



Ekstraordinært CMU-møde i Akutcentret, 29.04.15

Deltagere

Centerchef Michael Braüner Schmidt, Akutcentret (formand)
Overradiograf Bo Iversen, Røntgen og Skanning
Terapifaglig chef Ulla Skou, Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen
Oversygeplejerske Trine Bøje, MEA
Afdelingssygeplejerske Hanne Bystrup Boyles, FAA
Ledende terapeut Mette Le Fevre Farstad, Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen (suppl.)
Sygeplejerske Martin Primdahl Møller, Afd. E
Socialrådgiver Liselotte Madsen, Afd. G (AMIR)
Radiograf Egon Møller, Røntgen og Skanning
Lægeseekretær Joanna Sørensen Niebuhr, Afd. E
Sygeplejerske Vibeke Bak, FAA
Sygeplejerske Lene Holberg Rasmussen, FAA (AMIR)
Sygeplejerske Marianne Vigh-Larsen, Afd. E (suppl.)

Afbud

Anette Schouv Kjeldsen
Birgit Eg
Else Marie Damsgaard
Lis Olsen
Nikolaj Skou
Karin Schütt Sørensen
Pia Toft

Referent:

Dorte Dalhoff, centerstaben

Ordstyrer:

Michael Braüner Schmidt

Hørings svar ift. Spar 1519

Det bemærkes, at der er afsat meget kort tid til denne høringsproces. Vi har bestræbt os på at udfærdige et hørings svar, som tager udgangspunkt i de forhold, der relaterer sig til/har afledte effekter for Akutcentret, AUH.

Der er en klar opfattelse af, at AUH rammes hårdt af spareplanen – bl.a. pga. følgende forhold:

- Vi beholder ikke alle hovedfunktionerne på de områder, vi har de højtspecialiserede funktioner og dermed forsvinder en del af vores kliniske fundament. Kan vi opretholde vores funktion som universitetshospital med de funktioner, der fjernes?
- Vi skal allerede levere store besparelser på vej ud Under Fælles Tag.
- Vi skal af med aktivitet og modtage anden aktivitet, hvor 75/25-reglen vil betyde, at ikke alt kan lade sig gøre inden for den finansiering - og så skal pengene jo findes et andet sted på AUH.

Ligeledes kommenteres det, at en del af sparekataloget opleves som en grønthøster uanset, hvordan det formuleres, samt at klinikken bliver ramt hårdt.

Tema 1: Akutområdet og det præhospitale område

- Som udgangspunkt er der flere initiativer, som tager sigte på at reducere/omlægge akutte indlæggelsesforløb, hvilket ud fra et patientperspektiv kan være meningsfuldt, givet at kvaliteten kan fastholdes.
- Udvikling af det tværsektorielle samarbejde fordrer, at kommunen har kapacitet til at løfte den nye, større opgave. Hvis ikke det er tilfældet, vil opgaven fortsat være på AUH trods det reducerede budget.
- Udfordringen i disse besparelser er, at provenuet skal findes i akutområdet, der uanset reduktion i antallet af akutte indlæggelser/akutte behandlinger til stadighed skal have et akut beredskab 24 timer i døgnet.
- Det er i akutområdet, der skal arbejdes med effektive, hensigtsmæssige patientforløb uden forsinkelser for at kompensere for sengelukninger.

Tema 2: Planlagte patientforløb

- Hammel Neurocenter: Der er en bekymring ift., om reduktion i sengemassen dedikeret til neurorehabilitering trods accelererede patientforløb vil skabe ventetid på AUH ift. at få patienterne videre dertil. Det forudsætter derfor, at Hammel Neurocenter fortsat ved en tværfaglig indsats er gearet til at få udskevte patienterne til deres respektive hjemkommuner.
- Reduceret liggetid for ortopædkirurgiske patienter: Forslaget går på at opnå best practice på hovedfunktionsniveau. Det er uklart, hvad der sammenlignes med. For Ortopædkirurgisk Afdeling E betyder det en reduktion på 8-9 senge udover den allerede planlagte sengelukning med baggrund i effektiviseringsplanen. Selvfølgelig ønskes om øget dagkirurgisk kapacitet virker kravet ikke realisabelt.
- De fleste forslag fra idékataloget er allerede indført på afdelingen, hvor det er sammenlignelige patientforløb.
- Borgerne vil kunne mærke besparelsen, da det er en forringelse af den patientoplevede kvalitet og -service.
- Nedsikring i antal af rygoperationer: Svært at se hvilke operationer, vi skal undlade at udføre. Sammenligningsgrundlaget er ikke fuldstændigt, da privat aktivitet ikke regnes med. Der er brug for tydeligere, realistiske alternativer til kirurgisk behandling.
- Flytning af operationskapacitet fra stationær til dagkirurgisk: Dette vil kræve større dagkirurgisk kapacitet og ressourcer til dette område. Samtidig anerkendelse af, at det vil flytte aktivitet ud af sengeafsnittene, da der så vil være færre indlæggelser ifm. operation.
- Samling af afdelings- og funktionsledelser: Forslaget kan give god mening, når vi kommer ud Under Fælles Tag, men på nuværende tidspunkt vil det skabe uro.

Tema 3: Praksisområdet

- Akutaftalen: Udfordringen i disse besparelser er, at provenuet findes i akutområdet, der uanset reduktion i antallet af akutte indlæggelser til stadighed skal have et akut beredskab 24 timer i døgnet.
- Viderevisitering af ikke-akutte patienter: Praksis skal påtage sig et større ansvar her og være skarpere på hvilke patienter, der rent faktisk er akutte.

Tema 4: Psykiatrien

- Psykiatriske patienter i somatiske skadestuer: Hvem skal tage imod og tage sig af dem, når de henvises til en afdeling, der ikke på nuværende tidspunkt er rustet til det? Først når Fælles Akutafdeling flytter Under Fælles Tag kan der skabes en organisering, hvor der kan tages imod denne patientgruppe.
- Manglende kompetencer: Lægerne i akutområdet har ikke tilstrækkelige kompetencer ift. disse patienters psykiatriske lidelser.
- Opmærksomhed på at sikre at akutte psykiatriske patienter har umiddelbar tilgang til psykiater i akutområdet.

Tema 5: Klinisk service

- Varetagelse af fælles beskriverenhed for CT- og MR-scanninger for regionshospitalerne: Opmærksomhed på at der skal leveres faglige ydelser rettidigt til alle regionshospitalerne. Der tilføres midler til denne opgave, men må vi ansætte flere radiologer?
- Bekymring ift. transport af patienter om aftenen/natten til AUH, der har brug for radiologisk intervention.
- Midler til skeletrøntgen: Disse skal høstes i akutområdet. Endvidere risiko for dobbeltdrift, når disse patienter modtages i Røntgen, men ex. skal have bandage på efterfølgende og så ind via Skadestuen.
- Hjemtagelse af analyser fra Statens Seruminstitut: Det er fagligt meningsfuldt, men før tilfaldt gevinsten den pågældende afdeling; nu tilfalder den regionen og giver dermed blot afdelingen en besparelse i et område, der ikke effektiviseres ved tiltaget.
- Besparelser på socialrådgivere og diætister: Eksempelvis MEA har meget stor gavn af disse to faggrupper ift. deres unge diabetikere, der kan have lidt bredere udfordringer. Hvem skal nu rådgive – er kommunen kompetent nok til at løfte opgaven? Uden de to faggrupper vil andre faggrupper på hospitalet blive uforholdsmæssigt mere belastet, da de vil skulle bruge længere tid på at udrede dem og få dem videre, da de ikke har den nødvendige viden. Patienten vil komme til at opleve dette som en forringelse af kvaliteten.

Tema 6: Ikke kliniske områder

- Indkøbsområdet: Vigtigt med gode indkøbsaftaler og vigtigt, at vi bliver bedre til at forhandle dem. Det er afgørende, at ILM-systemet forbedres, således at det i højere grad understøtter indkøbsproceduren.
- Der er stor bekymring over forslag, der reducerer i uddannelses- og kompetencepuljer.

Tema 7: Medicin

- Indkøbsaftaler for medicin: Et ønske om mere fokus på dette ligesom vi har på ex. implantatområdet, så vi kan spare ad den vej.
- Prioritering af medicinudgifter: Hvis der ikke prioriteres her, skal der bare prioriteres et andet sted. Der er en bekymring for, at sådanne besparelser vil være tilbagevendende og dermed skal finansieres af kliniknære ressourcer, så længe man ikke har mulighed for at dagsordensætte en prioriteringsdebat omkring anvendelse af ny dyr medicin og ny dyr behandling.

Tema 8: Arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling

- Vi er i forvejen under stort pres, så yderligere optimering af arbejdsgange kan medføre dårligere arbejdsmiljø. Derfor skal der være fokus på, at arbejdsmiljøet og patientsikkerheden sikres, hvis forslagene gennemføres.

På vegne af CMU, Akutcentret

Michael Braüner Schmidt
Formand CMU

Martin Primdahl Møller
Næstformand CMU