

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 bagbagvagt 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 bagbagvagten 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.

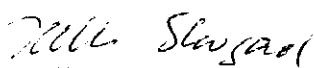
Det vil kunne få indflydelse på afviklingen af operationsprogrammerne i klinikken. En afledt konsekvens kunne godt være øget forbrug af akut laborantfunktion.

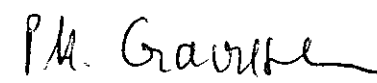
Reduktion af variation i produktivitet på lægesekretærområdet:

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 seromtømning.

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 mammaradiologisk 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