

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.