

Hørings svar på spareplan1519

Afgivet af:

LMU Centrallaboratoriet
Hospitalsenheden Horsens

Tema 1

Forslag 8

Det er selvfølgelig en god idé at få udnyttet ledige ressourcer i beredskabsdækningen. Som klinisk biokemisk afdeling må vi dog advare om den kompleksitet, der er i at få organiseret blodprøvetagning og den rutine der kræves for at sikre kvalitet og patientsikkerhed. Et rekvisitionssystem skal aftales og opsættes med dertil hørende licenser og f.eks. printere egnet til prøvetagningsblanketter. Der skal være utensilier tilgængelige, og opbevaringskrav skal overholdes. Selve prøvetagningskompetencerne skal vedligeholdes og ændringer i retningslinjer straks efterkommes. Prøverne skal opbevares ved særlige betingelser i klimaskabe. Prøverne skal leveres indenfor en vis tidsgrænse til det aftalte laboratorium. Se endvidere rapport om udlicitering af blodprøvetagning i Region Nordjylland (vedlagt på side 3) <http://www.dbio.dk/Nyheder/Sider/Falck-dumper-i-blodprovetagning.aspx>.

Tema 3

Forslag 10

Det er et godt mål både for sundhedsvæsenet og patienterne at optimere udnyttelse af blodprøvesvar, så de er let tilgængelige for alle relevante parter og ikke tages unødvendigt. Reduktion i blodprøvetagning på 5% på hospitaler, og 5% i praksis er et flot og ambitiøst mål, som kræver den rette teknologi og samarbejde. Vi ser en meget, meget stor ekstra rådgivningsopgave for de lægefaglige ressourcer på de klinisk biokemiske afdelinger, for at nå dette mål.

Forslag 11

Vi vil gerne understøtte dette spareforslag ved at ruste os til at tage blodprøverne rekvireret af hospitalets ambulatorier. Det giver god mening, da alle analyser alligevel ikke kan tages i praksis. På Centrallaboratoriet i Horsens må vi dog kommentere, at dette vil medføre behov for ændringer i de fysiske rammer, da vores ambulatorium allerede er for småt til at give ordentlige forhold for patienter og medarbejdere i dag. Dette vil, sammen med ekstra bioanalytikertid selvfølgelig koste for de klinisk biokemiske afdelinger, så vi savner også her sammenhæng mellem ressourcer/budget for tema 5 og 3.

Tema 5

Introduktionen

Vi er meget enige i at laboratorieområdet skal ansues ud fra et regionsperspektiv og vil gøre alt for at bidrage til dette. Vi er dog uenige i det perspektiv, at funktionerne omfattet af Tema 5 kun i mindre grad omfatter direkte patientkontakt. På de klinisk biokemiske afdelinger i RM har vi minimum 1500 direkte patientkontakter om dagen. Hvilket svarer til ca. 70% af bioanalytikernes arbejde.

Forslag 1

4% reduktion i driftbudget på alle klinisk biokemiske afdelinger er ikke et spareforslag, der arbejder mod at reducere variation mellem hospitalerne. Vi mener at der skal tages hensyn til produktivitet og nuværende bemanning, for på sigt at få skabt lighed for patienterne og i kvaliteten. Dette er helt essentielt for processen og eftervirkningerne.

Driftbudget på klinisk biokemiske afdelinger er i høj grad styret af rekvirenter og de krav, som de er underlagt og sætter selv. Derfor vil en 4% reducere i driftbudget også påvirke samarbejdspartnere.

Vi forventer at opgørelsen af besparelsen på 44 stillinger, primært bioanalytikere, kun er retningsgivende. Det anbefalede Driftråd for de klinisk biokemiske laboratorier på regionshospitalet, bør sammen kunne anbefale konkrete besparesestiltag, som ikke nødvendigvis kun er stillinger.

Forslag 2

Det undrer os, at den store strukturelle ændring, som fusion af de mikrobiologiske afdelinger er, ikke har større besparelspotentiale end svarende til cirka 9 stillinger.

Forslag 3

De tre elementer; samling af ikke akutte klinisk immunologiske opgaver, reduktion på 20% på antal tapninger og lukning af donortapning på Skanderborg Sundhedscenter, mener vi principielt er fornuftige. Der er dog nogle elementer i udregning af besparelsen på regionshospitalet, som ser ud til at indeholde betydelige fejl. Dette er vi i dialog med styregruppen om.

Lukning af donortapning på Skanderborg Sundhedscenter svarer til 20% reduktion i tappetal for Hospitalsenheden Horsens, og vi forventer derfor ikke, at vi skal skære yderligere i vores tappetal. I så fald vil vi ikke kunne tappe til eget kommende forbrug.

Her vil vi også påpege vores undring over, at samling af opgaverne ikke giver større nettobesparelse.

Forslag 4

Fusion af patologien er også en stor strukturel ændring, og det undrer os at en bruttobesparelse på 63,8 mill. kun giver en nettobesparelse på 3,6 mill..

Forslag 10 og 11

Vi vil gøre alt for at medvirke til hjemtagelse af analyser fra eksterne laboratorier. Vi er dog afhængige af at de hjemtagende laboratorier, får gennemført dette og at rekvirenterne anvender de regionale analyser.

Tema 6

Forslag 4 og 5

Hurtig og kvalificeret medicoteknisk service er ekstremt vigtigt for de klinisk biokemiske laboratorier for at kunne overholde kvalitetsmål, både analysekvalitet og svartider. Derfor er det vigtigt for os, at der er mulighed for at få akut hjælp. Vi er helt enige i, at der er stigende kompleksitet i det medicotekniske udstyr, samtidig med at der er øget behov for længere åbningstider for teknisk service.

På vegne af LMU Centrallaboratoriet,

Trine Kolding Damgaard, TR og næstformand i LMU

Karen Grønkjær, Leder af laboratoriet og formand i LMU

Niels Ydemann Hansen
Jan Nielser

Evaluering af pilotprojekt: Mobil blodprøvetagning i Region Nordjylland, Aalborg og Vesthimmerlands kommune

Pilotprojektet har i Aalborg kommune været afprøvet i 14 måneder, i periode 1. december 2013 - februar 2015 og har fulgt konceptbeskrivelsen af 3. december 2013.

Pilotprojektet har i Vesthimmerlands kommune været afprøvet i 4½ måned, i perioden september 2014 - februar 2015 og har fulgt tillæg til samarbejdsaftale af 18. august 2014.

I perioden december 2013 - januar 2015 har paramedicinere udført **1108 blodprøvetagninger** på patienter i eget hjem.

Evaluering af pilotprojektet bygger på erfaringerne som Klinisk Biokemisk afdeling har fået i perioden december 2013 - januar 2015.

Administrativt:

Der er fundet fejl 360 ud af 1108 rekvisitioner. Det vil sige 32 % af rekvisitionerne krævede yderligere opfølgning, før der kunne udskrives prøvetagningsblanketter.

For eksempel: Manglende eller forkerte oplysninger på rekvisitionen, dels patientkontaktinformation og dels lægekontaktinformation. Problemer i forhold til de requirerede analyser. Endvidere forespørgsler vedrørende faste og medicinering før blodprøvetagning.

Konklusion: Det er uhensigtsmæssigt at ordningen har et delt ansvar.

Uddannelse af paramedicinere:

For at opretholde kompetencen til blodprøvetagning kræves min. 20 blodprøvetagninger pr. måned svarende til 240 pr. år.

Konklusion: Antallet af blodprøvetagninger pr. år pr. paramedicinere ligger på mellem 14 og 224 blodprøvetagninger, hvilket betyder, at ingen paramedicinere har opfyldt kravet, og at der således må sættes spørgsmålstegn ved kompetencen.

Klinisk Biokemi

Hobrovej 18-22
Postboks 365
9000 Aalborg
www.aalborguh.dk

Ledende overlæge, ph.d.
Annebirthe Bo Hansen
Direkte: +45 97664927 /
24425201
annebirthe.bo@m.dk

Ref.: Pilotprojekt:
Mobilprøvetagning i Region
Nordjylland. (Aalborg og
Vesthimmerlands kommune)

9. februar 2015

Kvalitet af blodprøvetagning ved paramediciner:

Kvaliteten vurderes ud fra antallet af mislykket blodprøvetagning, forkert prøvetagning eller uegnet prøve materiale:

- 2 % mislykkede prøvetagninger (normalt omkring 1 %)
- 1 % forkert prøvemateriale (normalt omkring 1 %)
- 5 gange højere forekomst af hæmolyserede prøver i forhold til blodprøver taget af bioanalytiker. Hæmolyse er et tegn på dårlig prøvetagning, som medfører at prøvematerialet ikke eller kun i begrænset omfang kan anvendes til analysering.

Konklusion: *Kvaliteten må overordnet vurderes som dårlig /uacceptabel*

Kapacitet:

Ifølge samarbejdsaftale angives er kapacitet på mellem 21 og 27 blodprøver/uge.

På 13 måneder er der taget 1108 blodprøver svarende til 20 blodprøver pr. uge.

Konklusion: *Kapaciteten er kun delvis opfyldt.*

Rekvirenttilfredshed:

I forbindelse med Klinisk Biokemisk afdelings skriftlige rekvirentundersøgelse blandt alment praktiserende læger har 14 % af de praktiserende læger uopfordret kritiseret nuværende mobil blodprøvetagnings-ordning:

Konklusion: *Vurderes generelt utilfredsstillende, besværlig med lange ventetider (op til 4 uger) og krav om udvidelse af ordningen og genetablering af tidligere ordning. Ordningen bruges ikke til patienter, der er vanskelige at stikke.*

Økonomi:

Driftsudgifterne til Falck og Klinisk Biokemisk afdeling har i 2014 været ca. 700.000,- kr. svarende til ca. 630 kr. pr. blodprøvetagning.

Konklusion: *Prisen pr. blodprøvetagning er 5 - 6 gange højere end den tidligere mobile blodprøvetagningsordning udgående fra Klinisk Biokemisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.*

Mobil blodprøvetagning i Region Nordjylland, Aalborg og Vesthimmerland kommune – Alternativ model

En alternativ model kunne være at Klinisk Biokemisk afdeling, Aalborg Universitetshospital varetog hele funktionen. Denne service ville være på linje med, hvad der tilbydes i andre regioner i Danmark.

Administrativt:

Arbejdsgange vil forenkles og antallet af fejl vil falde betydeligt, når der kun er en enhed, som har ansvaret.

Uddannelse og kompetence:

Kan opfyldes uden problemer, da opgaven vil blive varetaget af en bioanalytiker eller laborant. Blodprøvetagning som kræver special erfaring, for eksempel på børn, onkologiske-, dialyse- og psykiatriske patienter, ville også kunne varetages.

Kvalitet:

Forventes at være på linje med, hvad der ses i stationært ambulatorium

Kapacitet:

Målgruppen for mobil blodprøvetagning er tidligere skønnet til omkring 5 % af befolkningsgrundlaget, hvilket i Aalborg og Vesthimmerland kommune svarer til 12.200 patientkontakter pr. år. Det er forventeligt at behovet vil stige, efterhånden som patienter udskrives tidligere og tidligere.

Der er desuden et udpræget ønske fra kliniske ambulatorier på Aalborg Universitetshospital om, at stationær blodprøvetagning kan konverteres til mobil blodprøvetagning.

Udvidet aktivitet:

Umiddelbart: Udover blodprøvetagning med flere specialanalyser, kan der også udføres mobilt ekg (elektrokardiogram).

På sigt: Ordningen ville på sigt kunne tilbyde den, i forhold til den danske kvalitetsmodel, krævede kvalitetssikring af analyseudstyr, som for eksempel benyttes på plejehjem. En praksis som i dag udøves på analyseudstyr, som står hos de praktiserende læger.

En anden udvidelsesmulighed ville være at tilbyde mobil analysering på POCT udstyr, blandt andet måling af INR og Glukose.