

Notat om hørings svar  
til forslag til akutplan  
Region Midtjylland

17. september 2007

<b>1. HØRINGSSVAR GENERELT OM AKUTPLANEN OG PROCESSEN</b>	<b>4</b>
<b>2. HØRINGSSVAR OM FÆLLES AKUTMODTAGELSER</b>	<b>5</b>
Høringssvar der vedrører antallet af fælles akutmodtagelser	5
Høringssvar der vedrører placeringen af de fælles akutmodtagelser.	6
Hensyn til andre regioners hospitalsplaner	6
Indvendinger mod afstande og tid	7
Indvendinger mod begrundelse for forslaget til placering	7
Høringssvar om nybyggeri samt omfattende om- og tilbygning	8
Høringssvar om specialer, bemanning og faglig profil i de fælles akutmodtagelser	9
Høringssvar vedrørende konsekvenser af forslaget om de fem fælles akutmodtagelser.	11
Fremtiden for de hospitaler, hvorpå der ikke skal være fælles akutmodtagelse	12
Konsekvenser for den fremtidige rekruttering generelt til området.	13
Konsekvenser for den fremtidige uddannelsesmulighed for yngre læger og andet sundhedsfagligt personale	13
Konsekvenser for den fremtidige økonomi og kapacitet	14
Konsekvenser for kvaliteten i patientforløb	14
Konsekvenser for arbejdsmiljø og ansættelsesforhold	15
<b>3. HØRINGSSVAR OM MODTAGELSE AF AKUTTE PATIENTER PÅ HOSPITALER UDEN FÆLLES AKUTMODTAGELSE</b>	<b>15</b>
Overvejelser om kvaliteten i modtagelsen af akutte patienter på hospitaler uden fælles akutmodtagelse	15
Intensivafdelinger på hospitaler uden fælles akutmodtagelser	16
<b>4. HØRINGSSVAR OM AKUTKLINIKKER</b>	<b>16</b>
Forslaget om akutklinikker	17
Opgaver for akutklinikkerne	17
Forslag til bemanning i akutklinikker	17
Åbningstid	18
<b>5. HØRINGSSVAR OM DEN PRÆHOSPITALE INDSATS</b>	<b>18</b>
Generelt om forslaget til den præhospitale indsats	19
Antal/placering af lægebiler	19
Antallet/placeringen af akutbiler	19
Bemandingen af akutbil.	20
Uddannelse af ambulancereddere og personale i akutbiler	21
Helikopter	21
Baggrund for forslaget ikke korrekt	21
Konsekvenser for andre enheder i sundhedsvæsenet	22
Andet vedrørende den præhospitale indsats	22
<b>6. HØRINGSSVAR OM VISITATIONEN</b>	<b>23</b>
Høringssvar om enstrenget visitation	23

Høringssvar om organisering af visitationen	23
Høringssvar om tilgængelighed	24
Høringssvar om bemanning af visitationen	24
<b>7. ØVRIGE TEMAER:</b>	<b>24</b>

## **Notat om hørings svar til forslag til akutplan for Region Midtjylland**

Forslaget til akutplan for Region Midtjylland har været i høring i perioden 20. juni til 14. september 2007. Forslaget har været bredt i høring og er derudover blevet sendt direkte til en række parter (bilag med liste over parter, der har fået forslaget tilsendt). Region Midtjylland har ved høringsfristens udløb modtaget 168 hørings svar.

Der er endvidere modtaget følgende underskriftsindsamlinger:

- Som indvending mod forslaget til ændringerne i akutberedskabet i den vestlige del af regionen er der modtaget følgende underskriftsindsamlinger: Socialdemokraterne i Lemvig (100 underskrifter), Esther Jakobsen, Thyholm (30.708 underskrifter), Borgerforeningen Sdr. Nissum Fjand (ca. 135 underskrifter), Vemb Borger og Håndværkerforening (385 underskrifter) samt fra Monika Stabel Nielsen (ca. 300 underskrifter).
- Som indvending mod forslaget til ændringerne i akutberedskabet i Silkeborg er modtaget underskrifter fra Initiativgruppen til bevarelse af Regionshospitalet Silkeborg (24.536 underskrifter).
- Som indvending mod forslaget til ændringerne i akutberedskabet i Grenaa og på Djursland er modtaget underskrifter fra Idégruppen Grenaa v. Preben Mortensen og Jørgen Lund (6.419 underskrifter).

I dette notat opsummeres de problemstillinger og ændringsforslag, som er beskrevet i hørings svarene. Notatet er kun beskrivende og der tages således ikke stilling til, hvorledes hørings svarene skal indgå i den endelig akutplan for Region Midtjylland. Der henvises i parentes til hørings svarets nummer – jf. oversigt over indkomne hørings svar. Det bemærkes, at der er medtaget enkelte hørings svar, som er indkommet før høringsperioden. Baggrunden herfor er, at indlæggene er modtaget og kvitteret for tæt på den 20. juni, hvor forslaget blev sendt i høring. Det er meddelt de pågældende, at deres indlæg ville blive optaget som hørings svar med mindre de vendte tilbage herom.

Som led i høringsprocessen har der været afholdt 4 borgermøder. Der er udarbejdet sammendrag fra borgermøderne og disse indgår som led i beslutningsgrundlaget i den videre politiske proces.

Der har derudover som led i høringsprocessen været afholdt et café-seminar for omkring 100 medarbejdere fra hospitalerne. Der er udarbejdet rapport med hovedkonklusioner fra dagen. Rapporten vil indgå som led i beslutningsgrundlaget i den videre politiske proces.

I øvrigt bemærkes det, at Sundhedsstyrelsen i juni 2007 har afgivet deres foreløbige rådgivning i forhold til administrationens forslag til akutplan.

### **1. Hørings svar generelt om akutplanen og processen**

En del af de fremsendte hørings svar giver udtryk for generel opbakning til forslaget og/eller intentionerne bag forslaget (7, 19, 25, 44, 58, 60, 67, 69, 71, 77, 81, 84, 85, 90, 92, 93, 94, 104, 105, 107, 117, 120, 129, 130, 131, 133, 136, 146, 150, 159, 160, 164, 166). Det fremføres således blandt andet, at Region Midtjyllands forslag til akutplan er en udmærket første plan for det fremtidige akutberedskab og/eller at man er enig i intentionerne bag forslaget om, at kvaliteten for den akut syge patient skal højnes.

Der er imidlertid også en række høringssvar, der ser det fremlagte forslag til akutplan for Region Midtjylland som værende i modstrid dels med intentionerne bag forslaget (at højne kvaliteten for den akutte patient uanset tid og sted) (27, 41, 113, 142) og dels med ordlyden i Sundhedsloven ("let og lige adgang til sundhedsydelser") (20, 62, 63, 88, 110).

I nogle høringssvar påpeges mangler ved den proces, der har været ved udarbejdelsen af høringssvarene (3,39, 87). Der peges således på manglende medinddragelse af borgere og medarbejdere. Andre høringssvar opfordrer til at tillidsrepræsentanter og medarbejdere - samt ledere - nu inddrages i processen samt at der afsættes den fornødne tid til processen (19,42). Et generelt træk ved høringssvarene er, at de fagprofessionelle (specialeråd m.fl.) stiller sig til rådighed med yderligere oplysninger og yderligere rådgivning.

Af enkelte høringssvar fremgår en bekymring for, om man fra regionens side allerede har besluttet, hvordan akutstrukturen skal være. Dette anføres bl.a. i sammenhæng med en forundring over, at man kun har én model i høring og ikke har lagt flere modeller åbent op til høring (62, 63). Fra anden side gives udtryk for en bekymring for om der parallelt med beslutningen om akutstrukturen er blevet/bliver truffet beslutninger (f.eks. flytning af tyktarmskirurgi til Herning), som gør at akutstrukturen reelt også er besluttet (30). Desuden udtrykker flere, at det er vanskeligt at træffe beslutning om akutplanen uafhængigt af den overordnede specialeplan og/eller at akutplan og hospitalsplan bør ses i tæt sammenhæng (82, 84, 94, 105). Endelig peges der på, at akutmodtagelse i psykiatrien bør sammentænkes med akutmodtagelse i somatikken. Der peges på en manglende sammenhæng i planlægningen (148, 154, 155).

## **2. Høringssvar om fælles akutmodtagelser**

I forslaget til akutplan indgår det at der etableres 5 fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland, beliggende i Århus (Traumecenter), Viborg, Randers, Horsens og Herning.

Ift. dette forslag er der indkommet høringssvar der omhandler antallet af de fælles akutmodtagelser; placeringen af de fælles akutmodtagelser; forslag om nybyggeri/behov for om- eller tilbygninger samt konsekvenserne af forslaget.

### **Høringssvar der vedrører antallet af fælles akutmodtagelser**

I forhold til antallet af akutmodtagelser præsenteres der i høringssvarene to modsatrettede synspunkter.

Den overordnede tendens i høringssvarene, er at planen har for få akutmodtagelser (56, 59, 62, 63, 85, 128, 135). Nogle af høringssvarene påpeger således, at administrationen har set for firkantet på Sundhedsstyrelsens udmeldinger om befolkningsunderlaget for en fælles akutmodtagelse. Det foreslås her, at man ser bort fra anbefalingerne om optageområdet på mindst 200.000 for en fælles akutmodtagelse - og således kan bevare flere akutmodtagelser i Region Midtjylland eksempelvis akutmodtagelserne i Silkeborg og/eller Holstebro. Der henvises i den sammenhæng bl.a. til Region Nordjyllands akutstruktur, hvor der fastholdes en akutmodtagelse i Thisted med et befolkningsunderlag på 88.000 (59).

Nogle høringssvar fremhæver, at der ikke er dokumentation for, at mindst 200.000 borgere er optimalt for en akutfunktion (6, 63, 108, 126, 136, 143).

Et høringssvar fremhæver, at regionen bør overveje at placere et akuthospital i Holstebro i stedet for enten i Viborg, Randers eller Herning. Hermed vil det sikre en større geografisk spredning. Alternativt bør regionen overveje at oprette 6 akuthospitaler (159).

Modsat anføres i andre høringssvar, at 5 fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland er for mange. Det foreslås i stedet, at man etablerer færre store akutmodtagelser regionen, hvor man samler specialisterne. (47, 48, 127).

### **Høringssvar der vedrører placeringen af de fælles akutmodtagelser.**

Der er indkommet høringssvar, der vedrører placeringen af de fælles akutmodtagelser i forslaget til akutplanen.

Der fremføres i disse høringssvar forskellige argumenter for at forslaget til placering af de fælles akutmodtagelser, som det er fremsat, ikke er optimalt.

Nedenfor følger en gennemgang af de høringssvar der forholder sig til forslaget om placeringen af de fælles akutmodtagelser.

### ***Hensyn til andre regioners hospitalsplaner***

Overordnet er det anført, at den endelige akutplan for Region Midtjylland bør afstemmes med tilgrænsende regioner eller at der bør indgås aftaler om samarbejde om patientgrupper (19, 74, 87, 126, 134, 140, 141, 143, 150, 159, 163).

I nogle høringssvar fremføres, at man bør afvente Regions Syddanmarks placering af akutmodtagelserne – før man lægger sig fast på en placering af de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland. Det påpeges således, at der er uafklarede forhold omkring Region Syddanmarks placering af akutfunktionen i Vejle, hvilket forventes at påvirke både patient- og personalestrømmen i området. Placering af akutmodtagelse i Horsens er uhensigtsmæssigt, hvis Region Syddanmark placerer akutmodtagelse i Vejle (34, 73, 87). Det er desuden i denne sammenhæng anført, at det er et problem at man kun har lavet ét forslag til akutplan ud fra den antagelse, at Region Syddanmark ikke placerer akutmodtagelse i Vejle (34).

Der udtrykkes bekymring om, at Regionshospitalet Horsens' funktion som akuthospital påvirkes af Region Syddanmarks beslutning om at placere akutmodtagelse i Vejle (133).

Et høringssvar fremhæver, at beregningsgrundlaget for Regionshospitalet Horsens er for 'forsigtig', og at Regionshospitalet Horsens kan leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om befolkningsgrundlag uanset om Region Syddanmark placerer akuthospital i Vejle eller Kolding (150). Et andet høringssvar fremhæver, at befolkningsgrundlaget for Regionshospitalet Horsens på sigt vil være større end vurderet af administrationen (77, 129), mens et tredje høringssvar erklærer sig enig i det fremlagte datagrundlag og de fremlagte beregninger af befolkningsunderlaget (134).

I andre høringssvar påpeges det, at man i placeringen af akuthospitaler i Region Midtjylland skal tage højde for, at man har besluttet at bygge et nyt (akut) hospital i Region Nordjylland (Sygehus Himmerland). Et nyt hospital i Himmerland vil, ifølge indlægget, tiltrække patienter fra Region Midtjylland ligesom de patienter, som man regnede med ville komme til Region Midtjylland fra Region Nordjylland, ikke vil komme hertil. Det anføres derudover at speciallæger fra Region Midtjylland vil finde det attraktivt at arbejde på en ny visionær

arbejdsplads i Region Nordjylland (73). Ifølge høringsvaret skal man tage højde for disse udviklingsperspektiver, når man planlægger placeringen af akuthospitaler i Region Midtjylland.

### ***Indvendinger mod afstande og tid***

I mange høringsvar gøres indvendinger mod de forøgede afstande til akutmodtagelsen, som følge af det fremsatte forslag til akutplan for Region Midtjylland.

Særligt mange høringsvar anfører denne indvending i forbindelse med de foreslåede ændringer i den vestlige del af regionen (3, 11, 19, 21, 22, 23, 30, 34, 35, 39, 45, 57, 59, 62, 63, 64, 66, 68, 76, 78, 86, 88, 97, 108, 109, 110, 111, 113, 115, 118, 128, 135, 142, 159). Det fremføres i disse høringsvar, at forslaget om, at der ikke fortsat skal være akutmodtagelse af uvisiterede patienter på Regionshospitalet Holstebro, forringer akutbetjeningen i den nordvestjyske del af regionen. Det påpeges i mange høringsvar, at denne ændring i akutberedskabet giver en afstand på op til 100 km til nærmeste akuthospital. Der udtrykkes stor betænkelighed over denne afstand til en fælles akutmodtagelse, som man anfører, vil give utryghed for - og er uforsvarligt overfor - borgerne (og turisterne) i området. Specifikt fremgår en indvending over afstanden til fødeafdelingen, hvis fødeafdelingen lukker (29, 62). Endvidere er der store arbejdspladser i området, hvor der kan være behov for hurtig indsats i forbindelse med ulykker (135). Der peges således på, at akutfunktionen på Regionshospitalet Holstebro bør opretholdes.

Nogle af høringsvarene angiver eksempler på sygdomstilfælde eller henviser til at afstand/tid kan være fatal for behandlingen af og livstruende for den akutte patient (30, 63, 68, 128, 135, 142). Enkelte høringsvar henviser til en undersøgelse, som er offentliggjort i et medicinsk tidsskrift (Emergency Medicine Journal), som viser at jo længere tur patienter skal køre i ambulance, desto større risiko er der for, at der vil ske dødsfald. Undersøgelsen viser, ifølge dette høringsvar, at afstanden har stor betydning (59, 88)

Der anføres i nogle høringsvar den samme indvending over de øgede afstande til en fælles akutmodtagelse, som konsekvens af en ændring i akutfunktionen på Regionshospitalet Silkeborg (87, 70, 108, 144). Det anføres således her, at en omlægning af skadestue/modtagelse i Silkeborg til akutklinik vil give utryghed, og at den længere transporttid til skadestue vil blive problematisk og ubehagelig. Der peges således på, at Regionshospitalet Silkeborg fortsat bør have akutfunktion (70, 87, 108, 137, 140, 144). Det foreslås i et høringsvar, at Regionshospitalet Silkeborg fortsat udbygges som akuthospital, og at Regionshospitalet Horsens i stedet mister akutfunktion (87).

### ***Indvendinger mod begrundelse for forslaget til placering***

Det fremføres i høringsvarene, at det forslag der ligger til placering af de fælles akutmodtagelser i Region Midtjylland – særligt forslaget om at bevare akutfunktionen i Herning og ændre akutfunktionen i Holstebro - bygger på forkerte forudsætninger og vurderinger (3, 21, 39, 59, 63, 64, 88, 128, 142, 143).

Det fremføres således, at det ikke er korrekt, at Regionshospitalet Holstebro har dårligere rekrutteringsmuligheder end Regionshospitalet Herning (3, 21, 57, 62, 63). Ifølge høringsvarene er der ikke rekrutteringsproblemer til Regionshospitalet Holstebro, derimod er alle faste stillinger i lægesekretærgruppen besat, der er ikke rekrutteringsproblemer i plejegruppen og der er rekrutteret læger i 2006 inden for hæmatologi, nefrologi, lungemedicin/allergologi, kardiologi, Det foreslås, at man foretager en fornyet undersøgelse af rekrutteringssituationen på regionens hospitaler (75).

Et andet argument for forslaget til placering af fælles akutmodtagelse i Herning og ikke i Holstebro, er vurderingen af udbygningsmuligheden i Holstebro. Ifølge forslaget til akutplan for Region Midtjylland vurderes udbygningsmulighederne på Regionshospitalet Holstebro at være ringere end på Regionshospitalet Herning. Flere høringssvar påpeger, at denne vurdering ikke er korrekt (3, 39, 59, 63, 64, 128).

Flere høringssvar udtrykker uenighed i, at Regionshospitalet Silkeborg ikke fremadrettet skal være akutmodtagende hospital (56, 70, 87, 108, 144, 145). Der peges bl.a. på, at Regionshospitalet Silkeborg har de fornødne forudsætninger, herunder at hospitalet opfylder sundhedsstyrelsens krav til akutmodtagende hospitaler, at hospitalet har samtlige intern medicinske specialer; at hospitalet har en høj produktivitet; en høj patienttilfredshed; ingen rekrutteringsproblemer m.v.

## **Høringssvar om nybyggeri samt omfattende om- og tilbygning**

Ifølge forslaget til akutplan for Region Midtjylland skal der ikke – bortset fra Det Nye Universitetshospital i Århus - bygges nye hospitaler i regionen. Derimod skal 4 af de nuværende hospitaler i regionen ombygges, således at de kan rumme de fælles akutmodtagelser i regionen fremadrettet.

Flere høringssvar peger på, at der generelt er behov for nybygninger og/eller tilpasninger af eksisterende bygninger (19, 47, 73, 126, 127, 144, 145, 156, 163). Der argumenteres for, at investeringer i bygningsfaciliteter har et langsigtet perspektiv. Nybyggeri af store og sammenhængende enheder bør prioriteres højt i stedet for ombygninger eller tilbygninger af eksisterende hospitaler, der har karakter af lappeløsninger og som alligevel kræver ændringer inden for en overskuelig fremtid. Endvidere at nybyggeri giver bedre mulighed for at prioritere kvalitet, faglighed og arbejdsmiljø samt produktivitet og effektivitet.

I stedet for at satse på eksisterende hospitaler, som er placeret forkert, foreslås således at man bygger et eller flere nye hospitaler, som placeres hensigtsmæssigt i forhold til befolkningstæthed, adgangsforhold mm. Argumentet om at andre regioners nybyggeri tiltrækker borgere og personale fra Region Midtjylland anføres endvidere som argument for at der skal bygges nye hospitaler i Region Midtjylland (73).

Konkret er der flere høringssvar, der påpeger et behov for at bygge et nyt hospital, der kan erstatte de nuværende hospitaler i Holstebro og Herning (22, 23, 31, 34, 35, 62, 68, 88, 156). Som årsag til behovet for dette nybyggeri anføres bl.a. at de nuværende matrikler i Herning og Holstebro ikke kan rumme en samling af akutmodtagelsen.

Flere høringssvar tilføjer desuden til anbefalingen om et nyt hospital i den vestlige del af regionen, at hvis man beslutter sig for et helt nyt akuthospital til erstatning for Holstebro og Herning, er det nødvendigt, at de nuværende akutfunktioner opretholdes på de to hospitaler i byggeperioden (22, 35, 64, 68, 80, 86, 88, 111). Et andet høringssvar (156) peger på bygger af nyt hospital i Vest og fremhæver samtidig, at administrationens oplæg er for vidtgående i forhold til en eventuel overgangsperiode indtil et nyt hospital står klar. Der peges i stedet på to forskellige scenarier for overgangsperiode indtil et nyt hospital i vest er klar til ibrugtagning. Forslaget indebærer bygningsmæssige nyanlæg og tilpasninger (156 + bilag 2 til høringssvaret).

Der er endvidere høringssvar, der indeholder forslag om, at der skal bygges et nyt hospital mellem Silkeborg og Horsens (36, 73, 77, 140). Som argument herfor anføres bl.a., at de nuværende hospitaler i Silkeborg og Horsens ikke er tidssvarende og har dårlige tilkørselsforhold. Desuden at et nyt hospital mellem Silkeborg og Horsens vil give effektiv afskærmning af sygehus i Århus, idet patienter fra Silkeborg-området forventes at søge til

Århus, hvis man ikke bygger nyt hospital mellem Silkeborg og Horsens. Det frygtes hermed, at hospitalet i Århus bliver for stort – større end Sundhedsstyrelsens anbefaling om et befolkningsgrundlag på mellem 200.000 og 400.000 for en fælles akutmodtagelse.

Også i forhold til forslaget om et nybyggeri af et hospital mellem Silkeborg og Horsens anføres, at de nuværende hospitaler i Silkeborg og Horsens skal bevare deres nuværende akutfunktion (73) eller indgå i et ligeværdigt samarbejde indtil det nye hospital er bygget (140).

Et hørings svar fremhæver, at akutfunktionen i Horsens skal lukkes og der i stedet skal udbygges i Silkeborg, hvor akutfunktionen så bør fastholdes, samt at der bør bygges et nyt hospital mellem Holstebro og Herning (87).

Endelig er der hørings svar, der påpeger nødvendigheden af omfattende tilbygninger og ombygninger, såfremt forslaget til akutplan for Region Midtjylland skal gennemføres (105). Det er således anført, at i takt med at man lukker for akutmodtagelse i Skive, skal der tilvejebringes erstatnings-kvadratmetre i Viborg (38).

Endvidere anføres i forskellige hørings svar, at der er behov for gennemgribende renoveringer af nuværende hospitaler, hvis de skal fortsætte som akuthospitaler, samt at det er nødvendigt med optimering af tilkørselsforhold (73, 111).

### **Hørings svar om specialer, bemanning og faglig profil i de fælles akutmodtagelser**

Forslaget til akutplan for Region Midtjylland indeholder forslag om, hvilke specialer og faciliteter, der skal være repræsenteret på matrikler med fælles akutmodtagelse, samt hvilken faglig profil personalet i de fælles akutmodtagelser skal have.

Der er indkommet følgende hørings svar om specialetilstedeværelsen – samt vagtdækningen indenfor specialerne - i de fælles akutmodtagelser, på traumecenteret eller på matrikler med fælles akutmodtagelser:

- Der bør være tilstedeværelsesvagt af ortopædkirurgiske speciallæger hele døgnet i de fælles akutmodtagelser (7, 19, 104)
- Der bør være tilstedeværelsesvagt indenfor det pædiatriske speciale (19, 83)
- Et hørings svar oplister krav til det akutte beredskab i forbindelse med trombolyselbehandling af apopleksi. Der peges endvidere på, at der er behov for neurologisk speciallægeservice ved alle akutte modtagesygehuse. I Holstebro, Viborg og Århus er der neurologiske afdelinger, der kan indgå en neurologisk specialservicefunktion. Der er behov for udbygning af eksisterende ordninger eller nyetablering i Herning, Silkeborg, Randers og Horsens (124)
- Der er behov for geriatri på alle akutsygehuse og der vil være brug for en geriatrisk speciallæge/vagthavende med særlig ekspertise det meste af døgnet. Geriatri skal være en del af visitationen. Geriatriske specialistteams skal udgå fra sygehuse med akutfunktion til sygehuse uden akutfunktion. Udbygning af geriatriens rolle i akutfunktionerne efterhånden som uddannelseskapalet af geriatere udvides (85)
- Angående den kæbekirurgiske akutvagt funktion anføres, at den alene bør være i regionens traumecenter, ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Den teknologiske udvikling i form af digital røntgen og billedkommunikation vil kunne

understøtte og forbedre den akutte modtagelse af kæbekirurgiske patienter på regionens øvrige skadestuer/akutmodtagelser til optimering af patientforløb (49)

- Det anbefales at alle 9 intern medicinske specialer er til stede alle steder, hvor der modtages medicinske patienter til udredning og behandling (126). Det anbefales, at der etableres reumatologiske afdelinger/teams, der samarbejder med alle øvrige medicinske specialer, ved alle regionens sygehuse, hvor der modtages medicinske patienter til diagnostisk og behandling (163).
- Interventionsradiologi skal tilbydes døgndækkende i traumecenteret (90)
- Den optimale radiologiske bemanding på akutsygehuse må være en speciallæge i tilstedeværelsesvagt i specialet med henblik på akut ultralyd og akut intervention. I en overgangsperiode kan det være nødvendigt at anvende telemedicinsk løsning (74, 90).
- Vedrørende klinisk immunologi anmodes om en revurdering af specialets repræsentation ved akutmodtagelserne, da de transfusionsmedicinske kompetencer kan være vanskelige at oppebære i andre specialer (81)
- Klinisk mikrobiologiske laboratorieanalyser og akut klinisk mikrobiologisk rådgivning bør tilbydes døgndækkende (100). Det anføres, at der er behov for klinisk biokemiske afdelinger med døgnfunktion på alle hospitaler med fælles akutmodtagelse (116). Der peges dog på, at analyseudstyr, nye bioteknologiske analysemetoder og telemedicin giver helt nye muligheder for organiseringen af laboratorievirksomheden (132)
- Det fremføres, at der ikke skal være tilstedeværelse af speciallæger indenfor hæmatologi i de fælles akutmodtagelser, da der er for få speciallæger indenfor specialet (96)
- Det fremføres, at der skal være speciallæger i endokrinologi i beredskabsvagt i fælles akutmodtagelser (112)
- Der skal være adgang til urologisk speciallægevurdering og behandling på de steder, der skal have akutmodtagelse. Det kan ske med urologisk speciallæge i rådighedsvagt – specialet behøver dog ikke at være beliggende på samme matrikel som den akutte modtagelse (106)
- Der skal tilknyttes tilstrækkeligt med elektive kirurgiske opgaver til de fælles akutmodtagelser, for derigennem at sikre en bred uddannelse og tilstrækkeligt med arbejdsopgaver i dagtiden.
- I forbindelse med et forslag om at ergoterapeuter tilknyttes akutmodtagelserne påpeges, at det er vigtigt, at der er rehabiliteringsfunktioner på hospitaler med fælles akutmodtagelser, idet akutfunktionerne indenfor f.eks. apopleksi, geriatri, hoftenære frakturer og håndkirurgi relaterer sig tæt til den efterfølgende rehabiliteringsindsats (42)
- Flere hørings svar peger på, at én indgang for alle akutte patienter ikke hensigtsmæssig for alle grupper af akutte patienter (52, 79, 125, 152, 155, 161). Der peges på, at følgende patientgrupper skal indlægges direkte på specialafdeling og ikke gennem den fælles akutmodtagelse: Hjertepatienter, børn, fødende, gynækologiske patienter, genindlæggelser med kendt problematik, onkologiske patienter, dialysepatienter. Et andet hørings svar finder det til gengæld betænkeligt, at disse patienter ikke skal igennem den fælles akutmodtagelse (104).

- Der skal være samarbejde mellem neurokirurgi og det neurologiske speciale om modtagelse af patienter med intracerebrale katastrofer – der skal sikres neurologisk ekspertise på et akuthospital placeret i Vestjylland. Af hensyn til en faglig forsvarlig betjening af akutte neurokirurgiske patienter skal de 5 akuthospitaler være i stand til at døgnet rundt at foretage scanninger af hjerne og ryg (CT og MR). Der skal være røntgenologisk ekspertise, der kan beskrive billederne i den akutte situation (147).
- Der peges på, at der skal være lungemedicinsk speciallæge til rådighed i den fælles akutmodtagelse – enten fast eller som en tilkaldemulighed (146)
- Det påpeges, at der ved fødsler på matriklen skal være en speciallæge i gynækologi/obstetrik og i en anæstesiologi i tilstedeværelsesvagt. Desuden skal der være en akut fungerende operationsgang samt mulighed for laboratorieservice døgnet rundt. Der peges på etablering af en neonatologisk henteservice i regionen (125, 140).

Argumentet om, at der skal være speciallæger tilstede i de fælles akutmodtagelser døgnet rundt anfægtes fra andre sider (21, 31, 63, 92). Det anføres således, at det er dårlig ressourceudnyttelse, at anvende speciallæger til rutineopgaver – som eksempelvis visse skadestueopgaver – ligesom der sættes spørgsmålstegn ved begrundelsen for at samle akutfunktionerne på færre enheder ud fra en betragtning om at der skal være speciallæger tilstede i de fælles akutmodtagelser.

Muligheden for at inddrage andre faggrupper end læger og sygeplejersker i de fælles akutmodtagelser påpeges. Således opfordrer man til at udnytte fysioterapeuter og ergoterapeuter i de fælles akutmodtagelser og i skadestuer (17, 44). Det påpeges, at begge personalegrupper kan være med til at supplere behandlingsteams og vil kunne overtage visse lægefaglige opgaver (44).

Det anføres, at der mangler en beskrivelse af hvilke sygeplejerskespecialer, der skal være tilgængelige i akutmodtagelserne (71, 151). Det foreslås, at de samme krav og kompetencer, som stilles til de speciallæger, der skal være til stede i de fælles akutmodtagelser, bør stilles til de sygeplejersker, der er tilknyttet akutmodtagelserne og som tænkes efteruddannet i akutmedicinske kompetencer (71)

I forlængelse heraf anbefales, at der lægges en samlet plan for de tværfaglige kompetencer, og det bør sikres, at alle personalegrupper i de fælles akutmodtagelser efteruddannes efter samme overordnede principper af hensyn til den samlede faglige kvalitet og effektivitet (71, 74).

Med hensyn til ledelsen af de fælles akutmodtagelser, påpeges, at det er nødvendigt, at der igangsættes en diskussion om, hvorledes der kan opbygges "akutledelser" i Region Midtjylland (74).

## **Hørings svar vedrørende konsekvenser af forslaget om de fem fælles akutmodtagelser.**

Hørings svarene vedrørende de fælles akutmodtagelser indeholder også en række overvejelser om konsekvenserne af forslaget til en samling af akutmodtagelsesfunktionen. Nedenfor gennemgås de overvejelser, der kommer til udtryk i høringssvarene.

## ***Fremtiden for de hospitaler, hvorpå der ikke skal være fælles akutmodtagelse***

En række høringssvar problematiserer fremtidsperspektiverne for de hospitaler, der ikke fremadrettet - ifølge forslag - skal have fælles akutmodtagelse. En række forskellige overvejelser gør sig gældende.

Der peges bl.a. på frygt for udsultning af hospitalerne (23, 75) samt risiko for personaleflugt (36, 94, 136).

Vedrørende Regionshospitalet Holstebro anføres det således, at lukning af hjerteafdelingen og/eller ændring af akutfunktionen i Holstebro er begyndelsen til enden for Regionshospitalet Holstebro (6, 21, 22, 23, 35, 43). Det påpeges, at rekrutterings og bemandsingssituationen på Regionshospitalet Holstebro – og evt. for hele Hospitalsenheden Vest - vil blive stærkt forringet som følge af forslaget. Forslaget vil medføre et stærkt amputeret hospital, der ikke er attraktivt at arbejde på hverken for læger, plejepersonale, lægesekretærer eller øvrige faggrupper (62, 63). Der argumenteres med, at forslaget vil medføre så fagligt dårlige miljøer, at Hospitalsenheden Vest i løbet af ganske kort tid vil stå med så store driftsproblemer, at der ikke kan foregå forsvarlig hospitalsbehandling på Regionshospitalet Holstebro. Man frygter at medicinsk afdeling hurtigt vil udvikle sig til en "langtidsmedicinsk afdeling/venteafdeling" uden faglig tiltrækning eller uddannelsespotentiale (85).

Høringssvarene forholder sig endvidere til fremtiden for Hospitalsenheden Vest, såfremt man vælger at bygge et nyt hospital, som erstatning for de nuværende i Holstebro og Herning. Det anføres her, at det bliver en stor udfordring at fastholde og rekruttere personale samt bevare sundhedsfaglige uddannelser i de 8-10 år, der vil gå inden et nyt Regionshospital Vestjylland kan tages i brug (62, 63). Det opstilles som en nødvendighed at der udarbejdes en plan for efter- og videreuddannelse i Region Midtjylland både for personale med specialistopgaver og for dem der skal have generalistopgaver (75).

I andre høringssvar anføres specifikt en bekymring for fremtiden på Regionshospitalet Silkeborg (87). Nogle høringssvar påpeger, at det fremtidsperspektiv akutplanen tegner for Regionshospitalet Silkeborg (Center of Excellence) ikke er realistisk med en begrænset tilbageværende akutfunktion på hospitalet (36, 73). Det fremføres, at et effektivt Center of Excellence i Silkeborg baserer sig på en betydelig akutfunktion (36, 73).

Det fremgår af en række høringssvar, at der er opbakning til og perspektiver i at udvikle Regionshospitalet Silkeborg som et kompetencecenter for lidelser i bevægeapparatet og som et "center of excellence" (107, 108, 126, 140, 144, 145, 163) – men at det forudsætter en række funktioner, herunder bl.a. intensiv. Der er opbakning til regionens intention om at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser (108, 126, 144, 145, 146).

Der peges generelt set på, at varetagelse af medicinsk gastroenterologi og hepatologi hænger tæt sammen med kirurgien, og der peges i nogle af høringssvarene på muligheden for at etablere samarbejde med organkirurgiske afdelinger om vagtordninger/tilsyn m.v. (36, 73, 105, 140).

Det forventes, at Regionshospitalet Ringkøbing fremover vil være aktivt og velfungerende på trods af, at der ikke skal være akutmodtagelse (113).

Endeligt sættes der spørgsmålstegn ved Regionshospitalet Skives mulige overlevelse/bevarelse, såfremt man flytter den visiterede medicinske akutmodtagelse herfra (6).

### **Konsekvenser for den fremtidige rekruttering generelt til området.**

I nogle hørings svar anføres det at forslaget om at ændre akutstrukturen, som det foreligger, kan medføre problemer for rekrutteringen generelt til et geografisk område (23, 30, 31, 35, 43, 64, 88, 128, 135). Det fremføres således, at en lukning af akutmodtagelsen i Holstebro kan give problemer med at rekruttere praktiserende læger til området fremadrettet. Regionshospitalet Holstebro vurderes at være fødekæde ift. praktiserende læger i Holstebro-området.

Et andet hørings svar udtrykker generel bekymring for konsekvensen for erhvervslivet i Vestjylland, hvis akutmodtagelsen i Holstebro lukker (23, 143), mens andre hørings svar påpeger, at placering af akutmodtagelse i den vestlige del af regionen skal ses i sammenhæng med at CVU er placeret i Holstebro (63, 64, 88, 128, 143).

Tilsvarende fremføres, at det vil få negative konsekvenser for Jysk Center for Videregående Uddannelse, Sygeplejerskeuddannelsen Silkeborg, hvis man lukker for den karkirurgiske funktion og de kirurgiske sengepladser på Regionshospitalet Silkeborg (119).

### **Konsekvenser for den fremtidige uddannelsesmulighed for yngre læger og andet sundhedsfagligt personale**

En række hørings svar peger på, at forslaget skaber behov for uddannelsesplaner og videreuddannelse.

Et hørings svar påpeger, at der er fordele ved omlægningen i akutstrukturen ift. uddannelsen af yngre læger og speciallæger (168). Eksempelvis vil tilstedeværelsen af speciallæger i akutmodtagelsen sikre et godt og trygt uddannelsesmiljø for basisuddannelsen med den brede adgang til supervision fra mere erfarne læger inden for flere specialer. Det store patientvolumen med samtidig tilstedeværelse af uddannelsessøgende læge og speciallæge vil hurtigere give den nødvendige erfaring og rutine for læger i videreuddannelsen.

Andre hørings svar peger på at omlægningen af akutstrukturen giver u hensigtsmæssige konsekvenser for den lægelige uddannelse. Det påpeges bl.a. specifikt, at en nedlæggelse af akutmodtagelserne på Regionshospitalet Holstebro kan betyde, at man ikke længere kan uddanne speciallæger indenfor faget på øre-næse-halsafdelingen i Holstebro (91) og at hospitaler uden akutfunktion kan blive uattraktive for yngre læger (35). Derimod peger et andet hørings svar på, at Regionshospitalet Silkeborgs anæstesiaafdeling fortsat kan være uddannelsessted for yngre læger på trods af, at der ikke i planen lægges op til fælles akutmodtagelse i Silkeborg (136).

Det påpeges herudover bl.a. i et hørings svar, at forslaget om at ændre på akutfunktionen på Regionshospitalet Holstebro vil medføre et tab af et nuværende velfungerende studieafsnit på Regionshospitalet Holstebro. På Regionshospitalet Holstebro er der således i tilknytning til ortopædkirurgisk afdeling oprettet et tværfagligt studieafsnit, hvor medicinstuderende, sygeplejestuderende, ergoterapeutstuderende og fysioterapeutstuderende forestår pleje og behandling af et antal patienter (63, 128). En lignende problematik gør sig gældende i forhold til forskningsafsnit (39, 63, 76).

Nogle hørings svar påpeger, at forslaget mangler en gennemarbejdet en konkret vurdering af uddannelsesmulighederne i den nye struktur (22, 74), og/eller at der bør/skal laves en plan for efter- og videreuddannelse samt uddannelsesstillingerne i Region Midtjylland (75, 105, 125, 150, 151, 168).

Andre høringssvar udtrykker, at en stor fokus på effektivitet medfører, at man glemmer at lægge vægt på effektive uddannelsesforhold. Det påpeges bl.a., at yngre læger tidligt i uddannelsesforløbet skal stifte bekendtskab med akutarbejde med uselekterede patienter (92, 58). En øgning af uddannelsesopgaven på de tilbageværende akuthospitaler medfører, at de fastansatte speciallæger må bruge en større del af deres arbejdstid på uddannelse på bekostning af deres deltagelse i den egentlige patientbehandling. Denne øgede belastning på uddannelsesopgaven giver anledning til bekymring set i lyset af aktivitetspresset og lægemanglen (19, 58).

### ***Konsekvenser for den fremtidige økonomi og kapacitet***

I nogle høringssvar anføres en frygt for, at man overvurderer besparelsen ved en gennemførelse af forslaget til akutplan for Region Midtjylland – eller at forslaget til akutplan, som det foreligger, kan medføre forøgede udgifter til områder, som gør at forslaget om at samle akutmodtagelserne på færre enheder forøger udgifterne til akutberedskabet.

Det påpeges eksempelvis, at belastningen af eksisterende vagtberedskaber ifølge forslaget bliver større, når man samler akutmodtagelsen på færre matrikler og at der vil komme en øget belastning af akutfunktionen disse steder. Dette kan medføre, at man må have vagtdublering på de fælles akutmodtagelser.

Det fremføres endvidere, at den fremtidige akutstruktur - som følge af et øget behov for patienttransporter - vil medføre lavere produktivitet, mere spildtid samt flere udgifter (22).

Der peges på behov for økonomisk overslag generelt i forhold til den foreslåede nye hospitalsstruktur (143).

En anden indvending går på, at en reduktion i antallet af akutmodtagelser, som den der ligger i forslaget til akutplan for Region Midtjylland, vil give flere patienter i de tilbageværende akutmodtagelser og at dette vil give pladsproblemer i de fælles akutmodtagelser - eksempelvis på Århus Sygehus (58, 73). Denne indvending udmønter sig i en påpegning i behovet for omfattende om og tilbygninger på de fremtidige fælles akutmodtagelser (38, 73).

I forlængelse heraf påpeges, at der bør foretages en nøje beregning af patientgrundlaget – såvel på det akutte som det elektive område, så det sikres, at den samlede kapacitet i de fælles akutmodtagelser og på de specialespecifikke afdelinger (eks. billeddiagnostiske afdelinger) er i overensstemmelse med behovet (71, 74, 90).

I nogle høringssvar anføres at der, hvis forslaget gennemføres, bliver der behov for flere patientflytninger, og at der i planen mangler et kvalificeret skøn på, hvad det koster at flytte og transportere patienterne (22, 34, 35, 70, 73, 87). Det anføres endvidere, at antallet af 112 opkald vil blive forøget, da borgeren ikke tør tage ansvar for de situationer, hvor man skal køre længere for at få akuthjælp (70).

I andre høringssvar anføres, at hvis der er rationaliseringsgevinster ved at gennemføre forslaget til akutplan, bør disse anvendes til at sikre attraktive arbejdspladser både i primær- og sekundærsektoren. Almen praksis bør betænkes i denne sammenhæng, da de især vil mærke et øget besøgstal af akutte patienter (19).

### ***Konsekvenser for kvaliteten i patientforløb***

Som nævnt i afsnit 1 er der mange høringssvar, der giver udtryk for generel opbakning til intentionerne om højere kvalitet i akutbehandlingen og tilslutter sig, at kvalitet må gå frem for nærhed.

Der er dog også høringssvar, der påpeger, at det fremsatte forslag vedrørende den fremtidige modtagelse af akutte patienter i Region Midtjylland vil medføre forringelse af patientforløb (21, 22, 35, 70, 73).

Der henvises i øvrigt til høringssvarene der er angivet under afsnittet om "Indvendinger mod afstande og tid", hvoraf også kan udledes, at mange anskuer nærhed som en kvalitet – og at forslaget om færre fælles akutmodtagelser i regionen netop skaber større afstand til de fælles akutmodtagelser og derfor forringer kvaliteten.

### ***Konsekvenser for arbejdsmiljø og ansættelsesforhold***

Det påpeges i et høringssvar, at forslaget til akutplan for Region Midtjylland vil få konsekvenser for arbejdsmiljøet og ansættelsesforholdene for det sundhedsfaglige personale i Region Midtjylland (19). I forlængelse af forslagets elementer om akutmodtagelser på matrikler uden fælles akutmodtagelse og akutklinikker anføres det således, at det er uklart, om der lægges op til omfattende udetjenester. Omfattende udetjenester kan gå ud over arbejdsmiljøet og det faglige miljø og dermed skade udviklingen af specialet, den lægelige videreuddannelse, forskningen og i sidste ende patientbehandlingen.

En anden indvending går på den fremtidige belastning af personalet i de akutklinikker, der bl.a. foreslås etableret i Silkeborg og Holstebro. Det anføres, at personalet her vil komme til at stå i mange etiske dilemmaer, ved f.eks. at skulle afvise folk, som ikke (længere) kan behandles disse steder (70).

Der peges på, at der bør iværksættes individuelle handleplaner mhp fastholdelse af f.eks. kirurger indtil planen er gennemført. Der bør iværksættes tiltag for at forhindre personaleflugt (89, 94). I relation til arbejdsmiljø og ansættelsesforhold anføres endeligt, at det er vigtigt med klare og entydige udmeldinger om konsekvenser for de ansatte. Dette er forudsætningen for en succesrig gennemførelse og etablering af en bæredygtig struktur og for at undgå personaleflugt (19, 94).

## **3. Høringssvar om modtagelse af akutte patienter på hospitaler uden fælles akutmodtagelse**

Forslaget til akutplan for Region Midtjylland lægger op til, at der skal være modtagelse af akutte medicinske patienter på hospitaler uden fælles akut modtagelse – ifølge forslaget på Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Holstebro.

### **Overvejelser om kvaliteten i modtagelsen af akutte patienter på hospitaler uden fælles akutmodtagelse**

Der udtrykkes i nogle høringssvar betænkelighed ved, at der kan modtages akutte patienter på hospitaler uden fælles akutmodtagelse (19, 62, 92, 104, 112, 117, 126, 140, 145) og at det kun bør ske under bestemte forudsætninger, herunder bl.a. tilstedeværelse af speciallæger (140). Det frarådes eksempelvis, at der sker modtagelse af akutte endokrinologiske patienter på hospitaler uden fælles akutmodtagelse, idet disse patienter ofte viser sig at lide af andre

sygdomme end antaget ved visitation fra vagtlæge og dermed får brug for tilsyn/behandling ved nogle af de specialer som ikke er til stede vagt på hospitaler uden fælles akut modtagelse (112).

Dette uddybes med, at etableringen af de to medicinske akutmodtagelser vil stille patienter, som er visiteret til disse afdelinger, uden muligheder for samme specialiserede diagnostik og behandling, som det vil være tilfældet på de fem fælles akutmodtagelser. Der vil ikke være mulighed for at imødekomme behov for kirurgisk vurdering, CT-scanning uden for dagtid eller mulighed for respiratorbehandling eller anden anæstesiologisk vurdering (19, 62). Det påpeges, at der ikke med de funktioner administrationen foreslår, der skal være til rådighed på Regionshospitalet Holstebro, vil kunne drives akut medicin – heller ikke visiteret akutfunktion på Regionshospitalet Holstebro, idet alle specialer er afhængige af hinanden (62).

Endvidere anføres, at udskrivningsdiagnose ofte ikke er den samme som indlæggelsesdiagnose. Derfor anbefales, at de planlagte intern medicinske funktioner ved hospitalerne i Holstebro og Silkeborg revideres og nytænkes (19).

Et høringssvar påpeger desuden, at forslaget om akutfunktion i Silkeborg og Holstebro uden samtidig etablering fælles akutmodtagelse og dertil hørende faciliteter ikke lever op til Sundhedsstyrelsens mål for akut modtagelse, og at man derfor må forvente, at det bliver vanskeligt på sigt at opretholde denne form for visiteret akut modtagelse (73).

Andre høringssvar peger dog på, at der godt ske indlæggelse af medicinske patienter på matrikler uden fælles akutmodtagelse (6, 158). Eksempelvis henvises til "Community hospitals" i andre lande, hvor medicinske patienter kan indlægges lokalt (6). Der opfordres til at bibeholde modtagelsen i Skive (158) eller i det mindste afvente indtil der på landsplan måtte være en afklaring af fremtiden for de mange sygehuse med alene akut medicinsk modtagelse (6).

Endelig peges der på, at der skal findes en løsning på det mulige konfliktpunkt, at der i planen lægges op til at intern medicinske patienter, der skal indlægges i Silkeborg, skal visiteres af et andet hospital (145).

## **Intensivafdelinger på hospitaler uden fælles akutmodtagelser**

Det er anført i nogle høringssvar, at der skal være intensivafdelinger på hospitaler, hvor der modtages akutte medicinske patienter, og hvor der ikke er fælles akutmodtagelse (34, 62, 136) og specifikt på Regionshospitalet Silkeborg – også i sammenhæng med 'Center of Excellence' (107, 140, 144, 145).

Intensivafdelinger kan varetage akut opståede situationer med behov for livreddende behandling på både medicinske og kirurgiske afdelinger. Tilstedeværelsen af intensivafdelinger på matrikler uden fælles akutmodtagelse kan forsvare, at der indlægges akutte patienter her, der evt. har brug for senere overflytning til hospitaler med fælles akutmodtagelser (112). Det fremføres desuden, at såfremt der findes intensivafdelinger på et hospital kan det unødigt udsætte uopsættelig behandling, såfremt man kører patienter med akut livstruende sygdom forbi hospitalet (112).

## **4. Høringssvar om akutklinikker**

I forslaget til akutplan for Region Midtjylland lægges op til, at der etableres akutklinikker på Regionshospitalet Ringkøbing, Regionshospitalet Skive, Regionshospitalet Grenå, Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Holstebro.

## **Forslaget om akutklinikker**

Nogle hørings svar giver udtryk for en generel utilfredshed med forslaget om akutklinikker, som det ligger. Specifikt udtrykkes der en bekymring i forbindelse med lukningen af skadeklinikken i Odder, idet man dog forstår beslutningen, der følger af det lave besøgstal (133).

Eksempelvis fremføres det, at forslaget vil medføre, at patienter i et stort område i Vestjylland ikke ses af en ortopædkirurgisk læge ved skader. Dette er en forringelse i forhold til i dag og vil medføre at flere patienter vil have behov for yderligere kontakt til sygehussystemet (63).

I forhold til forslaget generelt om at etablere akutklinikker med en begrænset opgaveportefølje (i forhold til den nuværende på skadestuerne i Silkeborg og Holstebro) udtrykkes frygt for, at der kan blive forvirring om, hvilke skader og sygdomme, man kan henvende sig med her (70).

## **Opgaver for akutklinikkerne**

En række hørings svar tilslutter sig forslaget om, at kun mindre og ukomplicerede skader bør behandles her. Der gives således udtryk for enighed i vurderingen af, at akutklinikkerne skal kunne foretage et begrænset antal simple diagnostiske undersøgelser. Mere komplicerede diagnostiske undersøgelser herunder bedømmelse af røntgen af thorax bør finde sted på de døgnbetjente akuthospitaler, enten ved en telemedicinsk løsning eller ved indlæggelse på disse (19, 41, 74). Det angives specifikt, at der skal være telemedicinske muligheder i akutklinikkerne (70). Det vurderes, at en kommende akutklinik på Regionshospitalet Silkeborg kan behandle op til 75% af de nuværende skadestuepatienter i Silkeborg (70, 144).

Det foreslås i et hørings svar, at der udover denne skadesbehandling skal være forebyggende behandling og sundhedsfremmende behandling i akutklinikken (70).

## **Forslag til bemanding i akutklinikker**

I forlængelse af indlæggene om, hvilke skader akutklinikkerne kan varetage behandlingen af, ligger en række hørings svar, der har anbefalinger til, hvilken bemanding, der skal være i akutklinikkerne. Ifølge forslaget til akutplan for Region Midtjylland har akutklinikker som basisbemanding specialuddannede behandlersygeplejersker med generel instruktion fra en fælles akutmodtagelse. Behandlerteamet suppleres med læge i form af lægefaglig back-up på matriklen fra hospitalsansatte læger med tilladelse til selvstændigt virke.

Der anbefales overordnet i hørings svarene, at akutklinikkerne er betjent af læger og/eller sygeplejersker under lægeligt ansvar. Det anføres endvidere, at lægedækning (i hele åbningstiden) er en forudsætning for at akutklinikken fungerer (19, 40, 70).

Ift. forslaget om akutklinikken i Grenaa anføres, at den lægefaglige back-up, der har været hidtil fra lægebilen på Djursland, er en uundværlig backup for behandlersygeplejerskerne på skadeklinikken (fremover akutklinikken) i Grenaa (40).

Det foreslås i nogle hørings svar, at der sker en udvidelse af behandlersygeplejerskens kompetencer (40, 70). Behandlersygeplejersker skal evt. have røntgenuddannelse (70).

Endvidere påpeges det, at det er vigtigt med planer for opnåelse og fastholdelse af kompetencer i akutklinikker (75).

Det foreslås i et høringssvar, at den lægefaglige behandling i akutklinikker alene sker med vagtlæger/speciallæger i almen medicin (og ikke fra hospitalsansatte læger) (92). Der er tilslutning til, at akutklinikken i Skive organiseres i regi af lægevagten (94). Ligesom det i andre høringssvar anføres, at akutklinikker skal organiseres i regi af lægevagten og ikke som foreslået som en del af hospitalsvæsenet, da dette vil medføre et brud med det enstrengede system (19, 92). Almen praksis skal derfor udvikles alle steder i landet til at løse opgaven (19).

Andre høringssvar anbefaler, at der skal være et øget samarbejde med praktiserende læger/vagtlægeordningen (70, 99)

Der er behov for biokemisk funktion på hospitaler med akutklinikker (116).

Endelig peges der på, at fysioterapeuter og ergoterapeuters kompetencer kan bringes i anvendelse i akutklinikkerne (17, 44).

## **Åbningstid**

Det indgår i forslaget til akutplan for Region Midtjylland, at akutklinikken i Grenå og Ringkøbing skal have åben 8-16 på hverdage, akutklinikken i Skive på sigt skal have åbent 16-23 på hverdage og 8-23 i weekenden, samt at akutklinikkerne i Silkeborg og Holstebro skal have døgnåbent.

En række høringssvar påpeger et behov for, at skadeklinikken (fremover akutklinikken) i Grenaa, akutklinikken i Ringkøbing samt akutklinikken i Skive skal have længere åbningstid og i øvrigt skal tilpasses behovet, herunder eventuelle sæson-udsving (1, 6, 9, 10, 12, 32, 40, 41, 54, 61, 69, 80, 86, 98, 99, 130, 159, 162).

Angående akutklinikken i Grenaa anbefales, at den har åbent til kl. 23,00 – samt er åben i weekenderne. Fra anden side, anbefales at akutklinikken i Grenaa har døgnåbent (41). Det anføres som begrundelse for behovet for en længere åbningstid end den foreslåede, at en begrænset åbningstid for skadeklinikken i Grenaa giver flere ambulancekørsler med patienter fra Randers – også ved små skader. Endvidere at det kan få konsekvenser for andre behandlinger (blodtapning i blodbank, vurdering af de indlagte patienter og opvågningen efter operationer), der ydes i Grenaa (32, 40, 41, 130, 162). Endelig angives, at det ikke er en kvalitetsforbedring, at patienterne skal køre langt for at få behandlet "banale" skader (54, 98).

## **5. Høringssvar om den præhospitale indsats**

I forslaget til akutplan for Region Midtjylland indgår også en plan for den fremtidige supplerende præhospitale indsats i regionen. Forslaget er, at der er

- en lægebil ved traumecenteret i Århus,
- en akutbilordning bemannet med sundhedsfagligt personale i Ringkøbing, Grenå, Silkeborg, Holstebro, Horsens, Randers, Viborg, Herning,
- reddere med særlige kompetencer f.eks. niveau 2 reddere eller paramedicinere i Lemvig og Skive/Salling
- helikopterberedskab som supplement til land landbaserede præhospitale indsats

## **Generelt om forslaget til den præhospitale indsats**

Det er et gennemgående træk i høringssvarene, at forslaget til den præhospitale indsats i regionen er utilstrækkeligt, at der generelt er behov for at opgradere den præhospitale indsats i regionen og sætte fokus på de længste responstider. Kritikken af forslaget går dels på antallet af lægebiler samt placeringen og bemanningen i øvrigt af akutbilerne. Disse kritikpunkter gennemgås nærmere nedenfor.

Der er udtrykt tilfredshed med forsøgsordningen med en redderbemandet akutbil i Skive/Salling som supplement til den øvrige præhospitale indsats i dette område (6), samt etablering af en døgnbemandet akutbilordning i tilknytning til Regionshospitalet Horsens (133).

## **Antal/placering af lægebiler**

Der gives overordnet udtryk for, at det er en forringelse af det præhospitale beredskab, at antallet af lægebiler i regionen ifølge forslaget reduceres (1, 5, 19, 37, 71, 80, 93, 104, 107, 159). Det foreslås/vurderes, at man i stedet skal have flere lægebiler i regionen (5, 14, 19, 80, 93, 110, 117). Eller at der løbende vurderes på, om det er muligt at etablere lægebiler ved akutcentre (79). Det anerkendes dog, at lægemanglen i en overgangsperiode betyder at man nogle steder må prioritere anderledes (126).

Som begrundelse for behovet for flere lægebiler anføres, at læger har kompetencer, som sygeplejersker/reddere ikke har (4, 5, 19, 25, 126, 130, 137). Kun læger er i stand til at afslutte alle patienter i den præhospitale indsats. Udover at lægebilen derfor øger kvaliteten i den præhospitale indsats - redder liv (55) - sikrer den en effektiv ressourceudnyttelse (51, 25). Der peges på erfaringer fra Århus Amt, der viser at op til 25% af de patienter lægebilen kører til, færdigbehandles og undgår indlæggelse (93).

Specifikt anføres i mange høringssvar, at det er utilfredsstillende, at lægebilen på Djursland udskiftes med sygeplejerskebemandet akutbil (1, 5, 9, 25, 32, 37, 41, 45, 51, 55, 61, 69, 98). Det anføres, at hvis det vedtages, vil der være tale om et løftebrud ift. tidligere politiske beslutninger (10, 12, 41, 98).

Der fremføres, ligeledes specifikt indvending imod at erstatte lægebilen i Silkeborg med akutbil (37, 107, 108, 136, 137, 140, 144, 145).

Et høringssvar anfører et ønske om en lægebil i Randers (101).

Et supplerende argument for, at der skal være flere lægebiler er, at der er mangel på anæstesisygeplejersker (25), og at det i praksis kan være sværere at få anæstesisygeplejersker til at bemande akutbil (99). Det foreslås derfor, at anæstesilægerne udfører det præhospitale arbejde fortsat (25).

Som modpol til disse høringssvar om nødvendigheden af flere lægebiler udtrykkes der andet steds tilfredshed med, at man i forslaget til akutplanen anerkender, at anæstesisygeplejersker har særlige kompetencer i forhold til den præhospitale behandling (71).

## **Antallet/placeringen af akutbiler**

Der angives fra forskellige sider tilfredshed med forslaget til placeringen af akutbiler i regionen.

Overordnet angives f.eks. utilfredshed med at den præhospitale indsats i Nordvestjylland nedgraderes og en bekymring for om akutbilen ved en gennemførelse af forslaget kan nå frem i tide (13, 18, 34, 62, 63, 86).

Specifikt angives utilfredshed med og en betænkelighed ved at akutbilen fjernes fra Tarm (13, 28, 50, 72, 74, 95, 113, 139, 165). En nedlæggelse af akutbilen i Tarm giver anledning til utilfredshed i forhold til responstider og lang transporttid til akuthospitaler. Det anføres, at der er tilfredshed med den akutbil, der er i dag i Tarm (50, 95, 113, 165). Et enkelt høringssvar opstiller en konkret model for videreførelse af en akutbil i Tarm (139).

Det påpeges specifikt i et høringssvar, at der bør ske en opgradering af det præhospitale beredskab udgående fra Ringkøbing. Dels vil det bedre kunne dække Tarm - dels vil det være nødvendigt i forhold til sommertiden og de perioder af dagen, hvor belastningen erfaringsmæssigt er større (156).

Ligeledes anføres, at det beskrevne forslag vedr. præhospitale ordninger ikke kan kompensere for den længere afstand til fælles akutmodtagelser på Djursland og i Silkeborg (37). Der angives specifikt et ønske om døgndækkende akutbil i Silkeborg frem for dagtidsdækkende akutbil (26, 67).

Endelig er der fremført et forslag om at man generelt opgraderer ambulanceberedskabet og spare på akutbilsdækningen (14).

## **Bemandingen af akutbil.**

En del høringssvar består overordnet af en kritik af, at man foreslår en forskellig bemanding i akutbilerne (10, 20, 27, 28, 41, 46, 55, 63, 113, 130). En del høringssvar påpeger, at regionen har et ønske om at tilbyde en ensartet behandling af regionens borgere. Dette opnås ikke, når det akutte beredskab har vidt forskellig udformning afhængig af, hvor man bor.

Det foreslås modsat det, der er fremsat i planen, at sygeplejerskebetjente akutbiler bør være i byer, hvor transporttiden er kort til hospitalet. Lægebemandede akutbiler skal derimod være i randområder, hvor der er lang køretid til hospitalsbehandling (41, 45, 55).

Der gives i høringssvarene specifikt udtryk for, at den foreslåede bemanding i akutbilerne, eksempelvis i Lemvig og i Skive ikke er tilstrækkelig (5, 8, 9, 10, 12, 18, 21, 27, 28, 32, 54, 75, 80, 97, 113, 115, 135, 156, 159), herunder samt at den bemanding der er foreslået ikke er tilstrækkelig til at befolkningen føler sig tryk ved de øgede afstande til akutmodtagelser/ akutklinikker. Det fremføres endvidere, at forsøgsordningerne i Lemvig og Skive/Salling ikke skal være forsøgsordninger (74).

Det anføres, at en narkoselæge/narkosesygeplejerske i akutbilen – eller på et hospital med akut medicinsk afdeling kan redde menneskeliv f.eks. ved behandling af blodpropper i hjertet eller ved pludselig forværring i sygdommen hos lungesyge patienter (astma, KOL) (63).

Anbefalingen er derfor i disse høringssvar overordnet, at akutbilerne i Lemvig og Skive/Salling skal være bemandede med anæstesisygeplejersker.

Modsat disse høringssvar, er der også høringssvar, der netop fremhæver, at akutbiler bør være bemandede med paramedicinere frem for sygeplejersker. Begrundelsen herfor er, at der sjældent er behov for intubation, som det anføres, at paramedicinere endnu ikke har kompetence til at udføre modsat anæstesisygeplejersker. Endvidere, at paramediciner-

uddannelsen er målrettet til den præhospitale gerning, og at det er billigere at bemande akutbilerne med paramedicinere end anæstesisygeplejerskerne (26).

I forhold til bemanning med paramedicinere i akutbilerne anbefales i øvrigt, at man klart definerer, hvilke opgaver reddere med særlige kompetencer (paramedicinere) har, ligesom det bør overvejes nøje, om redderne har mulighed for opretholdes af de rutiner, der kræves af dem (71).

Endelig er der en række høringssvar der sætter spørgsmålstegn ved, hvordan den præhospitale indsats konkret vil se ud i forskellige situationer. Det anføres således, at planen mangler en konkret beskrivelse af, hvordan og i hvilke tilfælde man vil aktivere de enkelte præhospitale faggrupper: læge, sygeplejerske, redder (71). Desuden påpeges, at der er erfaringer med, at det er svært at bedømme, hvor alvorlig situationen er på den første melding (19).

Netop den konkrete bemanning i akutbilerne, der kan bemandes med enten ambulancelæger eller udrykningssygeplejersker samt organiseringen af disse i de fælles akutmodtagelser anfægtes som et usikkerhedselement i forslaget til akutplanen (71).

## **Uddannelse af ambulancereddere og personale i akutbiler**

I enkelte høringssvar er anført anbefalinger/beskrivelser til uddannelsen af ambulancelæger og personale i akutbilerne (167). Ambulancereddere foreslås uddannet som niv. 3 reddere, da de ofte er fremme før akutbilen/lægebilen – og dermed skal kunne yde den nødvendige hjælp indtil lægebilen kommer (15) Endvidere foreslås etableret en særlig efteruddannelse i præhospital behandling for at ensarte og højne uddannelsen af sygeplejersker foreslås (71).

## **Helikopter**

Der er peget på, at en evt. helikopter, som supplement til den præhospitale indsats bør være placeret i Vestjylland som kompensation for øget afstand til fælles akutmodtagelse (18).

Et andet element i denne del af det præhospitale beredskab er bemanningen af helikopteren. Her anbefales, at helikopterne bemandes med sundhedsfagligt personale (anæstesi-læger og/eller anæstesisygeplejersker) (71).

Det påpeges, at det er et problem, at helikopteren ikke kan flyve i dårligt vejr samt lande alle steder. Den kan derfor ikke betragtes som en god kompensation for lukning af akutberedskab på et hospital (18, 23).

Der peges på, at Region Midtjylland bør søge et nært samarbejde med det i forvejen militære beredskab – SOK (80, 111).

## **Baggrund for forslaget ikke korrekt**

En gruppe høringssvar anfægter det grundlag, som man har udarbejdet forslaget til den præhospitale indsats i regionen på.

Det anses f.eks. ikke som en korrekt begrundelse for forslaget om den præhospitale indsats i regionen, at det kan være svært at bemande lægebilerne med anæstesi-læger og/eller at bemanningen af akutbiler i øvrigt er et problem (4, 28, 37, 57, 62, 63). Det anføres bl.a. at de

præhospitale læger udfører arbejdet i fritiden og dermed ikke tapper hospitalerne for anæstesilæger. Endvidere fremføres det, at akutbiler er et rekrutteringsmiddel ift. anæstesilæger (4,5 19, 25, 37).

Det påpeges dog, at det kan give rekrutteringsproblemer ift. akutbilerne, hvis der ikke er akutfunktion på hospitalet (eksempelvis i Holstebro) (63).

Der er i enkelte høringssvar, angivet, at det er forkerte tal, der er brugt som grundlag for forslag til fjernelse af akutbil i Tarm eller at man ikke har betragtet tallene korrekt (28, 113).

## **Konsekvenser for andre enheder i sundhedsvæsenet**

Et argument for utilfredsheden med ændringen i den aktuelle bemanning i akutbilerne er de konsekvenser en forringelse i bemanningen kan få for andre enheder i sundhedsvæsenet (eks. praktiserende læger) (2, 27 ).

Eksempelvis nævnes at en anæstesisygeplejerske (fra akutbilen) kan følge med patienten i ambulancen til nærmeste akutsygehus frem for den praktiserende læge, hvilket forhindrer et afbræk for både læger og patienter i primær sektoren. Det påpeges i sammenhæng hermed at en forringelse af bemanningen i akutbilerne vil medføre, at tilgængeligheden i praksis forringes yderligere (32).

Samme argument anvendes der, hvor der er foreslået en ændring fra lægebil til akutbil med specialuddannet sygeplejersker eller niveau 3 falckreddere, nemlig, at dette vil medføre, at den praktiserende læge/vagtlægen nødvendigvis må medfølge disse patientkategorier til sygehuset (32, 40).

Desuden fremgår at nogle høringssvar, som tidligere nævnt, at en fjernelse af lægebilen på Djursland, vil medføre at visse behandlinger ikke ydes længere på RH Grenaa, idet lægehjælpen til disse behandlinger kommer fra lægebilen (25, 40). Et høringssvar fremhæver at lukningen af akutklinik i Grenaa om natten betyder, at der ikke længere vil være lægedækning på sengeafsnittet. Problemet kunne løses ved, at akutbilen bemandes med en anæstesilæge, som kan tilkaldes til sengeafdelingen ved hyperakutte situationer. Dermed vil der være både lægebil på Djursland samt tilkald til sengeafsnittet i Grenaa (162).

Et høringssvar siger, at det er nødvendigt at opretholde præhospitals-beredskabet i den nuværende form i Lemvig. Nedlægges ordningen med anæstesisygeplejerske i Lemvig er der behov for at etablere en anden form for akutberedskab til Regionshospitalet Lemvig i relation til neurorehabiliteringen (156).

## **Andet vedrørende den præhospitale indsats**

Udrykningslægeordningen på Mols og Helgenæs bør fortsætte som hidtil, idet borgerne i disse områder ellers får lang akut reaktionstid (69)

Det anføres, at en præhospital indsats ikke kan kompensere for lukning af akutmodtagelser (21, 135).

Endelig er der høringssvar, der påpeger, at der bør være lægelig visitation af 112 opkald. Det kunne være en fordel (af hensyn til disponering/bemanning af akutbiler i de konkrete tilfælde) at bemane 112-alarmcentralen med efteruddannet, sundhedsfagligt personale, som vil have

mulighed for at aktivere de rigtige personaleresressourcer til den rigtige patient – samt rådgive og vejlede borgerne, der ringer 112 (71). Der foreslås endvidere, at 112-centralen integreres med udbygget hospitals-AMK funktion (71) og at visitation, disponering og koordinering af præhospital indsats sker i regi af AMK (104). Et høringssvar foreslår tættere integration i forhold til AMK - med vagtcentralerne som fokuspunkt for AMK-organisationen (167)

Det bemærkes, at disse høringssvar skal ses i sammenhæng med høringssvar om visitation – se afsnit 6.

Det forventes, at en større faglighed i den præhospitale indsats kompenserer for længere transporttid (67).

Der efterlyses større stringens i planens termer for sundhedspersonale (ambulancelæge, udrykningslæge, udrykningssygeplejerske, udrykningspersonale) (71).

Det kritiseres, at AMK ikke er nævnt i planen (71, 93, 104).

Et høringssvar peger på vigtigheden af at prioritere funktionen som koordinerede læge (149)

Endelig forslås det, at den nuværende udrykningsordning i Karup opgraderes (102).

## **6. Høringssvar om visitationen**

Ifølge forslaget til akutplan for Region Midtjylland skal al henvendelse til hospitalsvæsenet ske via sundhedsfaglig visitation og ved akutte livstruende tilstande via alarmcentralen (1-1-2). Den sygeplejerskebetjente skadevisitation videreudvikles og udbredes. I det fremlagte forslag fra administrationen indgår endvidere, at der etableres fælles visitation udenfor normal dagarbejdstid ved en integration af den sygeplejerskebetjente skadevisitation og lægevisitationen.

I de modtagne høringssvar indgår overvejelser om dette forslag, som der redegøres for nedenfor.

### **Høringssvar om enstrengt visitation**

I forskellige høringssvar angives enighed om, at visitationen tilrettelægges i et enstrengt system (7, 14, 19, 40, 71, 125).

### **Høringssvar om organisering af visitationen**

Der foreslås forskellige organiseringsformer for visitationen.

Et høringssvar peger på en organisering med en central visitation i hospitalsregi for alle akutte patienter i regionen (14).

Andre høringssvar peger på, at der skal være et fælles telefonnummer til skadestuevisitation og lægevagt (40, 71). Det peges således på, at det vil være hensigtsmæssigt, at regionen gør brug af de erfaringer, der er opnået på Århus Sygehus, hvor der er gode erfaringer med den sygeplejerskebetjente skadestue-visitation i Århus (58). Endvidere at det giver mening at koble den sygeplejerske betjente skadevisitation med lægevagten, som beskrevet i planen – forudsat at der etableres sammenhæng med 112-alarmcentral og AMK (71, 75).

Andre foreslår, at visitationen tilrettelægges i et enstrengt system, hvor patienter henvender sig til egen læge i dagtid og til lægevagten i vagttid (7, 19). Begrundelsen for er bl.a. at sikre den højeste kvalitet i behandlingen og visitationen samt samtidigt giver mulighed for, at de eventuel videre patientforløb tilrettelægges hensigtsmæssigt via læge til læge kontakt (19).

Et fjerde høringssvar påpeger, at et telefonopkald til lægevagten altid bør besvares af en læge, men at et opkald vedrørende skadestue/akutklinik med fordel kan besvares af en sygeplejerske (80).

Det fremføres endvidere, at etablering af sygeplejerskebetjent skadevisitation er fordyrende og forvirrende for patienten og at dette ikke er i overensstemmelse med anbefalingerne fra SST. Det peges på, at man i stedet skal styrke lægevagten- evt. ved ansættelse af sygeplejersker og/eller sosu-assistenten – dog ikke ift. telefonvisitationen (19)

Der er høringssvar, som peger på, at forslaget ikke (i tilstrækkelig grad) lægger op til enstrengt visitation (71, 75, 117). Det fremføres, at det er ulogisk og forvirrende med skelnen mellem dagtid og vagttid for en patienter med akut behov for lægehjælp. Som løsningsforslag hertil anføres en forenkling med færre telefonnumre evt. således at de praktiserende læger opkobles på en døgndækkende lægevagt-central.

## **Høringssvar om tilgængelighed**

Der er i et høringssvar anført, at det er ønskeligt med bedre telefonkontakt for borgere ved opkald til Region Midtjyllands sundhedssystem (61). Endvidere, at personer med nedsat funktionsevne også får mulighed for hurtig og effektiv visitation og at der er muligt for alle at kommunikere med visitationsenhederne. Det indebærer bl.a. at det i forbindelse med landsdækkende/regionale telefonnumre sikres, at mennesker med nedsat funktion i hænder/arme ikke skal taste sig igennem til en person. Og at mennesker med nedsat hørelse/døve får adgang til at kommunikere via SMS (164).

## **Høringssvar om bemanning af visitationen**

I enkelte høringssvar er specifikt angivet, at lægevagten/skadevisitationen kun bør være bemannet med læger (19, 24, 53, 125). Det begrundes med, at det er nødvendigt, hvis akutplanen skal fungere optimalt. Et andet høringssvar angiver, at telefonvisitationen skal være bemannet med veluddannede og erfarne sygeplejersker med læge som back-up (111).

## **7. Øvrige temaer:**

Der gives i høringssvarene udover de ovenstående gennemgåede temaer, desuden udtryk for følgende overvejelser:

- Der ønskes tydelig og god information om sundhedsvæsenet til alle borgere (61, 80, 111)
- Akutplanen beskriver ikke situationer med behov for forhøjet beredskab og samarbejde på tværs af regionens sygehus/akutbils-ordninger. Man bør integrere dette i planen (71).
- Samarbejde med øvrige regioner om tilrettelæggelse af akutberedskabet vil kunne give kvalitetsløft (5, 74).

- Der skal være yderligere fokus på patientbefordringen (80, 111, 159). Offentlig transport bør integreres, således borgere i optageområdet for de respektive hospitaler kan køre med en 'regionsbus' direkte til hospitalet/akuttklinik eller sundhedscenter (faste stoppesteder) (80)
- Det forventes, at Region Midtjylland bidrager med politisk, administrativ og faglig opbakning til udbygningen af sundhedscenteret i Tarm, herunder oprettelse af kronikercenter (113).
- Antallet af u hensigtsmæssige akutte indlæggelser vil stige pga. den stigende mangel på læger langs den midtjyske vestkyst (118).