

Spar1519: Høringssvar fra HMU, Hospitalsenheden Vest

Resume

HMU har forståelse for, at der med en spareplan på mere end 700 mio. kr. vil være behov for strukturelle tilpasninger af funktioner og opgaver, så der sikres en så effektiv drift som muligt i koncernen. Dette hensyn må dog altid opvejes mod, hvad der tjener borgerne og patienterne bedst.

Et samlet HMU i Hospitalsenheden Vest deler en bekymring for fraværet af en gennemgående linje i sparekataloget, "Spar1519", og den afledte konsekvens heraf. HMU kunne ønske sig en stærkere markering og vægtning af en region i balance med sigte på at udvikle og tilpasse et sammenhængende sundhedsvæsen inden for de rammer og vilkår, der gives af en ændret befolkningssammensætning med flere ældre og øget efterspørgsel på sundhedsydelse i Vest. Sådan at der sikres en lige og let adgang til sundhed for regionens borgere.

HMU deler ambitionen om at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen "på patientens præmisser". Men gennemføres spareforslagene i sin nuværende form vil borgerne og patienterne i Vest blive hårdt ramt.

Visionen om et sundhedsvæsen i geografisk balance med et fagligt stærkt og attraktivt DNV-Gødstrup bliver ikke understøttet med forslagene. Tværtimod skaber spareplanen mere ulighed i sundhed for borgerne i den vestlige del af regionen, og der er en stærk bekymring for at dele af rygraden på akuthospitalet i Gødstrup bliver amputeret med flytning af funktioner fra Vest til Øst. Medarbejdersiden i HMU frygter et A-hold og et B-hold i borgernes adgang til sundhed, og efterlyser et større mod til radikale strukturbesparelser og savner konsistens i flere af de indeholdte spareforslag i "Spar1519".

Generelt har HMU meget svært at se den røde tråd i spareforslagene. Det er uklart, hvad visionen og ambitionerne er med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland efter spareplanen. HMU efterlyser svar på, hvilket sundhedsvæsen vi er på vej imod, og hvad det betyder for såvel patienter og pårørende som personale.

Medarbejderne er forundrede over, at koncernledelsen ikke har valgt at udnytte potentialet i, at eneste politiske strukturelle binding er, at der efter planens gennemførelse forsat skal være 5 akuthospitaler. Endvidere peger medarbejderne på det potentiale der er i at skræddersy eksempelvis vagtbelastningen hen over de 5 akuthospitaler i overensstemmelse med enhedernes underlag og under hensyntagen til geografisk beliggenhed.

HMU i Hospitalsenheden Vest havde gerne set flere forslag, som kan underbygge et stærkt sundhedsvæsen, hvor ressourcerne og adgangen til sundhedsydelserne er mere ligeligt fordelt på tværs af regionen, og at den øgede centralisering var mere balanceret hen over regionen og

ikke så entydigt i den østlige del. Begrundelserne for de relativt få strukturelle ændringer i spareplanen synes at bygge på forskellige perspektiver og kriterier og virker dermed ikke logiske og konsistente.

Medarbejderne vurderer, at forslaget om at samle patologien to steder i den østlige del af regionen er ude af trit med, at Hospitalsenheden Vest er regional spydspids på hele kræftområdet. Funktionerne bør være der, hvor de fagligt hører hjemme. Det fastslår Sundhedsstyrelsen, og det overrasker medarbejderne i HMU, at potentialet for at gøre DNV-Gødstrup til en magnet for rekruttering af speciallæger ikke er vægtet højere i spareforslaget. For borgerne i Vest bliver konsekvensen, at de må forvente at skulle bruge længere tid på hospitalet og på operationsbordet, når vævsprøver skal tur retur til Østjylland. Og længere svartider giver alt andet lige dårligere patientforløb.

Medarbejderne i HMU er tilsvarende dybt bekymrede for, at uligheden i sundhed forstærkes af samlingen af neurorehabiliteringen på regionsfunktionsniveau i Hammel. Dette vil medføre, at en patientgruppe vil havne på B- holdet og ekskluderes for hjerneskaderehabilitering med baggrund i, at de har konkurrerende sygdomme. Med rehabiliteringen i DNV-Gødstrup ville alle patienter i det midt og vestjyske få tilbudt en plads på A- holdet, idet der vil være adgang til den fornødne speciallægeviden for de mange især ældre apopleksipatienter med tilhørende kroniske sygdomme. Denne speciallægeviden er ikke til stede i Hammel.

Med spareforslaget kan borgerne i Vestjylland også se frem til, at 112 beredskabet udtyndes. Idet beredskabet går fra fem akutbiler til to - Struer og Herning - samtidig med at ledsagertransporten af patienter til et højere specialniveaue på AUH skal varetages af personalet i de to akutbiler. Dette set up finder medarbejderne i HMU alarmerende.

Alt i alt er der mange elementer i spareforslaget, som efter HMUs vurdering vil være med til at skævvride sundhedstilbuddene til regionens borgere til fordel for øst.

Grundlæggende finder HMU det paradoksalt, at såfremt spareplanen gennemføres i sin nuværende form, havde de samlede besparelser i form af en grønthøster været mere skånsomme for borgere og personale i Vest.

HMU har forståelse for at spareforslagene er blevet udarbejdet i en proces under tidspres uden inddragelse af den fagspecifikke ekspertise, og at forslaget derfor også indeholder en række faktuelle fejl. Som klare eksempler herpå er beregningen af besparelserne på akutmodtagelsen på RH Holstebro (hvor HEV har fremsendt et alternativt forslag) og ved samlingen af den ikke akutte kliniske immunologi samt røntgenvagten på AUH. HMU vil derfor kraftigt opfordre til at de vedlagte LMU svar (se bilag) nærlæses, og at de 8 nedsatte temagrupper vurderer, om der på baggrund heraf skal ske justeringer i spareforslagene.

Et enigt HMU tilkendegiver at:

1. Patientperspektivet ofte er fraværende, og spareplanen vil skabe mere ulighed i sundhed på tværs af regionen.
2. Hospitalsenheden Vest rammes meget hårdt budgetmæssigt. Ca. 60 % hårdere end enhedens andel af budgettet tilsiger (der skal spares 3,4 %. I oplægget rammes HEV med 5,6 %).
3. Hospitalsenheden Vest rammes meget hårdt i forhold til reduktion af medarbejdere. Der er lagt op til at ud af de beregnede 807 stillinger, der berøres i regionen kan ca. 225 henføres til Hospitalsenheden Vest. Havde der været tale om en ligelig fordeling i forhold til størrelse, så skulle tallet have været ca. 80 stillinger.
4. Hospitalsenheden Vest fratages funktioner og står dermed med en svagere profil frem mod DNV Gødstrup.
5. Hospitalsenheden Vest har i perioden fra 2009–2013 leveret en produktivitetstigning på 23 pct., hvilket er det dobbelte af regionsgennemsnittet. Dette er der ikke taget højde for i spareplanen. Gennemføres planen vil Hospitalsenheden Vest komme op på en produktivitet på 109,4.

Hørings svar fra HMU, Hospitalsenheden Vest

Indledning:

I og med der er tale om et meget omfattende sparekatalog, så er hvert enkelt spareforslag naturligtvis ikke kommenteret. HMU har i stedet valgt at fokusere på de overordnede linjer – men med reference til enkelte af de konkrete spareforslag.

HMU har i høringssvaret skelet meget til de indkomne høringssvar fra enhedens LMU'er. Samtlige høringssvar fra LMU'erne er vedlagt som bilag.

Høringssvaret er opdelt i 8 hovedområder, som er nærmere beskrevet og uddybet her:

1: Fremtidig profil for Hospitalsenheden Vest, inkl. DNV-Gødstrup, en svækkelse

Hospitalsenheden Vests faglige profil står frem mod DNV til at blive svækket væsentligt med afgivelse af følgende funktioner i henhold til oplægget i spareplanen:

- Neurorehabilitering på regionsfunktionsniveau (RH Lemvig og RH Holstebro)
- Patologi (RH Holstebro)
- Mammakirurgisk fællesfunktion (RH Holstebro)
- Flytning af akutte klinisk immunologiske funktioner (RH Holstebro og RH Herning)
- Fysisk flytning af mikrobiologi (RH Herning)

Hospitalsenheden Vest tilføres i spareplanen ikke yderligere funktioner, men skal overtage udefunktionen på Øre-Næse-Hals, som regionen i sidste omstillingsplan vedtog at lade blive på RH Viborg. Herudover overtages nyrecancerpatienterne fra RH Viborg, men dette var aftalt inden spareplanen – og er reelt set ikke en del af "spar1519".

Medarbejdersiden har forståelse for, at det kan være nødvendigt at samle funktioner for at sikre en effektiv drift og en sikker rekruttering, men fra et hospitalsprofils perspektiv på vej mod et fuldt funktionsdygtigt nyt hospital i DNV Gødstrup er spareplanens forslag om at flytte ovenstående funktioner derfor meget skuffende, og det er særdeles svært at finde logiske og velbegrundede argumenter for de trufne valg. Især argumentet om at patologien flyttes til RH Randers på grund af, at der skulle være et godt fagligt miljø, virker ikke rationelt. Dette faglige miljø kunne lige såvel være i Hospitalsenheden Vest. Planen tager dermed ikke højde for DNVs rolle som kraft-/kræftcenter i den vestlige del af regionen. Samtidig er medarbejderne i HMU stærkt tvivlende i forhold til om patologien kan rummes på RH Randers uden bekostelige ombygninger. Hospitalsenheden Midt har tilkendegivet, at de ikke kan rumme funktionen i nærmest tilsvarende kvadratmeter (som er nybyggede). Stort set samtlige kliniske specialer står meget undrende over denne planlagte flytning – og kan ikke finde gode argumenter for det. Jf. vedhæftede høringssvar.

Medarbejdersiden er forundrede over, at man ikke i stedet har valgt at bygge videre på det veletablerede og velfungerende partnerskab mellem Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt. Enten ved at samle patologien for vest og midt et sted, eller ved at lave en funktionel samordning mellem de to enheder.

Det kan gøres på 2 måder. Enten ved at der etableres en fælles ledelse for Vest og Midt eller ved at etablere et forpligtende funktionelt samordnende samarbejde, som det er foreslået vedr. klinisk biokemi.

Vedr. forslaget om at flytte regions neurorehabiliteringsfunktioner fra Lemvig og Holstebro til Hammel anføres, at patienterne og de pårørende fra den vestlige del af regionen vil få urimeligt langt til det nødvendige tilbud, og det anføres, at samlingen af neurorehabiliteringen på regionsfunktionsniveau i Hammel, er problematisk, da en række af neurorehabiliteringspatienterne har konkurrerende lidelser som kræver en speciallægeviden, der ikke er til stede i Hammel. Se uddybning i afsnit 5.

2: Struktur og grønthøster

HMU kan konstatere, at Hospitalsenheden Vests andel af besparelserne er på 115,1 mio. kr. (inkl. akutbiler), og at der kan forventes yderligere besparelser på ca. 13,7 mio. kr. af de endnu ikke fordelte besparelser, dvs. i alt 128,8 mio. kr. En meget stor del af de 120 spareforslag udmøntes som en direkte grønthøster eller har karakter af værende en grønthøster. For Hospitalsenheden Vests vedkommende udgør den del der ikke umiddelbart kan realiseres, og derfor efterfølgende skal håndteres i en intern spareplan skønsmæssigt ca. 35 pct., svarende til ca. 45 mio. kr.

Dette skal hospitalet håndtere i en situation med stigende aktivitet, overbelægning, og generel behov for opdrift og udvikling uden finansiering. Og det samtidig med, at demografien medfører en betydelig øget belastning på Hospitalsenheden Vest sammenlignet med især AUH. Dette skyldes, at de unge flytter mod øst og de ældre bliver i vest jf. afsnit 4.

Generelt vurderer medarbejdersiden, at en del af forslagene, herunder beslutningsgrundlagene, er dårligt underbyggede og ikke koordinerede med en del overlap og kun i begrænset omfang forholder sig til afledte negative effekter.

På medarbejdersiden har vi bl.a. også mere end svært ved at gennemskue, om der i tilstrækkeligt omfang er taget højde for ekstra udgifter til transport og de økonomiske konsekvenser ved at samle en række laboratoriefunktioner. HMU kan være bekymret for, at kvoteafregningen på dette vil blive en yderligere grønthøster. Altså har man set på totaløkonomien i forslagene?

Vi er forundrede over, at koncernledelsen i sit oplæg ikke i langt højere grad har benyttet sig af, at der fra politikerne strukturelt alene var krav om bibeholdelse af 5 akutte hospitaler. Endvidere peger medarbejderne på det potentiale der er i at skræddersy eksempelvis vagtbelastningen hen over de 5 akuthospitaler i overensstemmelse med enhedernes underlag og under hensyntagen til geografisk beliggenhed.

Når der skal spares så mange penge ville medarbejdersiden foretrække sådanne løsninger frem for grønthøsterbesparelser, da alle områder i forvejen er hårdt pressede.

Derfor undrer det også medarbejdersiden, at man i en spareplan vælger at bibeholde ineffektive og fagligt ubegrundede ambulante funktioner på Sundhedshusene i Ringkøbing, Grenå og Skive, når man reducerer kraftigt i akutfunktionerne de samme steder.

Jf. svarene fra de Lokale LMU'er, så peger en stor del af dem på, at de havde håbet og forventet et mere visionært syn i forhold til strukturelle ændringer.

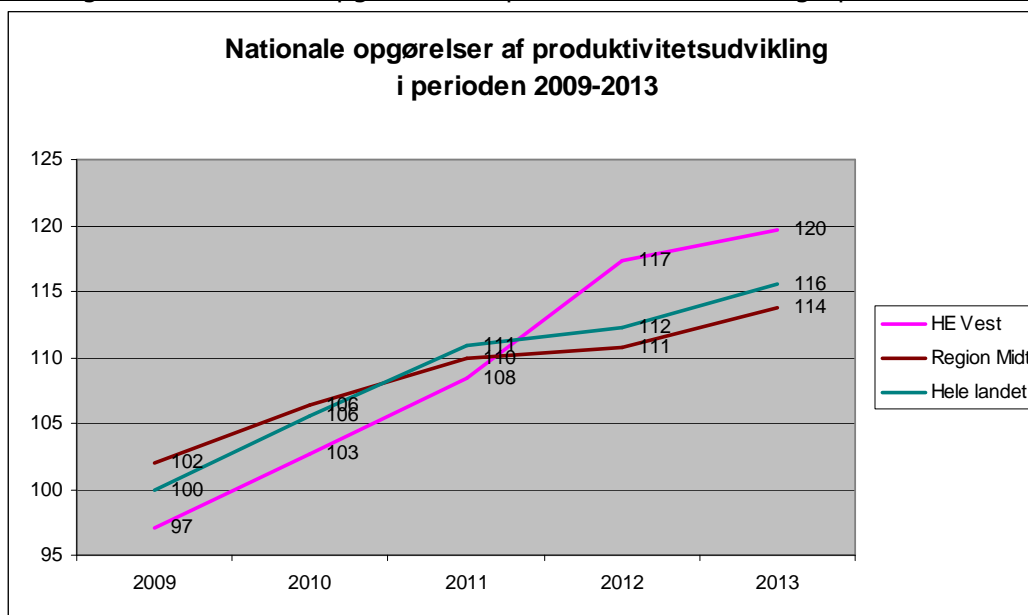
Når der senere skal findes 8 mio. kr. på det pædiatriske område, så opfordrer HMU til at kigge på, om der fremadrettet kan reduceres i antallet af afdelinger.

3: Retfærdighed i fordeling af besparelserne – budgetstørrelse ift. optageområde og produktivitetsudvikling

Hospitalsenheden Vests andel af besparelserne udgør anslået 128,8 mio. kr. (inkl. akutbilerne) og dermed 15,6 pct. af de samlede spareforslag. Hospitalets andel af regionens budget er til sammenligning kun på 10,2 pct. og 16,8 pct. af hospitalernes budgetter. HEVs andel af besparelserne er dermed mere end 50 pct. større end det forventede, hvilket er ganske uforståeligt, den høje produktivitet taget i betragtning. HMUs egen vurdering af de personalemæssige konsekvenser er, at ca. 225 personer vil miste arbejdet i HEV, heraf vil de ca. 75 indgå i en fusionsproces som følge af flytning til andet hospital, mens de resterende 150 er direkte reduktioner.

I den forbindelse er det værd at nævne, at Hospitalsenheden Vest i perioden fra 2009–2013 har leveret en produktivitetsstigning på 23 pct., hvilket er det dobbelte af regionsgennemsnittet. Hospitalet er nu sammen med RH Randers og HE Horsens klart mere produktive end såvel AUH og HE Midt. Jf. figur 1.

Figur 1. Oversigt over nationale opgørelser af produktivitsudvikling i perioden 2009-2013



Note: Tallene for 2014 er endnu ikke tilgængelige, men forventes ikke at rykke væsentligt på produktiviteten.

Da en del af spareplanen er budgetflytninger som ikke har direkte påvirkning på produktiviteten, anvendes begrebet omstillingsvirkning. Omstillingsvirkningen for de enkelte hospitaler inkl. overlap til effektiviseringsgevinsterne ved DNV på 30 mio. kr. er for HEV på 5,4 pct.

I nedenstående tabel vises omstillingsvirkningens forventede påvirkning af produktiviteten fordelt på hospitalerne og den forventede produktivitet i 2019.

Tabel 1: Forventet produktivitet i 2019.

	HEV	HEM	RHR	HEH	AUH
Produktivitet 2013	104	97	106	105	94
Spareplanens omstillingsvirkning	-5,4%	-5,7%	-4,4%	-4,5%	-4,7%
Produktivitet 2019	109,4	102,7	110,4	109,5	98,7

Med spareplanen øges produktivetskravet i HEV betydeligt, og spareplanen udjævner dermed ikke disse forskelle.

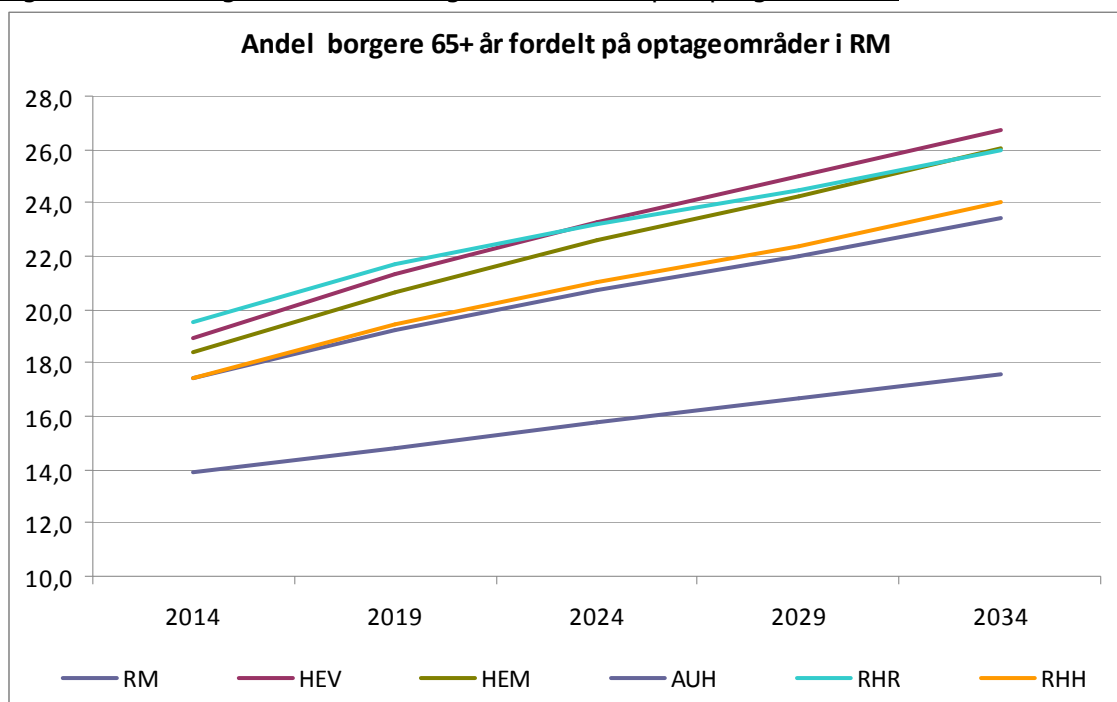
Endvidere vil HMU gøre opmærksom på, at effektiviseringskravet ved DNV Gødstrup på 8 pct., hvoraf der efter spareplanen stadig mangler 76 mio. kr. svarende til 3,5 pct., vil øge HEVs produktivitet yderligere. Spareplanen anerkender, at der er et overlap på 30 mio. kr. i effektiviseringsgevinsten, som hospitalet forventer kompensation for, men hospitalet vil stadig skulle aflevere 46 mio. kr. ved indflytning i DNV Gødstrup svarende til 2,2 pct. Hospitalsenheden Vest vil dermed alt andet lige skulle opnå en produktivitet på 111,6.

Regionen har besluttet, at alle regionshospitaler skal ligge inden for en produktivetsmargin på 2 pct. Resultatet af spareplanen betyder, at dette er tilfældet for Randers, Horsens og Hospitalsenheden Vest, men HEM ligger ca. 7 pct. under dette og 9 pct. under HEV.

4: Demografi

Optageområdet for Hospitalsenheden vest udgør 22,1 pct. af befolkningen i Region Midtjylland men andelen af 65+ årige er betydeligt højere end gennemsnittet i regionen og især i Aarhus området. Og dette er jf. figur 2 en udvikling der forventes forstærket i de næste par år.

Figur 2: Udvikling i andel 65+ årige i RM fordelt på optageområder



Kilde: Danmarks Statistik, befolkningsfremskrivning

Knap halvdelen af udgifterne til behandling på hospitalet vedrører patienter over 65 år, og Hospitalsenheden Vest må derfor også de kommende år forvente et større behov for hospitalsbehandling til optageområdets borgere end især AUH.

Endelig vil HMU gøre opmærksom på, at den andel af besparelserne der udmøntes efter bruttobudgetnøglen bør være på de nye bruttobudgetter efter spareplanens vedtagelse.

5: Kvalitet og patientens perspektiv

I forbindelse med udmelding af spareplanen blev der samtidigt italesat følgende intentioner for de kommende besparelser:

- "At fremme god faglig kvalitet med tilhørende økonomiske gevinster
- At sikre et effektivt sundhedsvæsen, hvor der leveres mest sundhed for pengene
- At inddrage patienter og bruge deres ressourcer aktivt
- At vi i alle forslag sikrer et stærkt fokus på værdi for patienten"

For at fastholde disse intentioner er der ved hvert af de vedlagte spareforslag taget stilling til, om spareforslaget har kvalitetsmæssige konsekvenser samt om forslaget medfører ændringer i service til/for patienterne.

HMU bemærker, at sparekatalogets forslag i overvejende grad er sket uden inddragelse af de faglige eksperter og helt uden inddragelse af patienter.

Gennem kataloget ses flere eksempler på, at service for patienten forringes og dermed risiko for en forringelse af det, der giver værdi i patientens øjne, eksempelvis nærhed til ydelser og valg af dialyseform.

Der kan være gode faglige argumenter for at samle specialer på færre enheder, og tidligere

erfaringer viser, at det kan medføre positiv effekt på behandlingskvaliteten, men også at der kan være behov for at følge udviklingen tættere i en periode for at sikre dette.

I forbindelse med fusioner indenfor klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi og patologi peger HMU på, at det er en helt klar forudsætning, at der lokalt opretholdes den eksisterende service og kvalitet til akutte behov og dermed sikre, at patienterne oplever samme gode, sikre patientforløb og flow, som de har i dag. Det er helt essentielt, at disse fusioner ikke medfører forlængede svartider, og store vanskeligheder med at overholde kræftpakkeforløb, udredningsret og andet akut.

En samling af de tværgående kliniske funktioner vil reducere det lokale kendskab og overblik over de enkelte kliniske afdelingers ressourcer og udfordringer, samt muligheden for at kunne deltage i tværfaglige konferencer planlagt og ad hoc, hvilket har stor betydning for indsatsen til patienten, det faglige miljø og patientflowet.

I forhold til forslaget om en flytning af radiologisk vagtberedskab til AUH anfører klinikerne, at dette reelt ikke kan lade sig gøre i praksis, da der dermed ikke vil kunne foretages livsvigtige akutte undersøgelser. Dette betyder en alvorlig risiko for en dårligere patientbehandling, idet der ikke længere vil være mulighed for invasive procedurer om natten, ligesom man vil være nødsaget til at konvertere ultralydsundersøgelser til CT-scanninger, hvilket er u hensigtsmæssigt set i et strålehygiejnisk perspektiv.

Medarbejdersiden i HMU er dermed yderst bekymrede for det realistiske i spareforslaget, og dermed den risiko det medfører for patienternes sikkerhed. Jf. eksempelvis vedlagte svar fra røntgenlægerne og fra LMU i Urinvejskirurgisk Afdeling.

Herudover udtrykker flere afdelinger bekymringer for de massive besparelser i klinisk biokemi, og betydningen heraf for de effektive patientforløb med frygt for, at konsekvensen kan blive længere ventetid på prøvetagning og længere svartider.

Medarbejderne er dybt bekymrede for vores patienter ift. samling af neurorehabilitering i Hammel. De pårørende er i dag meget involveret i rehabilitering, og dette kan være vanskeligt at fastholde med de store afstande, dette vil medføre (i værste fald 2 til 2½ time i bil). Den lange transporttid og de dårlige offentlige transportmuligheder fra vest mod øst vil begrænse besøgene af pårørende og nogle vil ikke have mulighed for at blive en del af rehabiliteringen. En stigende andel af patienterne fejler andet end deres apopleksi, hvilket har været en af de væsentlige årsager til, at rehabilitering skulle flyttes med til DNV-Gødstrup. I DNV vil der være lægedækning døgnet rundt, hvilket ikke er tilfældet i Hammel. Dette betyder, at vi vil opleve, at en patientgruppe ekskluderes til sufficient hjerneskaderehabilitering med baggrund i, at de har konkurrerende sygdomme.

Set med et personalpolitisk perspektiv er forslaget meget smertefuldt. Det er for medarbejdere bosiddende på Lemvigkanten uden for realistisk rækkevidde at pendle til Hammel.

Der lægges i spareplanen op til, at ændre på strukturen i forhold til de interhospital transport. Denne struktur risikerer at udhule 112 beredskabet, og opgaven anbefales derfor fortsat bevaret i Anæstesiologisk Afdeling med støtte af helikopter ved tidskriske tilstande. Alternativ skal den samme entydighed i opgaveløsningen være som i dag. Jf. vedlagte svar fra Anæstesiologisk Afdeling.

I forbindelse med den massive reduktion i antallet af kliniske diætister og betydningen heraf for bekæmpelse af underernæring blandt syge og optimal diætetisk behandling, er vi bange for at konsekvenserne bliver, at patienterne er længere tid om at blive raske og at indlæggelsestiden forlænges. jf. vedlagte svar fra Ernæringsenheden.

HMU vil endnu en gang gerne udtrykke en generel bekymring ift., at store dele af besparelserne denne gang vil blive i form af en grønthøster, hvilket vil presse et i forvejen hårdt presset arbejdsmiljø og dermed bevirke et øget pres på de basale kliniske ressourcer, så kvaliteten i opgaveløsningen og patientsikkerheden er i spil.

6: Samarbejdet med kommunerne og praksis

I henhold til at bevare og videreudvikle samarbejdet med såvel almen praksis som kommunerne, er det vigtigt, at der i spareforslagene er fokus på de gode, sikre og hensigtsmæssige patientforløb tværsektorielt.

Samtidig skal der være opmærksomhed på, at spareplanen ikke utilsigtet flytter opgaver fra hospitalsregi ud til kommunerne og almen praksis på områder, hvor de endnu ikke er rustet til at kunne håndtere disse opgaver.

Om ovenstående er tilfældet i spareforslagene kan medarbejdersiden ikke umiddelbart vurdere ud fra sparekataloget. Medarbejdersiden i HMU henstiller til, at man har bevågenhed i forhold til dette felt.

7: Effektiviseringsgevinsten ved DNV – herunder allerede igangsatte initiativer og overlap til spareplanen

Hospitalsenheden Vest skal ved indflytning i DNV-Gødstrup aflevere en effektiviseringsgevinst på 8 pct. svarende til ca. 166 mio. kr. Dette realiseres i 12 forskellige temaer. En del af disse skal realiseres i spareplanen, som dermed gør et pænt indhug i hospitalets planer for effektiviseringsgevinsten.

Efter spareplanens gennemførelse skal Hospitalsenheden Vest fortsat realisere en effektiviseringsgevinst på 76 mio. kr., svarende til 3,5 pct. af budgettet. I spareplanen anerkendes det, at der er overlap til effektiviseringsgevinsten på 30 mio. kr.

Medarbejderne har en klar forventning om at Regionen kompenserer hospitalet for disse 30 mio. kr.

8: Medarbejderperspektivet – det generelle arbejdspress og arbejdsmiljø, overbelægning, processerne med omflytninger og afskedigelser

Gennem de senere år er presset steget markant på regionens hospitaler i forhold til effektivisering og driftsoptimering på baggrund af besparelser og omstillingsplaner, som har medført talrige reduktioner af personale og normeringer. Dette har medført et arbejdspress for de ansatte hvor overbelægning i afdelinger og afsnit er et kontinuerligt vilkår og som til stadighed bevirker, at de ansatte oplever et arbejdsmiljø hvor faglig udvikling, kvalitet i ydelsen og ikke mindst tid til kerneopgaven bliver mere og mere udfordret. Dette er uholdbart i længden.

Ovenstående beskrivelse af arbejdspresset kan dokumenteres i form af de mange reaktioner fra Arbejdstilsynet - herunder både straks påbud, påbud og vejledninger m.v.

Personalet – både ledere og medarbejdere – vil derfor markere det klare synspunkt, at tiden er inde til klare strategiske valg for fremtidens organisering af hospitalerne i Region Midtjylland. Tiden er forpasset hvor de nuværende rammer og ressourcer kan justeres og tilpasses med henblik på øget aktivitet, Vi vil endnu en gang gerne påpege, at tiden er inde til større strukturelle forandringer som grundlag for et forbedret arbejdsmiljø.

Som den nuværende spare-/omstillingsplan er udformet, er der udsigt til en besparelsesproces som strækker sig frem til 2019. Dette er ikke en driftsmæssig holdbar situation for patienternes udredning, behandling og pleje og på ingen måde en situation som de ansatte kan være tjent med.

Derfor – med afsæt i behovet for en organisation hvor der er fokus på et udviklende arbejdsmiljø opfordrer medarbejderne regionens politikere til at tænke i strukturelle forandringer. Alternativt vil medarbejdersiden i HMU udtrykke sin bekymring i retning af at disse tilpasninger og justeringer vil medføre et afviklende arbejdsmiljø.

I tilknytning til ovenstående vil HMU gerne gøre opmærksom på, at for at Hospitalsenheden Vest fortsat kan forblive en attraktiv og udviklende arbejdsplads, så er det yderst nødvendigt,

at der fortsat er midler og rum til videreuddannelse og forskning m.v. Dette er også vigtige parametre i forhold til fastholdelse og rekruttering.

Konklusion

I en spareplan som denne skal man være varsom med at tale om "vindere" og "tabere" – men det skal ikke være nogen hemmelighed, at HMU ikke ser et styrket Hospitalsenheden Vest, hvis spareforslagene realiseres i den form, der er lagt op til. Medarbejderne har eksempelvis meget svært ved at se rimeligheden og logikken i, at Hospitalsenheden Vest rammes så forholdsmæssig hårdt på såvel faglig profil, budgettet og antal af berørte stillinger – dvs. mistede funktioner. Herunder at der ikke er blevet lagt større vægt på produktiviteten, demografien samt besparelserne/effektiviseringerne i forhold til DNV-Gødstru.

Der er forståelse for, at man i regionen ønsker et stærk universitetshospital, men det må også være regionens ønske, at de større regionshospitalet er solide spillere med en stærk faglig profil. Hospitalsenheden Vest afgiver flere faglige områder, som ikke modsvarer af tilsvarende tilførsel af funktioner. Medarbejderne vil opfordre til, at enheden tilføres mere faglig profil eller tyngde. Det kunne eksempelvis være på det urinvejskirurgiske område, ortopædkirurgi, nefrologi, kardiologi, pædiatri eller andre områder samt at patologien og neurorehabilitering fortsat har en forankring i HEV.

HMU vil samtidig gøre opmærksom på, at det naturligt ligger i Hospitalsenheden Vests ånd og kultur, at vi kontinuerligt arbejder med besparelser, effektiviseringer og omprioriteringer for at kunne skabe luft til stigningen i aktiviteten, og at en del af spareforslagene er områder hvor hospitalet allerede har været, eller er igang med at udføre besparelser og effektiviseringer, samt at hospitalet står overfor:

- En effektiviseringsgevinst på 8 pct. ved indflytning i DNV Gødstrup
- Betydelige engangsudgifter forbundet med flytningen, som hospitalet selv skal afholde en stor del af.

Med venlig hilsen

HMU, Hospitalsenheden Vest

Bilagsliste: Høringssvar som er indkommet til Hospitalsenheden Vest

Bilag 1	Høringssvar fra Akutafdelingen	1
- Bilag 1.1	Bilag til høringssvar fra Akutafdelingen	3
- Bilag 1.2	Høringssvar fra Akutafdelingerne i Region Midtjylland	6
Bilag 2	Høringssvar fra Anæstesiologisk Afdeling	7
Bilag 3	Høringssvar fra Arbejdsmedicinsk Klinik	9
Bilag 4	Høringssvar fra Børneafdelingen	13
Bilag 5	Høringssvar fra Driftsafdelingen	17
Bilag 6	Høringssvar fra Ernæringsenheden	20
Bilag 7	Høringssvar fra Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling	23
Bilag 8	Høringssvar fra Klinisk Biokemisk Afdeling	24
- Bilag 8.1	Høringssvar biouv i HEV 2015	33
- Bilag 8.2	Klinisk Immunologi i Region Midtjylland	34
- Bilag 8.3	Økonomiberegning KIA	35
- Bilag 8.4	Ambulante prøvetagninger	36
Bilag 9	Høringssvar fra Kirurgisk Afdeling	37
Bilag 10	Høringssvar fra Medicinsk Afdeling	39
Bilag 11	Høringssvar fra Neurologi og Fysio- Ergoterapi	43
Bilag 12	Høringssvar fra Nuklearmedicinsk Afdeling	47
- Bilag 12.1	Brev til HL vedr sammenlægning af nuklearmedicin og røntgen	49
Bilag 13	Høringssvar fra Onkologisk Afdeling	51
Bilag 14	Høringssvar fra Ortopædkirurgisk Afdeling	53
Bilag 15	Høringssvar fra Patologisk Institut	54
Bilag 16	Høringssvar fra Røntgenafdelingen	57
- Bilag 16.1	Speciallægerne på Røntgenafdelingen	61
- Bilag 16.2	Yngre læger på Røntgen afdelingen	67
Bilag 17	Høringssvar fra Staben	69
Bilag 18	Høringssvar fra Teknisk Afdeling	72
Bilag 19	Høringssvar fra Urinvejskirurgisk	73
Bilag 20	Høringssvar fra Øjenafdelingen	77
Bilag 21	Høringssvar fra Øre-Næse-Hals Afdelingen	78
Bilag 22	Høringssvar fra RALO, Rådet af ledende overlæger	79

Hørings svar fra sparekatalog – Akutafdelingen, HEV

Vi må påpege, at der i det sparekatalog, der er udsendt, er set med samme øjne på Akutklinikken Ringkøbing og Akutmodtagelsen Holstebro. Det er en ukorrekt sammenligning, der ikke giver et retvisende grundlag for den videre vurdering af evt. spareforslag. Forskellene er beskrevet nærmere i vedlagte bilag.

Hørings svar til forslag vedr. total lukning af Akutmodtagelsen Holstebro

Forslaget går på, at Akutmodtagelsen Holstebro helt skal lukkes.

Gennemførelsen af denne besparelse vil få alvorlige konsekvenser og er ikke i overensstemmelse med Akutforliget indgået i 2007 i forbindelse med oprettelsen af regionerne.

Det beskrevne forslag anbefaler tilstedeværelsen af en radiograf, der udelukkende har mulighed for at tage blodprøver og tage røntgenbilleder.

Konsekvenserne for borgeren er at:

- Intet akut kan visiteres til Regionshospitalet Holstebro, eller at nogle af de akutte patienter, der i dag modtages i Holstebro, fremover skal køres til Herning for efterfølgende at blive sendt retur til Holstebro ved behov for indlæggelse på specialafsnit
- Patienten skal modtages direkte i et specialeafsnit. Dette kan medføre, en fejlvurdering og behandling af en evt. forkert diagnose, da personalet i Akutafdelingen arbejder ud fra symptomer og ikke på forhånd fastlagte diagnoser. På specialeafsnittet er ansat specialister, uddannet til at have øje for diagnoser inden for deres områder
- Der er ikke længere mulighed for at agere som buffer for resten af huset ved overbelægning
- Det vil være problematisk at udnytte alle senge på begge matrikler, der skal bestå indtil Gødstrup er klar til indflytning. Dette medfører et større pres på sengene i Herning.
- Vagtlægen vil ikke fremover have mulighed for at få assistance af behandlersygeplejersken, der i dag aflaster med mange opgaver (se evt. bilag for uddybning)
- Patienter, der sidder i vagtlægens venteværelse, vil fremover sidde alene og uden vurdering og opstart af behandling, når lægevagten er ude at køre

Hørings svar til forslag vedr. lukning af behandlerfunktionen i Akutklinikken Ringkøbing

Forslaget går på, at muligheden for at blive tilset af en behandlersygeplejerske nedlægges, til fordel for en radiograf, der skal tage akutte blodprøver og røntgenbilleder.

Vi foreslår i stedet, at det er behandlersygeplejersken tilstedeværelse, der bibeholdes.

Behandlersygeplejersken skal kompetenceudvikles til at kunne varetage opgaven med at tage røntgenbilleder. Dermed har borgeren fortsat tryghed i muligheden for at konsultere en sundhedsprofessionel i nærområdet.

Behandlersygeplejersken vil fortsat kunne behandle småskader, med back-up fra akutlægen i Akutmodtagelsen Herning. Hvis det kun er en radiograf, der er til stede, er der ikke mulighed for at udføre den samlede behandling. Patienten vil derfor skulle flytte sig videre i systemet.

Nogle af konsekvenserne for borgeren ved at fjerne behandlersygeplejersken vil være en stærk serviceforringelse i form af:

- Ventetiden bliver længere for alle fremmødte i skadestuen i Herning
- Længere transport
- Samlet patientforløb bliver forlænget med flere kontakter til forskellige fagprofessionelle (egen læge, radiograf i Akutklinikken Ringkøbing og akutmodtagelsen Herning)
- Serviceforringelse ved vagtlægeordningen

NB. De borgere, der behandles af behandlersygeplejersken har først været tilset af en praktiserende læge, og kan dermed ikke behandles i praksis, som sparekataloget foreslår.

Fælles for hele Akutafdelingen

Akutafdelingen har tidligere haft påbud fra Arbejdstilsynet omkring uoverensstemmelse mellem opgaver og personaleresourcer. Ved en lukning af Akutmodtagelsen Holstebro kan vi frygte, at vi ser på en lignende situation, som den vi i øjeblikket oplever i Akutafdelingen i Randers, med fysiske forhold, der ikke kan rumme patientindtaget. Hospitalsenheden Vest' befolkningsgrundlag på ca. 283.000 indbyggere, vil alt andet lige, være uændret.

I ovenstående har vi slet ikke beskrevet de arbejdsmiljømæssige forhold. Kort kan vi sige, at det får betydning på:

- Opretholdelse af den kvalitet, der er pålagt fra regionens side
- Det psykiske arbejdsmiljø for personalet

Udarbejdet af LMU, Akutafdelingen, HEV

Mette Norup Frøjk
Formand

Britta Glintborg Nielsen
Næstformand

Bilag med uddybning af Akutafdelingens hørings svar

Vi må påpege, at i det sparekatalog, der er udsendt, har set med samme øjne på Akutklinikken Ringkøbing og Akutmodtagelsen Holstebro. Det er en ukorrekt sammenligning, der ikke giver et retvisende grundlag for den videre vurdering af evt. spareforslag. Forskellene er forsøgt beskrevet i nedenstående tekst.

Der er STOR forskel på, hvorledes opgaverne og organiseringen er i en akutklinik (Ringkøbing) og i en skadestue/akutmodtagelse (Holstebro).

Den tekst der står beskrevet i sparekataloget, er en beskrivelse af, hvorledes det fungerer i Akutklinikken Ringkøbing. Nedenfor beskrives, hvorledes Akutmodtagelsen Holstebro fungerer.

Tekstbeskrivelsen for Akutmodtagelsen Holstebro er:

- Fungerer som en Akutmodtagelse døgnets 24 timer.
 - Fremmøde af akutlæge(kl. 08.00-22.00), behandlersygeplejersker(24/7) og lægesekretærer(kl. 07.00-23.00).
 - Akut modtagelse af patienter visiteret fra hospitalsvisitationen i Herning for følgende patientkategorier: Ortopædkirurgiske, Urologiske, dårlige medicinske, skadestuepatienter, selvhenvendere og enkelte neurologiske patienter.
 - Fungerer desuden som en skadestue i tidsrummet kl. 08.00 – 22.00.

- Fungerer der udover som en kombineret Akutklinik/akutmodtagelse i tidsrummet kl. 22.00 – 08.00
 - Fremmøde af to behandlersygeplejersker, med back up fra Akutlægen i Herning, vagtlægerne, urologisk vagthavende og medicinsk bagvagt.
 - Akut modtagelse af akutte Ortopædkirurgiske, Urologiske, dårlige medicinske, skadestuepatienter, selvhenvendere og enkelte neurologiske patienter, der kan behandles af behandlersygeplejersker.

Behandlersygeplejersker i Holstebro (døgnets 24 timer)

Der er i Holstebro et krav fra regionens side om, at lægevagten skal bemandes af behandlersygeplejersker i hele lægevagtens åbningstid. Behandlersygeplejerskerne varetager en stor del af de opgaver, der ligger inden for deres kompetencer, opgaver der ellers ville blive sendt videre i skadestuen.

Kl. 17.00 – 23.00 på hverdage og kl. 08.00 – 23.00 i weekender og på helligdage er lægevagten fysisk tilstede. Dette giver lægevagten mulighed for at uddelegere opgaver, der ligger inden for behandlersygeplejerskens selvstændige kompetenceområde, dette under lægevagtens ansvar. Eks at suturere et sår, der er længere end 5 cm.

Kl. 23.00 – 08.00 på alle dage samt på hverdage mellem kl. 16.00 – 17.00 er lægevagten ikke fysisk tilstede. Her har behandlersygeplejersken ansvaret for alle lægevagtpatienter i venteværelset, også patientkategorier som ikke er indenfor kompetencebeskrivelsen, ofte opstartes undersøgelser og behandling indtil vagtlægen kommer frem. Dette er med til at sikre et flow i lægevagten opgaver, samt en tæt observation af den enkelte patient. Den kørende vagtlæge dækker et stort geografisk område, der kan derfor være lang ventetid for den enkelte patient. Patientkategorier der falder inden for behandlersygeplejerskens kompetencer, bliver tilset, vurderet og behandlet af behandlersygeplejersken. Lægevagten bliver orienteret pr. telefon og er dermed ikke involveret yderligere i disse patienter, dette frigiver mere tid og nedsætter ventetiden for de øvrige patienter.

Arbejdsgange og organisering

Diagrammet beskriver, hvorledes arbejdsgangene og organiseringen i henholdsvis Akutklinikken Ringkøbing, Akutmodtagelsen Herning og Akutmodtagelsen Holstebro:

Opgaver/organisering	Akutklinikken Ringkøbing	Akutmodtagelsen Herning	Akutmodtagelsen Holstebro
Åbningstid	08.00-22.00	Døgnåben	Døgnåben
Akutlæge	-	X	X
Lægeseekretær	-	X	X
Behandlersygeplejerske	X	X	X
Døgnbemanding	-	X	X
Døgnbemanding - Akutlæge	-	X	-
Døgnbemanding – behand.sygepl.	-	X	X
Specialeindtag hele døgn	-	X	X

Sparekatalog

I sparekataloget er der faktuelle fejl. Nedenfor en uddybning.

Sparekatalog	Beskrivelse
Side 8 – tema 1 tabel 2	Oven i de 10.386 skal tillægges ambulans og øvrige aktiviteter. Derudover er ikke medregnet de patienter, behandlersygeplejersken assisterer vagtlægen med. Ved lukning af aktiviteten vil mange af patienterne i stedet skulle modtages og behandles i Akutmodtagelsen i Herning. Det betyder at tallet 28 patienter /døgn er forkert.
Side 9 – tema 1	Patienter der modtages i Akutmodtagelsen Holstebro er patienter, der

	<p>allerede har været set af praktiserende læger og vurderet som behov for indlæggelse/vurdering af Akutlæge/specialistlæge. Disse patienter kan dermed ikke overgå til alment praksis.</p> <p>I dagtid registreres alt aktivitet i hospitalets system og ikke i systemet for alment praksis, som beskrevet i teksten.</p>
Side 11	<p>I Akutmodtagelsen Holstebro ankommer mange akutte patienter til hospitalet døgnet rundt (også efter, at Akutlægen har forladt matriklen kl. 22.00). Behandlersygeplejersken varetager opgaver som en radiograf ikke har kompetence til at kunne håndtere. eks. akut modtagelse af akutte urologiske, neurologiske og ortopædkirurgiske patienter samt dårlige medicinske patienter henvist at præhospitalet.</p>
Side 12 – punkt 3	<p>En lukning af Akutmodtagelsen Holstebro vil få konsekvenser for de fysiske rammer i Herning, der i så fald vil skulle modtage mange flere akutte patienter end det er tilfældet i dag.</p>
Side 12 – punkt 6	<p>En reduktion af bemanningen i Akutmodtagelsen Holstebro vil betyde et behov for et større fremmøde af personale i Herning til modtagelsen af de akutte patienter.</p>

På grund af disse uoverensstemmelser er der den 28. april 2015 fremsendt et alternativt forslag fra afdelingsledelsen i Akutafdelingen, HEV til direktionen i Region Midtjylland.

Forslaget er præsenteret for LMU, Akutafdelingen, HEV.

Udarbejdet af LMU, Akutafdelingen, HEV

Mette Norup Frøjk
Formand

Britta Glintborg Nielsen
Næstformand

Hørings svar vedrørende spareplanens tema 1, forslag 12 vedrørende AMK-vagtcentralens afslutning af hastegrad B.

Regionens akutafdelinger har vurderet spareplanens forslag vedrørende AMK-vagtcentralens afslutning af flere patienter, hastegrad B.

Vi finder, at skulle det lykkes de nye læger på AMK-vagtcentralen at afslutte yderligere 800 patienter årligt uden at de køres på hospitalet, vil det ikke kunne omsættes til reduceret fremmøde i akutafdelingerne, det er jo patienter også vi let kan afslutte. Samtidig er værdisætningen helt ude af proportion, en korttidskontakt der kan afsluttes på få minutter kan ikke omsættes til reduceret fremmøde og slet ikke til en værdi af 4000 kr.

- 1. Findes disse patienter: Borgere, der ringer til egen læge eller vagtlægen, lægevisiteres allerede i dag. Udgangspunktet for den foreslåede besparelse er derfor borgere der ringer 112 uden at have behov for hjælp. Disse opkald til 112 visiteres allerede i dag hårdt af sundhedsfagligt personale på AMK vagtcentralerne ligesom nogle patienter viderestilles til almen praksis eller vagtlæge. På akutmodtagelserne oplever vi kun i beskedent omfang patienter, der uden grund indbringes med ambulance, der efterlyses derfor en konkret opgørelse over hvilke patienter der hører til denne kategori og en sandsynliggørelse af at der er tale om 800 pr år**
- 2. Hvad fylder disse patienter i akutafdelingerne: Forudsat at disse patienter findes, vil der i sagens natur være tale om patienter der kan afsluttes af en læge efter en kort samtale. Disse patienter vil triagere blå, de kan vente og udgør den mindst belastende patientgruppe af alle. Baseret på 800 patienter pr år vil der på regionens akutafdelinger tilsammen være tale om 2,2 ikke hastende korttidskontakter pr døgn**
- 3. Økonomi: I forslaget udgør besparelsen 4000 kroner for hver patient, de belaster hver afdelingen med en sygeplejebaseret triage og en kort skadekontakt til en læge. Disse patienter vil være de mindst belastende blandt alle akutambulante skadekontakter, der i øvrigt udløser en DRG afregning på 465 kroner baseret på en gennemsnitlig variation i patienttyngden hvoraf disse patienter hører til de absolut letteste. Hvis forslaget gennemføres vil besparelsen stort set udelukkende trække ressourcer fra andre patienter i akutafdelingerne.**
- 4. Konsekvenser for Akutafdelingerne: Med en foreslået budgetreduktion for akutafdelingerne på 3.200.000 for 2,2 korttids patientkontakter pr døgn, vil besparelsen, hvis den for eksempel placeres på sygeplejefagligt personale, på regionsniveau betyde nedlæggelse af 8 sygeplejestillinger i akutafdelingerne og et samlet reduceret fremmøde på tilsammen mindst 5 sygeplejersker hver dag alle ugens dage.**
- 5. Kan der findes en reel besparelse: Forudsat at disse patienter findes, vil der ligge en besparelse i Præhospitalet, da borgeren ikke længere skal transporteres til Akutafdelingen. Derimod vil akutafdelingen ikke på denne baggrund kunne reducere på fremmøde af hverken læger eller sygeplejersker ligesom der heller ikke ligger en besparelse på andre områder.**

I akutafdelingerne står vi gerne til rådighed med lægefaglig rådgivning vedrørende borgere, der ikke nødvendigvis har behov for en øjeblikkelig kørsel til en akutafdeling. Vi i sagens natur stor erfaring med akutte patienter og råder med hospitalsvisitationerne over alternativer til modtagelse på en akutafdeling her og nu. Vi opfordrer i denne sammenhæng til et tættere samarbejde mellem akutafdelingernes og AMK-vagtcentralen.

Med venlig hilsen

Akutafdelingerne i Region Midtjylland.

HMU og Hospitalsledelsen

Hospitalsenheden Vest

Hørings svar fra Anæstesiologisk Afdelings LMU til Spareplan 2015-2019

Det samlede LMU i Anæstesiologisk Afdeling udtrykker generelt bekymring for det store besparelseskrav idet det forudses at kunne give et stort pres på personalet og dermed påvirke arbejdsmiljøet negativt.

Generelt støtter LMU i Anæstesiologisk Afdeling besparelser i forbindelse med strukturændringer frem for "grønthøsterløsningen". Helst havde vi set en mere markant strukturændring og gerne i form af lukning af et hospital frem for serviceforringelse i hele regionen.

Opgaven er at sikre mest mulig sundhed for pengene og i det lys ser vi en reduktion i antallet af akutbiler og akutlægebiler som en fornuftig løsning.

Til gengæld ser vi med bekymring på forslaget om at lade alle ledsagede interhospital transportere overgå til Præhospitalet.

I Hospitalsenheden Vest er opgaven med interhospital patienttransport ledsaget af sundhedsfagligt personale entydigt placeret i Anæstesiologisk Afdeling. Denne opgave varetages af anæstesisygeplejersker og, afhængig af patientens tilstand, med støtte af medicinsk læge eller anæstesiologisk speciallæge i henhold til retningslinjer fra de lægefaglige selskaber.

Såfremt Præhospitalet skal overtage denne opgave, må man kræve samme entydighed i den organisatoriske placering idet

1.

- a) Behovet for patientledsagelse kan opstå på alle tider af døgnet og såfremt Hospitalerne fortsat skal oprette et beredskab for at imødekomme de transportere der ikke falder ind under Præhospitalet, vil der ingen besparelse være, idet man ikke kan operere med halve eller kvarte beredskaber.
- b) Såfremt opgaven skal "deles" mellem Hospitalernes personale typisk Anæstesiologisk Afdelings personale og Præhospitalet, vil der ustandseligt opstå konflikt og uenighed om hvorvidt den enkelte patient skal ledsages af Præhospitalets personale eller af Hospitalernes personale.

midt
regionmidtjylland

Dato 30.04.2015

Jane Bro Østergaard

Tel. +45 784 32840

jaoest@rm.dk

Side 1

2. Præhospitalet og dets personale har alene ansvaret for patienten fra det øjeblik patienter er overtaget fysisk af dem, dvs. at afgørelsen om på hvilket niveau patienten ledsages og følgerne heraf alene påhviler Præhospitalet.

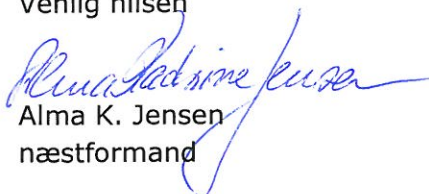
Endvidere vil denne løsning udhule 112-beredskabet i Vest markant, idet de lange afstande vil kræve et stort forbrug på de tilbageværende præhospitale beredskaber.

Opgaven løses i dag meget kvalificeret af Anæstesiologisk Afdelings personale, og såfremt de kun sporadisk fremover skal varetage opgaven, vil man hurtigt erkende at personalets kompetencer på området forsvinder.

Anæstesiologisk Afdelings LMU anbefaler derfor at opgaven med overflytning af patienter mellem hospitalerne, der kræver sundhedsfaglig ledsagelse, fortsat varetages af personale ved Anæstesiologisk Afdeling med støtte af lægehelikopter ved de tidskritiske tilstande.

På vegne af LMU i Anæstesiologisk Afdeling

Venlig hilsen


Alma K. Jensen
næstformand


Else Folmer
formand

**Høringssvar fra Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet
Herning vedr. Spareplan 1519**

Vi vil i dette høringsvar fra LMU på Arbejdsmedicinsk klinik, Regionshospitalet Herning, gerne udtrykke vores bekymring for, at spareplanen i sin nuværende form har et kortsigtet fokus gennem besparelser på forskningsmidler og anvendelsen af 'grønthøstere' i stedet for et langsigtet fokus på opbygning af faglige stærke miljøer og strukturelle besparelser, der kan skabe et fremtidens RM i faglig og forskningsmæssige balance.

Vi fokuserer her på forskning som er vores særlige styrkeområde, vel vidende det kunne have været relevant med en bredere vurdering. Man skal være opmærksom på at den forskning der bedrives hos os og de øvrige forskningsmiljøer i HEV er forskning der er tæt knyttet til forbedringer i patientbehandling og dermed har direkte kliniske implikationer.

Opbygning af forskning i HEV på vej mod Gødstrup

For 2½ år siden fik Arbejdsmedicinsk Klinik, som den første afdeling i RM, status af universitetsklinik med tilknytning til Aarhus Universitet. Det skete efter bedømmelse af vores forskning som værende på højt internationalt niveau. Siden har yderligere to afdelinger på HEV opnået status som universitetsklinik: Medicinsk Forskningsenhed og Ortopædkirurgisk Afdeling. I HEV er vi foran de øvrige regionshospitalet på dette område, således har man i Randers og Horsens ikke nogen universitetsklinikker. Konstruktionen har nydt høj prioritet fra både Aarhus Universitet og Region Midtjylland, der har indledt et tættere samarbejde i regi af Ledelsesforum for Universitet og Region (LUR). Universitetsklinikkerne ses som en vigtig brik i udbygning af forskning på regionshospitalet.

I kraft af vores status som universitetsklinik har vi taget et ansvar for at være med til at opbygge forskningen i HEV, så de forskningsfaglige

miljøer står så stærkt som muligt frem mod det nye sygehus i Gødstrup. Det har indebåret øget samarbejde med øvrige afdelinger i HEV om enkeltprojekter såvel som støtte til etablering af forskningsmiljøer, især på Akutafdelingen. Det har fx været i form af 'hjælp til selvhjælp', som har indebåret 'sidemandsoplæring' og -træning i forskning for læger på Akutafdelingen. Disse ting ville ikke have været mulige, hvis vi på Arbejdsmedicinsk Klinik ikke havde den forskningsmæssige styrke og betydelige forskningsportefølje som tilfældet er. Arbejdsmedicinsk Klinik har i alt ca. 20 forskningsårsværk, hvoraf midlerne til de 70 % hjemhentes fra en række statslige og øvrige eksterne forskningsfonde, herunder RMs.

Problematisk besparelse på forskningsmidler

I Spareplan 1519 foreslås der en reduktion af budgetterne i regionens to store sundhedsforskningsfonde på tilsammen 20 %. Det anser vi for at være et væsentligt problem for forskningen i RM, både for afdelinger, der ikke er trænet i at formulere forskningsansøgninger såvel som for vores afdeling, som over årene har fået en del midler herfra.

En besparelse på de i forvejen begrænsede midler i forskningsfonde vil medføre mindre forskning på regionshospitalet og dermed færre attraktive faglige miljøer. Dette vil især ramme de mindre miljøer og det vil derfor blive sværere at opbygge et stærkt forskningsmiljø på vejen mod det nye sygehus i Gødstrup. Det vil igen medføre rekrutteringsmæssige udfordringer og i sidste ende svække kvaliteten af den patientbehandling der kan tilbydes.

Ledende medarbejdere på Aarhus Universitet såvel som på Aarhus Universitetshospital har jævnlige tilkendegivet at Hospitalsenheden Vest er en yderst attraktiv samarbejdspartner, bl.a. fordi vi har et stort antal patienter inden for de generelle folkesygdomme. Det tilkendegives ligeledes at man ser det som en naturlig udvikling, at der over en kortere årrække vil etablere sig en realitet med det store universitetshospital i øst og et mindre universitetstilsvarende hospital i vest. Hvis man vil skabe en region i forskningsmæssig balance, med attraktive forskningsmiljøer på højt fagligt niveau i Gødstrup, er det nødvendigt, at vi i HEV fortsat kan udbygge vores forskning. Den udvikling er truet af de forslåede besparelser.

Strukturelle besparelser frem for 'grønthøster'

I den nuværende form indeholder spareplanen en grønthøsterbesparelse på omkring 4 % på HEV, som vil blive efterfulgt af yderligere en grønthøster ifm udflytningen til Gødstrup. Det er en forholdsvis stor del af den samlede besparelse, der udmøntes på denne måde. Det

vil, på de fleste afdelinger, indebære at personalestaben må reduceres ved fyringer eller på anden måde. Dette vil formentligt også blive tilfældet på Arbejdsmedicinsk Klinik. En så stor grønthøsterbesparelse er yderst uheldig for HEV generelt, hvor personalet i forvejen er meget presset, eksempelvis har nogle afdelinger en betydelig konstant overbelægning. På Arbejdsmedicinsk Klinik bedriver vi en service til alle ansatte i Region Midtjylland, den såkaldte personalepsykologordning, og de fleste af patienterne i denne ordning kommer fra hospitaler og afdelinger med et presset arbejdsmiljø. At dette også er tilfældet afspejles i en stribe påbud fra Arbejdstilsynet vedr. det psykiske arbejdsmiljø på afdelinger i HEV. Vi mener derfor, at spareplanen i højere grad bør forholde sig til strukturelle ændringer, og tage et langsigtet ansvar for hvordan sygehusstrukturen skal være i RM med Aarhus Universitetshospital som det store specialiserede hospital og det nye hospital i Gødstrup som en meget attraktiv og faglig stærk samarbejdspartner, herunder i forskningssamarbejde om folkesygdomme.

Konklusion

Det er vores opfattelse på Arbejdsmedicinsk Klinik, at vi gør vores del af arbejdet med at udbygge forskningen på egen afdeling og med bidrag til opbygning af forskningsmiljøer i HEV frem mod det nye hospital i Gødstrup. Vi betragter universitetsklinikstatus som et springbræt for yderligere udvikling af Arbejdsmedicinsk klinik på Hospitalsenheden Vest.

De planlagte besparelser på forskningsmidler er en trussel mod den videre opbygning af et forskningsfagligt stærkt nyt hospital i Gødstrup.

Koncernledelsens spareforslag lægger op til at rulle besparelser bredt hen over hospitalerne, i stedet for at satse på strukturelle ændringer, der kan fremme den udvikling der formentlig under alle omstændigheder vil finde sted over de næste 5-10 år. Det kan undre, at spareforslaget kører uden om sådanne større strukturelle ændringer, det ville have været mere fremtidsorienteret end det foreliggende spareforslag. Vi peger derfor på behovet for flere langsigtede strukturelle ændringer fremfor kortsigtede grønthøstere.

Venlig hilsen

LMU
Arbejdsmedicinsk Klinik
Universitetsklinik

Regionshospitalet Herning



Hørings svar fra LMU i Børneafdelingen, HEV til Spareplan 2015-2019

Generelt vil vi gerne udtrykke vores store bekymring for de store besparelser, som HEV sammen med de øvrige sygehuse skal gennemgå over de næste 4 år.

Vi er klar over det store arbejde, der er lagt i forslagene til besparelser, men som ledere og medarbejdere må vi dog udtrykke vores største bekymring for, om kvaliteten i patientforløbene kan opretholdes, om der kommer forskelle i patientforløbene mellem øst og vest i Region Midtjylland samt vores bekymring om at uddannelse og arbejdsmiljø for alle faggrupper forringes. Vi har svært ved at se at den tidligere udmeldte strategi med et supersygehus i vest og øst fortsat kan gennemføres.

Vi må ligeledes udtrykke bekymring for de besparelser, der formentlig skal fordeles på diverse afdelinger som en "grønthøster". De tidligere sparerunder i HEV har betydet væsentlig reduktion i antal medarbejdere indenfor alle faggrupper, og vi er i dag den eneste børneafdeling, der hverken har socialrådgiver, pædagoger eller psykolog tilknyttet.

Ved sammenligning med de andre hospitalsenheder står HEM og HEV for en stor andel af besparelserne og fjernelse af væsentlige funktioner, som har betydning for at kunne levere effektive patientforløb. Dette skaber ligeledes en stor bekymring for fremtidsudsigterne for DNV.

Vi vil gerne påpege, at der er nogle særlige forhold som gør sig gældende i arbejdet med børn. Vi har i både det akutte og planlagte arbejde udfordringer i at skulle få et barn til at samarbejde, at få skabt et tillidsfuldt forhold til barnet, samt brug for tid til observation af barnet i enten modtagelsen eller afdelingen. En optimal lægeundersøgelse kræver en pædagogisk tilgang mhp at få klarhed over symptomer som barnet kan have svært ved at udtrykke (ex. opkastninger kan være eneste symptom på hjernetumor).

Tema 1 Akutområdet og det præhospitale område

En endnu ikke udspecificeret besparelse på det pædiatriske område på 8 mill.

Det er vigtigt at påpege, at børneafdelingerne i dag er at betragte som en medicinsk afdeling med varetagelse af de fleste medicinske subspecialer foruden varetagelsen af neonatologien. Vi har desuden akutmodtagefunktion både i forhold til de neonatale børn og den akutte børnemodtagelse for børn fra 0-15 år.

Det er en stor udfordring at opretholde de sygeplejefaglige og lægefaglige kompetencer indenfor de respektive subspecialer. Dette kan bl.a. illustreres ved, at vi i vores afdeling dækker 8 subspecialer med 8 speciallæger. Hvilket naturligvis giver en meget stor sårbarhed ved sygdom og fravær. Det samme gør sig gældende for sygeplejersker.

I forbindelse med tidligere besparelser har vi arbejdet meget med:

- Reduktion i fremmødeprofiler
- Ændringer i ambulatorier, som har gjort, at den fagprofessionelle ofte sidder alene i konsultationen
- Omlægning fra indlæggelse til ambulante besøg

Vi er voldsomt bekymrede for, hvad yderligere besparelser vil betyde for :

- Kvaliteten i patientforløbet - både i det akutte og det planlagte patientforløb
- Effektiviteten i patientforløbet
- Patientsikkerhed
- Uddannelse
- Arbejdsmiljø
- Dækning af respektive subspecialer indenfor pædiatrien.
- Rekruttering og fastholdelse af personale

Konsekvensen af besparelserne kan blive, at vi med tiden bliver ude af stand til at drive en børneafdeling på et forsvarligt fagligt niveau.

Vi tænker derfor det er oplagt at diskutere, hvor mange børneafdelinger der kan drives i Region Midtjylland, så alle børn får samme kvalitetsmæssige tilbud uanset, om man bor i den østlige eller vestlige del af regionen.

Interhospital transport

I børneafdelingens regi transporteres børn under 6 kg med transporthold fra Skejby. Denne ordning fungerer særdeles fint og sikrer, at børnene transporteres sikkert og kvalificeret til højtspecialiseret funktion. Vi forventer ikke, at denne funktion berøres af besparelser.

Børn over 6 kg transporteres oftest med assistance fra anæstesiaafdelingen (læger eller sygeplejersker), da denne gruppe ofte er børn som kræver respiratorbehandling pgr af svær lungesygdom eller sepsis. Det kan også være børn, som er for syge til at ligge i vores afdeling, og som måske vil kræve intubation på sigt og derfor må transporteres med intubationsberedskab.

Vi er dybt bekymrede for om besparelser indenfor dette område vil forsinke overflytningen til højtspecialiseret afdeling. Vi må gøre opmærksom på at der kan komme situationer hvor en ventetid vil kunne få fatale konsekvenser.

Tema 5 Klinisk Service

Besparelser på KBA, KIA og KMA vil kunne få konsekvenser både i vores akutte men også i det ambulante arbejde i form af:

- Forlængede svartider på blodprøvesvar
- Forsinkelse i forhold til igangsætning af behandling
- Bekymring for hvilke analyser der udføres i vagttiden.
- Ineffektive patientforløb
- Foringelse set fra familiens perspektiv

Besparelser på Røntgenområdet med en fælles beskriverenhed for CT- og MR-scanninger, mellem kl 22 og 08 giver anledning til stor bekymring.

Forslaget betyder at der i HEV ikke vil være en røntgenlæge tilstede i tidsrummet 22-08.

Dvs vi vil ikke kunne få foretaget akutte UL scanninger. Adgang til UL er særdeles vigtig for os i akutte patientforløb (ex: præmaturnt barn hvor barnet er svært syg og respirationsinsuffICIENT og vi skal træffe beslutning og barnet fortsat skal behandles). I sådanne situationer er det meget vigtigt at vi kan få lavet og beskrevet en UL scanning.

Et andet eksempel er barnet med mistanke om invagination af tarmen. Dette er en meget akut tilstand. Det er vigtigt, at der kan laves først en røntgen oversigt af maven men herefter også en colonindhædning, der er behandlingen af en akut velkendt tilstand hos et barn. Hvis vi ikke kan få en sådan undersøgelse/ behandling gennemført i vagttiden, vil det betyde at barnet skal transporteres til Skejby. Hermed forlænges tiden til behandling dermed stor risiko for at tarmen er blevet nekrotisk.

Tema 8 Arbejdsgange

Besparelser i relation til arbejdsgange kan opfattes og er blevet beskrevet som en ”grønthøster”. Det giver i vores optik god mening at kalde disse forslag en grønthøster, da vi har svært ved at se hvorledes vi kan finde de foreslåede besparelser.

Klinisk Logistik

Vi har i børneafdelingen implementeret Klinisk logistik tavler, men har indtil videre ikke kunnet reducere fremmødet- der er derimod tale om en ekstra registrering.

Stuegang

Vi må udtrykke vores bekymring for om mobilitet i stuegang giver mening i relation til børn og om alle stuegangsfunktioner med fordel kan klares på stuen. Der skal måske ringes til interne eller eksterne samarbejdspartnere, der skal dikteres længere henvisninger etc.

På baggrund af ovenstående håber vi at man vil tage disse besparelser om til fornyet overvejelser, og diskutere, om man for at opfylde regionen mål for vores sundhedsvæsen i Midt, i stedet tænker mere i strategiske ændringer, for at sikre de mest optimale og effektive patientforløb i alle specialer.

Med venlig hilsen
LMU og afdelingsledelsen

Hospitalsenheden Vest

HMU

v/sekretær Pernille Thomsen

Høringssvaret sendes til:

Post@vest.rm.dk



Med kopi til LMU-medlemmerne

Dato april 2015

Kontaktperson Jens Peter Østergaard

Tel. 2222 8971

Side 1

Høringssvar til Spar1519 – fra Driftsafdelingen, HEV

Der har den 28/4 været afholdt ekstraordinært LMU i Driftsafdelingen, hvor spareplanen "Spar1519" blev gennemgået.

Mødedeltagerne har følgende kommentarer til planen:

- A. Spareplanens spor nr.: 6 Ikke kliniske områder**
- B. Forslag nr.: 8**
- C. Spareforslag overskrift:**
- 8. Facility Management**

Driftsafdelingens LMU finder det nødvendigt, at kommentere på ét af de spareforslag som de Tekniske Chefer har drøftet ifm. analysen på Facility Management området.

Under afsnit E, "Elementer i spareforslaget" er der oplyst 10 ting, som har været drøftet, hvoraf nummer 5 hedder:

- Pir i alle rum til registrering af det daglige rengøringsbehov

Vi har vanskelig ved at se, hvordan opsætning af PIR, vil kunne medføre nogen betydelig besparelse på rengøringen. Dette er kun relevant, såfremt et lokale ikke har været anvendt siden sidste rengøring og det er de færreste. Hertil kommer, at der typisk kommunikerer om ikke brugt lokaler i et afsnit. Det har desuden begrænset indflydelse på rengøringsydelsen, om et lokale har været benyttet af 10 eller 50 personer siden sidste rengøring.

A. Spareplanens spor nr.6: Ikke kliniske områder

B. Forslag nr.: 10

C. Spareforslag overskrift:

10. Kostoptimering, hjælpemidler og rengøringsstandarder

1) Driftsafdelingens LMU er enige i, at der er et væsentligt besparelspotentiale vedr. div. indkøbsaftaler på hjælpemiddelområdet, herunder især trykaflastende madrasser.

2) Vedr. ensretningen af opmålingssystemer, rengøringsstandarder og kvalitetsniveauer på Rengøringen, kan vi være bekymrede for, hvorvidt man kan finde et tilstrækkeligt besparelspotentiale. De fleste af Hospitalsenhederne har således de seneste 5-7 år, benyttet det samme konsulentfirma til beregning af rengøringsopgaverne, og dermed er der formentligt allerede opnået en betydelig ensretning på området. Men vi enige i, at området bør afdækkes. Såfremt der findes en besparelse, skal man være opmærksom på at udmøntningen ikke er omkostningsneutral. Der er således store personalegrupper, som får ændret arbejdsplaner, hvilket nogle enheder (incl. HEV) bruger eksterne konsulenter til.

I forslaget lægges der desuden op til at benytte interne rengøringskonsulenter frem for eksterne, til f.eks. at foretage rengøringskontroller. Dette kan vi godt tilslutte os, men det kræver, at konsulenterne er certificerede efter Insta800, således at kontrollen og det benyttede system er validt og alment anerkendt. I den regionale pulje "Kompetenceudvikling på hygiejneområdet", var der lagt op til, at serviceledere og nøglepersoner skulle certificeres indenfor Insta800, men denne pulje ser nu ud til at forsvinde jf. spareforslaget 15.6.

Der bør således afsættes et beløb til opnåelse af de nødvendige kompetencer, samt personalemæssige ressourcer til at løse den forslåede opgave. Midlerne kan muligvis findes indenfor forslag 10, såfremt der opnås større besparelser end forventet.

A. Spareplanens spor nr.6: Ikke kliniske områder

B. Forslag nr.: 12

C. Spareforslag overskrift:

12. Fælles opgaveløsning af telefonomstillings- og receptionsopgaver

Driftsafdelingens LMU kan fuldt tilslutte sig forslaget om at samle receptionsfunktionen. Dette er dog under forudsætning af at samlingen sker i Hospitalsenheden Vest. Årsagen hertil er:

- HEV har den nyeste og teknisk mest komplicerede receptions løsning, og det vil være betydeligt dyrere at flytte/lukke denne, frem for den i HEM. I spareforslaget er der i øvrigt kun regnet på en flytning fra HEM til HEV og ikke på det omvendte scenarie.

- I HEV varetager Receptionen alle typer af alarmer, både tekniske og akut-kliniske. Dette er ikke tilfældet i HEM, hvor de tilgår andre faggrupper.
- I HEV løses der flere "øvrige-opgaver" i aften/nat perioden.

Vores største bekymring går på de akut-kliniske alarmer, hvor vi klart mener, at et lokalt kendskab er en forudsætning for sikker og rettidig håndtering.

Forslaget nævner desuden et potentiale i at sammenlægge ledelsen i de to receptioner. Vi kan ikke se dette potentiale, idet der i HEV kun er afsat 4 timer pr. uge til ledelse.

Driftsafdelingen, HEV

Driftschef Jens Peter Østergaard

Serviceleder Jan Ole Olesen - Serviceområdet

Serviceleder Judith Christensen - Serviceområdet

Leder Rikke Krogsgaard - Hjælpeenheden

Leila Nymann Vorm (TR), Serviceområdet Herning

Hospitalsserviceass. Mariane Vestergaard (TR), Serviceområdet
Holstebro

Portør Frank Østergaard Jensen (SR), Serviceområdet Herning

Portør Brian Sæther (TR), Serviceområdet Holstebro

Tekniker Alex Kallerup, Hjælpeenheden

sekretær Jette Mose, Staben

HMU, Hospitalsenheden Vest

Høringssvar af LMU Ernæringsenheden, Hospitalsenheden Vest

LMU i Ernæringsenheden har den 27.april 2015 modtaget koncernledelsens forslag til spareplan 2015-2019 i høring og har følgende svar:

Tema 5: Klinisk service Forslag nr:13: Reduktion af kliniske diætister

Koncernledelsen har i sit forslag til spareplan lagt op til, at antallet af kliniske diætister på sygehusene i Region Midtjylland reduceres kraftigt, hvilket også betyder en kraftig reduktion i antallet af kliniske diætister i Hospitalsenheden Vest. Koncernledelsens begrundelse for at reducere antallet af klinisk diætiststillinger fra 49,6 til 32,6 (en reduktion på over 34 %), er at kostvejledning af borgerne som udgangspunkt er en kommunal opgave. Dette har hjemmel i Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2, hvor kommunerne får ansvaret for at skabe rammer for sund levevis ved at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Til koncernledelsens venlige orientering, så varetager kliniske diætister ansat i Hospitalsenheden Vest ikke generel kostvejledning. Kliniske diætister i Hospitalsenheden Vest varetager specialiseret ernæringsbehandling (diætbehandling og ernæringsterapi) af syge indlagt i Hospitalsenheden Vest og specialiseret ambulante ernæringsbehandling af syge henvist fra hospitalslæge eller direkte fra praktiserende læger. Det skal her bemærkes at kliniske diætister er den eneste faggruppe i det danske sundhedsvæsen, som har autorisation til at behandle patienter med ernæring (mad og næringsstoffer) så patienternes sygdomsforløb bliver så kort og godt som muligt. Kliniske diætister ansat i Hospitalsenheden vest, modtager patienter fra både hospitalslæger og speciallæger i almen medicin med henblik på ernæringsmæssig udredning, ernæringsdiagnose og ernæringsbehandling.

Kerneopgaven for kliniske diætister i Hospitalsenheden vest er specialiseret ernæringsbehandling. Før det kan vurderes om der varetages opgaver af generel karakter, som vil kunne varetages af kommunalt ansatte kliniske diætister, skal vi anmode koncernledelsen om at specificere, hvad der menes med generel kostvejledning, idet det ikke er utænkeligt at dele af den ernæringsmæssige behandling af overvægtige uden sekundære ernæringsrelaterede sygdomme, herunder overvægtige børn, vil kunne placeres i kommunalt regi. Dette forudsætter at der er kliniske diætister til at varetage opgaven i kommunerne.

Vi skal endvidere foreslå koncernledelsen, at det overvejes om de kliniske diætister på sygehusene i Region Midtjylland med fordel kan organiseres i en fælles regional enhed, med fælles ernæringsfaglig ledelse (jf. modellen i Hospitalsenheden Vest), med henblik på at udnytte de sparsomme specialiserede kompetencer bedst muligt på tværs af regionen.

I spareforslaget er der kalkuleret med at der i Hospitalsenheden Vest er 10,2 stilling som klinisk diætist. Det rigtige tal er 8,6, hvorfor en besparelse på 3 stillinger synes urealistisk. Der står i spareforslaget at det ikke vil have betydning for indtjeningen. Dette er ikke korrekt, da en reduktion vil betyde nedsat indtjening (DRG) i Hospitalsenheden Vest. Endvidere bemærkes det at der står regionspraksiskonsulentordningen (under beskrivelse af spareforslaget), der skal formodentlig stå regions praksisdiætistordningen.

Tema 6. ikke kliniske områder. Forslag nr. 10.: Kostoptimering

Det vurderes her, at der er et potentiale i optimering af patientforplejningen. I den sammenhæng foreslår vi, at der overvejes en fælles regional samordning i forbindelse med eksempelvis fælles menuplanlægning, fælles opskriftsamling, ensretning af kosttilbud til patienter.

Vi foreslår endvidere, at der med henblik på at mindske madspild, laves en fælles regional retningslinje, som klart beskriver at personalet ikke må spise af patient maden.

Der kunne med fordel laves fælles retningslinjer for pårørende der spiser på afdelingerne, bespisning af ambulante patienter samt dagpatienter og retningslinjer vedrørende ernæringspræparater der sendes med patienterne hjem.

Det bør revurderes om vi skal udsætte anbefalingerne om indførelse af 60 % økologi inden 2020. Da dette foreslås udgiftsneutral og hermed skal det finansieres via besparelser, kan det forekomme at være dårlig timing i forbindelse med den nyudmeldte besparelse

Tema 6. ikke kliniske områder. Forslag nr. 13.: Strukturændringer på Køkkenområdet, Hospitalsenheden Vest

Som led i spar 1519 undersøges muligheden for øget produktion i afdelingskøkkenerne i DNV-regi kombineret med et eventuelt samarbejde med en ekstern partner. Denne model er særdeles interessant fordi den tilsigter såvel effektiviseringer og øget kvalitet i forhold til at se maden som en del af patientens behandling. Vi vil dog gerne understøtte, at vi finder det optimalt at der etableres et produktionskøkken i DNV og at modellen med fordel kan indtænke samtlige aspekter vedrørende patientens ernæring herunder ernæringscreening, ernæringsplan, kostform, bestilling, produktionsform, anretning og servering af mad mv.

Det er særdeles positivt at det fremhæves at maden til syge skal ses som en del af behandlingen på hospitalet.

Det anbefales at de øvrige Hospitalskøkkener i Region Midt, fremadrettet ændrer organisering, således at den ledelsesmæssige forankring flyttes fra service til sundhed, for netop at betone, at patientens ernæring er en vigtig del af hospitalets kerneopgave som er behandling af syge, dette vil formodentlig afstedkomme en besparelse på ledelsesniveau 3.(jvf. Rapporten ”Anbefalinger for fremtidens hospitalsforplejning”).

Tema 6. ikke kliniske områder. Forslag nr. 34: Forplejning

Det foreslås at der laves en fælles Regional retningslinje for forplejning på møder, som holdes på regionens hospitaler.

Med venlig hilsen

Lone Viggers
Formand

Hanne Sahl
Næstformand

Hørings svar til Spareplan 2015-2019
Sundhedsområdet
Koncernledelsens oplæg
27. april 2015

Afgivet af LMU i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling,
Hospitalsenheden Vest



29. april 2015

Side 1

I LMU anerkender vi den problemstilling, at stigende udgifter til medicin, nye behandlinger og regionens investeringsplan presser budgetterne voldsomt i Region Midt. Samtidig må vi erkende, at tiltagende travlhed i dag i høj grad udfordrer både kvaliteten og arbejdsmiljøet.

Vi er enige med Koncernledelsen i, at besparelser af en størrelsesorden på kr. 699 mio. kræver gennemgribende ændringer, og at der i videst muligt omfang bør ses på strukturelle forhold. Det bekymrer os derfor, at man i forslaget får indtryk af, at en meget stor del af besparelserne er udlagt som "grønthøster". Vi har allerede gennem de senere år, ad flere omgange, været igennem besparelser, og frygter at yderligere reduktion i personale vil få konsekvenser både for kvalitet og arbejdsmiljø.

Hvis vi skal leve op til sundhedsplanens vision om et sundhedsvæsen på patientens præmisser, og hvor man kan tage hensyn til patientens ønsker og behov, så kræver det et personale, der har tid til at tale med patienten og til at lave individuelle løsninger.

På fødselsområdet vækker en reduktion af kapaciteten på blodbanken bekymring i forhold til, om der fremover vil kunne opretholdes tilstrækkeligt med kompetencer til at varetage det akutte behov for undersøgelse af gravide/fødende med antistoffer, som kan få brug for blodtransfusion. Det er ikke muligt, at transfundere disse patienter med 0 neg. blod, før testresultat foreligger, hvilket kan frembringe livstruende situationer.

Med venlig hilsen

LMU Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest

Hospitalsledelsen
Klinisk Biokemisk Afdeling



Høringssvar

FAKTA for besparelsen:

KBA skal spare 4% af budgettet, svarende til 3,5 mill kr. og KIA-afsnittet skal spare 2,5 mill kr. fra 1.1.16. Samtidig er der i spareforslaget indeholdt aktivitetsstigning på KBA.

Dato 27.04.2015

LMU, Klinisk Biokemisk Afd.

Tel. +45 7843 5600

Klinisk.biokemisk.afdeling@vest.rm.dk

Generelle betragtninger, der konkretiseres på de følgende sider:

Indledningsvist har vi anført nogle overordnede, essentielle betragtninger for konsekvenserne af besparelsen.

Side 1

- **Flaskehals ved optimerede patientforløb**
Patienterne er omdrejningspunktet for alle aktiviteter i HEV. KBA bidrager til overholdelse af behandlings- og udredningsgarantier, samt patientsikkerhed i det klinisk diagnostiske arbejde. Ved øget pres på KBA udfordres dette. Konsekvenserne for patienterne er dårligere patientforløb, flere besøg på sygehuset og flere sengedage.
- **Vision for DNV**
Det er vigtigt, at vi fortsat har en vision for DNV – Er det et fagligt fyrtårn eller er vi under afvikling? Fagligheden og udviklingspotentialet skal bevares til gavn for patientbehandlingen.
- **Uddannelse, udvikling og forskning**
Den interessante arbejdsplads skal fastholdes, så kompetent arbejdskraft kan bevares og rekrutteres til HEV.
- **Social kapital.**
Arbejds miljøet og trivslen udfordres pga større arbejdspress og mindre balance i arbejdslivet.

Med venlig hilsen

Afdelingsledelsen og LMU
Klinisk Biokemisk Afdeling

UDDYBENDE BEMÆRKNINGER:

Temagruppe 5, forslag 1 – 4% reduktion i driftsudgifterne på klinisk biokemiske afdelinger og etablering af driftsråd for regionshospitalet kliniske biokemiske afdelinger

E1

Beskrivelse af spareforslag

- **Effektiviseringspotentiale?**

Idet 95,6% af vores daglige drift udgøres af allerede effektiviserede og automatiserede analyser på båndløsninger samt walk-away-apparatur. Desuden er en meget stor del af driften varetage af blodprøvetagning. Så længe KBA i HEV varetager vagtforpligtelser på to matrikler, vanskeliggør det yderligere effektivisering.

Det er derfor vanskeligt at se en udtalt grad af effektivisering ved samordning af driften på regionshospitalet.

- **Driftsråd**

Vi er bekymrede over, hvilke konsekvenser det har for afdelingen, at der etableres et driftsråd på regionshospitalet. Det er vigtigt, at afdelingsledelserne lokalt er inddraget ved etablering af driftsrådet, herunder ansvar, opgaver og beføjelser.

- **Ressourcer i AC-gruppen**

I forhold til bedre udnyttelse af lægefaglige ressourcer og AC-medarbejdere er det vigtigt at få belyst, hvor det faglige ansvar er placeret i forhold til rådgivningen, specielt hvis rådgivningen foregår inden for et andet ledelsesområde.

E4

Kvalitetsmæssige konsekvenser.

- **Reduktion af medarbejdere.**

Nedskæring i medarbejdergruppen kan få kvalitetsmæssige konsekvenser på patientniveau.

Tid er omdrejningspunktet og en meget vigtig kvalitetsparameter for KBA: Svartid, ventetid, responstid mv. Manglende tid får konsekvens for patienternes diagnostik og behandling, samtidig kan øget arbejdspress inducere flere fejl og utilsigtede hændelser i patientforløb.

- **Specialanalyser**

Hvis reduktionen af driftsudgifter medfører fravalg af specialanalyser udført på KBA i HEV, kan det være tiltagende vanskeligt at fastholde, rekruttere og udvikle kompetent personale.

- **POCT**

Ved etablering af kvalitetssikrede POCT-udstyr er der sket en klar kvalitetsforbedring af de decentrale analyser. Dette

kvalitetsarbejde, som KBA i dag udfører, vil blive udfordret ved en reduktion.

E5

Serviceniveau.

- **Flaskehals.**

En 4% reduktion i driftsbudgettet vil have betydning for service til borgerne/patienterne, idet det vil betyde forlængede ventetider i ambulatorierne under dårlige forhold, da de fysiske rammer ikke er tilpasset patientflowet.

Mht de kliniske samarbejdspartnere bliver blodprøvetagningen flaskehals, da vi forventer en reduktion i bemanningen.

Konsekvensen vil være længere svartider og i værste fald en øgning af liggedage – eller ekstra indkaldelse af patienten.

- **Projektsamarbejde i HEV.**

Ved en 4% reduktion og en øget aktivitet på blodprøvetagningsopgaven bliver KBA's involvering i såvel HEV, AUH og firma-initierede projekter udfordret. KBA ser sig som en vigtig og stærk samarbejdspartner for forskningen og udviklingen, men en prioritering favoriserende den daglige drift vil blive nødvendig ved en reduktion. I dag deltager KBA i 33 forskningsprojekter. Nogle af projekterne er finansieret af firmaer, men initieret via de kliniske afdelinger.

E7

Efteruddannelse

- **Fremtidig uddannelsesaktivitet**

Vi har på KBA i 2014 haft 54 forløb med bioanalytikerstuderende, samt ca. 12 medicinstuderende. Hvis der reduceres i stabsfunktioner, bioanalytikere eller specialanalyser, kan det være vanskeligt at opretholde denne uddannelsesaktivitet på det nuværende niveau (se også E4 som begrundelse). (se bilag 1)

E10

Aktivitetsmæssige konsekvenser.

- **Nedsat aktivitet.**

Ved færre hænder og mindre budget får det aktivitetsmæssige konsekvenser. Se også E5.

Temagruppe 5, forslag 2 – Fusion af de klinisk mikrobiologiske afdelinger.

E1

KBA's rolle ved KMA-flytning.

- **Generelt.**

Hvis det forventes, at det biologiske materiale (uriner,

sekreter, blodprøver) som tilsendes KMA fra HEV's hospitaler og praksis skal håndteres af personalet på KBA til videre forsendelse til KMA forventes det, at KBA tilføres ressourcer til varetagelse af denne opgave. Hvis KBA får yderligere funktioner i forhold til håndtering af bloddyrkninger eller akutte spinalvæsker, forventes der ligeledes en opgradering af ressourcer.

KBA SKAL involveres i planlægningen af en ændret opgaveløsning. KBA har i dag ikke fuld indsigt i, hvad flytningen af KMA indebærer for os.

Det er af afgørende betydning for de kliniske specialer, at de fortsat har tilstrækkelig adgang til klinisk mikrobiologisk vejledning og rådgivning, og at vi fremadrettet også indgår i et tværfagligt samarbejde med de klinisk mikrobiologiske afdelinger til fordel for vore rekvirenter (hospitaler og praksis).

- **POCT**

Hvis der oprustes med mikrobiologiske hurtige analyser (POCT) og KBA skal varetage kvalitetssikringen af denne, forventes det, at der sker en tilsvarende budgettilførsel til KBA.

Skal KBA også varetage valideringen af disse udstyr eller analyseringsdelen, kræver det yderligere tilførsel af ressourcer.

- **Apparatur**

KBA anvender KMA's fluorescensmikroskop til ANA og anvender også deres PCR-udstyr og faciliteter, ligesom der er fælles vejerum. Hvis KMA flyttes, skal der laves en handlingsplan for, hvordan KBA kan opretholde sin aktivitet.

Temagruppe 5, forslag 3 – Klinisk immunologiske funktioner.

E1

Budgetkonsekvenser.

- **Urealistisk for akut hospital.**

Forslaget er meget urealistisk og kan ikke tilgodese hverken akutte eller elektive patientforløb i HEV, da HEV har akutfunktion.

Vi kan bakke op om det effektiviseringsforslag, der er fremsendt fra AUH (se bilag 2 og 3), dog skal dette forslag nærmere konkretiseres og gennearbejdes.

- **Konsekvens for indtægter.**

Der er indregnet en indtægt på ca. 1,5 mill. kr. i driftsbudgettet vedr. levering af plasma til CSL. Denne indtægt bortfalder ved sammenlægning af fraktioneringen, og vi

forventer, at de relaterede udgifter til denne post ligeledes modregnes.

- **Reducering i tapninger.**

Nedgangen i tapninger er angivet til at være fra 42 til 34 tappede portion pr. indbygger. Vi har et indbyggertal på ca. 300.000, hvilket giver 10.200 portioner.

Det er anført, at vi skal reducere antallet af tapninger med 20% i forhold til 2014 (fra 10.000 til 8.000 portioner). Hvorfra stammer diskrepansen mellem de 10.200 og 8.000 portioner? Forbruget ligger på 10.000 portioner, og såfremt det ikke lykkes at få nedsat forbruget via PBM vil det så medføre en merudgift for HEV?

- **Fremtidig uddannelsesfunktion.**

Idet fraktionering ikke længere skal varetages i KIA, er man nødt til at gentænke antallet af studerende (se bilag 1).

Temagruppe 5, forslag 2 og 4 – Fusion af de klinisk mikrobiologiske og patologiske funktioner

Betydning for DNV

- **Fælles lokaler.**

Vi har planlagt en hel del rum i fællesskab med KMA og PAI, som det fremgår af følgende. Når KBA og KIA er de eneste lab.funktioner, der flytter til DNV, skal der laves en plan for, hvordan lokalerne tilpasses dette. Det forventes at KBA involveres i dette og at man indtænker vigtigheden i at etablere et fælles laboratoriemiljø og de udfordringer laboratorierne kan få i forhold til akkrediteringer/Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser ved andet personale på gangene.

Når PAI og KMA flytter vil antallet af prøver, der skal håndteres i prøvemodtagelse- og forsendelsesområde øges, hvilket der skal tages højde for i forhold til m2 til disse funktioner.

- **Speciallaboratorier:**

- Laboratorierum til massespektrometri (præparation, udstyr og teknik)
- Laboratorierum til molekylærdiagnostik (reagens- og prøvepræparation samt sluse og pcr-udstyr)
- Laboratorium, Immunologi 24 m2 (rum til afprøvning af udstyr m.m.)
- Arbejdsplads, Mikroskopi (rum til fluorescens mikroskop – anv. til ANA)
- Reagenslab. på 20m2

- **Fællesfunktioner:**

- Fælles prøvemodtagelse
- Sekretariat
- Laboratorieopvask

- Kølerum
- Depotrum og rum til fryserne
- Rum til centrifuger, stinkskab, m.m.
- Personalerum + køkken
- Affaldsrum
- **Kontorområde:**
 - Undervisningsrum og kontorplads til undervisere
 - Møderum
- **“CFU”:**
 - Fælles forskningslaboratorium i laboratoriebygningen til alle lab.specialer

Temagruppe 5, forslag 10 og 11

Hjemtagning af analyser

- **SSI og ikke-SSI analyser**
Det forudsættes, at reduktionen i budgettet som følge af hjemtagning og dermed besparelse i analysepris, hentes hos de rekvirerende afdelinger, da KBA ikke har budget til de pågældende analyser.

Temagruppe 1, spareforslag 8 – Ambulancetjenestens indsats

E1

Blodprøvetagning i eget hjem

- **Præanalytiske forhold og prøvetagnings kompetencer.**
I dag varetages opgaven af mobil-bioanalytikere, som er rutinerede og kontinuerligt vedligeholder deres kompetencer. Der er store krav til det præanalytiske i forhold til blodprøvetagning, fx er glasrepertoiret forskelligt fra hospitalsenhed til hospitalsenhed (I HEV er der 34 forskellige glastyper tilpasset analyser og apparatur). Analyserne kan kun udføres, hvis de er taget i de korrekte glas.
Det er betænkeligt, at der ved evt. indførelse af ordningen kun vil være meget få prøvetagninger om året pr. ambulanceredder, og dermed vanskeliggøres opretholdelse af kompetencen. Oplæringsopgaven for KBA vil være stor. Derudover er det en stor begrænsning, at der kun er et vist antal timer til rådighed, som vi ikke mener kan dække et årsbehov i forhold til mobilordningen i dag.

Temagruppe 2, spareforslag 14 – Kardiologisk aktivitet.

E1

Generel problematik

- **Øget aktivitet på kliniske afdelinger = øget aktivitet på KBA.**

Enhver øget aktivitet på en klinisk afdeling vil medføre en øget aktivitet på KBA (blodprøvetagning, EKG, analysering, forsendelse). I forslaget er der ikke angivet specifikke aktiviteter ej heller volumen af en eventuel belastning. Når dette er konkretiseret, er det vigtigt, at få foretaget en beregning de afledte konsekvenser for KBA.

Temagruppe 3, spareforslag 10 – Fjernelse af unødige analyser/dobbeltanalyser

E1

Rationel anvendelse af Klinisk Biokemi

- **Rådgivningsfunktion.**

Fra KBA's side forventes det, at man som specialafdeling inden for klinisk biokemi er involveret i denne efteruddannelsesproces, og dermed også forbrug af personalemæssige ressourcer til denne opgave både i læge-, kemiker- og bioanalytiker-gruppen (laboratoriefaglige konsulenter, undervisere, kvalitetskoordinatorer samt Labka-superbrugere).

I forslaget fremgår det ikke, hvorfra det ekstra ressourceforbrug på KBA finansieres.

- **Dobbeltregistrering.**

I dag rekvireres der ofte dobbeltanalyser, idet der kræves dokumentation for "rettidig reaktion på prøvesvar" . Ved indførelse af egnede IT-systemer kan dette elimineres, og vi vil opfordre til, at et sådant IT-system indføres. IT-funktionaliteter skal være på plads INDEN besparelsen kan effektueres.

E6

Personalemæssige konsekvenser

- **Aktivitetsfald – Er det realistisk?**

Med vores mangeårige erfaring inden for klinisk biokemi kan vi konstatere, at det på trods af pædagogisk indsats fra KBA ikke er lykkedes at undgå aktivitetsstigning. Derfor stiller vi os undrende overfor, at man forventer en reduktion i blodprøvetagningerne på 10%, når der aldrig har været flere

ambulante forløb, dagkirurgiske indgreb, udredningsgarantier, behandlingsgarantier samt optimerede patientforløb som i dag.

Temagruppe 3, spareforslag 11 – Ambulatoriers rekvisition af blodprøver i almen praksis.

E5

Ændret serviceniveau ved ambulatant kontakt.

- **Ekstra besøg pga serviceforringelse**

Idet vi ikke har kapacitet til at varetage blodprøvetagningen forud for alle ambulante besøg, som angivet i dette forslag, vil konsekvensen for patienterne formentlig være, at der skal være et ekstra besøg på hospitalet.

For at håndtere de mange patienter i ambulatoriet, mangler vi optimering af de IT-systemer, vi har til rådighed (booking og køsystem, integration med Labka).

- **Fysiske rammer.**

De fysiske rammer for KBA's ambulatorier er udfordret med det nuværende patientflow. Vi har for få blodprøvetagningskabiner, og venteforholdene kan ikke rumme de mange patienter.

Ved tilvækst i aktivitet frygtes det, at vores service overfor patienterne vil blive yderligere forringet.

E6

Personalemæssige konsekvenser

- **Øget belastning.**

I spareforslaget kan vi konstatere at KBA skal varetage yderligere 93 ekstra blodprøvetagninger om dagen (ved udregning efter 250 dage/år).

Som forslaget er formuleret, kan det desuden betyde længere åbningstider i KBA's ambulatorium, hvilket yderligere vil belaste KBA's ressource forbrug.

Temagruppe 7, spareforslag 3 – Anvendelse af blodfortyndende lægemidler

E8

Økonomiske konsekvenser for andre specialer

- **INR-målinger og AK-klinik.**

Såfremt blodprøvetagningen af INR-målinger skal foregå på KBA's ambulatorier, forudsættes det, at budgettet følger med denne opgave, for at opgaven kan løses. Hvis der planlægges

etablering af AK-klinikker, skal der tages højde for etablerings- og driftsomkostninger.

Det er ikke RADS anbefalinger, at VKA er første valg. VKA og NOAC er ligestillet.

Temagruppe 8, spareforslag 4 og 8 – Udnyttelse af operationsgange samt optimering af patientflow vedr. akutte patienter

- **Flaskehals.**

For at sikre dette må KBA ikke være flaskehals, hverken mht blodprøvetagning, analysesvar og udlevering af blodprodukter. Hvis fordelingen af akutte og elektive analyser forskydes over mod akutte, udfordres flowet og svartiderne i laboratoriet.

Hørings svar – Tema 5: Klinisk service

Dette høringssvar vedrører de spareforslag laboratoriespecialerne er stillet overfor med en uddannelsesmæssig vinkel.

Det er med stærk bekymring, vi ser på de konsekvenser spareforslagene vil medføre for uddannelsen af bioanalytikere i Hospitalsenheden Vest og på sigt i DNV. Vi arbejder pt. i et tværfagligt team på tværs af laboratoriespecialerne med henblik på at sikre god kvalitet og maximalt læringsudbytte i uddannelsen. Med regionens spareforslag forsvinder 2 af disse specialer; klinisk mikrobiologi og patologi. Samtidig beskæres de klinisk immunologiske funktioner i en grad, der vil minimere uddannelsesmulighederne betragteligt. Tilbage står nuklearmedicin og klinisk biokemi. Situationen i klinisk biokemi er pt. uafklaret med hensyn til arbejdsopgaver og dermed også uddannelsesmuligheder. Bioanalytikerstuderende er siden 1995 blevet uddannet tværfagligt indenfor alle laboratoriespecialer. For nuværende har HEV samtlige 5 laboratoriespecialer, hvilket sikrer et optimalt læringsmiljø. Vi har opnået et ry blandt både studerende og ved VIA University College, som et attraktivt praktiksted med en høj pædagogisk og faglig standard, hvilket alle evalueringer viser.

I DNV er planlagt et laboratoriecenter, hvilket vil give optimale muligheder for at udnytte de yngre bioanalytikeres kompetencer inden for flere laboratoriespecialer, foruden at laboratorieudstyr kan benyttes af flere specialer.

DNV er promoveret og dimensioneret som et supersygehus, og som sådan virker det helt uhensigtsmæssig med bortskæring af flere laboratoriespecialer. Bioanalytikerne bidrager som uundværlige samarbejdspartnere i diagnostik af patienten. Kvalitetsforringelsen for patienten vil med de foreslåede besparelser være betydelig. Foruden det læringsmiljø der vil blive amputeret, må det antages at have kraftig negativ effekt på Hospitalsenheden Vest og DNV Gødstrups rekrutteringsmuligheder for bioanalytikere på sigt. Det samme gælder mulighederne for forskning indenfor laboratoriespecialerne. Spareplanen lægger op til fusion af både mikrobiologi og patologi, hvilket medfører skævvridning af laboratoriespecialerne mod øst og strider mod ambitionerne om en region i balance.

Vi henviser i øvrigt til de respektive laboratoriespecialers høringssvar.

Bioanalytikerunderviserne i Hospitalsenheden Vest:

Lene Lütken Sørensen, Patologisk Institut

Else Marie Kinly Nielsen, Klinisk Biokemisk Afdeling

Karin Vestergaard, Klinisk Biokemisk Afdeling

Anne Jaritz-Nielsen, Klinisk Biokemisk Afdeling

Anette Riis, Nuklearmedicinsk Afdeling

Tanja Maagaard Petersen, Mikrobiologisk Afdeling

Lilian Christensen, Klinisk Immunologisk Afsnit

midt
regionmidtjylland

Dato 28.4.2015

Lilian Christensen

Tel. 7843 5719

lilich@rm.dk

Side 1

Klinisk Immunologi i Region Midtjylland: Samling af fraktionering og ikke-akutte analyser

Afdelingsledelsen ved KIA, AUH anbefaler primært af økonomiske grunde samling af fraktionering og udførelse af ikke-akutte analyser på én matrikel i AUH-Skejby. Der er derudover indregnet besparelse ved reduktion af tappeaktivitet på 20% på samtlige tappesteder og nedlæggelse af fast tappested i Skanderborg.

Økonomi:

• Samlet fraktionering:	
○ Stordriftsfordele inkl. forbedret udnyttelse af donorblod:	1,168 mio kr
• Reduktion af tappeaktivitet på 20%:	2,480 mio kr
• Samling af udvidet blodtypeserologi:	0,600 mio kr
• Samling af andre immunologiske analyser:	0,460 mio kr
Samlet besparelse:	4,708 mio kr

Der er ikke indregnet besparelser på utensilier ifm. reduceret fuldblodstapning, idet der tilsvarende vil være øgede udgifter til aferesetapninger.

Øvrige, men ikke værdisatte driftsbesparelser for Region Midtjylland:

- Potentiell besparelse ved vagtsammenlægning i både HEM og HEV er ikke indregnet.
- Personalebesparelse i Silkeborg ved samling af autoimmune analyser er ikke indregnet.
- Ingen dublering af udstyr til fraktionering og til virologisk diagnostisk
- Frigjort laboratorieareal i Viborg og Herning
- Frigjort tappelokale i Skanderborg Sundhedscenter
- Reduceret udgift til serviceaftaler på fraktioneringsudstyr ved I&M.

Etableringsøkonomi:

- Reduceret behov for laboratorieareal i Gødstrup til fraktionering

Logistiske aspekter:

- Mere end halvdelen af alle fremstillede blodkomponenter anvendes på AUH og både udstyr, og personale til fremstilling af specialkomponenter og udførelse af specielle transfusionsmedicinske analyser er placeret her.
- De mest transfusionsmedicinsk krævende patienter er indlagt på AUH – fx traume-patienter, stamcelletransplanterede patienter og patienter med obstetriske komplikationer.
- Reduceret konventionel donortapning medfører et øget behov for indtapning af plasma og trombocyt-komponenter med en alternativ tappemetode. Ved samling af fraktionering opnås øget tilgang af grundlaget for trombocyt-fremstillingen med et reduceret behov for trombaferese til følge. Der vil uændret være behov for stigende plasmafereseaktivitet.
- Det igangværende EU-udbud på blodtypeserologisk udstyr kan sikre mulighed for central tolkning af blodtypeserologiske undersøgelser.

Fysiske rammer:

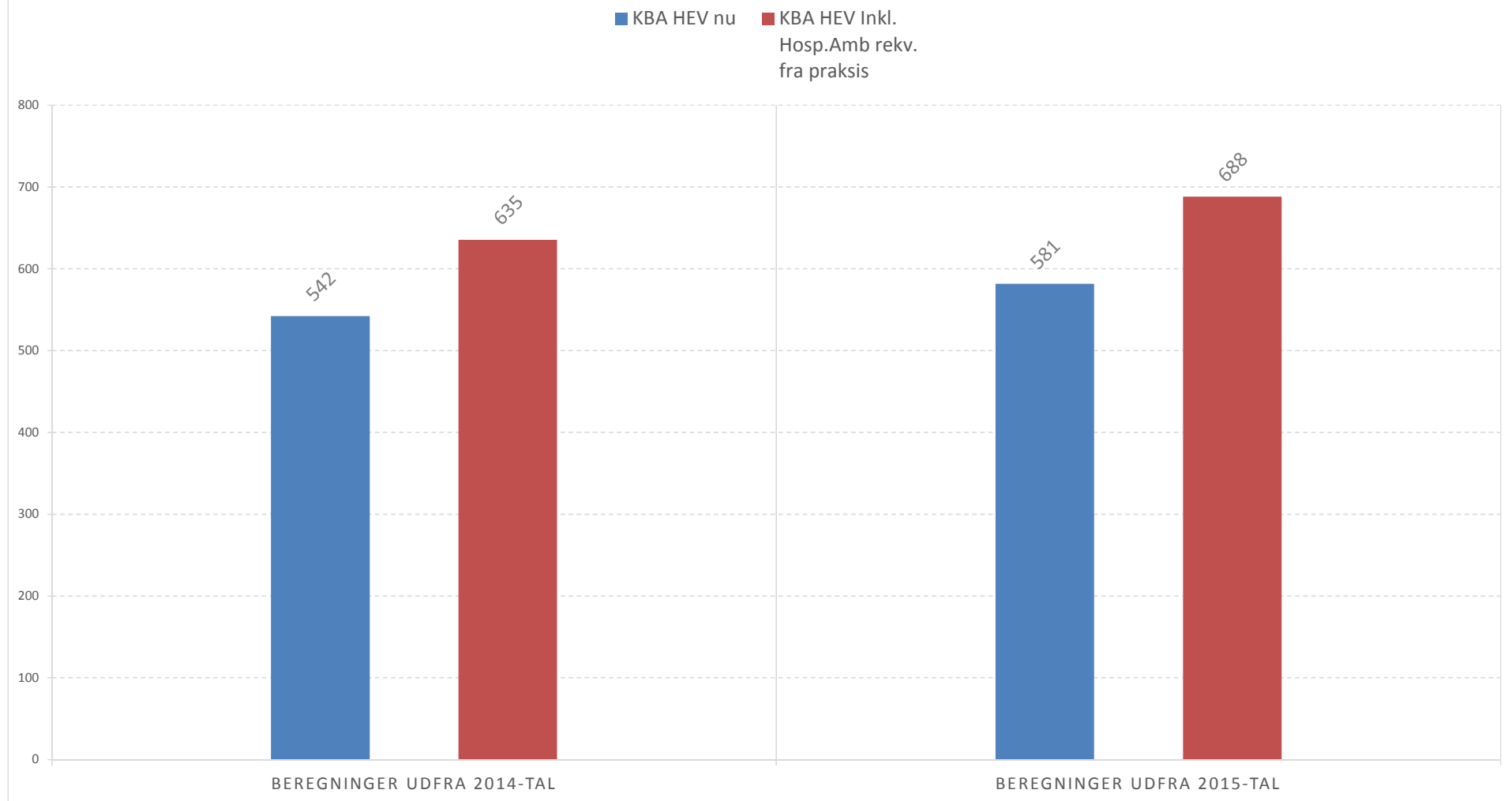
- Samling af opgaverne på AUH frigør areal i Viborg og Herning og reducerer arealkravet i Gødstrup.
- KIA, AUH-Skejby vil ved intern reorganisering kunne rumme såvel den samlede fraktionering, udvidet blodtypeserologi, virus-serologi og de autoimmune analyser.
- Placering af det øgede antal karantænerede blodkomponenter kræver formentlig udbygning af den eksisterende lagerkapacitet.

Charlotte Lindegaard Andersen
Ledende bioanalytiker

Bjarne Kuno Møller
Ledende overlæge

Opgaveflytning	Ressourcer	Hospital	Ændring årsværk á mio 0,4 mio kr	Økonomi
Samlet fraktionering på AUH				
Reduktion Viborg	Personale	Viborg	-2,5	-1,034 2 basis plus 0,5 FL
Reduktion Herning	Personale	Herning	-2,5	-1,034 2 basis plus 0,5 FL
Nødvendig opnormering AUH	Personale	Skejby	1	0,400
Øget og akut transport af blodkomponenter	MidtTransport			0,500
				-1,168
Reduktion af tappeaktivitet på 20%				
Nedlæggelse af tappested - Skanderborg	Personale	Horsens	-0,2	-0,080
Lokale i Sundhedscenter	Lokaleudgifter	Skanderborg		
Reduceret konventionel donortapning	Personale	AUH	-3	-1,200
Øget donoraferease (plasma, trombocytter)	Personale	AUH	2	0,800
Reduceret konventionel donortapning	Personale	RHR	-1,5	-0,600
Reduceret konventionel donortapning	Personale	HEH	-0,7	-0,280
Reduceret konventionel donortapning	Personale	HEV	-1,5	-0,600
Reduceret konventionel donortapning	Personale	HEM	-1,3	-0,520
Reduceret utensilforbrug netto	Utensilier	Blodcenter Midt		
				-2,480
Samling af udvidet blodtypeserologi				
Nedlæggelse af dagsproduktion KI Viborg	Personale	Viborg	-1	-0,400
Nedlæggelse af dagsproduktion KI Herning	Personale	Herning	-1	-0,400
Reduktion i vagtberedskabet KI Viborg	Personale	Viborg		
Reduktion i vagtberedskabet KI Herning	Personale	Herning		
Nødvendig opnormering AUH til tolkning og rådgivning	Personale	Skejby	0,5	0,200
				-0,600
Samling af andre immunologiske undersøgelser				
Nedlæggelse af virusserologi KBA Viborg	Personale	Viborg	-0,8	-0,320
Samling af autoimmunologi	Personale	Silkeborg		
Besparelse på øvrig drift ved sammenlægning	Apparatur, reagenser	Viborg		-0,100
CD4+ T-celletælling på AUH	Personale	Herning	-0,1	-0,040
				-0,460
Samlet Besparelse				<u>-4,708</u>

AMBULANTE PRØVETAGNINGER PR HVERDAG I KBA AMB



Rekvitioner fra RM-hospitaler, taget i Praksis										
	RM HEV				RM HEV Total	RM Hosp			RM Hosp Total	Hovedtotal
	Sygehus Ambulatorier	Dagafsnit	Diverse	Sengeafsnit		Sygehus Ambulatorier	Dagafsnit	Sengeafsnit		
2014	12791	2252	638	345	16026	6213	583	448	7244	23270
2015 jan-mar	3702	623	150	111	4586	1853	172	107	2132	6718
Hovedtotal	16493	2875	788	456	20612	8066	755	551	9376	29988

Hørings svar Kirurgisk Afdeling



Dato 04.05.2015

/III

Tel. +45 7843 5300

Kirurgisk.afdeling@vest.rm.dk

Side 1

LMU i Kirurgisk Afdeling, HEV, har på et møde d.d. gennemgået sparekataloget. Vi vil gerne gøre indsigelse mod

1. Forslaget om at samle regionshospitalernes patologiske service i Randers. En besparelse på ledelsesniveau kan sagtens gennemføres uden at lukke de patologiske afdelinger på de øvrige regionshospitaler.

Vi har svært ved at forstå, at man vurderer, at DNV, med de mange funktioner indenfor kræftbehandling, kan fungere uden egne patologer. For udredningen og behandlingen af kolorektalcancer, som vi i Kirurgisk Afdeling varetager, betyder det, at vores MDT (den lovbefæstede konference med deltagelse af de specialer, som er involveret i udredning og behandling af kræft) kun kan fungere som videokonference, hvilket er suboptimalt, specielt med henblik på den vigtige feedback fra patolog til både radiolog og kirurg.

Transport af tusindvis af præparater fra DNV til Randers er tids- og omkostningskrævende og vil med sikkerhed betyde forsinkelse i afgivelse af svar, hvilket kan give os problemer i forhold til de lovbefæstede krav til rettidig svarafgivelse for cancerpakkepatienter og borgere til screeningsundersøgelser.

I det hele taget giver det ikke mening at samle regionens patologiske service på to afdelinger, som ligger så langt østpå, som man næsten kan komme i regionen, og oven i købet beliggende med få kilometers afstand fra hinanden. Vi vil foreslå, at man overvejer en samling udelukkende på ledelsesniveau - herved opnås den ønskede besparelse uden de ubehagelige konsekvenser for den patologiske service i regionens vestlige del.

2. Forslaget om at samle beskrivelfunktionen for røntgenafdelingerne i en fælles nattevagt. Problemet er, at der i et akuthospital er et uomgængeligt behov for radiologisk intervention (typisk ultralydsvejledte drænanlæggelser) døgnet rundt. Der bør derfor på alle akuthospitaler være en formaliseret vagtforpligtelse med henblik herpå. Som vi forstår forslaget, lægges der op til, at en radiolog kan tilkaldes, uden at der er en formaliseret vagt. Dette vil helt sikkert indebære, at der opstår situationer, hvor en radiolog ikke kan rekvireres.
3. At sparekataloget generelt er visionsløst og vil indebære en alt for stor grad af "grønthøster", dvs. en for stor beskæring af alle budgetter. Ud fra spareplanens forudsætninger (specielt at de fem akuthospitaler bevares) synes vi, at man burde gribe chancen til at gennemføre helt anderledes dybtgående ændringer i regionens hospitalsstruktur.

Til: Koncernøkonomi, Region Midtjylland

Høringssvar til sparekatalog 1519 fra Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest

Høringssvarets indhold:

- 1. Resumé**
- 2. Beskrivelse af direkte konsekvenser for Medicinsk Afdeling**
- 3. Beskrivelse af afledte konsekvenser for Medicinsk Afdeling**
- 4. Forslag til anden besparelsesmodel**

1. Resumé

- Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest har siden sidste sparerunde i 2011, hvor der blev lukket mange medicinske senge, været hårdt presset med næsten konstant overbelægning og som følge heraf et stærkt belastet arbejdsmiljø.
- Overordnet finder Medicinsk Afdeling det udsendte sparekatalog i direkte strid med Region Midtjyllands visioner om at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen på højt internationalt niveau med medarbejdere, som har kompetencer til at løfte opgaverne med den højeste kvalitet. Der er lagt op til, at Hospitalsenheden Vest rammes hårdt budgetmæssigt med en betydelig reduktion i antal medarbejdere og med flytning/reduktion af meget vigtige servicefunktioner.
- Med det nye superhospital i Gødstrup i sigte undrer det os, at sparekataloget lægger op til at centralisere væk fra Vest frem for at styrke hospitalet frem mod Gødstrup.
- Sparekataloget rammer Medicinsk Afdeling både **direkte** og **indirekte**. Afdelingens direkte andel af besparelserne vil være stor på grund af fordelingsnøglen i forhold til afdelingens budgetstørrelse, og herudover vil de afledte konsekvenser af besparelserne i andre afdelinger ramme afdelingen hårdt.
- Det er umuligt at forestille sig, at regionens visioner kan efterleves, når grundlaget forsvinder for at gennemføre gode patientforløb i tæt teamsamarbejde med netværket af serviceafdelinger og for at fastholde og rekruttere en kompetent medarbejderstab.
- Sundhedstilbud til borgeren i Vest forringes ved polarisering af vigtige funktionsområder mod Øst.
- Ved beskæring af medarbejderstaben i Medicinsk Afdeling med meget høj produktivitet forringes ikke blot produktiviteten men også afdelingens udviklings- og forskningspotentiale.

2. Beskrivelse af direkte konsekvenser for Medicinsk Afdeling

• Nefrologi på RH Holstebro – øgning af antal hjemmedialyser.

Den foreslåede øgning af antal hjemmedialyser fra i dag 23% til 40% i løbet af de næste tre år vil betyde, at patienternes ønsker og medbestemmelsesret i forhold til valg af dialysebehandling i vid udstrækning må tilsidesættes til fordel for en dikteret dialyseform valgt ud fra et økonomisk perspektiv. I Dialyseafsnittet i Holstebro har der netop igennem flere år været stort fokus på, at valg af dialyseform foregår i et tæt samarbejde mellem patienter, læger og sygeplejersker, og at valget træffes med baggrund i både et patient- og et fagligt perspektiv. Patientinddragelsesperspektivet har vist sig at have meget stor betydning for dialysepatienternes livskvalitet.

• Kardiologi.

Der er foreslået en flytning af kardiologiske aktiviteter fra Aarhus til bl.a. Hospitalsenheden Vest. Set i lyset af opgaven med håndtering af udredningsretten og ansættelsesstop (krav om delestillinger, som ikke kan besættes i Vest) kan en yderligere øgning af de kardiologiske aktiviteter specielt på hovedfunktionsniveau ikke gennemføres uden ansættelse af flere kardiologiske speciallæger, sygeplejersker og lægesekretærer.

• Reduktion af medarbejdere.

Hospitalsenheden Vest rammes hårdt med en reduktion i antal stillinger svarende til ca. 225, og Medicinsk Afdelings andel vil formentlig ud fra spareplan/fordelingsnøgle være ca. 30-35.

Det er svært at forestille sig, at der kan gennemføres endnu en sparerunde med reduktion af medarbejderstaben. I forvejen er afdelingen hårdt presset på arbejdsmiljøet, og der er i flere afsnit udstedt påbud fra Arbejdstilsynet på grund af stor arbejdsmængde og uklare krav.

Der er i samarbejde med Hospitalsledelsen foretaget såkaldte wasterunder i alle medicinske sengeafsnit og ambulatorier, og i alle områder er det konstateret, at "den rigtige patient er det rigtige sted på det rigtige tidspunkt".

3. Beskrivelse af afledte konsekvenser for Medicinsk Afdeling

• Kliniske servicefunktioner

Ved en centralisering af flere servicefunktioner uden for Vest vil der være stor risiko for bl.a. forlængede svartider med forlænget indlæggelse og behov for flere opfølgende ambulante besøg til følge. Herudover vil den nødvendige sparring mellem klinikerne og serviceafdelingerne blive besværliggjort. Begge forhold vil medføre forringelse af patientforløb, herunder patienter i hjerte- og kræftpakker.

I forhold til flytning af radiologisk vagtberedskab fra Hospitalsenheden Vest til Aarhus vil der ikke længere være mulighed for at få foretaget invasive procedurer om natten, ligesom man vil være nødsaget til at konvertere ultralydsundersøgelser til CT-scanninger, hvilket er u hensigtsmæssigt i forhold til strålehygiejnen.

Som nævnt vækker det undren, at man – med superhospitalet i Gødstrup in mente – vil centralisere væk fra Vest frem for at styrke hospitalet frem mod Gødstrup.

● **Neurorehabilitering og ortopædkirurgi**

Forslaget om lukning af neurorehabiliteringsfunktionen i Lemvig og centralisering af funktionen i Hammel med samtidig reduktion i kapaciteten vækker stor bekymring i Medicinsk Afdeling. Det vil betyde en svækkelse af den samlede neurologiske funktion i den vestlige del af regionen og et øget pres på den medicinske sengekapacitet på grund af et utilstrækkeligt neurorehabiliteringstilbud til borgerne i Vest.

I forhold til ortopædkirurgi, hvor der er foreslået en reduktion i liggetiden for den ortopædkirurgiske patient, er der stor risiko for, at dette vil medføre genindlæggelse af patienten i medicinsk regi med baggrund i ortogeriatriske problemstillinger efter hurtig udskrivelse.

Således er der ved de foreslåede besparelser på områderne neurorehabilitering og ortopædkirurgi stor risiko for, at disse besparelser vil medføre et øget antal indlæggelser i Medicinsk Afdeling og dermed yderligere pres på de medicinske senge.

● **Skadestuefunktionen på RH Holstebro.**

I Medicinsk Afdeling kan vi ikke forestille os, at de nuværende funktioner i Skadestuen i Holstebro kan reduceres til røntgenundersøgelser og blodprøvetagning. Medicinsk Afdeling har tæt samarbejde med Skadestuen om udvalgte patientforløb.

● **Flytning af mammakirurgisk fællesfunktion fra RH Holstebro til RH Viborg.**

I Medicinsk Afdeling varetages biopsitagning for visse patientkategorier i kræftpakkeforløb af Mammakirurgisk Afdeling. En flytning af funktionen til Regionshospitalet Viborg kan medføre et forlænget kræftpakkeforløb, hvilket er i strid med regionens målsætning om accelereret kræftudredning.

● **Psykatrien – samling af akutmodtagelsen i Herning samt lukning og omlægning af senge i Holstebro.**

Det skal sikres, at samling af akutmodtagelsen i Herning og omlægning af sengene i Holstebro til hotelsenge ikke medfører reduceret adgang til psykiatrisk tilsyn til patienter indlagt i Medicinsk Afdeling samt nødvendige indlæggelser af psykiatriske patienter i psykiatrisk regi.

● **Reduktion af puljer til styrkelse af uddannelsesområdet samt forskning.**

I relation til udvikling og fastholdelse af afdelingens medarbejderstab og i rekrutteringsøjemed er det stærkt bekymrende, at der foreslås en reduktion af puljerne til styrkelse af uddannelses- og forskningsområdet. Dette strider mod regionens målsætning om, at medarbejderne skal have kompetencerne til at løfte opgaverne på højeste niveau, ligesom en stærk uddannelses- og forskningsprofil er en god rekrutteringsparameter.

• **Hospitalsadministration.**

Der er allerede udlagt rigtigt mange administrative opgaver i afdelingsregi inden for især HR- og økonomiområdet, og det vil være meget vanskeligt for Medicinsk Afdeling at skulle håndtere flere af de hospitalsadministrative opgaver.

4. Forslag til anden besparelsesmodel

I sparekataloget 1519 er de nødvendige besparelser i vid udstrækning fundet ved at fratage og tilføre funktioner i forskelligt omfang på regionens hospitaler. Herved vil regionen stå tilbage med flere hospitaler, som ikke har de nødvendige understøttende servicefunktioner for at kunne varetage patientbehandlingen på et tilfredsstillende niveau, og samtidig kompromitteres potentialet for faglig udvikling og effektivisering.

Medicinsk Afdeling vil i stedet foreslå en mere rationel besparelsesmodel, hvor der arbejdes hen imod etablering af færre men større og mere bæredygtige matrikler, hvor alle nødvendige funktioner er til rådighed på matriklen. Modellen indebærer dels fusion af visse specialer på tværs af de nuværende matrikler evt. med etablering af satellitfunktioner i relevante nærområder og dels lukning af matrikler.

Helt konkret tænker vi på et styrket samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Viborg.

Sådanne hospitalsmiljøer vil styrke fagligheden og tilbuddene til patienterne, og sammen med en stærk uddannelses- og forskningsprofil vil de kunne leve op til Region Midtjyllands visioner om et sammenhængende sundhedsvæsen i international klasse med medarbejdere, som har kompetencerne til at kunne løfte opgaverne med den højeste kvalitet.

Holstebro den 29.4.15

Regionshospitalet

Holstebro

Neurologi og Fysio - ergoterapi
Lægaardvej 12

DK-7500 Holstebro

Tel. +45 7843 4300

Neu.fys.ergo@vest.rm.dk

www.regionmidtjylland.dk

Til

HMU

Hospitalsenheden Vest

LMU, Neurologi og Fysio- Ergoterapi's, høringsvar på koncernledelsens spareplan 2015-2019.

LokalMedudvalget for Neurologi og Fysio- Ergoterapi vil med høringsvaret gerne takke for muligheden for at afgive høringsvar på koncernledelsens spareplan udmeldt den 27.04.15.

LMU tager sundhedsområdets økonomiske udfordringer for de kommende år til efterretning og noterer at planen har positive elementer. LMU savner dog en synlig vision og strategi og et fokus "på patientens præmisser" og "lighed i sundhed" i spareplanen.

Akut apopleksi, udredning og behandling var for 3 år siden igennem en stor sparerunde og omlægning med fokus på stort flow i den akutte del. En forudsætning for at etablere det store flow var, at patienter, der har behov for neurorehabilitering på specialiseret niveau (regionsfunktionsniveau) skulle kunne anvendes en plads inden for 24 timer efter visitation.

Vi er bekymrede for, om det store flow i den akutte del af apopleksibehandlingen kan bibeholdes, med den foreslåede reduktion i pladser.

Her følger et høringsvar med baggrund i spareplanens konsekvenser for afdelingens patienter og patientforløb:

Samling af specialiseret neurorehabilitering på RH Hammel inklusiv reduktion på 10 regionale senge:

Vi vil på det kraftigste advare imod en samling af samtlige regionsfunktions- og specialiserede neurorehabiliteringssenge på RH Hammel. Følgende er grundene:

1 Flaskehalse

Virkeligheden i dag er, at mange patienter, der henvises til FRV med baggrund i opfyldelse af scoreskemakrav afvises af FRV til en specialiseret plads selvom patienterne har gennemgået en kvalificeret tværfaglig vurdering. Ofte er begrundelserne at patienten har andre lidelser/komorbiditeter eller tidligere misbrug etc. (Størstedelen af apopleksipatienter har komorbiditet og gruppen er stigende i de kommende år på grund af længere levealder). Vi oplever at RH Hammel ofte afviser disse kliniske tilstande.

midt
regionmidtjylland

Fakta akut apopleksi:

I akut apopleksiafsnit N1, RH Holstebro har der i 1. kvartal 2015, været 565 indlæggelser. Heraf er 79 patienter henvist til rehabilitering på specialiseret niveau. Af disse er 25 patienter blevet afvist til en plads på dette niveau af FRV.

Fakta erhvervede senhjernesker:

1/1 - 27/4 er der i N2 B brugt 512 sengedage. 245 sengedage til FRV patienter - hvoraf de 28 er ventedage på højtspecialiseret. Reelt betyder dette, at der kun er brugt 2 af 5 senge til FRV patienter. Resten er anvendt til følgende gruppe af rehabiliteringspatienter:

1. Nyopererede hjerneblødningspatienter, som har brug for et kort rehab. ophold inden udskrivelse til kommunen,
2. Patienter med hjerneskade efter hjertestop, som skal vurderes, om der er et rehabiliteringspotentiale eller som er minimalt skadede
3. Patienter med cuffet luftvejskanyle, hvor udsigterne er uafklarede
4. Patienter overført fra med., ortop og intensiv mhp. vurdering af rehabiliteringspotentiale.

Hvor skal disse patienter ligge, hvis regionen beslutter at vi skal aflevere 5 senge? Hvis det er tilfældet vil der ikke være pladser nok til ovenstående patientgruppe. Afsnittet har i forvejen overbelægningsproblematikker (107 % belægning)

I dag kan RH Holstebro varetage specialiseret neurorehabilitering (traumepatienter) med baggrund i hospitalsbackup, som intensiv og anæstesi. Hvordan vil man undgå, at patienter skal vente på rehabiliteringsplads i Hammel?

Det er veldokumenteret, at tidlig rehabiliteringsindsats er vigtig.

Ligeledes har RH Lemvig (apopleksirehabilitering) speciallægedækning på hverdage og akutte problemstillinger varetages via vagtlaget i RH Holstebro i aften-nat-weekends. I DNV vil der være lægedækning døgnet rundt, hvilket ikke er tilfældet i Hammel. Dette betyder, at vi oplever, at der er en patientgruppe som ekskluderes til sufficient hjerneskaderehabilitering med baggrund i at de har konkurrerende sygdomme.

Hvor skal disse grupper af patienter være fremtidigt, når RH Hammel i dag afviser, at varetage dem? Vi vil fortsat pege på et behov for hospitalsbaseret rehabilitering til en gruppe af patienter med behov for nærhed til speciallægekompetencer og evt. medicinsk udstyr for ikke at skabe ulighed i sundhed for gruppen af borgere med konkurrerende sygdomme.

Det opleves som om RH Hammel overvejende har en forskningsstrategi frem for en patientstrategi.

2. Lokalt samarbejde og kompetenceudvikling forsvinder

Det nære samarbejde med kommunerne i nærområdet er en essentiel del af forløbet for rehabiliteringspatienter – både oparbejdelsen af gensidighed og relationer, kompetencer via fælles skolebænk og fælles forløb samt faglig udvikling lokalt. Det har været kendetegnende for forløbene hidtil og det er det der har gjort forløbene særligt effektive i vest.

I pressemeddelelser i disse dage udtaler Hospitalsenheden Midt, at der i dag sendes patienter fra Århus til Lemvig til rehabilitering. Vi spørger: Er det mere sagligt at sende ældre mennesker fra vestkysten til Hammel?

MTV rapporten fra 2011 påpeger vigtigheden af at inddrage og fokusere på pårørendes situation gennem hele rehabiliteringsindsatsen. I HEV har vi stor erfaring med inddragelse af patienter og pårørende. Vi har faciliteter til at pårørende kan være til stede i afdelingen, samt bo tæt på patienten.

Hvis neurorehabiliteringen samles i Hammel vil der blive meget lang transporttid (i værste fald 2 til 2½ time i bil). Den lange transporttid og de dårlige offentlige transport muligheder fra vest mod øst vil begrænse besøgene af pårørende og nogle vil ikke have mulighed for at blive en del af rehabiliteringen.

Vi foreslår at der fortsat er minimum 2 steder til specialiseret neurorehabilitering i fremtiden: RH Hammel og HEV/DNV med baggrund i lokal forankring og muligheder i rehabiliteringsforløbet.

3. Omkostninger til byggeri

Hvis spareplanen besluttet skal RH Hammel være i stand til at udvide med 39 senge. Omkostninger til dette vil være omfattende og kan forventes at komme som en ekstraregning, som i bedste fald vil tage en del af besparelserne over 4 år.

I vores optik vil det være mere hensigtsmæssigt og fremtidssikret at bevare planerne om at nybygge som allerede planlagt og tegnet til opgaven: hospitalsbaseret rehabilitering i DNV (18 senge) og på vejen dertil bevare funktionerne i henholdsvis RH Holstebro og RH Lemvig.

4. Uddannelsespladser forsvinder

RH Holstebro og RH Lemvig har betydelige uddannelsesopgaver for ergoterapeuter og fysioterapeuter på grunduddannelsesniveau og servicere således VIA University College med klinisk undervisning for de studerende. Neurorehabiliteringen er essentiel for fastholdelse af uddannelsesopgaverne i denne gruppe og for den fremtidige rekruttering af personale i HEV og det vil være et tab ikke at kunne varetage disse opgaver i DNV Gødstrup.

Øvrige kommentarer til spareplanen

- Vi kan ikke kommentere på den fremlagte grønthøsterbesparelse, idet det er svært at gennemskue, hvordan den rammer og i hvilket omfang. Vi er bekymrede for yderligere besparelser i Neurologi og Fysio-ergoterapi. Afdelingen arbejder i forvejen med Arbejdstilsynets påbud pga. høj aktivitet og pres for personalet. Samtidig er aktiviteten på antal udskrivne i indeværende år steget med 10%.
- Vi bemærker, at der er foreslået et radiologisk vagthold fra Århus til CT- og MR-beskrivelser. Forudsætningen for neurologien i HEV vil være at beskrivelserne også fremover leveres hurtigt ved akutte tilstande (eksempelvis ved trombolyse og akut hjerneblødning) og med høj faglig kvalitet i beskrivelserne.
- Det samme vil gælde i forhold til de udmeldte besparelser på klinisk biokemisk område. Særligt vil forsinkede svar på trombolyse området have konsekvenser for patienten, hvor "time-is-brain" og hvor vi bliver målt i internationale databaser på "door-to-needle-time". Ved hjerneblødninger kan der være behov for hurtig plasmalevering.
- Regionen arbejder for en region i balance – dette forslag er en centralisering! Arbejdsfunktioner og arbejdspladser rykker mod øst!

LMU forventer at det fremsendte hørings svar vedlægges som bilag til HMU´s hørings svar til RMU.

Venlig hilsen

Næstformand

Formand

Hanne Sloth

Peter Seebach

LMU og funktionsledergruppen, Neurologi og Fysio- Ergoterapi.
Hospitalsenheden Vest.

Høringsvar fra LMU på Nuklearmedicinsk afdeling i HEV
til Spareplan 2015-19

Manglende konsekvens og rationalitet ved sammenlægning af klinisk fysiologi/nuklearmedicin og radiologi.

Et enigt LMU er fortsat dybt uenige i incitamentet for sammenlægningen af de to specialer jvnf. tidligere fremsendt skrivelse ifm. forslag om ny organisation- og ledelsesstruktur i HEV (se bilag). Vi tror ikke på, at en sådan organisatorisk sammenlægning vil få nogen afgørende konsekvenser for øget kvalitet og forbedrede patientforløb. Det vil i stedet ødelægge en velfungerende og initiativrig nuklearmedicinsk afdeling med en vellykket ledelsesstruktur, og som i kraft af dette står godt positioneret til at tage vare på den igangværende store implementering og udfordring indenfor for PET-teknik og molekylær diagnostik. Konsekvensen af en sammenlægning med radiologien vil betyde ændret fokus på områder med manglende relevans for det nuklearmedicinske speciale og dets styrker, hvilket kun vil medføre 1) at afdelingen tappes for god energi og arbejdsmoral, 2) at afdelingens uddannelsesforhold forringes og 3) at afdelingens rekrutteringspotentiale mistes. Det vil i høj grad ikke gavne patientforløbene i HEV.

Et enigt LMU finder endvidere argumentationen for spareplanerne i spor 5 (Klinisk Service) urealistisk og inkonsekvent. Vedr. de klinisk fysiologiske/nuklearmedicinske afdelinger i Region Midt, står der bl.a. skrevet at, "Der er typisk tale om, at den ledende overlæge er den eneste læge i afdelingen". Det er ikke tilfældet for nogen af afdelingerne. På HEV er der f.eks. ansat 5 speciallæger og 2 hoveduddannelseslæger. Vi frygter, at opfattelsen er et udtryk for en generel forkert og manglende forståelse af vores speciale, og at der på den baggrund er stor risiko for at der træffes afgørende forkerte beslutninger.

Meget større gevinster ved et formaliseret tvær-regionalt samarbejde mellem de klinisk fysiologiske/nuklearmedicinske afdelinger i Regionen.

Et enigt LMU vil derfor foreslå, at såfremt der skal fokuseres på forandringer i organisation- og ledelsesstruktur omfattende vores speciale, så er der meget større potentiale i at indgå i et formaliseret samarbejde mellem de klinisk/fysiologiske afdelinger på tværs i Regionen med hensyn til forbedrede patientforløb, øget kvalitet og rationel økonomi. Potentialet er stort og åbenlyst indenfor adskillige områder:

- Bedre kvalitet og forløb for patienten. Et formaliseret samarbejde på tværs i Regionen vil betyde en langt mere rationel booking og undersøgelsesplanlægning. Dette vil for patienten betyde, at der langt mere hensigtsmæssigt kan tilbydes undersøgelse så tæt på bopælen som muligt, at der tilbydes undersøgelse hvor ekspertisen er størst, og at der kan tilbydes gentaget undersøgelse på samme skanner, hvilket har stor betydning for kontrolforløbet.
- Bedre koordination og harmonisering af dyre apparaturinvesteringer.
- Mulighed for rationelle og økonomisk fordelagtige fællesaftaler om indkøb, produktion og levering af radiofarmaci.
- Mulighed for koordinering af lægebemændinger på tværs i Regionen iht. rekrutteringsproblemer, spidsbelastninger, specialkompetencer og uddannelsesforhold.
- Væsentlige forbedringer indenfor hospitalsfysikerordningen og indenfor uddannelse af såvel bioanalytikere og speciallæger.

Et enigt LMU tror på, at der indenfor ovennævnte områder kan hentes en økonomisk besparelse på minimum de rammebeløb, som er angivet i spareforslaget.

Desuden er LMU enige om, at dette forslag er langt mere motiverende og gavnligt for specialet og dets medarbejdere.

Bilag: Brev vedr. sammenlægning af nuklearmedicin og røntgen, marts 2013.doc

med venlig hilsen

Stine Taudahl Søndergaard
Bioanalytiker
Næstformand i LMU

Jesper Mortensen
Ledende overlæge
Formand i LMU

Hospitalsledelsen
Hospitalsenheden Vest

Vedr. sammenlægning af Nuklearmedicinsk- og Røntgenafdelingen.



Kære Ida, Jens og Henning.

Dato 08.05.2015

Fredag d. 1. februar 2013 erfarede vi, at der nu er truffet beslutning om at indstille, at Nuklearmedicinsk Afdeling og Røntgenafdelingen lægges sammen. Vi har i den forbindelse behov for, at give udtryk for vores frustrationer og bekymringer.

I tidligere fremsendt hørings svar til "oplæg til organisations- og ledelsesstruktur" har vi forholdt os til et oplæg om at bevare Røntgenafdelingen og Nuklearmedicinsk Afdeling som to selvstændige afdelinger med uændret ledelsesstruktur, hvilket vi støttede op om. I det nuværende udkast foreslås sammenlægning af afdelingerne med én fælles afdelingsledelse.

Medarbejderne i Nuklearmedicinsk afdeling er meget overraskede over denne udmelding, eftersom forslaget ikke har været forelagt os og vi derfor ikke har haft mulighed for at forholde os til det.

Vi kan se af hørings svaret fra Røntgenafdelingen, at de foreslår sammenlægning og fælles afdelingsledelse – dette bl.a. begrundet med at fremme effektive patientforløb og undgå dobbeltundersøgelser – vi mener sagtens det kan gennemføres uden ledelsesmæssig sammenlægning, men ved at afdelingerne samarbejder. Evt. via en forpligtende aftale om samarbejde.

Nuklearmedicinsk Afdeling er en lille meget velfungerende afdeling.

Der er plads til den enkelte medarbejder og mulighed for udvikling. Vi frygter, at vi som det lille speciale i sådan en sammenlægning, vil miste vores direkte og gode kontakt til ledelsen.

Vi er bekymrede for, hvordan en sammenlægning vil påvirke arbejdsmiljøet.

Vi er bekymrede for at sammenlægning med Røntgenafdelingen vil medføre, at nuklearmedicin kun vil komme til at udgøre en lille del af denne nye samlede afdeling og dermed få en svagere faglig profil, hvilket kan risikere at få betydning både for den faglige udvikling og for rekruttering til specialet i HEV.

En sammenlægning vil være forbundet med store udfordringer og vi har umiddelbart svært ved at se gevinsten herved. Vi henstiller derfor til, at beslutningen overvejes grundigt og vi vil opfordre til, at man ikke for enhver pris vælger at ofre en allerede velfungerende afdeling.

Vi vil selvfølgelig i vides mulig udstrækning slutte op om den endelige beslutning, men vil meget gerne have mulighed for først at drøfte overvejelserne omkring eventuel sammenlægning med HL.

På vegne af medarbejderne på Nuklearmedicinsk Afdeling, Holspitalsenheden Vest.

Stine Taudahl Søndergaard
Næstformand, LMU

Gitte Lund Nielsen
LMU

HMU, Hospitalsenheden vest.



Høringssvar fra LMU, Onkologisk afdeling.

Dato 28.04.2015

Side 1

Vi havde gerne set større strukturelle ændringer i spareplanen 1519. Primært i et håb om at mindske omfanget af "grønthøstermodellen" Forhåbningen om at mindske "grønthøstermodellen" baserer sig på de store udfordringer Onkologien står i med hastigt stigende antal patienter og behandlingsopgaver.

Vi savner fremadrettet nationale retningslinier for prioritering af medicin og behandling.

Spareplanens åbenlyse skævvridning øst/vest giver os anledning til stor undren.

Vi har høj effektivitet i løsning af opgaver i forhold til de afdelinger, vi sammenligner os med.

Vi er på vej mod Gødstrup, hvor vi som afdeling er en del af HEV's stærke faglige profil på kræftområdet. Vi bekymrer os over, at Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Patologi udfases mod øst.

Spareforslagene skal lægge vægt på at foregå på patientens præmisser og samtidig planlægges efter LEON princippet (laveste effektive omkostningsniveau).

Når det foreslås: At blodprøvetagning flyttes fra almen praksis til sygehus, en betydelig reduktion på driftsudgifter til biokemisk afdeling og flytning af alle ikke akutte immunologiske opgaver. Vil det give en betydelig forringelse af serviceniveauet til vore dårlige patienter.

Samtidig vil det få store konsekvenser for effektive patientflow, med risiko for længere indlæggelser og flere ambulante fremmøder.

Ventetider vil forlænges og herefter give store udfordringer i f.eks. samarbejde med Hospitalsapoteket og i det hele taget i optimale driftsforløb/omkostninger.

Spareforslagene har fokus på "Bedre udnyttelse af ressourcer".

Det er vigtigt for os at pointere, at der prioriteres arbejde med udvikling af fælles IT løsninger på systemer og IT udstyr, så de

forskellige systemer kan snakke sammen f.eks. klinisk logistik og EPJ.
Det er en grundlæggende forudsætning for optimering af
arbejdsgange, kapacitetsudnyttelse og forenkling.

D.28. april 2015.

LMU, Onkologisk afdeling

Næstformand sygeplejerske Malene Sørensen
Formand oversygeplejerske Margrethe Povlsgaard



Regionens forslag til Spareplan 2015-2019

Høringssvar LMU - Ortopædkirurgisk afdeling

På et ekstraordinært møde i Lokal MED-udvalg i Ortopædkirurgisk afdeling den 28. april 2015 blev regionens forslag til Spareplan 2015-2019 drøftet.

Et enigt LMU ønsker at udtrykke sin bekymring over, at Hospitalsenheden Vest skal stå for så stor en andel af den samlede spareplan, og at de foreslåede flytninger af funktioner fra Vest mod øst vil få negative konsekvenser for patienterne i vest.

Ydermere er der en bekymring for, at flytning af klinisk immunologisk funktion og patologien væk fra Vest sammen med den store besparelse i Klinisk Biokemisk afdeling vil få negative konsekvenser for hensigtsmæssige, effektive patientforløb også for ortopædkirurgiske patienter.

LMU i Ortopædkirurgisk afdeling anerkender, at også ortopædkirurgien skal bidrage til spareplanen, men LMU finder, at en besparelse på 30 millioner i ortopædkirurgien på regionsniveau og heraf en besparelse på 3,1 millioner for Ortopædkirurgisk afdeling, Hospitalsenheden Vest er et meget voldsomt effektiviseringskrav for et enkelt speciale. Et speciale som allerede har foretaget mange større effektiviseringer – flere end de fleste – blandt andet med indførelse af fast-track forløb, omfattende omlægninger til samedagskirurgi og med One Stop Shop som det seneste tiltag. Denne besparelse er at betragte som en særlig grønthøster-besparelse alene til det ortopædkirurgiske område.

Ortopædkirurgisk afdeling har på linje med medicinsk afdeling ambulant aktivitet i Ringkøbing. Det undrer, at det ikke i regionens forslag til Spareplanen 2015-2019 er medtaget en lukning af den samlede ambulante aktivitet ved Regionshospitalet i Ringkøbing. Den er både omkostningsfuld og ineffektiv.

LMU vil derfor foreslå en lukning af den ambulante aktivitet i Ringkøbing som en del af Spareplan 2015-2019.

På vegne af et enigt lokal MED udvalg i Ortopædkirurgisk afdeling, Hospitalsenheden Vest.

Lone Geertsen
Formand

Cristina Hedegaard Kildevang
Næstformand



Dato 29.04.2015

Ledende oversygeplejerske

Lone Geertsen

Mobil. 2524 8559

Lone.Geertsen@vest.rm.dk

Sagsnr.

Side 1

Høringssvar fra LMU, Patologisk Institut, Hospitalsenheden Vest

LMU på Patologisk Institut i HEV har drøftet det udsendte sparekatalog.

LMU anerkender nødvendigheden af at se på strukturen for de patologiske institutter for at sikre robust og stabil drift.

Det undrer dog, at LMU ikke er hørt i forbindelse med planlægningen. I 2010 blev specialet gennemanalyseret med deltagelse af samtlige patologiske institutter og det undrer os, at man nu kan foreslå en så alvorlig ændring uden dialog. Vi anbefaler, at en analyse af patologien i RM sættes i gang, før en beslutning om den fremtidige organisering besluttet – særligt når det forventede sparede beløb er så lavt (3,6 mio kr).

LMU finder følgende overordnede udfordringer i planen:

- Patologien svækkes kraftigt med den foreslåede placering i Randers
- Planen giver meget turbulens for meget lille økonomisk gevinst
- Planen tager ikke højde for DNVs potentielle rolle som rekrutteringsparameter
- Planen tager ikke højde for DNVs rolle som kraft-/kræftcenter i den vestlige del af regionen
- Tab af arbejdspladser i den vestlige del af regionen igen – og deraf følgende øget arbejdsløshed, da ikke mange forventes at flytte med opgaven pga den store afstand og dårlig offentlig transportmulighed. Dette kan meget vel omfatte såvel patologer som bioanalytikere
- Meget få tilbageværende attraktive arbejdspladser i den vestlige del af regionen
Øget skævvridning mod øst – hvilket er i strid med den politiske ambition om en region i balance

I det følgende ses de enkelte kommentarer og overvejelser.

Udfordringer ved planens præmisser

- Det angives, at laboratoriefagene har relativt få læger og høj grad af automatisering, hvorfor der må forventes stordriftsfordele. Dette gælder ikke for patologi, der trods øget automatisering er det mest lægetunge laboratoriespeciale med en høj grad af manuel håndtering af prøverne. Der kan derfor ikke forventes stordriftsmæssige fordele ved sammenlægningen
- Det angives, at patologi passer godt med Randers profil som screeningscenter men passer bedre på DNVs profil som kræftcenter, da det er patologer, der stiller den endelige kræftdiagnose
- Risiko for, at det ikke er muligt at opnå tilstrækkelige personalemæssige kompetencer i Randers, idet det må forventes, at kun få vil flytte med opgaven pga den store afstand (erfaring vedr. bioanalytikere ved flytning af cervixcytologien til Randers i 2010)

- I begrundelsen for placeringen i Randers er det angivet, at der på det nuværende institut er et stærkt fagligt miljø inden for patologien. Men for det første er der også på de nuværende institutter i såvel Hospitalsenheden Vest som Hospitalsenhed Midt et højt fagligt miljø. Og for det andet er det høje faglige miljø funderet i de ansatte og ikke i selve den fysiske placering, og derfor vil det høje faglige niveau ikke afhænge af en placering i Randers, men vil tilsvarende kunne findes uanset den fysiske placering.

Konsekvens for det nye supersygehus i Vest (DNV-Gødstrup)

- Bliver ikke det komplette supersygehus som oprindeligt planlagt
- Bliver ikke den attraktive arbejdsplads for højtuddannet personale som ønsket
- Det faglige miljø og synergi mellem patologi og de øvrige specialer forsvinder
- DNV som kræftcenter er ikke troværdig uden patologi, da det er patologer, der stiller den endelige kræftdiagnose
- Sundhedsstyrelsens krav om multidisciplinære team med samtidig tilstedeværelse af patolog, røntgenlæge, kirurg og onkolog i kræftbehandlingen kan ikke opfyldes

Bygningsmæssige konsekvenser

- Det vækker stor undren, hvis Randers – uden bygningsmæssige konsekvenser – kan rumme såvel Randers som Vest og Midt på samme antal m², som patologien i Randers disponerer over og til fulde udfylder i dag.
Vi er blevet oplyst, at Midt har vurderet, at deres nye, eksisterende lokaler på tilsvarende antal m² ikke kan rumme de fusionerede institutter. Der må derfor – efter vores bedste vurdering – forventes betydelige udgifter til udbygning af patologien i Randers.

Faglige argumenter

- Placering af patologi i Århus og Randers vil give meget ujævn fordeling af specialet i Regionen, da hele patologien koncentrerer på lille geografisk del af regionen
- Det faglige samspil mellem patologi og de øvrige specialer forsvinder med deraf reduceret mulighed for udvikling af såvel patologi som samarbejdende specialer
- Sundhedsstyrelsens krav om multidisciplinære team med samtidig tilstedeværelse af patolog, røntgenlæge, kirurg og onkolog i kræftbehandlingen kan ikke opfyldes
- Der er blandt patologer uenighed om, hvorvidt primær diagnostik kan udføres tilstrækkeligt sikkert ved brug af telepatologi
- Planen fjerner muligheden for at arbejde med frisk væv, bl.a. til biobank og nyere molekylærbiologiske metoder
- Der vil være fortsat behov for tilstedeværelse af patologiservice til flere funktioner (bl.a. frys, specielle celleundersøgelser ("on site" cytologi) og obduktioner)
Dette vil kræve en form for satellit-funktion, medførende lang transporttid – og dermed ikke-optimal brug af kompetent personale og knappe ressourcer

- Fusion vil give øget transport af prøver med vanskelig opfyldelse af tidskrav for kræftpakkeforløb, udredningsret og hastep prøver
- Forlængede svartider giver dårligere patientforløb

Uddannelsesmæssige konsekvenser

- Sammenlægning af institutter vil få konsekvenser for uddannelse af såvel læger som bioanalytikere idet antallet af uddannelsessteder reduceres

Økonomiske konsekvenser

- For patologien og generelt for laboratoriefagene må forventes forlængede svartider i varierende grad ved centralisering med deraf følgende dårligere udnyttelse af klinikkens ressourcer

Der må forventes enten hyppige kørsler med deraf følgende stigning i transportudgifter – eller forsinkelse af de prøver, der bliver taget efter transporten er kørt

Overgangsperioden / implementeringsperioden

- Implementeringsperioden forventes at medføre:
 - Utryghed hos personalet
 - Personaleflugt
 - Nedsat produktivitet
- Ved placering i Randers er der risiko for paradoks med kompetencetab i Midt og Vest samtidig med mangel på kompetent personale i Randers.
- Uddannelsen af såvel patologer som bioanalytikere forringes og sættes evt. på "stand by"

Afslutningsvis skal LMU bemærke, at:

- LMU på Patologisk Institut i Vest føler stor frustration over ikke at være hørt i processen, da LMU mener at sidde inde med viden, der kunne være af afgørende betydning for planen
- LMU finder flere mangler i planen, specielt mangler analyse af:
 - Er der plads til personalet fra Vest og Midt (Vest har en normering på 25 – 30 stillinger. Midt menes at have tilsvarende normering).
 - Hvad vil evt. udbygning koste
 - Er der plads til det nødvendige udstyr? Det vurderes nødvendigt at medbringe størstedelen af udstyret fra Midt og Vest
 - Processen omkring implementering af fusionen, specielt forventet tidsangivelse for de forskellige trin

Mvh
LMU patologisk institut

Hørings svar på Spar1519 fra Røntgenafdelingens LMU, HEV.

Generelt:

Røntgenafdelingen er generelt bekymret for, at spareforslaget Spar1519 vil give en skævvridning mod Øst.

Vil Gødstrup blive et fuldgældigt akuthospital, hvis mange afdelinger kun er satellitter fra Øst, og med færre specialer end i dag?

Hvordan skal vi tiltrække læger og andet personale til HEV, når funktioner forsvinder?

Med spar1519 vil der opstå et øget pres på personalet og dermed arbejdsmiljøet i HEV. Der er allerede på nuværende tidspunkt flere påbud fra arbejdstilsynet. Arbejdsmiljøet ser ikke ud til, at være tænkt ind i spar1519.

Desuden vil der ved koncentration af specialer mod Øst, give øgede befordringsudgifter for Regionen. Dette ser ikke ud til, at være indregnet i spareplanen.

Vedrørende røntgen

Radiologisk vagt samles på AUH i tidsrummet 22-08:

Hvor stammer de økonomiske beregninger fra? Man påregner en meget stor lokal besparelse (2,8 mio.) på den konto, beløbets størrelse stiller LMU sig tvivlende overfor rigtigheden af.

Ved en sammenlægning vil der desuden vil være udgifter til ombygning, drift, samt oprettelse af diverse licenser. Hvilket vil tage en stor del af den påregnede besparelsen. I forslaget er der ikke medregnet udgifter til de systemspecifikke arbejdsstationer, der vil være vigtige redskaber i billedbearbejdning forud for beskrivelse.

Hvis ikke besparelserne på sammenlægningen af vagten opnås, vil det være alle Regionshospitalerne der har båret nedskæringen, ikke AUH.

Der udtrykkes bekymring for patientsikkerheden, hvis den radiologiske vagt ændres. Hvordan kan vagten på AUH vide, i hvilken rækkefølge undersøgelser og beskrivelser skal prioriteres? Man kan forestille sig, at en traumepatient på HEV kan komme til at vente på røntgenbeskrivelsen. I dag er kontakten direkte radiolog/kliniker mens undersøgelsen foregår. Den sparring vil klinikerne miste. Det samme kan gøre sig gældende for lungeemboli-patienter og andre alvorligt syge patienter. Vi har indtrykket af, at klinikerne har behov for denne hurtige sparring.

Desuden vil patienter med behov for interventions ultralyd, eller ultralyd på neonatalafdelingen, om natten kræve, at der laves aftaler om tilkald af læger i deres fritid. Dette er ikke hensynsmæssigt for patientsikkerheden eller for arbejdsmiljøet.

Hvad vil man gøre, hvis PACS ikke virker, og radiologen sidder i Aarhus?

Hvor er patientsikkerheden?

Vi kan frygte, at det kan medføre øget indlæggelsestid og i værste fald dødsfald.

Den tid lægerne fra HEV skal bruge på vagtberedskab på AUH, vil gå fra fremmødet 07.30-15 på HEV, hvis hviletidsreglerne skal overholdes. Desuden vil der være udgifter til befordring og køretid.

Med hvilken begrundelse skal den radiologiske vagt være fysisk placeret på AUH? Hvorfor er en mere central placering i forhold til Regionshospitalerne ikke valgt?

Plejegruppens LMU-medlemmer udtrykker bekymring for arbejdspresset på lægerne. Dette vil gøre rekruttering til HEV yderlig vanskelig. Medlemmerne

forudser utryghed bl.a. plejepersonalet når man ikke har en radiolog tilstede i traumesituationen og andre situationer med kritisk syge.

Med baggrund i ovenstående kunne vi foreslå følgende:

Vagten fra 22-08 grupperes i RHE-RHO, MIDT, AUH-Randers-Horsens. Da disse enheders PACS og RIS er ens, vil de fleste af anlægsudgifterne og driftsudgifterne kunne spares.

Oprettelse af skeletrøntgenvagt om natten:

Begrundelsen for at oprette en skeletrøntgenvagt er forkert. I praksis laver Lægevagten kun henvisningen til røntgen, herefter overgår patienten til skadestuen eller behandlersygeplejerskerne. Lægevagten er ikke indblandet yderligere.

Begrundelsen kunne være at funktionen kan være en service til skadestuerne. Dog er det ikke en service skadestuerne nyder i dag.

Mamma-funktionen samles eller dele flyttes til MIDT:

Formuleringen i oplægget er tvetydigt.

LMU ønsker en mere præcis formulering at vurdere forslaget på.

Hvad flyttes præcist, hvorhen og hvornår?

Hvordan stiller det opretholdelsen af kompetencer i forhold til mammografi og mammaradiologi i HEV?

Der henvises til Tema 2, pkt. 5, side 21 i Spar1519.

Her angives, at der vil være væsentlige udgifter til apparatur og lokaler inden patienter fra HEV kan flyttes til Midt. Vi har lokaler og apparatur.

Mange af de patienter, der i dag får lavet klinisk mammografi i HEV har ikke efterfølgende behov for kirurgisk bistand.

Endelig vil der blive ekstra udgifter til transport for patienter fra optageområde HEV til MIDT.

Akutklinikker. Nedlæggelse.

Forslaget indebærer nedlæggelse af rådighedsvagten for plejepersonalet på RRI, fra kl. 15-22 på hverdage og kl. 08-22 i weekender.

Besparelsen er anslået til 0,5 mio., hvilket LMU vurderer, er for højt sat.

Rådighedsvagten svarer til én fuldtidsstilling, svarende til 0,3 mio. Hvor kommer den sidste besparelse fra?

Den varslede rådighedsvagt på RLE nedlægges/oprettes ikke.

Radiografer/røntgensygeplejersker, der bemander røntgenafdelingerne RLE, RRI og RTA i hverdagene, skal nu også tage blodprøver.

Eller er der andre løsninger?

Det er jf. Tema 3, pkt. 11, side 39 billigere at tage blodprøver indenfor hospitals regi, frem for at sende patienterne ud til praksis.

LMU udtrykker bekymring for blodprøvetagningen. Røntgenafdelingens plejepersonale tager traditionelt set ikke blodprøver. Dette vil kræve oplæring og vedligeholdelse af kompetencer.

Hørings svar på Spar1519 fra speciallægerne på Røntgenafdelingen i Hospitalsenheden Vest.

Vedrørende forslaget om at vagtdækningen på røntgenafdelingerne samles på Aarhus Universitetshospital AUH i tidsrummet kl. 22-08:

Der planlægges med, at den lægelige radiologiske vagt på røntgenafdelingerne i Holstebro og Herning i Hospitalsenheden Vest (HEV) i tidsrummet kl. 22-08 skal flyttes til Aarhus i lighed med røntgenlægevagterne på regionshospitalerne i Horsens, Silkeborg, Viborg og Randers.

Af forslaget fremgår følgende:

Det er forudsat, at halvdelen af vagten dækkes af afdelingslæger og den anden halvdel af overlæger. I en gennemsnitlig beregning.

Altså i praksis én speciallæge i vagten, som enten er overlæge eller er afdelingslæge.

Derudover en skeletrøntgenvagt som enten kan være en beskrivende radiograf eller en yngre læge.

En røntgenspeciallæge skal så på skift dække røntgenvagten på disse 6 hospitaler alene. Denne regionssygehusrøntgenlægebetjening skal ikke dække vagten på røntgenafdelingerne i Århus (AUH) det skal de selv i Århus.

Det er altså én røntgenspeciallæge fra et af regionshospitalerne der alene skal dække 6 hospitaler i 6 forskellige byer. Det skal røntgenlægen gøre ved hjælp af 3 forskellige RIS/PACS (Røntgen IT systemer).

Der vil ikke være røntgenlæger tilstede om natten (22-08) på regionssygehusene i Region Midt.

I sagens natur kan denne røntgenlægebetjening ikke foretage akutte ultralydvejledte drænager af nyre (nefrostomier), væskeansamliger i lungerne (pleuradrænager) eller akut ultralyd fx skanne nyfødte børn med henblik på blødning i hjernen, eller akut ultralydsskanning af testiklerne (UL-scrotum) for at se om blodforsyningen til dem er afbrudt (pga. testis-torsion), hvilket skal akut afhjælpes ved en akut operation.

Røntgenvagten vil ikke kunne kommunikere med klinikerne vedrørende indikationerne for undersøgelserne og resultaterne af undersøgelserne inden for rimelig tid. Der vil optræde kødannelser, og livstruende traumeskanninger, undersøgelser for blodpropper i lungerne (lungeembolier) og hjerneblødninger, katastrofer i bryst kassen og bughulen vil komme til at vente unødigt længe før de bliver beskrevet og viderekommunikeret. Det vil kunne medføre tab af patienternes førlighed eller liv.

Vi frygter at antallet af lægekrævende undersøgelser i perioden mellem kl. 22 og kl.8 vil stige markant som følge af de forringede kommunikationsmuligheder.

Dette vil være en naturlig konsekvens af det manglende overblik den vagthavende ville have over arbejdsgange og prioriteringer på de 6 forskellige regionssygehuse.

Vedkommende radiolog vil kun have kendskab til klinikerne- og arbejdsgangene på ét af de 6 sygehuse, derfor vil det blive sværere at vurdere en anmodning eller henvisning.

En undersøgelse er ikke bare billeder. Der foregår dialog mellem klinikerne, radiologen og andet personale forud for og efter en undersøgelse for at sikre en hensigtsmæssig planlægning og en optimal svarafgivelse. Det kræver nærhed og kendskab til kolleger og lokale forhold.

Vi gruer også ved tanken om det livsfarlige tidspild, som vil forekomme i forbindelse med traumeskanninger, når man ved hvilken latenstid, der er ved overførsel af billeder fra skanner til arbejdsstation, for ikke at tale om overførsel fra sygehus til sygehus. Hvert minut tæller, når patientens liv er i fare. Tænk jer godt om, før I tager en beslutning!

Skal der laves en aftale med lokale røntgenlæger, der bor i nærheden af det hospital, om akut at komme til eget hospital og lave fx nefrostomi eller drænager vil det kræve, at der bliver indgået en aftale om beredskabsvagt mellem FAS og Regions Midt, oplyser FAS. Speciallæger kan enten være ansat som overlæger, og som nævnt i indledningen også være ansat som afdelingslæger. Afdelingslæger er underlagt yngre læges overenskomst, hvoraf det fremgår: At de ikke kan pålægges udetjenestevagt et sted, hvor de ikke har normaltjeneste (dagarbejde), og yderligere må den natlige vagtbelastning kun være 3/4 af tiden.

Hvilket vil være usandsynligt under en samlet vagt, der skal dække 6 regionshospitalet, ville kunne holde sig indenfor.

I øvrigt vil værdien af uddannelsen af speciallægerne i hoveduddannelse i radiologi på regionshospitalet i Herning og Holstebro forringes, dermed vil rekrutteringen hertil komme til at lide. Disse hoveduddannelseslæger deltager på nuværende tidspunkt i vagterne midt i forløbene.

Yderligere elementer her citeret fra teksten i forslaget:

"4. Har forslaget kvalitetsmæssige konsekvenser, herunder ændringer i kvalitetsmålene?"

Nej.

5. Medfører forslaget i øvrigt ændringer i den service, borgere/patienter eller samarbejdspartnere hidtil har modtaget, herunder justering af politisk godkendte servicemål?"

Nej."

Menes der seriøst, at der ikke er en kvalitetsmæssig værdi ved en fysisk tilstedeværende radiolog ved f. eks. traumepatienter, eller andre umiddelbart livstruende tilstande?

Hvilken planet er vi landet på?

De to "nej"-er til punkterne 4. og 5. i forslaget forklarer nok punkt 14 i forslaget: Citat:

"14. Opfølgning

Der planlægges ikke særskilt opfølgning. "

Så kan elendighederne da ikke opdages!!

Speciallægerne i radiologi i HEV er i øvrigt enig i nedenstående, der er udtalt i høringssvaret fra LMU i røntgen i HEV:

"Ved en sammenlægning vil der desuden vil være udgifter til ombygning, drift, samt oprettelse af diverse licenser. Hvilket vil tage en stor del af den påregnede besparelsen. I forslaget er der ikke medregnet udgifter til de systemspecifikke arbejdsstationer, der vil være vigtige redskaber i billedbearbejdning forud for beskrivelse.

Hvis ikke besparelserne på sammenlægningen af vagten opnås, vil det være alle Regionshospitalerne der har båret nedskæringen, ikke AUH.

Der udtrykkes bekymring for patientsikkerheden, hvis den radiologiske vagt ændres. Hvordan kan vagten på AUH vide, i hvilken rækkefølge undersøgelser og beskrivelser skal prioriteres? Man kan forestille sig, at en traumepatient på HEV kan komme til at vente på røntgenbeskrivelsen. I dag er kontakten direkte radiolog/kliniker mens undersøgelsen foregår. Den sparring vil klinikerne miste. Det samme kan gøre sig gældende for lungeemboli-patienter og andre alvorligt syge patienter. Vi har indtrykket af, at klinikerne har behov for denne hurtige sparring.

Hvad vil man gøre, hvis PACS ikke virker, og radiologen sidder i Aarhus?

Hvor er patientsikkerheden?

Vi kan frygte, at det kan medføre øget indlæggelsestid og i værste fald dødsfald.

Den tid lægerne fra HEV skal bruge på vagtberedskab på AUH, vil gå fra fremmødet 07.30-15 på HEV, hvis hviletidsreglerne skal overholdes. Desuden vil der være udgifter til befordring og køretid.

Med hvilken begrundelse skal den radiologiske vagt være fysisk placeret på AUH? Hvorfor er en mere central placering i forhold til Regionshospitalerne ikke valgt?

Plejegruppens LMU-medlemmer udtrykker bekymring for arbejdspresset på lægerne. Dette vil gøre rekruttering til HEV yderlig vanskelig. Medlemmerne forudser utryghed bl.a. plejepersonalet når man ikke har en radiolog tilstede i traumesituationen og andre situationer med kritisk syge.

Hvor stammer de økonomiske beregninger fra? Man påregner en meget stor lokal besparelse (2,8 mio.) på den konto, beløbets størrelse stiller LMU sig tvivlende overfor rigtigheden af."

På vegne af alle speciallæger, ansat enten i overlægestillinger eller i afdelingslægestillinger på regionshospitalet i Herning og i Holstebro, på røntgenafdelingen i Hospitalsenheden Vest.

Høringssvar til SPAR1519:

Vedr. fællesregional beskriverenhed for CT- og MR-scanninger for regionshospitalerne i Region Midt

Yngre læger på Røntgen afdelingen HEV mener, at indførelse af en fællesregional beskriverenhed for CT- og MR-scanninger i vagten efter kl. 22, med fysisk placering på AUH, **vil være uhensigtsmæssig og have en række negative konsekvenser:**

1. Vil give en **væsentlig serviceforringelse overfor de kliniske afdelinger**, som ikke vil have samme mulighed for at diskutere og få forevist undersøgelsesresultater, og vil samtidig forringe radiologens faglige sparring med henvisende instans. Ved svært kvæstede og svært medicinsk syge patienter er det vigtigt med en dialog omkring den ønskede undersøgelse og muligheden for at ændre strategi i forbindelse med undersøgelsen, afhængigt af patientens tilstand og resultatet af de første undersøgelser; dette vil ikke være muligt, hvis billeder først skal sendes til en central beskriverenhed, da billeder i denne situation ses direkte på CT-scanneren og det vil tage kostbar tid hvis de først skal sendes til PACS og der efterfølgende skal et svar retur til radiograferne vedr. den videre planlægning af undersøgelsen..

Desuden vil der være radiologiske procedurer, f.eks. anlæggelse af nyrekatetre, lungedræn, ultralyd af pungen (obs. testistorsion), som kun kan laves på stedet og hvor tiden kan være af afgørende betydning; alternativt skal en dårlig pt. overflyttes og dette kan koste liv, samt ikke mindst ressourcer fra de kliniske afdelinger, da disse patienter vil kræve (læge)ledsagelse. Der vil også være tilfælde bl.a. ved børn, hvor det af strålehensyn vil være bedst med UL, som i mange tilfælde vil kunne afklare de akutte forhold.

2. Hvad vil der ske, når systemerne ikke virker – akutte nedbrud og planlagte opdateringer, som oftest tager flere dage/en hel weekend? **Hvad så med patientsikkerheden?** I sådanne situationer vil billederne ikke kunne ses på den centrale beskrivestation, er det så meningen at lokale radiologer skal kaldes ind til dette?

3. Yngre læger kan ikke dække vagten, da dette vil betragtes som udetjeneste, og for at have vagt på udetjenestested skal man også have dagtjeneste det pågældende sted, jfr. paragraf 30 i overenskomsten mellem Yngre Læger og Regionerne:

Stk. 2. Vagtforhold i relation til udetjeneste

Underordnede læger kan indgå i vagt på udetjenestestedet såfremt der er tale om et udetjenestested, hvor den pågældende også forretter normaltjeneste.

Desuden skal speciallægerne have løn under transport og kilometerpenge til og fra Århus – er denne udgift regnet med.

4. Ved oprettelse af en fælles beskriverenhed indebærer gennemsyn og beskrivelse af scanningerne fra de forskellige regionshospitalet, at der arbejdes med 3 forskellige systemer (Holstebro/Herning, Randers/Horsens/Silkeborg samt Viborg), og det vil kræve kendskab til disse, som IKKE opnås ved at arbejde med dem enkelte gange pr. måned; det kræver at man arbejder med dem i dagligdagen. Det vil også kræves at der opsættes CT arbejdsstationer til bearbejdning af billederne og ikke kun PACS arbejdsstationer.

5. Det forventes at akut Ultralyd og intervention dækkes af de lokale radiologer, som skal kaldes ind.

I tilfælde af behov for ultralydsvejledte interventioner i tidsrummet mellem kl. 22.00 og kl. 08.00 kan hospitalerne efter aftale tilkalde radiolog uden vagt til fastsat honorar – alternativt overflytte patienten til hospital med de nødvendige lægefaglige kompetencer

Vi finder til yderst problematisk at det forventes at vi står til rådighed uden at få betaling for dette. Tilkald af afdelingslæger vil desuden betyde min. 6 timers honorering.

6. Det er vores overbevisning, at en fælles beskriverenhed vil påvirke rekrutteringen til de i forvejen belastede røntgenafdelinger på regionshospitalerne i negativ retning, da den ovenfor beskrevne serviceforringelse vil have stor indflydelse på yngre lægers valg af speciale og arbejdsplads.

6. Hvorledes er belastningen i tidsrummet 22-08 beregnet? Udfra udførte antal undersøgelser?

Er der taget højde for de opkald som ikke medfører undersøgelse i dette tidsrum, men som planlægges til dagtid, da man har overblikket og kan se at dette er muligt.

Er forespørgelser til konventionelle undersøgelser medtaget?

Når dette overblik mangler vil vi forvente at der kommer mange flere undersøgelser, som nemt kunne være planlagt til dagtid.

Og hvad med de undersøgelser som er lavet før kl. 22, men som ikke er beskrevet pga. andre vigtigere undersøgelser, hvordan skal disse håndteres? Det er ikke unormalt at der ligger 2-3 timers arbejde og venter kl. 22.

7. Er der taget højde for de forskellige special kompetencer (f.eks. Traumepatienter, karundersøgelser og børneundersøgelser), der er på de forskellige afdelinger. Ikke alle speciallæger forventes at være opdaterede på disse områder, som der ikke arbejdes med i dagligdagen. **Dette vil give en kvalitetsforringelse.**

Spar1519: Høringssvar fra LMU i Staben, Hospitalsenheden Vest

Indledning

LMU ved Staben, Hospitalsenheden Vest (HEV) har drøftet det udsendte sparekatalog for Region Midtjylland, som blev udsendt 27. april 2015.

LMU finder sparekataloget meget omfangsrigt, idet der er mange forskellige forslag som i indhold rækker vidt i den regionale organisation. Mange af forslagene er præcise i deres beskrivelse og potentiale, men der er også en række forslag, som mangler analyse før det reelle potentiale i de konkrete forslag kan synliggøres.

LMU forventer, at de kommende måneders processer med forslagene vil gøre beskrivelserne mere tydelige og dermed også tydeliggøre konsekvenserne for Staben ved gennemførelsen.

Konklusion på drøftelsen i Stabens LMU

Generelt konkluderer LMU i Staben følgende:

- Konsekvensen af de mange spareforslag må ikke få den utilsigtede effekt, at der pålægges/overføres unødvendige administrative opgaver fra Staben til den øvrige del af hospitalets organisation
- Som grundlag for den efterfølgende implementering af de mange spareforslag, er det nødvendigt med lokalt forankrede ressourcer fra Stabens side, både i form af driftsadministrative ressourcer og konsulentressourcer, som har kendskab til og forståelse for hospitalets lokale og regionale kontekst
- LMU kan konstatere, at HEV bliver hårdt ramt, bl.a. med flytning af tværgående kliniske funktioner. Spareplanens konsekvens må **ikke** få den effekt, at fremtidens hospital DNV Gødstrup mister potentiale i forhold til:
 - o fremtidig faglig profil og omdømme
 - o effektive og sammenhængende og patientsikre patientforløb og
 - o status som lokalområdets magnet/fyrtårn i forhold til forankring af ressourcer til lokalområdet.
- Konkret har LMU meget vanskeligt ved at forstå, at fordelingen af besparelsen på IT skal fordeles ligeligt mellem hospitalerne og den centrale IT-afdeling, når det udelukkende er medarbejdere, der arbejder med (lokal?) implementering af kliniske IT-opgaver, og at dette er finansieret af egne midler.

Uddybende bemærkninger

Der er tale om massive besparelser, som fordrer konkrete politiske prioriteringer, og LMU ser frem til, at politikerne i Region Midtjylland træffer beslutning om forslagernes videre færd - ikke mindst af hensyn til fremtidig udredning, behandling og patientpleje og -sikkerhed, men samtidig også af hensyn til de mange medarbejdere i Region Midtjylland. Fremtidige ansættelses-

forhold for den enkelte medarbejder er på spil, og ligeledes er arbejdsmiljøet på de mange regionale arbejdspladser.

Det er uomtvisteligt, at hospitalsenhedens arbejdsmiljø vil blive sat under yderligere pres, når de mange forslag skal implementeres. Implementeringen af spareforslagene vil nemlig ske som opfølgning på en lang periode, hvor bl.a. Arbejdstilsynet har udstedt en række påbud. Der er derfor stor bekymring i LMU for hospitalsenhedens samlede organisatoriske arbejdsmiljø.

Medlemmerne af LMU frygter et fremtidigt presset arbejdsmiljø for stabens medarbejdere, hvor den nødvendige tid til de ansattes kerneopgave bliver reduceret og at arbejdsmiljøet svækkes, med mindre organisationen accepterer de nødvendige tilpasninger af stabens opgaveportefølje.

Vi ser desværre, at en række af enhedens faglige områder tænkes centraliseret og at Hospitalsenheden Vest ikke selv opnår en effekt af denne øgede centralisering. Det er tankevækkende at der i en række af spareforslagene ses en konsekvens, at opgaver og funktioner flyttes i retning mod øst og fra vest – dette virker uforståeligt og uden sammenhæng med den politiske prioritering af et nyt hospital i DNV Gødstrup.

I den forbindelse skal det også anføres, at afsættet for den igangværende spare-/omstillingsplan blandt andet var behovet for strukturelle forandringer af sundhedsområdet i Region Midtjylland. I det nuværende besparelsesforslag er det ikke muligt at se, hvordan Region Midtjylland kommer i strukturmæssig balance.

Ud over at de mange spareforslag vil have indflydelse på HEVs primære kerneopgave udredning, behandling og pleje, er det også tydeligt, at en eventuel gennemførelse af de opstillede spareforslag om en reduktion på mere end 15% af regionens centrale puljer til forskning og uddannelse vil få negative konsekvenser. Muligheden for i fremtiden at kunne tilbyde RM's borgere behandling baseret på den nyeste viden svækkes ligesom regionens sundhedsfaglige niveau, konkurrencesituation og mulighed for at kunne rekruttere og fastholde specialiserede medarbejdere herunder speciallæger.

Kataloget – som er meget omfangsrigt og dermed svært at overskue de samlede konsekvenser for sundhedsvæsenet i Region Midtjylland - er udarbejdet under meget stort tidspres. LMU bemærker, at MED-organisationen ikke har været inddraget i udarbejdelsen af sparekataloget. LMU ønsker at påpege, at denne manglende inddragelse kan få betydning for medarbejdernes accept og forståelse af katalogets indhold og i sidste ende også i forhold til ejerskabet over de opstillede forslag.

Ud over at sparekataloget er meget omfangsrigt, så er der stadigvæk udsigt til at både Hospitalsenheden Vest og dermed også Staben bliver omfattet af generelle besparelser (grønthøstermetoden). Idet omfanget af dette endnu ikke kendes, så betyder det endnu mere usikkerhed blandt medarbejderne i Staben.

Spareplanen vil medføre at opgaver i Staben vil ophøre, men der vil samtidig også komme en række nye opgaver, sammen med øget fokus på videreudvikling af hidtidige opgaver. Eksempelvis vil opgaver som vagtplanlægning og konsulentfunktion i forhold til klinikkens arbejdstilrettelæggelse bliver forøget samtidig med at Stabens ressourcer reduceres.

Alle disse forskellige opgaver og roller vil helt sikkert blive sat under pres i forbindelse med udmøntning af spareplanen. Eksempelvis i form af:

- at en tilpasning af rammebudgettet i Staben vil betyde, at der reduceres i ressourcerne til opgaverne – herunder at evt. serviceopgaver ikke længere løses på samme niveau og med fare for, at administrative opgaver kommer til at ligge i klinikkerne.
- øget pres og krav til enhedens øvrige afdelinger skaber fokus på og behov for bidrag af effektive administrative løsninger fra Stabens side. Dette kræver ressourcer til udvikling af disse forandringer
- gennemførelse af spareplanens forslag i andre afdelinger fordrer ofte konsulentressourcer til rådgivning, sparring og implementering fra stabens side.

- gennemførelse af spareplanens forslag fordrer opfølgning på gennemførelsen herunder opfølgning på budget, kvalitet, arbejdsmiljø, uddannelsesforpligtigheden etc. Alle disse områder skal helt sikkert understøttes med ressourcer fra Staben.

Konsekvensen af ovenstående er, at Staben bliver nødt til at lave en endnu skarpere prioritering af ressourcerne i forhold til kerneopgaven – hvad er need to do og hvad er nice to do?

LMU vil ligeledes henlede opmærksomheden på, at de funktioner og midler som Staben afgiver til central side i regionen ikke efterfølgende bliver indtægtsdækkede områder, så vi decentralt så og sige bliver "klippet" 2 gange.

Ledelse – i alle aspekter og roller – vil helt sikkert blive et omdrejningspunkt i den kommende periode, herunder både i forhold til at sætte kurs og at bevare kursen, at bevare momentum, at have klarsyn til at tænke operationelt, taktisk og strategisk og innovativt samt ikke mindst at være en dygtig og nærværende personaleleder i forhold til de mange forandringer som medarbejderne bliver omfattet af.

I forbindelse med udarbejdelsen af de mange spareforslag, er der er i en række forslag bemærket, at der efterfølgende skal ske en fælles regional koordinering og udvikling af eksempelvis skabeloner og IT-systemanvendelser på tværs af regionens enheder.

Der forestår således en række udviklingstiltag, som de administrative funktioner og stabe skal afsætte tid og ressourcer til. Behovet for ressourceallokering til dette formål må vi forvente, at alle enheder skal bidrage til og at IT-området i Region Midtjylland i særdeleshed vil bidrage med den nødvendige mandskab og viden i forhold til udvikling af nye og fælles koncepter/skabeloner.

Medlemmerne af LMU anerkender, at der kan ske et bedre samspil ift. enkelte områder af it-funktioner mellem hospitalerne og den centrale it-funktion (punkt 21 i temagruppe 6), men henleder opmærksomheden på, at det ikke er den samme opgave, der løses. Opgaverne i Staben vedrørende hensigtsmæssig brug af it i de kliniske afdelinger og hospitalet *er dels centrale i forhold til hospitalsledelsernes opgavevaretagelse med henblik på at sikre udvikling, hurtig implementering af nye tiltag og effektiviseringer, og dels skal funktionerne være tæt på klinikken for undgå overvæltning (opgaveglidning) af administrative opgaver til klinikerne.*

En væsentlig del af opgaverne for Sundheds-it funktionerne på hospitalerne er arbejdet med at understøtte mere effektiv og patientsikkerhedsmæssig brug af it i de kliniske afdelinger og hospitalet generelt. Det er en opgave, vi mener bedst varetaget lokalt på hospitalerne, da det kræver et tæt samspil med ledere og medarbejdere fra de involverede kliniske afdelinger samt et grundigt kendskab til de lokale arbejdsgange og den kliniske hverdag.

I forhold til it-administrative opgaver, oplever det kliniske personale allerede i dag, at et stigende antal opgaver presses ud til varetagelse hos dem grundet det øgede fokus og stigende brug af it i klinikken.

Forslaget om fordeling af besparelsen med 3 mio. kr. til hospitalerne og tilsvarende 3 mio. kr. til den centrale it-stab er skævt fordelt i forhold til gevinstpotentialet og er højt sat ift. at der ikke, jf. spareforslag 35 i temagruppe 6, vurderes at være et sparepotentiale ved sammenlægninger af funktioner generelt på de administrative områder.

Der lægges i forslaget op til en analyse af den nuværende organisering og opgavevaretagelse. I den forbindelse er der fra medarbejderne i Staben ønske om hurtig afklaring af personale-mæssige hensyn. Desuden forventes, at udredningen skal ske ved tæt inddragelse af hospitalerne.

Med venlig hilsen

LMU i Staben, Hospitalsenheden Vest

HMU for
Hospitalsenheden Vest



Høringssvar fra Teknisk Afdeling

Spareplan 2015-2019 har været drøftet på et LMU møde den 27. april 2015.

LMU tog spareforslaget til efterretning.

Dato 28.04.2015

Inger Iversen

Tel. +45 7843 8840

Inger.Iversen@vest.rm.dk

Side 1

Venlig hilsen

Thorkil Vandborg
Formand

Bjørk Poulsen
Næstformand

Holstebro, den 4. maj 2015.

HØRINGSSVAR FOR LMU VED URINVEJSKIRURGISK AFDELING, HEV TIL "SPAREPLAN 2015 – 2019, SUNDHEDSOMRÅDET".

Generelt:

LMU på Urinvejskirurgisk Afdeling er stærkt bekymret for de foreslåede besparelser og de afledte konsekvenser.

RM har i Hospitalsplanen udtrykt intention om at skabe "attraktive arbejdspladser og arbejdsmiljøer" samt skabe "gunstige forhold for udviklingen af fagligt stærke og rekrutteringsmæssigt attraktive hospitaler, som kan fungere som faglige dynamoer". Spareplanen synes på mange måder at gå i modsat retning af de visioner, der ligger i Hospitalsplanen. LMU på Urinvejskirurgisk Afdeling er generelt særdeles bekymret over de store krav om besparelser, hvor konsekvenserne er yderligere pres på personalet med negativ indvirkning på arbejdsmiljøet, og dermed på sigt fare for at kompetente medarbejdere søger væk og samtidigt rekrutteringsproblemer.

LMU ser forslaget til besparelser primært som en stor "grønthøster" med forringelse på mange områder, hvor vi trods alt ville foretrække større strukturelle ændringer med lukning/samling af funktioner evt. færre hospitaler. Hvad urologien angår, støtter LMU således forsat de ideer, der lå i "urologisk specialeråds forretningsudvalgs høringssvar til specialevejledningen for urologi" fra 16. januar 2009, hvor der beskrives en samling af urologien i RM i 2 centre.

I en organisation, hvor man ønsker optimerede og accelererede patientforløb undres man over, at man centraliserer servicefunktioner. Dette må formodes at forlænge svartider og dermed patientforløb.

Disse nye, voldsomme sparekrav – primært med baggrund i galoperende medicinudgifter - vil uvægerligt gå ud over såvel patienter som personale og understreger behovet for at politikerne (regionalt/nationalt) fremover vil gå ind og prioritere vores anvendelse af ny, dyr medicin og hvilke behandlinger, der ikke er råd til. Hvis dette ikke sker, vil vi om få år stå i nøjagtig samme situation med krav om nye - og på mange felter - ødelæggende besparelser.

Set fra gulvet ser vi kun 2 muligheder: enten at der prioriteres eller at staten fremover specifikt går ind og refunderer udgifter til ny, dyr medicin.

Enkeltpunkter:

Samling af nyrecancerkirurgi i RM:

LMU undrer sig over at man ikke tager skridtet fuldt ud og samler urologien i en enhed jvf. høringssvaret fra urologisk specialeråd fra 16. januar 2009.

Samling af nyrecancerkirurgien var besluttet inden spareplanen blev søsat og var en konsekvens af en diskussion/krav med/fra SST. Det kan undre, at behandling på kræftområdet kan indsættes som en besparelse, når det samtidigt politisk set er umuligt at diskutere prioritering på anvendelse af cancermedicin. LMU er bekymret over, at man fjerner den urologiske bagbavagt i Viborg og samtidigt anfører, at det vil betyde flere akutte indlæggelser i Holstebro, hvor det meget let kan betyde en omlægning og fordyrelse af forvagten i Holstebro. Herudover vil en sådan løsning også lade den urologiske bagvagt (bestående af HU'er) i Viborg i stikken. Her i Holstebro har vi netop været igennem en weekend, hvor der 2 gange har været behov for tilkald af bagbavagten til akutte operationer, og det til trods for at det var en erfaren og dygtig HU'er, som var bagvagt. For de uddannelsessøgende i såvel Holstebro som Viborg kan det betyde en forringet uddannelse.

Flytte mammakirurgisk fællesfunktion fra RH Holstebro til RH Viborg:

Der vil fortsat være 3 brystcentre i RM, og det undrer LMU, at alle 3 skal ligge i den østlige halvdel af RM.

Generelt er vi enige i, at en samling af den brystkirurgiske funktion vil medføre en mere effektiv drift. Aktuelt har pt. i Vest et veldrevet tilbud af høj kvalitet, så samtidigt må det dog derfor også ses som en serviceforringelse for patienterne, idet flytningen vil medføre betragtelig øget afstand til forundersøgelse, seromudtømmelse efter operationen og postoperative kontroller. I urinvejskirurgisk afdeling vil flytning af brystambulatoriet (plejepersonale og sekretærfunktion ligger organisatorisk i urinvejskirurgisk regi) betyde, at der vil ske reduktion af stillinger med uro og utryghed til følge.

Kommentarer fra personalet i Brystkirurgisk Ambulatorium vedlægges som bilag.

Fusion af Patologien på Regionshospitalerne i RM:

HEV har nu og i fremtiden på DNV cancerkirurgi som et profilområde, hvor patologien er et væsentligt omdrejningspunkt. Igen undrer den geografiske fordeling af funktionen.

Patologien er specifikt nævnt i.f.m. SST's krav vedrørende multidisciplinært team samarbejde (patologi, røntgen, kirurgi og onkologi) i kræftbehandlingen.

Som urologer har vi et behov for tæt samarbejde (fx frysemikroskopiske undersøgelser i.f.m. operation af testikelcancer og ved resektion af nyrecancer). Umiddelbart giver det derfor anledning til bekymring: Vil DNV fortsat kunne være et kræftcenter, hvis diagnostikken bliver forsinket og kræftpakkeforløbene forlænges?

Fælles beskriveenhed for CT- og MR-scanninger for Regionshospitalerne:

HEVs muligheder for hurtig, effektiv og optimal udredning og behandling forringes.

I tidsrummet 22 til 08 planlægges røntgenvagten afskaffet. Det anføres, at vi "efter aftale kan tilkalde radiolog uden vagt til fastsat honorar" (f.eks til anlæggelse af nefrostomi, UL ved skrotale smerter), men som det anføres, er det "uden vagt", og derfor kan det bestemt også indebære, at der ikke kan tilkaldes en radiolog. Det kan derfor medføre flere operationer på mistænkt "torsio testis" og det kan for en højfebril patient med pyelonefrose medføre behov for, at denne patient skal køre 125 km midt om natten for at få anlagt nefrostomi på AUH. Denne patient kan dø på vejen dertil! **Det forekommer ikke lægefagligt forsvarligt.**

Kliniske immunologiske funktioner:

Der er betydelig usikkerhed om, hvilke konsekvenser tiltaget med samling af funktionen i AUH vil få.

Urinvejskirurgisk Afdeling har ganske mange patienter til blodtransfusion, fra såvel egen afdeling som fra Medicinsk Afdeling. Den foreslåede ændring vil betyde, at en væsentlig del af patienterne vil få brug for en ekstra overnatning i afdelingen.

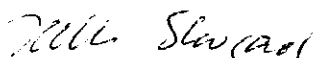
Det vil kunne få indflydelse på afviklingen af operationsprogrammerne i klinikken. En afledt konsekvens kunne godt være øget forbrug af akut laborantfunktion.

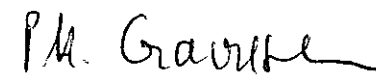
Reduktion af variation i produktivitet på lægesekretærområdet:

Yderligere besparelser på området, ser vi som problematisk i forhold til patientsikkerheden.

Med dagens krav til registrering og databearbejde er sekretærfunktionen i forvejen hårdt presset. Sekretærerne kan med den nuværende normering i forvejen ikke nå de daglige opgaver.

For LMU og funktionsledere ved Urinvejskirurgisk Afdeling, HEV


Helle Skovgaard
Næstformand for LMU


Peder H. Graversen
Formand for LMU

BILAG:

Høringsudtalelse fra Brystkirurgisk Ambulatorium, HEV -Spar1519 Tema 2: Planlagte patientforløb – Forslag nr. 5 : Flytte mammakirurgisk fællesfunktion fra RH Holstebro til RH Viborg.

Status for den mammakirurgiske funktion i Holstebro.

Den mammakirurgiske funktion i Holstebro har siden 2011 bestået af diagnostikken og den kirurgiske efterbehandling i et ambulatorium, som bemannes med lokalt ansat sygepleje- og sekretærpersonale og med mammakirurger fra Viborg. Dette foregår i tæt samarbejde med den kliniske mammografi, hvor patienternes udredning starter. Et forløb for patienterne som fungerer og er af høj kvalitet for patienterne.

Patienter, der for nuværende udredes i Holstebro og opereres i Viborg, bliver kirurgisk efterbehandlet/kontrolleret i Holstebro og gennemgår onkologisk efterbehandling og strålebehandling i Herning. På nuværende tidspunkt foregår den mindste del af patienternes forløb i Viborg, hvilket drejer sig om operationen for eksempelvis mamma-cancer. Dette foregår som dagkirurgisk indgreb, hvor patienten møder fastende i Viborg og går hjem samme dag. Det forudgående forløb for disse patienter foregår i Holstebro og vil typisk bestå af følgende besøg:

1. besøg: Klinisk mammografi + evt. biopsi
2. besøg: Forundersøgelse + klargøring til operation v. sygeplejerske og læge
3. besøg: Skildvagstundersøgelse + samtale hos sygeplejerske
4. besøg: Sårtilsyn + samtale efter operation med information om evt. onkologisk efterbehandling

Ud over disse besøg har flere patienter efter operationen behov for at møde til sygeplejekonsultation op til flere gange om ugen i kortere eller længere periode til sårtilsyn eller seromtømming.

Fagområdet mammakirurgi omfatter, i modsætning til hvad der anføres i spareplanen pkt. 5, ikke udelukkende planlagte patientforløb, men også mindre, akut aktivitet i forbindelse med behandling af infektionstilstande i brystet (mastitis og mammaabscesser) samt tømning af serom og tilsyn af sår på opererede mammapatienter. Dette foregår i dagtiden, men ikke som planlagte ambulante patientbesøg som det anføres i spareforslaget.

Patienter, der udredes i Holstebro og opereres i Viborg bliver kirurgisk efterbehandlet/opfølges i Holstebro og gennemgår onkologisk efterbehandling og strålebehandling i Herning.

Kommentarer til omstillingsplanens oplæg vedr. mammakirurgi.

Ad lukning/flytning af den mammakirurgiske funktion i Holstebro:

Grundlæggende hilses det - ud fra en faglig betragtning - velkomment, at man stiler mod at samle den mammakirurgiske aktivitet i Region Midt i færre enheder, således som også Sundhedsstyrelsen tidligere har henstillet til. Ligeledes, at man i den sammenlægning, der lægges op til i spareplanen med et tilstrækkeligt patientgrundlag for de enkelte enheder sikrer, at disse er bæredygtige, hvad angår faglig udvikling, uddannelse og rekruttering. Men vi stiller os meget undrende overfor, at man vælger at foreslå, at der skal ligge 3 brystcentre i så nær geografisk afstand til hinanden, som det vil blive, hvis kvinder fremadrettet kun kan udredes og behandles for sygdomme i brystet i Region MIDT i henholdsvis Århus, Randers og Viborg.

Det vil afstedkomme meget transport og lange afstande for alle patienter i det vestjyske. Der er ingen tvivl om, at det vil resultere i en betydelig bevægelse af patienter fra den sydlige del af det vestjyske optageområde til Region Syddanmark, hvor patienterne kan få et samlet forløb i Esbjerg, som geografisk er noget tættere på. Ligeledes vil udgiften til patientbefordring og ophold på patienthotellet øges betragteligt, hvilket umiddelbart ikke er medregnet i spareforslaget.

Den mammakirurgiske funktion og mammaradiologiske udredning af det vestjyske optageområde bør fortsat være placeret i Holstebro, som geografisk er centralt beliggende i optageområdet og indtil nu har været en del af planen for det vstdanske kræftcenter i HEV, hvor den onkologiske funktion, som også indgår i det tværfaglige samarbejde i brystkræft-behandlingen, er beliggende.

Fastholder man flytning af mammakirurgien fra Holstebro, bør denne flytning, hvis gældende retningslinier for fagområdet skal efterleves, omfatte hele funktionen dvs. inklusiv hele den kliniske mammografienhed. Dette vil medføre, at balancen i regionen, hvad angår betjening af det mammakirurgiske område, vil blive uhyre skæv med samtlige centre beliggende øst for den midtjyske højderyg.

Set fra et økonomisk synspunkt må der stilles spørgsmålstejn ved den besparelse, som beregnes i spareplanen, idet der er angivet i punkt 6, at der er ansat personale svarende til 3,8 fuldtidsstillinger i fællesfunktionen i Holstebro. Dette er på nuværende tidspunkt på 2,9 stilling og den reelle besparelse, hvis der vurderes behov for 2 stillinger i Viborg til at overtage den mammakirurgiske funktion, vil dermed ikke være 1,8 fuldtidsstilling, men derimod kun 0,9 fuldtidsstilling.

I spareplanen er der desuden intet nævnt omkring de personalemæssige og økonomiske konsekvenser ved at samle mammaradiologien i Viborg, hvor der dels vil være behov for sygeplejersker/radiografer samt mammaradiologer til at varetage den øgede aktivitet på dette område. Desuden synes det meget uklart beskrevet i spareforslaget, hvordan man tænker den mammaradiologiske funktion fremadrettet og hvilke afledte konsekvenser det får for rigtig mange kvinder der årligt ses i den mammaradiologiske del.

Desuden er der i spareplanen intet nævnt omkring økonomien vedr. de øgede kørselsudgifter der skal betales til patienterne, da stort set alle patienter fra det vestjyske optageområde vil være berettigede til kørselsgodtgørelse pga. den lange afstand. Ligeledes heller ikke den øgede udgift til ophold på patienthotellet for de patienter, der – grundet de i yderområderne meget dårlige muligheder for offentlig transport - ikke har mulighed for at møde til den udleverede tid. Dette for nogen op til flere gange under deres forløb.

Sammenfattende konklusion:

Grundlæggende kan man tilslutte sig, at der sker en samling af mammakirurgien på færre enheder i Region Midtjylland med sigte på at styrke omkostningseffektivitet, kvalitet og synergi, men så bør man én gang for alle have mod til at sikre, at det sker ud fra en betragtning af, hvordan man bedst tilgodeser befolkningen i hele regionen og får det placeret optimalt og geografisk fordelt i Regionen og ikke som forslaget lægger op til med en struktur, hvor de 3 tilbageværende centre alle ligger øst for den midtjyske højderyg. Derfor stiller vi som forslag, at man i stedet sparer på mammakirurgien på én af de østjyske lokalisationer.

På vegne af personalet i Brystkirurgisk Ambulatorium Regionshospitalet Holstebro

Forløbskoordinator Anni Skov Kristensen

Til HMU
Hospitalsenheden Vest

29/4/15

Høringssvar fra Øjenafdelingens LMU ang. Spareplanen 2015-2019.

Tak for muligheden for at kommentere på spareplanen. Vi anerkender, at spareplanen er udformet, så vi bevarer øjenafdelingens faglighed og høje produktivitet intakt.

Med flytning af mikrobiologien og patologien gør vi opmærksom på, at vi fortsat har behov for frysesnit og akut mikrobiologi, samt tæt dialog med mikrobiolog i akutte situationer.

Flytningen af mikrobiologi, patologi og andre afdelinger fra HEV må forventes at have en negativ påvirkning på det faglige miljø og relationelle koordinering i det fremtidige supersygehus i Gødstrup. Dette er specielt aktuelt i forbindelse med etablering af CFU.

Med venlig hilsen

LMU
Øjenafdelingen
Regionshospitalet Holstebro

Ekstraordinært LMU vedrørende spareplan 29.04.15

ØNH-afdelingens tilbagemelding på den varslede spareplan.

SVARTIDER

Det er en forudsætning for afdelingens fortsatte akutte og elektive arbejde, at svartider på undersøgelser herunder røntgen, patologi, ekg, blodprøver mv. fremadrettet ikke forlænges.

Hvis svartider forlænges, vil det få konsekvenser for afdelingens kvalitet i forbindelse med udredning og behandling af patienter, og specielt i forbindelse med modtagelse af akutte patienter.

FÆLLESFUNKTIONEN

Afdelingen har overordnet ingen indvendinger imod af ØNH-fællesfunktionen i Viborg flyttes til Holstebro.

Dog skal det bemærkes, at der på den baggrund årligt vil tilgå undersøgelser til Holstebro i størrelsesordenen:

Forundersøgelser: 400 stk.

Kontroller: 400 st.

Operationer: 300 stk.

Indlæggelser på sengeafdeling: 300 stk.

Denne forøgelse i patienter vil uundgåeligt forøge presset på alle faggrupper, og der vil være behov for tilførsel af ressourcer indenfor alle faggrupper for at varetage dette forøget patientflow.

Altså vil den besparelse man opnår i Viborg, flytte omkostninger til Holstebro.

HØREKLINIKKEN

Der forventes ikke, at der har nogen konsekvens for Høreklubben i Viborg, at Fællesfunktionen flytter.

Dog skal det bemærkes, at der vil være en forøget transportudgift i forbindelse med at alle ØNH-tilsyn fremadrettet skal foregå i Holstebro.

I denne forbindelse kan det også nævnes, at det store optageområde ØNH-afdelingen fremadrettet vil have, vil medføre forøgede udgifter til kørselsgodtgørelse generelt.

Dato 08.05.2015

Høringssvar vedr:

Spareplan 2015-2019
Sundhedsområdet
Koncernledelsens oplæg 27.april 2015

Region Midtjylland (RM) har igennem de seneste år fremstået som en region med ambitioner om et veldrevet sundhedsvæsen. Visionen er at vi skal stræbe efter "**at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen på højt internationalt niveau til gavn for alle**".

Visionen skal blandt andet nås ved "**værdibaseret ledelse og en vidtgående decentralisering af beslutningskompetencen er udtryk for en grundlæggende tillid til, at ledere og medarbejdere kan træffe fornuftige beslutninger og arbejde effektivt med høj faglighed og engagement**".

Ifølge den seneste Sundhedsplan er det præciseret at hospitalerne og ansatte "**Alle har en aktivitet og kompetence som gør, at de nu og i fremtiden kan løfte opgaverne med den højeste kvalitet**".

Den gældende Hospitalsplan præciserer at "**Regionsrådet ønsker en region, som har førertrøjen på i den faglige udvikling til gavn og glæde for patienterne i regionen og i resten af landet. Derfor skal der skabes gunstige forhold for udviklingen af fagligt stærke og rekrutteringsmæssigt attraktive hospitaler, som kan fungere som faglige dynamoer. Hospitalerne skal bidrage til at drive udviklingen frem både klinisk og forskningsmæssigt, så de også kan varetage en stærk rolle i uddannelse af fremtidens sundhedsfaglige personale**".

Der er i Hospitalsplanen fokus på "**at hospitalsplanen bidrager til at understøtte udviklingen af attraktive arbejdspladser og arbejdsmiljøer, hvor der kontinuerligt findes faglige udfordringer både klinisk og forskningsmæssigt**".

Der er i planen for Hospitalsenheden Vest (HEV) fokus på "**at udvikle funktioner inden for den kirurgiske kræftkirurgi og den kliniske onkologi. Eftersom kapaciteten inden for strålebehandling og den akutte organkirurgi er samlet på regionshospitalet i Herning, vil et center for klinisk onkologi og kirurgisk behandling af kræftpatienter også have sit naturlige udgangspunkt her med henblik på senere integration i Det Nye Hospital i Vest**".

Den foreslåede spareplan understøtter ikke de gældende visioner og planer for Region Midtjyllands sundhedsvæsen. I særdeleshed ikke ønsket om decentralisering, og etablering af fagligt stærke og rekrutteringsmæssigt attraktive hospitaler med attraktive arbejdspladser, som kan drive udviklingen frem samt fastholde, rekruttere og uddanne faglige dynamoer også i Vest.

I HEV vil den foreslåede spareplan i væsentlig grad bidrage til at følgende områder vil få vanskeligt ved at leve op til RM´s mål og ambitioner.

Kræftområdet

I HEV har vi indtil nu haft succes med at etablere faglige miljøer indenfor kræftområdet, med særligt fokus på Kirurgi, Urinvejskirurgi, Øre-Næse-Hals, Hæmatologi og klinisk Onkologi. De foreslåede besparelser inden for Patologi, Klinisk Biokemisk/Klinisk Immunologi og Radiologi vil alle i væsentlig grad forringe mulighederne for en hurtig og effektiv kræftbehandling, hvor både hurtig diagnostik og effektiv behandling, samt diagnostik og behandling af komplikationer er væsentlige.

Den foreslåede placering af Patologien i Randers og Aarhus vil forsinke diagnostikken. Vi har svært ved at se et kræfthospital uden en stor og stærk patologisk afdeling, hvor tæt daglig kommunikation med patologen er mulig. Den foreslåede besparelse indenfor det klinisk biokemiske/klinisk immunologiske område vil ligeledes forsinke udredning og behandling af kræftpatienter. Endelig vil en reduktion af tilstedeværende radiologer i vagten risikere at akutte undersøgelser og behandlinger forsinkes.

Akutområdet

HEV modtager alle typer af akutte patienter. Hospitalets neurologiske afdeling varetager både den akutte trombolyse og apopleksibehandling. Flytningen af neurorehabiliteringen, og begrænsningen i udbud, kan få betydning for patientflowet i neurologisk regi, og dermed også den/de akutte funktioner. Derudover skaber beslutningen bekymring om et sufficent neurorehabiliteringstilbud i Vest, og medfører tab af faglighed samt nærhedsprincippet for patienterne/borgerne i Vest.

Alle hospitalets øvrige afdelinger er afhængige af at både den Klinisk Biokemiske Afdeling og den Radiologiske afdeling er velfungerende og bemandedt døgnet rundt. Der vil i alle døgnets 24 timer kunne blive brug for en tilstedeværende radiolog, også i forhold til behandling af akut syge børn. De foreslåede besparelser forringer hospitalets muligheder for at yde en optimal hurtig og effektiv behandling af de akutte patienter.

Uddannelse og Forskning

HEV har i de seneste år opnået status som det hospital udenfor universitetsbyerne med den største forskningsaktivitet. Der er således allerede flere afdelinger med universitetsklinikstatus: Arbejdsmedicin, Ortopædkirurgi, Nefrologi og Urinvejskirurgi. Alle enheder med ansatte professorer, og Hospitalsenheden Vest har et stort antal Ph.D studerende. Der er etableret en central forskningsenhed, CFU, der bliver en af de bærende enheder på DNV.

De foreslåede besparelser på indenfor Mikrobiologi og Klinisk Biokemi vil forringe mulighederne for at vedligeholde og fastholde disse specialer i forskningsaktiviteterne. Herved svækkes forskningsmulighederne i Vest.

Økonomi og Kvalitet og Ledelse

Økonomi

Vi ser med stor bekymring på planerne om at reducere afdelingernes budgetter efter den såkaldte grønthøstermodel. Som tidligere vil dette medføre en væsentlig reduktion i antal medarbejdere. En række af de foreslåede besparelser som f.eks. effektiviseringsgevinsten i forbindelse med implementering af kliniske logistiktavler og mobile stuegange er efter vores opfattelse urealistiske.

Kvalitet

En reduktion af medarbejdere i et sådant omfang, som der er lagt op til, skaber bekymring om hvorvidt de fremtidige funktioner kan udføres med samme høje faglige kvalitet, som i dag.

Bekymringen øges også fordi så mange funktioner centraliseres, og kan medvirke til at særligt kompetent personale søger væk. HEV kan med denne spareplan stå overfor et stort og pludseligt kompetencetab, som det vil tage år at genopbygge.

Ledelse

Etablering af matrixorganisationer med ledelse på tværs af hospitaler vil være en kæmpe udfordring for ledelser og medarbejdere. Den foreslåede etablering af et regionalt driftsråd (Klinisk Biokemi) skaber ligeledes bekymring. Det er vanskeligt at se, hvordan der lokalt skabes synlig ledelse og følgeskab, samt hvor vidtrækkende konsekvenser regionale råd har på de enkelte afdelingers ledelse og drift.

Konklusion:

Vi anerkender behovet for en økonomisk plan, der får budgetterne i balance, men vi er ikke enige i Koncernledelsens vurdering af spareplanen ***"At spareplanen understøtter principperne i Region Midtjyllands Sundhedsplan. Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal have patienten i fokus, behandlingen skal foregå på patientens præmisser og der skal leveres aktivitet, der giver værdi for patienten. Derudover har Koncernledelsen ønsket at reducere variation mellem enheder i regionen og at sikre økonomisk og fagligt bæredygtige enheder"***.

En gennemførelse af de planlagte besparelser vil efter vores opfattelse ikke kunne gennemføres med det ønskede økonomiske resultat. RM vil indenfor en overskuelig tid igen stå med en økonomi i ubalance.

Spareplanen er en ren økonomisk plan der ikke medindtænker en overordnet plan for sundhedsvæsenet i RM, og den svækker det samlede sundhedstilbud i Region Midtjylland. Der vil skabes større ubalance i RM, idet flere opgaver flyttes fra vest til øst. Borgerne i den vestlige del vil opleve hospitaler der ikke har det fulde tilbud. Planen hæmmer både den hurtige og effektive behandling af såvel elektive som akutte patienter.

Vi er i fuld gang med at bygge det nye hospital og det er lykkedes os at opbygge stærke faglige miljøer indenfor de fleste områder. Vi arbejder på en række områder tæt sammen med AUH. Det er derfor med den største bekymring, at vi nu se en spareplan, der modarbejder visionen om et supersygehus i Vest.

Moderne hospitaler er blandt andet kendetegnet ved, at specialisterne samarbejder om det for patienten mest hensigtsmæssige forløb. Begynder man at "plukke i buketten" og fjerne væsentlige områder svækkes det faglige niveau, med medfølgende risiko for rekrutteringsvanskeligheder.

Vi savner en visionær plan for fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland. En plan der sikrer at medarbejderne får mulighed for at bidrage til både sundhedsplan og hospitalsplan. Vi vil opfordre Regionsrådet til at iværksætte et udredningsarbejde, der skal føre til en kommende sammenhængende hospitalsplan. En plan der indebærer en reduktion i antal hospitalsenheder, f.eks. via fusion af hospitaler i RM. En sådan sammenhængende plan vil muliggøre, at antallet af hospitalsafdelinger i RM kan reduceres, hvorved der kan etablere større og bæredygtige enheder, evt. med funktion på flere matrikler

På nationalt plan bakker vi op om et nationalt prioriteringsinstitut, idet vi har brug for støtte til en tiltagende vanskelig prioritering af patientbehandlingen i Danmark. Der er behov for både at prioritere blandt dyre behandlinger og patienternes behov for behandling her og nu.

Med venlig hilsen

Rådet af ledende Overlæger
Hospitalsenheden Vest

1. Spareplan 2015-2019, Sundhedsområdet
2. Ledelses og Styringsgrundlag, Region Midtjylland 2013
3. Sundhedsplan for Region Midtjylland 2013
4. Hospitalsplan for Region Midtjylland 2008