

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 ambulant 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.