb for medicinske patienter
- Udvikling af frikliniken
- Udbygning og yderligere optimering af forløbene i Regionsrygcenter Midt
- Samedags hofteforløb
- Udbygge de landsdækkende NISA-senge på Intensivafdelingen.

Flere af disse hurtige forløb har vist sig ikke kun at være patientvenlige, mens også at forbedre kvaliteten, være tidsbesparende, og via de organisatoriske ændringer at kunne spare personaleressourcer i praksis og på hospitalerne. En betydelig sengereduktion er et af resultaterne.

Vi har siden Akutforliget i 2007 været vant til at tackle udfordringer – det plejer at være en af vores ”spidskompetencer” at håndtere disse.

I øjeblikket står vi dog reelt set over for en af de største udfordringer, vi har oplevet, og som bekymrer os mere end nogensinde, ikke kun fordi det vil reducere vores muligheder for at udvikle inde for vores kerneområder som fx ventelisterne inden for gigtsygdomme (reumatologi), bagstopperfunktionen i hjertesygdom (kardiologi) og uddannelse, men også fordi vi føler, at der træffes beslutninger, som giver usikkerhed, frustrationer og demotivation blandt personalet, og som – givet utilsigtet - opleves som om der sættes spørgsmålstegn ved, om Silkeborg forsat ses som ”et af fremtidens sygehuse i regionen”.

Aktuelle udfordringer er overraskende en følge af Omstillingsplanen i 2011, hvor Silkeborg og Viborg blev én hospitalsenhed (HEM). I den forbindelse blev det slået fast, at de to medicinske og ortopædkirurgiske afdelinger forsat skulle være selvstændige hvad angår økonomi og med egen afdelings/centerledelse.

Koncernadministrationen har foretaget en direkte sammenligning af antallet af lægelige uddannelsesstillinger i HEM med de tilsvarende stillinger i Vest, Randers og Horsens. Herved mener de, at kunne se behov for en ”udjævning” af antallet af uddannelsesstillinger over regionens hospitaler, primært ved flytning af uddannelsesstillinger fra HEM til Horsens og Randers.

Koncernadministrationens beslutning er imidlertid udelukkende baseret på optageområder til de enkelte hospitaler/hospitalsenheder, og tager ikke hensyn til den særlige opbygning som HEM fik ved Omstillingsplanen i 2011.

Koncernadministrationens ”udjævningsplan” tager således ikke hensyn til:

- Størrelse (*”Der er ”et supersygehus” (Skejby), 2 store hospitalsenheder (HEV og HEM)”* og dermed 2 mindre hospitaler i regionen - citat af Bent Hansen i lederen i Viborg Stifts Folkeblad d 2.10.2013), hvor HEM er dobbelt så stor som Randers og 3 gange så stor som Horsens,
- At sammenligningen jf. den særlige opbygning af HEM (to regionshospitaler med afdelinger, der er selvstændige med uafhængige ansættelses- og uddannelsesforløb) mere retvisende bør foretages på regionshospitalsniveau og ikke hospitalsenhedsniveau.
- HEM har mange flere specialer end Randers og Horsens,
- Silkeborg er det hospital i landet, der ser flest patienter uden for eget optageområde – på nogle områder udgør patienterne fra eget optageområde kun en mindre del (ned til under 20%). Inden for visse områder (fx reumatologi) er optageområdet > 500.000 og for kroniske rygge 1,2 mill. Optageområderne siger således hverken noget om hospitalernes størrelser, antal speciallæger og dermed uddannelseskapaciteten.
- at reumatologisk uddannelsesstillinger siden 2011 er centraliseret i Silkeborg og Århus. Siden denne centralisering er alle de reumatologiske uddannelsesstillinger blevet besat i modsætning til tidligere, hvor der er ”spildt” næsten 10 speciallægeuddannelser pga. stillingerne fik lov til at stå vakante på regionshospitalerne i stedet for at flytte dem til Silkeborg. Imidlertid accepterer man, at 10 af de reumatologiske uddannelses-H-stillinger placeres i Århus, mens kun 6 i Silkeborg, trods Silkeborg er 50 % større end Århus hvad angår patientflow og overlæger, og derved har en betydelig større uddannelseskapacitet – og imod flertallets anbefaling i det lægefaglige videreuddannelsesudvalg. På et tidspunkt vil der være mindst 17 reumatologiske H-læger på én gang i Århus pga. 7 ekstra, midlertidige forløb.
- Uddannelseskvaliteten: Silkeborg er af Sundhedsstyrelsens Inspektorer og yngre reumatologer flere gange kåret til landets bedste uddannelsesafdeling, og generelt får vi meget højt tilfredshedsscore fra de yngre læger i uddannelsesforløb.

- at man afviger fra uddannelsesprincippet om, at der bør være (mindst) 2 uddannelsesstillinger i samme kategori på samme afdeling, idet yngre læger har stor læring af at være sammen med en kollega inden for samme speciale. Således har koncernadministrationen, få måneder efter de faglige uddannelsesråd i enighed har besluttet, at der skal være 2 uddannelses-H-stillinger (mavetarm-medicin, gastroenterologi) på hver matrikel, omstødt dette, så Randers får 3,5 forløb og Silkeborg kun ét forløb til trods for at fagområdet størrelsesmæssigt er sammenligneligt på de to hospitaler. Det samme er sket inden for flere andre specialer hvor Silkeborg reduceres til kun ét forløb, mens Horsens opgraderes til 3 – dette trods flere lægefaglige grupper inkl. videreuddannelsesudvalg og specialeråd har udtryk bekymring over kvaliteten af uddannelsen fx i radiologi i Horsens, der hidtil ikke har kunnet besætte den ene I-stilling, de har. Og trods Sundhedsstyrelsens Inspektorer i en helt frisk rapport fremhæver Silkeborgs uddannelsesniveau inden for netop radiologi og skriver: *”Vi mener derfor at afdelingen vil have rig mulighed for at kunne uddanne flere yngre læger .... f.eks. en ekstra introduktionslæge og en ekstra H-læge. Det vil også styrke uddannelsesmiljøet yderligere med flere uddannelsessøgende.”*
- at den såkaldte ”udligning”, som det kaldes af koncernadministrationen efterlader Silkeborg som det hospital i regionen, der suverænt har det laveste antal uddannelsesstillinger, står til at miste op mod 20 % af det samlede antal yngre læger, at der flyttes et 2-cifret historisk stort antal læger fra HEM til primært Horsens og Randers.
  - Af direktionens skrivelser fremgår, at fordelingen af fx H-læger (speciallægeuddannelsen) inden for intern medicin fremover vil være: Vest 25 H-stillinger, Horsens 15,5 forløb, Viborg 15, Randers 13,5 og Silkeborg blot 6 (+ de midlertidige 6 reumatologiske H-forløb, der er centraliseret i Silkeborg). Vi får derfor uundgåeligt det indtryk, at man ud over noget ”skæv” fordeling mellem hospitalerne også fjerner andre H-forløb fra Silkeborg, fordi vi accepterede at ”redde” de reumatologiske uddannelsesforløb.
  - Inden for de såkaldte Introduktionsstillinger er fordelingen: Vest 13 I-stillinger, Horsens 12, Randers 9, Viborg 8 og Silkeborg 4 (som er det lavest i landet i forhold til antallet af H-stillinger). Da det er I-stillingerne man bruger til at rekruttere til de efterfølgende H-stillinger, er det blevet en umulig opgave at rekruttere til de ekstra reumatologiske H-forløb i hele regionen, som Silkeborg mere end nogen anden har magtet. Det er meget vanskeligt at se fornuften i, at Horsens skal opgraders til at have 3 gange så mange som Silkeborg – trods Silkeborg er en større medicinsk afdeling end Horsens.
  - Silkeborg mister endvidere 2 af de 10 yngste lægeuddannelsesstillinger (KBU) og 1 af 4 speciallægeuddannelsesforløb til almen praksis – trods hospitalets status af at skulle udvikle de praktiserende lægers hospital.
- at processen har været håndteret på en måde, så der næsten uundgåeligt opstår strid mellem afdelingerne (dem der skal aflevere, og dem der skal have), med deraf negativ påvirkning af samarbejdet, som det givet vil tage lang tid at genopbygge.

De funktioner, de fjernede læger i Silkeborg varetager (vagter, stuegange, undersøgelser mm), kan kun erstattes ved at trække afløsere ud af ambulatorierne – og de eneste ambulatorier, der er store nok til at kunne afgive så mange læger, er de reumatologiske og kardiologiske. Således har vi allerede måttet lukke bookingen til foreløbigt ét reumatologiske ambulatorium fra d. 1.2., hvor det er oplyst, at den første lægestilling flyttes, lige som det vil udfordre den kardiologiske bagstopperfunktion.

De omfattende lægeflytninger vil ikke kun reducere antallet af reumatologiske og kardiologiske kontroller og derved virke stik modsat den intenderede udvikling de seneste år, men også svække det unikke uddannelsesmiljø i Silkeborg, det har taget mere end 10 år at opbygge. Et uddannelsesmiljø, hvor yngre læger lærer at arbejde "smartere" og stå rustet til at håndtere den store gruppe kompleks-syge patienter, der er hastigt stigende.

Disse administrative indgreb kommer kort efter andre tilfælde, hvor vi heller ikke føler os ikke helt retfærdigt behandlet, fx

- ved den såkaldt radiologisk benchmarking, skal Silkeborg også aflevere radiologiske ressourcer til andre hospitaler, fordi der – trods gentagne anmodninger herom – ikke blev taget hensyntagen til de "smarte" radiologiske arbejds gange, som nævnt i indledningen. Det blev allerede forudsagt i et læsebrev i JyllandsPosten d 6.2.2013: *"DC skal derfor naturligvis og forventeligt komme til at fremstå mere og mere "ineffektiv" jo flere undersøgelser, der laves same dag, jo færre indlæggelser og jo mere vores røntgenlæger indgår i den kliniske udredning, så patientforløbene kan afsluttes allerede i røntgenafdelingen"*. Det var det, Bent Hansen beskrev som *"en slags Ebberød Bank"* i sit indlæg i JP 26/1, og som han lovede regionspolitikkerne ville modvirke. Den støtte kunne vi godt have brugt lidt mere af i benchmarkingen.
- Silkeborg har satset målet på at opbygge den palliative funktion, som omhandler svage, men komplekse, kroniske og stærkt svækkede patienter, som går på tværs af specialer, faggrupper og sektorer. Altså præcis målgruppen for Silkeborg. Satsningen har været så stor, at der er omdirigeret interne midler fra andre funktioner i huset til at udbygge den palliative funktion, som alle i dag beskriver som *"Rolls Royce modellen"* i regionen, og hvor vi fremtræder som rollemodel. Alligevel har koncernadministrationen besluttet, at de penge, vi bruger mere end de omkringliggende hospitaler, som ikke har haft tilnærmelsesvis den samme interesse i palliation, skal fjernes fra Silkeborg og fordeles blandt de andre hospitaler! Således er vi i gang med en betydelig reduktion i den palliative indsats med fjernelse af personale. Det er ikke just et incitament, der beforder at gå forrest og vise nye veje. Her kunne vi godt have brugt lidt ekstra opbakning.

En adfærd stik mod hensigten

Kravene til hospitalerne er at behandle flere patienter. Jo flere behandlinger, jo flere penge.

**BENT HANSEN**  
regionalt  
rådgiver

Adgangen har været et åbent  
kvalitetsspejlsprojekt, der har  
parteret med alle patienter, der  
modtager behandling i regionen.  
Det er vigtigt, at alle patienter  
får den bedste behandling, og  
at de ikke bliver overbehandlede  
med medicin eller andre lægemidler.  
Det er vigtigt, at alle patienter  
får den bedste behandling, og  
at de ikke bliver overbehandlede  
med medicin eller andre lægemidler.

Trods den positive og enstemmige politiske opbakning omkring Silkeborg, fornemmer vi ikke denne opbakning finder lydhørhed i alle kroge hvor beslutninger træffes, og nogle tiltag synes åbenlyst at stride mod hinanden, fx

- den politiske budgetbevilling til reumatologien i Silkeborg contra den administrativt besluttede dramatiske lægereduktion samme sted (den administrative beslutning ophæver stort set den politiske bevilling), samtidig placeringen af hovedparten af de reumatologiske-H-uddannelsesstillinger i Århus, trods ryg og idrætsmedicinske patienter flyttes fra Århus til Silkeborg og Silkeborg har ca. 50% større uddannelseskapaцитet end afdelingen i Århus.
- Den politisk omtalte uhensigtsmæssighed i *"Ebberød Bank"* contra den administrativt besluttede fjernelse af radiologiressourcer fra Silkeborg alene betinget af og uden hensyntagen til, at afdelingen har nyudviklet hensigtsmæssige radiologiske patientforløb og trods såvel Sundhedsstyrelsen og de faglige råd anbefaler yderligere uddannelsesstillinger placeret i Silkeborg.

Et samlet overlægeråd ved HEM har stillet spørgsmålstegn ved direktionens ret til at diktere en fordelingen af uddannelsesforløbene uden hensyntagen til uddannelsesmæssig værdi og uden at

høre de relevante fagudvalg inden beslutningerne er truffet. Af ”Kommissoriet for de lægefaglige videreuddannelsesudvalg” fremgår det, at det er de specialespecifikke videreuddannelsesudvalg (altså læger), der ud fra uddannelsesfaglige begrundelser baseret på ”afdelingernes størrelser” (ikke ”optageområder”) og ”inspektorrapporter” anbefaler fordelingen af uddannelsesstillingerne indenfor regionen. Fordelingen forelægges Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, der har kompetencen til at godkende forløbene, som derefter forelægges til administrationen til orientering. I den aktuelle sagsbehandling er koncernadministrationens beslutning om omfordeling af de lægelige uddannelsesstillinger blevet præsenteret for de enkelte specialespecifikke videreuddannelsesudvalg uden mulighed for ændring af disse. Dette har medført det helt usædvanlige og beklagelige, at et samlet – enigt - overlægeråd fra HEM repræsenterende ca. 240 overlæger har klaget til Sundhedsstyrelsen over forløbet.

Overlægerådet i Silkeborg har det store nytårsønske, at den administrative beslutning om den dramatiske omfordeling af uddannelsesstillinger, der i stort omfang flyttes fra HEM til Horsens og Randers på et uhensigtsmæssigt, uigennemskueligt og åbenlyst fejlagtigt grundlag, revurderes, så Silkeborg ikke ender op som ”en halt pony” – for at citere en politisk beskrivelse fra vælgermødet 11.11.2013 – og så samarbejdet mellem de forskellige afdelinger på regionshospitalerne ikke ødelægges endnu mere.

Trods de modstridende signaler fra politikere og administrationen vil vi herfra love, at vi også fremadrettet vil forsøge at bevare ”gnisten i øjnene” og gøre vores yderste for at leve op til de målsætninger, der stilles til sundhedsvæsenet. Vi vil til stadighed igennem tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, organisationsændringer og forskning udvikle hensigtsmæssige patientforløb af høj kvalitet til gavn for patienterne både i og uden for Region Midtjylland – og vi vil forsat gerne uddanne vores fremtidige kolleger i dette.

**Og så kommer folk for at se gnisten i øjnene på fagfolkene, der synes, at det er fedt at arbejde her**  
Lars Dahl Pedersen

Glædelig jul og godt nytår – og tak til de af jer, der holdt ud til at læse hele dette lange, utraditionelle nytårsbrev, hvor længden af brevet desværre er ligefrem proportional med vores bekymring ☺.

På vegne af Overlægerådet i Silkeborg

H. Glerup

Henning Glerup, Formand overlægerådet, Regionshospitalet Silkeborg