

Regions-MEDudvalget i Region Midtjylland

Præhospitalets høringsvar til Spareplan 2015-2019

Præhospitalets MED-udvalg har på et ekstraordinært møde den 7. maj 2015 haft mulighed for at drøfte Spareplan 2015-2019, som Koncernledelsen sendte i høring den 27. april 2015.

Generel vurdering af forslaget

MED-udvalget anerkender, at det er nødvendigt for Region Midtjylland at skabe balance i regionens budget med de gældende rammer for virksomhedens drift og under hensyntagen til de tidligere beslutninger, der er truffet om fremtidssikring af bygningsmassen i Region Midtjylland.

Ligeledes anerkender MED-udvalget det arbejde, der er gjort for at skabe et sammenhængende forslag på trods af, at der er tale om en situation, hvor serviceniveauet skal nedsættes og alle effektiviseringsmuligheder udnyttes.

MED-udvalget finder det væsentligt, at man har forsøgt at bevare en række af de overordnede mål, som gælder for Region Midtjyllands sundhedsindsats. Det er væsentligt, at man på trods af, at serviceniveauet vil berøres, fastholder en overordnet målsætning om, at patienten skal have den rigtige behandling første gang, samt at indsatsens skal være ensartet for regionens borgere.

Samlet er der forslag om besparelser og omlægninger på det præhospitale område for 54,3 mio. kr. i 2019. Heraf vedrører 15,7 mio. kr. Præhospitalets budgetramme.

Ændring af struktur for akutlægebiler og akutbiler

Der er fremlagt tre modeller for en struktur for akutlægebiler og akutbiler (forslag 1.10a, 1.10b og 1.10c). Præhospitalet er som organisation både berørt af forslag, der nedsætter serviceniveauet, og forslag der effektiviserer udnyttelsen af eksisterende ressourcer.

Det ændrede serviceniveau drejer sig om den supplerende præhospitale hjælp, der ydes til akut syge og tilskadekomne borgere i Region Midtjylland (akutlægebiler, akutbiler mv.). Af de tre fremlagte modeller har koncernledelsen indstillet den ene model (1.10a), idet den bedst opfylder målsætningen om rigtig hjælp første gang til akut syge og tilskadekomne borgere, der er truet på liv eller førlighed. Forudsat at serviceniveauet skal nedsættes, er det den model, der giver borgerne den mest ensartede og fagligt rigtige hjælp.

De øvrige modeller, der ikke er prioriterede af hverken koncernledelsen eller MEDudvalget, giver alle en dårligere og mere ujævn dækning med tidlig lægelig diagnosticering og hjælp til regionens akut syge og tilskadekomne borgere, ligesom de øvrige modeller i varierende omfang muliggør realisering af de øvrige besparelsesforslag, der er beskrevet på det præhospitale område.

Den indstillede model er afbalanceret, men medfører en ændring i regionens nuværende serviceniveau. Med den indstillede model vil færre akut syge og tilskadekomne borgere modtage lægehjælp på skadested eller på vej til hospitalet. Modellen vil dog stadig sikre tidlig lægelig diagnosticering og behandling af akut syge og tilskadekomne patienter på et niveau, der ligger over landsgennemsnittet, når man ser på akutlægebiler pr. 100.000 borgere. Hvis forslaget om, at lægerne fra akutlægebilerne også skal bidrage til interhospitale transporter, vedtages (forslag 1.11a), vil det dog påvirke det antal lægetimer, der er til rådighed til akutte præhospitale opgaver. Endelig skal MED-udvalget gøre opmærksom på, at særligt én region har valgt et anderledes præhospitalt setup, som har betydning for landsgennemsnittet.

En helt afgørende faktor, når man ser på den præhospitale hjælp, er geografi. Der er meget stor forskel på regionernes geografiske udfordring, og Region Midtjylland er klart den region, som skal sikre præhospital hjælp til det største geografiske område. Vælger man at gennemføre model 1.10a, vil Region Midtjylland komme til at ligge lavere end gennemsnittet for regioner, når man ser på præhospital lægehjælp pr. 1.000 km². Vælger man derimod model 1.10b eller 1.10c vil Region Midtjylland ligge væsentligt lavere end gennemsnittet for regionerne under et.

Præhospitalets MED-udvalg er af den opfattelse, at model 1.10a er anvendelig, hvis Regionsrådet ønsker, at Præhospitalet skal bidrage med en mærkbar besparelse i årene 2016-2019. Det er ikke muligt for MED-udvalget at finde alternative spareforslag inden for det præhospitale område, som stadig vil sikre opfyldelse af regionens mål.

Mere effektiv udnyttelse af Præhospitalets ressourcer

Spareplanen rummer en række forslag, som alle vil bidrage til at bruge de præhospitale ressourcer mere effektivt og samtidig sikre, at patienterne får den rigtige hjælp. Alle forslag vil aflaste hospitalerne og betyde nyudvikling, der forudsætter samarbejde og læring.

1.08 Ambulancetjenestens indsats i eget hjem

MED-udvalget finder, at muligheden for at kunne yde indsats til borgere i eget hjem, som forebyggelse af indlæggelse, forberedelse til indlæggelse eller tidligere afslutning af indlæggelse, vil kunne understøtte arbejdsgangene på hospitalerne. Da ambulancetjenestens primære opgave er akut hjælp til borgere med behov for præhospital indsats, vil der primært være tale om opgaver i patienternes eget hjem, som kan planlægges i god tid i forvejen, og kan lægges ind i perioder, hvor det er muligt i forhold til ambulancetjenestens akutte opgaver. Ambulancetjenesten kan altid kaldes ud til en akut opgave, indtil de er trådt ind i en borgers hjem, hvor et af hospitalerne ønsker besøg, at få taget prøver, hentet udstyr mv.

Der vil være tale om en udvikling, som ambulancetjenesten vil se frem til, da den giver mulighed for både opkvalificering af personalet og en bredere opgaveportefølje for den enkelte. Ordningen vil kræve smidighed, fleksibilitet og samarbejde. MED-udvalget ser positivt på, at besparelsen kun har halv effekt i 2016, hvilket betyder, at der bliver tid til indkøring af ordningen.

1.11 Anvendelse af præhospitalt personale til interhospital transport

Spareforslag 1.11a og 1.11b omhandler interhospital transport, gennemført med assistance fra præhospitalt personale. Assistance fra læger (forslag 1.11a) forudsætter vedtagelsen af forslag 1.10a.

Modellen kendes fra hovedstadsområdet, hvor den er en succes. Da geografien er en anden i Region Midtjylland, forudsætter ordningen betydelig vilje til samarbejde, da lægeressourcer vil skulle planlægges med hensyntagen til de præhospitalt lægers akutte opgaver. Som med den øvrige indsats i eget hjem gælder det, at præhospitalt beredskaber kan kaldes ud til akutte opgaver op til deltagelsen i en interhospital transport, men når lægerne er optaget af interhospital transport står de ikke til rådighed for akutte præhospitalt opgaver. Til gengæld bliver der tale om god kvalitet, da de præhospitalt læger er vant til at arbejde i kørende beredskaber og kender indretning og personale, hvilket understøtter indsatsen. I forhold til det øvrige præhospitalt personale (ambulancebehandlere), vil det blive nødvendigt med specifik opkvalificering i forhold til konkrete patientgrupper, hvilket kræver en god intern dialog i Region Midtjylland samt en uddannelsesindsats, dog af mindre omfang. Aktuelt gennemføres der allerede efteruddannelse af ambulancepersonale, der sætter dem i stand til at gennemføre transport af patienter med fast tracheostomi uden ledsagelse af hospitalspersonale.

1.12 Afslutning af flere patienter med hastegrad B

Forslag 1.12 drejer sig om, at Præhospitalet skal afslutte flere patienter før de indlægges på hospitalet, hvis patientens behov ikke er en indlæggelse. Forslaget vil både gavne hospitaler og de patienter, der undgår indlæggelse. Få patienter ønsker indlæggelse, hvis det ikke er deres behov, og hospitalerne kan holde fokus på de patienter, der reelt har brug for indlæggelse og hurtig behandling på hospital. Ordningen har været afprøvet som pilotprojekt

med succes og vil kunne indkøres, efterhånden som lægebemandingen af AMK-vagtcentralen øges i løbet af 2016. En yderligere positiv virkning af forslaget vil være en tættere faglig opfølgning på behandlingsindsatsen i ambulancer med patienter, der ikke er livstruet eller truet på førlighed.

Afledte konsekvenser for patientbefordring

Da spareplanen er kompleks og spareforslagene er omfattende, kan det være vanskeligt at se alle langsigtede virkninger af det samlede forslag. Det er på nuværende tidspunkt vanskeligt at sige noget præcist om patientstrømme og transport af patienter på lang sigt.

I en stor del af besparelsesforslagene under tema 1 (Akutområdet - Omlægninger på sengeafdelinger i Silkeborg), tema 2 (Planlagte patientforløb) og tema 4 (Psykiatrien) opnås besparelser gennem samling af funktioner på færre hospitalsmatrikler. Tiltagene vil medføre, at mange patienter vil få en længere transportvej til hospitalet end i dag, og at flere patienter vil blive berettigede til patienttransport (siddende og liggende). Derfor ser Præhospitalet med tilfredshed på, at man anbefaler, at der afsættes en reserve til at imødekomme merudgifter, hvis omfanget af patienttransporter eller antallet af kørte km. vokser udover de nuværende rammer.

Forslag 2.11 om øget brug af hjemmedialyse er det eneste forslag, der i væsentlig grad vil medføre en reduktion i patientbefordring, og i dette forslag er der indregnet en realistisk reduktion af Præhospitalets budget.

Forskning

Præhospitalets MED-udvalg anerkender, at der foreslås besparelser på regionens forskningspuljer i forslag 6.14. Regionens nye og decentrale forskningsmiljøer er i høj grad afhængige af tilskud fra puljerne for fortsat at kunne bidrage til, at regionen også fremover kan tilbyde den nyeste behandling. Ved en besparelse og reduktion af forskningsbevillingerne er der risiko for, at kun de store centrale forskningsmiljøer overlever på længere sigt, og at regionens samarbejdsrelationer og synergien med kommuner, praksissektor og faglige organisationer tager skade.

MED-udvalget ser frem til at følge den videre proces.

Med venlig hilsen



Else Ammitzbøll
Formand



Jakob Juhl Fink
Næstformand