

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.**