



Grenaa d. 17. maj 2010

Att.
Samtlige Regionspolitikere.

Personalet på Regionshospitalet Grenaa har d.d. af Sygehusledelsen modtaget orientering om forslag til strukturbesparelser i Region MIDT 2011- udarbejdet af regionens embedsmænd.

Behandlersygeplejerskerne – ser med bekymring på forslaget om at fjerne læge på akutklinikken, således at akutklinikken fremover vil være sygeplejebetjent.

Vi må fraråde denne prioritering, idet lægetilstedeværelsen i mange situationer er en forudsætning for et smidigt, kvalificeret patientforløb.

Mange patienter både visiterede såvel som ikke visiterede, skal vurderes af læge der er tilstede- **som eksempel uddrag af en aftenvagt en søndag i maj 2010:**

- Ung pige faldet ned af trampolin: symptomer på hjernerystelse med uens pupiller -> der ringes 112 , læge bilen er på Mols og kan ikke komme. Patienten gøres klar til transport, overflyttes til Randers til akut CT-scanning.
- Ung mand kollideret med modspiller under fodboldkamp: stjerneformet flænge i panden -> en lægeopgave at sy denne flænge.
- Midaldrende mand har fået hø hånd i træfræser: to fingre kraftigt beskadiget -> der tages røntgen, lægen på akutklinikken vurderer billederne, bagvagten i Randers har travlt på operationsafdelingen kan ikke træffes telefonisk. Lægen på akutklinikken amputerer bla. det yderste led på den ene finger. Der opsættes antibiotika intravenøst (i blodbanen).
- Midaldrende mand tidligere opereret i den ene fod: der er nu betændelse og voldsomme smerter -> der opsættes antibiotika intravenøst, gives smertestillende, og patienten indlægges i Randers til videre behandling.

Disse patienter krævede alle lægetilstedeværelse. Der blev hurtigt etableret behandling og lagt plan for hver enkelt patient, som er tilgængelig via EPJ for personalet i Randers, smidigt og effektivt og fagligt ansvarlig.

Det er **IKKE** løsningen med telefonisk backup og telemedicin idet:

- Det vil give en kvalitets og serviceforringelse for patienterne, tilfredsheden vil dale- og den er meget høj i dag.
- En telefon kontakt kan være svær at etablere – travlhed osv. i Randers.

- Mange patienter vil blive flyttet til Randers unødigt - med øgede transportudgifter til følge.
- Der vil komme øget belastning på Skadestuen i Randers hvor der i forvejen er travlt.
- Mange funktioner som behandlersygeplejersken varetager i Grenaa – vil ikke være mulige fremover, idet det er samspillet med lægen der danner muligheden.
- Erfaringer fra andre sygehuse i tidligere Aarhus amt/Region MIDT hvor man har fjernet lægen fra akutklinikken taler sit tydelige sprog- enten er de lukkede eller på vej til at lukke: det fungerer ikke tilfredsstillende uden læge. Så man må være forberedt på at en sygeplejebetjent akutklinik vil være et væsentligt anderledes koncept.
- Erfaringerne viser at er døren åben, så kommer de alle patientgrupperne på akutklinikken, patienterne kan jo ikke finde ud af hvad vi kan tilbyde af faglighed.
- **Det handler også om arbejdsmiljø, Region MIDT er stolte af akutklinikken i Grenaa, vi er blevet fremhævet når Region MIDT skulle promovere behandlersygeplejen overfor andre. Vi har været med på seminarer og holdt foredrag – fordi netop i Grenaa er det lykkedes at implementere det koncept der hedder behandlersygeplejersker. Og nu lægger embedsmændene op til at lukke en af deres egne succeshistorier, vi forstår det ikke.**
- Beredskab koster – det gør kvalitet også - og vi vil fortsat gerne yde den bedste kvalitet til vores patienter her på akutklinikken i Grenaa, derfor foreslår vi:

En akutklinik med både læge og behandlersygeplejerske i hele åbningstiden, samt fortsat Skadeambulatorium i dag tiden, etablering af ambulatorium funktion sent eftermiddag/først aften således at lægetilstedeværelsen udnyttes, og gavner flest mulige patienter.

Støt nu op omkring det der fungerer – også i "Udkants Danmark"

Med venlig hilsen
Behandlersygeplejerske Akutklinikken Grenaa

Anne Lise Blume.
Lisbeth Lyng.
Ellen Dolmer.
Lotte Bjerre.
Lena Brem.
Mette Kirk

7

Fra: Michael Kjeldager Tjørnild

Sendt: 16. maj 2010 21:02

Til: Aleksander Aagaard; Anders Kühnau; Anders Primdahl Vistisen; Andreas Frost Steenberg; Anne V. Kristensen; Bent Hansen; Bente Margrethe Nielsen; Bjarne Schmidt Nielsen; Carl Johan Rasmussen; Conny Jensen; Erik Vinther; Fatma Øktem; Flemming Knudsen; Gert Schou; Harry Jensen; Henning Gjellerod; Henrik Fjeldgaard; debat@mja.dk; Henrik Gottlieb Hansen; Jacob Isøe Klærke; Jette Skive; John G. Christensen; John Thorsø; Jørgen Nørby; Jørgen Winther; Laila Munk Sørensen; Leif Hornshøj; Leif Lund; Marianne Carøe; Mette Rohde Terp; Mette Valbjørn; Michael Thomsen; Niels Callesøe; Olav Nørgaard; Ove Nørholm; Poul Andreas Christensen; Poul Müller; Susanne Helene Buch Nielsen; Susanne Benedikte Gaarde; Ulla Diderichsen; Vagn Skovdal Larsen

Cc: Lars Dahl Pedersen; Anne Søndergaard Just; Lisbeth Kallestrup; Søren Søndergaard Mikkelsen

Emne: Åbent brev til regionspolitikere

Kære regionspolitikere

Jeg skriver til jer som læge og fællestillidsmand for Yngre Læger på Regionshospitalet Silkeborg.

Vi er på sygehuset meget bekymrede omkring Region Midts sparekatalog.

Grønthøsterbesparelserne er ubehagelige, men dem må sygehuset klare i solidaritet med alle andre enheder - det er hårdt, men ens for alle. Derimod er de varslede strukturelle besparelser en trussel mod hele sygehusets mulighed for at fungere optimalt til gavn for borgerne i vores optageområde på lidt længere sigt.

Jeg tænker specielt på risikoen for lukning af fødeafdelingen og gynækologisk/obstetrisk afdeling.

Fødeafdelingen er særdeles velfungerende og kendt for at gå nye og innovative veje i tilbuddet til de gravide.

Silkeborg-modellen med 1/2 sygeplejerskebemanning og 1/2 jordemoderbemanning på fødegangen er meget, meget velfungerende og en inspiration for andre fødegange.

Der tilbydes forløb med "kendt jordemoder" - et koncept, som er enestående for Silkeborg og Hjørring.

Som det første sted i landet er indført kurser for overvægtige gravide, hvilket har inspireret kolleger i hele Norden.

De nybågede mødre tilbydes efterfødselsforløb med ambulante muligheder 7 dage om ugen, hvilket er enestående i Danmark.

Der er opstartet tilbud om eftersyn af brystninger opstået under fødslen.

Udover den fremragende (i al ubeskedenhed) service, som afdelingens personale tilbyder de fødende i området er den gynækologiske afdeling en meget vigtig samarbejdspartner for medicinsk afdeling i udredningen af "okkult cancer" - kræft uden kendt primær fokus.

Endnu en problematik, som jeg godt ved ikke har ret mange politikeres interesse, men alligevel. Hvis fødegangen og gynækologisk/obstetrisk afdeling lukker, bliver der med al sandsynlighed skruet kraftigt ned for akutberedskabet fra narkoseafdelingen. Det ødelægger muligheden for uddannelsesstillinger for yngre læger, der gerne vil være narkoselæger. Det bliver umuligt at opnå de kompetencer, som Sundhedsstyrelsen forudsætter.

Jeg er selv ansat på ortopædkirurgisk afdeling, som er ekstremt velfungerende og flere gange præmieret for sin høje effektivitet. Vi har brug for en narkoseafdeling, der kan bedøve vores patienter - også efter kl. 16. Hvis ikke den service beholdes, kan vi heller ikke fastholde uddannelses tilbuddet til de yngre læger i hele uddannelsen til speciallæge. Det er et kæmpe problem, som politisk er en biting, men det er det bare ikke for de rigtig mange læger, som gerne vil tage en uddannelse på et af landets bedst fungerende hospitaler.

Udover vores gode uddannelsesmiljø er vi effektive i forhold til at beholde behandlinger i offentligt regi. Vi kan være med til at hente nogen af de adskillige millioner skattekrone tilbage, som årligt fosser ud i det private.

Det er ikke lykken med udelukkende kæmpesygehuse - mange mindre sygehuse er effektive og gode til de behandlinger, som fylder mest. Alt det superspecielle må de gerne få i Skejby, men vi bør være der for borgerne i Silkeborg og de rigtig mange patienter, som rejser hertil fra hele landet for at modtage en behandling af høj faglig og servicemæssig kvalitet. Strukturelle besparelser i Silkeborg gavner ikke vores mulighed for at løse denne vigtige opgave for det offentlige sundhedsvæsen.

På vegne af Yngre Læger på Regionshospitalet Silkeborg.

Michael Tjørnild
Læge, PhD-studerende
Fællestillidsrepræsentant for Yngre Læger
Formand for Yngre Lægerådet

Michael Tjørnild
Læge, PhD-studerende
Ortopædkirurgisk afdeling
Regionshospitalet Silkeborg
DK-8600 Silkeborg
Mobil: +45-2074 3410

8

Til alle i Regionsrådet.
Til alle i HMU.

Ringkøbing, den 16. maj 2010.

Angående det nye sparekatalog med forslag om lukning af bl.a. Regionshospitalet Ringkøbing. Der er nok ikke så mange med motiv til at udtale sig på vore vegne. Derfor tillader jeg mig i al ydmyghed at adressere Jer, fordi jeg mener, at man måske gør regionen en bjørnetjeneste ved at lukke medicinsk afdeling på Regionshospitalet Ringkøbing (RRI). Udefra set ligger vi lige til højrebenet, men det kan være en boomerang man sparker til.

Fordi:

- 1) : Man kan ikke forvente at klare sig med 10 senge mindre, når man ved hvad vi yder billigt og effektivt i 20 senge.
- 2) : Der ingen bøvl på RRI i Hospitalsenheden Vest.
- 3) : En erstatning med en sygeplejerske (helt alene hjemme) i akutklinikken, kan næppe kaldes 'bevarende'.
- 4) : Vi støtter fuldt ud at et supersygehus snart kommer op at stå.

Ad 1.

Gennem de sidste 5 år har vi med såkaldte dagmedicinske afdelinger reduceret antallet af **indlæggelser** til det absolutte minimum, til stadighed presset af overbelægningerne i afdelingerne. For 1½ år siden startede ASA (akut senge afsnit) i Herning, for hurtigt at vurdere og visiterer (triagere) patienterne til fortsat indlæggelse eller udskrivelse.

Den centrale visitationsenhed i **Herning visiterer** patienterne til de 3 regionshospitalet efter sygdomsbillede og ikke efter geografisk herkomst, så nærhedsprincippet har ikke meget at sige i dagligdagen, hvor en del patienter føler sig deporterede til RRI, men kun indtil de lige har lært at kende os. Men vi tager selvfølgelig kampen om, at de selv skal betale for returbilletten. Således visiteres ca. 1/3 af vores patienter via visitationsenheden til direkte akut indlæggelse i dagtiden fra hele HEV-området.

Overflytning af allerede indlagte patienter fra især Herning men også Holstebro, sker på baggrund af akutlægens vurdering i ASA. Det vil sige, at patienter med udsigt til længere forløb eller mange komplicerede samtidige lidelser, eller høj alder med stort plejebæhov er oplagte patienter at overflytte, fordi man måske i Herning forestiller sig at et 'lille hyggeligt sygehus' har bedre tid og normering samt véd at sygehuslæger er gode til blandede bolcher (eksempelvis: en sukkersygepatient med højt blodtryk og deraf følgende hjertesvækkelse, kompliceret af åreforkalkning, svage nyrer og nu urinvejsinfektion med svækket immunforsvar og derfor også lungebetændelse oven i rygerlungerne og uforklaret leverpåvirkning).

At tro, som der bliver påstået, at vi kun færdigbehandler allerede afklarede patienter på RRI passer ikke med virkeligheden. At tro at sygdom kan aflæses i et splitsekunds analyse af en akutlæge – det ville være rart for alle og systemet. Men sygdomsforløb og –udvikling bidrager ganske væsentlig til diagnostisk og behandlingsmæssig justering.

Men det er os der har ansættelsesstop og lav normering. Men samtidig har vi et erfarent, fagligt **veluddannet og engageret personale** med arbejdsglæde og -stolthed, og i øvrigt det samme personale som for kun 1½ år siden var i en akutmodtagende medicinsk afdeling. Og vi kunne og kan være os selv bekendt. Der er nemlig ingen gemmesteder på et lille sted i et lille samfund. Vi er også **fagligt anerkendt** i såvel Herning som Skejby. Vi er således en afdeling med et personale med erfaring fra tidligere uselekteret akutmodtagelse.

Så **liggetiden** på RRI på 5,3 dage sammenlignet med Hernings 2,9 (tidligere var den ens) forklares af den type patienter vi aktuelt tager os af. Netop vi har erfaringen til at undgå spildtid i behandlings- og udredningsforløbet og foregribe kritisk udvikling. Det er her **effektiviseringen** ligger i dagligdagen på en medicinsk afdeling. Og ligesom alle andre steder bliver patienter på RRI udskrevet så snart den hospitalskrævende behandling er overstået. Belægningsprocenten er på 110 til 112 %. Jeg tror at vi har nået 'breaking point' hvad angår medicinsk sengetal i aktuelle struktur.

Og medicinsk afdelingsledelse er forundret over at vores kvalificerede personale ikke allerede har søgt arbejde mere centralt. Det plejer da at være sådan, at sygehuse kan lukke sig selv. Men vi har **bevaret arbejdsglæden** (læs: engagement og samarbejde med faglighed som forudsætning) og vi er bekymrede for at komme ind i mere kaotiske og mindre velsammentømrede sammenhænge med flere etiske dilemmaer og højere risiko for ansvarspådragende fejl. Arbejdstilbud har vi nok af, men vi tror at vi gør patienterne og regionen størst nytte ved at blive.

Konklusion:

Erfaringer fra andre tidligere lukninger af mindre sygehuse, hvor indlæggelsesbehovet blev reduceret pga. 'tilgængeligheden', kan være meget vanskelig at få øje på i henhold til ovenstående scenarium. Så at tro at indlæggelsesbehovet, som forudsat i spareforslaget, ved lukning af RRI vil reduceres fra 20 til 10 senge er meget vanskeligt for os at få øje på indefra. Vi kunne tro at det ville stige i stedet for og væsentlig forværre den allerede eksisterende omkostning, pladsproblematik og personalemangel. Og hvorfor lukke noget velkørende og i sammenligning med resten af regionen på forhånd billigt.

Vi er den billigste del i den billige ende.

Det er jo sådan nogen som os I gerne vil have.

Der er måske en grund til at vi stadigvæk er her. Og det er måske også derfor at det ikke var os, men medicinsk afdeling i Tarm og Lemvig der tidligere blev lukket ned. Sagt i al ydmyghed og respekt.

Ad 2: Der er ingen bøvl....

Vi har lavt sygefravær og passer vores arbejde.

I den aktuelle struktur i HEV med mange nyskabelser, meget vekslende arbejdsbelastning og stadig indarbejdelse af rutiner, opholder der sig patienter som oplever forsinkelser og stresset personale, der kan bidrage til mistillid og deraf følgende tidsspilde, og hvor der stadig kan opstå store huller i nettet omkring patienterne. Alvorlig udvikling i sygdom kan overses eller behandles med uheldig endda skæbnesvanger forsinkelse. På RRI har vi overskuelig struktur, rutineret personale, letforståelig fleksibilitet ved spidsbelastninger, enkel og direkte ansvarsfordeling og enkel kommunikation til at sikre **kvaliteten i dagligdagen**.

Og vi er opmærksomme på at hver gang en patient flyttes gentages en del af arbejdet med modtagelse samtidig med at vigtig information om observationer kan gå tabt. Kontinuitet i kraft af **god kommunikation med samarbejdspartnere** er her en hjørnesten.

Ad 3: Akutklinik...

Det er ikke lige min spidskompetence, men Akutklinik er et dejligt ord. Det dækker over én sygeplejerske helt alene hjemme i Ringkøbing (resten er væk), men med 'backup' fra akutmodtagelsens læge i Herning. Sygeplejersken alene skal vurdere skadestue-patienter og være den der kan viderevisitere patienter der henvender sig akut. Måske give blod og væske. Når sommerens turister ser skiltet, kan det måske give anledning til overskruede forventninger og misforståelser. Hvem ville ikke i nød tage chancen for at få hurtig hjælp.

Sygeplejersken skal selvfølgelig opgraderes m. h. p. kvalifikationer til at tage og vurdere røntgenbilleder og vurdere evt. behov for blodprøvetagning og tage prøverne. Kan den model ikke også bruges i Århus? Så var besparelsen måske tilsvarende større. Nej, for så ville der blive råbt skældsord som 'kvalitet' og 'kompetence'. Hvem tænker på den stakkels sygeplejerske? At konstruktionen er indført andre steder er ikke nødvendigvis en godkendelse/blåstempling eller en kvalitet i sig selv.

Ad 4:

Vi er fire sygehuslæger på RRI, én på 56 år og 3 på 60 år. Og vi bliver så længe RRI står (om muligt for os). Vores ikke vagtbærende kardiolog flyttes heltids til Herning lige efter sommerferien. Han blev ansat for få år siden så kardiologisk selskab kunne acceptere den fortsatte akutte modtagelse af hjertepatienter. Det ophørte med etableringen af ASA, central visitation og centraliseringen af kardiologien i Herning.

Som konstruktion er det ikke muligt i fremtiden at bevare RRI i sin nuværende form, og det er alle ansatte bevidste om. Derfor er det ikke svært for personalet at vente på og se en fremtid med og på et supersygehus.

Jeg tænker, at afstand til et sygehus er samlet set en lille risiko, kompliceret struktur måske en større risiko. Udkantsproblematik indeholder så meget andet. Hvis der opstår for meget kaos omkring den aktuelle struktur i HEV og deraf måske yderligere personalemangel, kunne det blive sværere og dyrere at få startet et supersygehus godt op.

Med venlig hilsen

Sygehuslæge
Svend Vilsgaard
Medicinsk Afdeling
Regionshospitalet Ringkøbing.

9

Fra: Dorthe Granslev Rafn
Sendt: 20. maj 2010 10:29
Til: Regionsråd (Alle ansatte)
Emne: Kommentarer til besparelsesforslag budget 2011
Prioritet: Høj

Kære Regionsrådsmedlemmer
Jeg har vedhæftet et brev med mine kommentarer til besparelsesforslag for budget 2011
Jeg håber I vil overveje meget kraftigt hvilke konsekvenser det vil medføre

Venlig hilsen
Dorthe Granslev Rafn

Afdelingssygeplejerske
Sengeafsnit Grenå
Regionshospitalet Grenå
Sygehusvej 6
8500 Grenå
tlf. 8958 5717
fax. 8958 5718
email: dortrafn@rm.dk

19. maj 2010

**Til medlemmerne af Regionsrådet
Region Midtjylland.**

Kommentar til forslag til strukturbesparelser i Region MIDT 2011.

Personalet er d. 17. maj 2010 blevet orienteret om forslaget til besparelsesplaner i Region Midt af Hospitalsledelsen Regionshospitalet Randers/Grenaa, hvori det fremgår at sengeafsnittet skal lukke og dermed også 16 senge.

Jeg kan, som afdelingssygeplejerske for sengeafsnittet, kun fremsætte min bekymring for vores patienters fremtidige behandlingstilbud, i det at patienterne jo ikke bare forsvinder, de er der jo!! De har brug for behandling i deres nærmiljø, hvor de kan modtage besøg fra deres pårørende, således at deres helingsproces fremmes. Vi behandler jo ikke kun "et brækket ben"/"en infektion". Nej vi behandler det HELE MENNESKE.

Vores patienter er ikke kun ældre plejehjemsbeboer. Nej vi spænder fra alderen 17-102 år. Vi har også plads til de yngre, som gerne vil have deres kammerater og/eller mindreårige børn på besøg. Vi har flere eksempler på patienter med kræftsygdom, som ikke kunne komme på Hospice pga. manglende plads eller at de ikke opfyldte kriterierne??? Men vi har passet disse patienter og inddraget familie/pårørende i den svære proces "at leve med kræft" Deres skoleaktive børn har kunnet besøge mor/far i frikvartererne/efter skole/efter fritidsaktivitet - ja, små hyppige besøg hver dag - hele ugen. Kontra besøg i Randers/Århus, hvor der skal bruges flere timers transport frem og tilbage og kun 1 besøg om dagen ellers slet ikke.

Vi har flere med åben indlæggelse, hvor vi har hjulpet med at behandle en forstoppelse, som er fremkommet af bivirkninger af medicin, eller givet I/V væske (intravenøs væske)behandling pga. manglende evne til at optage tilstrækkelig væske pga. sygdom - såkaldte korttarmssyndrom, som ellers behandles på Rigshospitalet på Sjælland.

Patienter indlægges også til blodtransfusioner, de er ikke kun ambulante, mange af de ældre kan ikke tåle at få blodtransfusioner for hurtigt pga. deres hjertefunktion og de har ofte brug for overnatning samt hjælp til personlig pleje, hjælp til måltider.

Ligeledes må vi ikke glemme vores patienter fra Anholt, de kan ikke bare lige tage hjem, da færgen kun sejler få dage om ugen. De har benyttet sengeafsnittet som base, i mens de har fået deres kemobehandling eller imellem deres udredningsbesøg på div. Ambulatorier afhængig af speciale.

Sidst og ikke mindst må vi ikke glemme Regionens forpligtelse for uddannelse. Vi har forårs- og efterårshold med to social- og sundhedsassistentelever samt to modul 1 sygeplejestuderende, to modul 4 sygeplejestuderende. Her er fokus netop den grundlæggende sygepleje, hvilket vi kan mønstre i rigt mål. Feedbacken er altid, at det er en spændende afdeling at være elev/studerende på og at perioden er meget lærerig for deres senere forløb i studiet. Derfor var vi også stolte og glade, da vi fik tildelt to modul 11 sygeplejestuderende (sidste års sygeplejestuderende) er i 2010, da vi jo netop også har den komplekse patient, ja krydspatienten, som jo så flot er i fokus. Hvem skal overtage disse studiepladser? Vores samarbejdende afdelinger har jo i forvejen pres på, pga. de øgede antal studiepladser som er blevet tildelt.

Til sidst en undren:

Vores patienter har som grundregel en diagnose og en behandlingsplan, før de overflyttes til os efter visitation af personalet på Regionshospitalet Randers til færdigbehandling, planlægning af udskrivelse til hjemmet eller andet, hos os.

Vi har flere eksempler på at personalet på Regionshospitalet Randers ikke altid ved, hvad vi faktisk kan i Grenaa, "jamen kan I tage blodprøver?" JA det kan vi. "skal I have journalen med?" JA det skal vi/vi har fælles EPJ. Patienter og pårørende fortælle ofte om, at de vitterlig skulle kæmpe for at komme til Grenaa.

Vi som personale har ingen indflydelse på, hvem, hvad og hvor mange, der visiteres/kunne være visiteret til os. Vi har daglig kontakt til vores medicinske akutte modtageafdeling, om hvor mange ledige pladser vi har/får, men det er slående, at hver gang jeg har været til møde med de forskellige funktionsleder/afdelingssygeplejerske/oversygeplejersker og giver udtryk for, at vi har ledige pladser, så har vi en fyldt afdeling. Vi er AFHÆNGIGE af at der visiteres patienter til os dagligt og på lige fod med afdelinger i Randers.

Hvilke konsekvenser får det for antallet af arbejdspladser her på Djursland? Vi er i forvejen meget hårdt presset med arbejdsløshed samt vanskeligt at få tiltrukket tilflytter til området, da det jo ikke er attraktivt at bo i et udkantsområde. Vi er en del af Danmark som er socialt hårdt ramt i forvejen med en skævfordeling af demografien. Hvad vil I gøre ved det?

Venlig hilsen

Dorthe Granslev Rafn
Afdelingssygeplejerske
Sengeafsnit Grenaa
Regionshospitalet Randers/Grenaa

10

Fra: Birthe Mossin

Sendt: 20. maj 2010 13:02

Til: Aleksander Aagaard; Anders Kühnau; Anders Primdahl Vistisen; 'andreas.steenberg@rr.dk'; Anne V. Kristensen; Bent Hansen; Bente Margrethe Nielsen; Bjarne Schmidt Nielsen; Carl Johan Rasmussen; Conny Jensen; Erik Vinther; Fatma Øktem; Flemming Knudsen; Gert Schou; Harry Jensen; Henning Gjellerod; 'henrik.fjeldgaard@rr.em.dk'; Henrik Gottlieb Hansen; Jacob Isøe Klærke; Jette Skive; John G. Christensen

Emne: konsekvenser af at nedlægge føde-og gynækologisk afdeling i Silkeborg

Mvh Birthe Mossin

Næstformand i HMU

FTR for sygeplejerskerne på

RSI og RHN

De foreslåede besparelser i Region Midtjylland rammer Regionshospitalet Silkeborg hårdt

I det fremlagte besparelsesforslag for Region Midtjylland er der peget på nedlæggelse af fødeafdelingen og gynækologisk afdeling i Silkeborg.

Det er med stor bekymring vi i personalegruppen har modtaget udkast til besparelser hvor det fremgår, at der peges på en nedlæggelse af fødeafdelingen og den gynækologiske afdeling i Silkeborg.

Under dannelse af akutplanen for RM blev Silkeborg udpeget til at udvikle fremtidens hospital, benævnt "Center of Excellent". Personalet gik aktivt og positivt ind i arbejdet fordi vi kunne se en spændende fremtid, hvor vi kunne, kvag vores innovative og kreative måde at arbejde på medvirke til at skabe fremtidens hospital med gode patientforløb der samtidig kan nedbringe ligge tiden til gavn for både patienter, RM og hele det danske sundhedsvæsen.

For at det skal lykkes er det en forudsætning, at vi bl.a. er et godt uddannelsessted for en række faggrupper – det er ganske enkelt vores fødekæde.

At have en fødeafdeling kan ikke ses som en isoleret afdeling. Den betyder at der skal være et beredskab på narkoseafdelingen til at tage sig af nyfødte dårlige børn og akut kejsersnit.

Beredskabet på narkoseafdelingen tager sig også af dårlige patienter på alle øvrige afdelinger og indgår i beredskabet på intensiv afdeling.

Der er altså tale om et velsmurt tandhjul hvor vi som personale kunne se et perspektiv i at medvirke til at udvikle patientforløb der rækker ind i fremtiden og som er interessante for RM og hele det danske sundhedsvæsen og vi har en tro på det kan lade sig gøre

Det forslag om besparelser der nu er fremlagt ændrer ved hele tandhjulet og piller indtil flere tænder ud. Det fjerner ikke blot en meget velfungerende føde og gynækologisk afdeling, det vil ændre på uddannelsestilbuddet med konsekvens for hele RM i det bl. a. yngre læger søger her til pga vores gode uddannelsesforløb.

Det vil også ændre vores tro på at RSI har en fremtrædende rolle i fremtiden i det danske sundhedsvæsen.

Det skal være mit budskab til politikerne, at den beslutning i står over for, ikke blot fjerner en meget velfungerende føde og gynækologiske afdeling, det er en beslutning om i fortsat mener der skal være eksperimenterende hospital kaldet Center of Excellent i RM.

11

Fra: Ulla Margrethe Kruse Andersen
Sendt: 20. maj 2010 20:25
Til: Bent Hansen
Emne: Kommentar til strukturbesparelser

Kære politiker.

På Sengeafsnittet, Regionshospital Grenaa er vi selvfølgelig bekymrede over, at Region MIDT's forslag til strukturbesparelser indeholder en lukning af sengeafsnittet. Vi har drøftet det i personalegruppen og fremsat vedhæftede kommentar, som vi håber, De vil finde tid til at læse og tage med i Deres overvejelser, før endelige afgørelser træffes.

Med venlig hilsen

På vegne af personalet

Sygeplejerske Ulla Kruse Andersen.

<Ulla.Kruse.Andersen@randers.rm.dk>

Kommentar til forslag til strukturbesparelser i Region MIDT 2011.

Med beklagelse har vi konstateret, at forslaget bl.a. indeholder lukning af Sengeafsnittet på Regionshospital Grenaa. Til erstatning for de nedlagte 16 sengepladser i Grenaa foreslås etablering af 8 nye sengepladser på Regionshospital Randers.

Vi er fuldt ud klar over, at kommunerne har ansvaret for borgerne, så snart patienterne er færdigbehandlet i hospitalsregi, at regionen tilstræber at undgå indlæggelser af patienter med kroniske sygdomme, såfremt en indlæggelse ville skyldes patientens kroniske sygdom, og at der satses på at omlægge så megen behandling som muligt til ambulante regi.

MEN, der er patienter (såvel ældre som yngre) som – efter en diagnose er stillet og behandling er påbegyndt, evt. operation udført – har brug for yderligere nogle dages indlæggelse i hospitalsregi m.h.p. observation, videreførelse af påbegyndt behandling, pleje, omsorg og planlægning af udskrivelse. Denne fase kan med fordel foregå i patienternes nærmiljø på et lokalt sygehus / Sundhedscenter, som rummer et sengeafsnit. Dette indebærer nemlig mulighed for hyppigere besøg af pårørende, hvilket er en fremmede faktor for patienternes helbredelse / mestring af egen sygdom – og dermed en fremmede faktor for det gode patientforløb.

Specielt vil vi nævne kræftpatienter, som ofte ikke orker lange besøg, men gerne små, hyppige besøg flere gange om dagen (f.eks af børn på vej til og fra skole eller arbejde).

En lukning af sengeafsnittet i Grenaa vil også indebære, at terminale patienter fratages muligheden for ”Åben Indlæggelse” i nærmiljøet, noget som mange patienter og pårørende føler stor tryghed ved og værdsætter højt.

Patienter til blodtransfusion møder nu direkte på sengeafsnittet. En del af disse har behov for at overnatte, da den planlagte blodtransfusion i visse tilfælde må foregå over 2 dage. Vi synes derfor, det er problematisk, at denne funktion planlægges at foregå ambulante.

Patienter fra Anholt vil også blive særligt berørt af en lukning af sengeafsnittet i Grenaa, hvor de hidtil har kunnet være indlagt i forbindelse med ambulante undersøgelser og behandlinger (f.eks. kemobehandling).

Tab af uddannelsespladser vil også blive en konsekvens af lukning af Sengeafsnittet i Grenaa (sengeafsnittet har nu social- og sundhedsassistenselever og sygeplejestuderende). Vi har mange forskellige patientkategorier og ofte har vores patienter flere forskellige diagnoser. Dette giver en enestående mulighed for ”mesterlære” i den basale og komplekse sygepleje, hvilket er et godt og vigtigt grundlag for at kunne fungere på de specialiserede afdelinger.

Med venlig hilsen – og forventning om, at I som politikere vil handle på baggrund af såvel jeres økonomiske som etiske ansvar

På vegne af personalet på Sengeafsnittet i Grenaa

Sygeplejerske Ulla Kruse Andersen.