

Høring vedr. udkast til 'Tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet'



Dato 06-10-2011

Tine Due Bluhme

Tine.Bluhme@ph.rm.dk

Tel. +45 7841 4810

Side 1

Præhospitalets MED-organisation finder det særdeles tilfredsstillende for patienterne, at der nu foreligger et udkast til en aftale mellem regionen og praksisudvalget om et udvidet samarbejde på akutområdet. Der er tale om et længe ventet tiltag, der afslutter de drøftelser, der blev indledt og beskrevet i en arbejdsgruppe i Region Midtjylland 2008: 'Rapport fra arbejdsgruppe vedr. undersøgelse af mulighederne for at samordne skadestuevisitation, vagtcentral og Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)'.

Den nedsatte arbejdsgruppe tog sit udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen' (juni 2007), hvor det af afsnit 6.2.2 'Visitation' fremgår, at der bør sikres en ensartet og enstrengt visitation og entydig, let og sikker adgang for patienten til visitationsordningen.

Det er imidlertid afgørende, at visionen om den enstrengede visitationsmodel gennemføres fuldt ud også i forhold til den fysiske samling på AMK-vagtcentralen, sådan som det blev beskrevet i Region Midtjyllands arbejdsgruppe i 2008. En sådan enstrengt model har været efterspurgt længe, og Præhospitalets MED-organisation hilser det velkomment, at den fulde integration med det beskrevne forslag er etableret i vagttiden, hvorimod der fortsat vil være flere indgange til samme ydelser i dagtiden, hvis udgangspunktet er den nuværende organisering.

I den oprindelige rapport fra den nedsatte arbejdsgruppe i Region Midtjylland blev der redegjort for forslag til en samordningsmodel for AMK, skadestuevisitation samt vagtcentral i Region Midtjylland – "den integrerede model", idet arbejdsgruppen overordnet set vurderede, at der ville være flere fordele ved at samordne den skadestuevisitation, der var kendt i den østlige del af regionen, vagtcentralen og AMK.

Arbejdsgruppens vision var, at man i den integrerede model samler de funktioner, der varetages i de tre separate enheder; AMK, vagtcentralen og skadestuevisitationen - samt desuden

lægevagtsvisitationen - i en fælles enhed. Borgere har mulighed for at ringe til telefonvisitationen (en sammensmeltning af skadestuevisitationen og lægevagtsvisitationen), som fysisk er placeret sammen med vagtcentral og AMK (i dag AMK-vagtcentralen). Dermed kan funktionerne gøre brug af hinandens kompetencer, og den akutte indsats bliver mere sammenhængende.

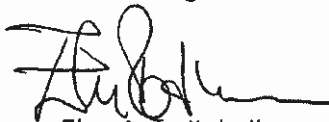
Konkret er disse anbefalinger endnu mere relevante nu set fra et patientsynspunkt, end da de blev fremsat af arbejdsgruppen i 2008. Med de erfaringer Præhospitalet har opnået til dato er det afgørende, at borgere der henvender sig ved akut sygdom og tilskadekomst, får en sammenhængende integreret hjælp. Konkret vil en borger, der oplever akut sygdom eller tilskadekomst, i dag ringe 1-1-2 eller til skadestuevisitationen i den østlige del af regionen, hvis ulykken indtræffer i dagtiden. Vi taler ikke om de meget alvorlige ulykker eller sygdomme, hvor der oftest ringes 1-1-2, men en række tilfælde af akut sygdom og tilskadekomst, hvor borgere efter tradition eller erfaring vil ringe 1-1-2 eller til skadestuen via skadestuevisitationen.

I dagtiden vil borgere fortsat kunne blive visiteret til sundhedsvæsenets ydelser af tre organisatoriske enheder frem for en, hvis den nuværende organisering opretholdes, nemlig af AMK-vagtcentralen i Præhospitalet og af skadestuevisitationen på Århus Universitetshospital og egen læge. Både skadestuevisitationen og det sundhedsfaglige personale på AMK-vagtcentralen benytter muligheden for at henvise borgere til både akutmodtagelsen på hospitalerne og egen læge.

Det vil sige med det nuværende forslag opfyldes ønsket om fuld integration i vagttiden, hvorimod der i dagtiden, såfremt den nuværende organisering af skadestuevisitationen opretholdes, fortsat vil være flere indgange til samme ydelse i Region Midtjylland. Konkret illustreres arbejdsflowet i vedlagte diagram.

I vagttiden opnås den fulde integration til stor gavn for borgerne. Forudsætter man, at man vil arbejde videre med også at udvide integrationen til dagtiden, vil en række organisatoriske forhold skulle drøftes.

Med venlig hilsen



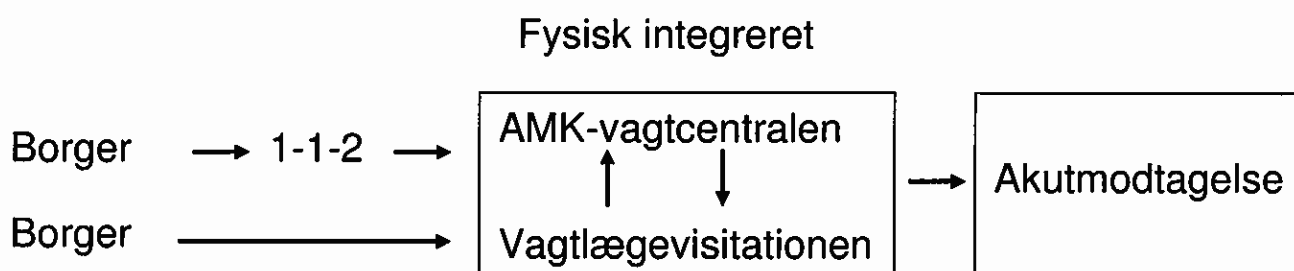
Else Ammitzbøll
Formand



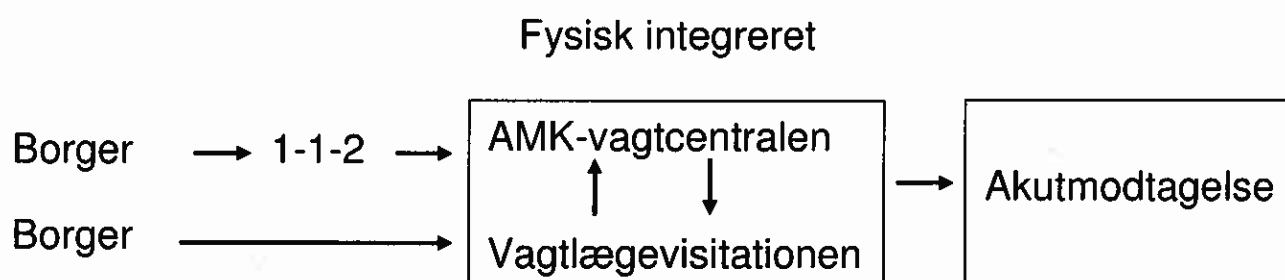
Hans Jørgen Boskov
Næstformand

Indgang til sundhedsvæsenet i **vagttid** ved almindelig og akut sygdom/tilskadekomst

Forslag 2011

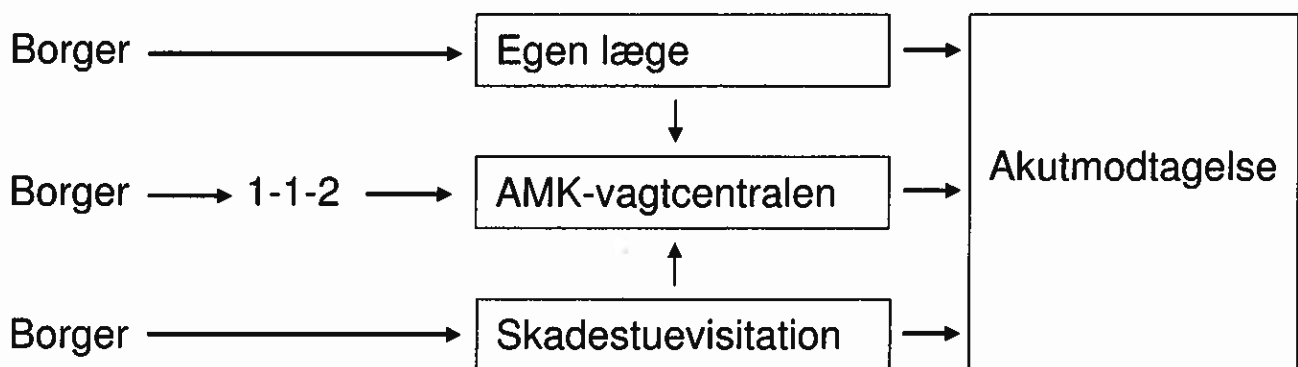


Model arbejdsgruppe 2008

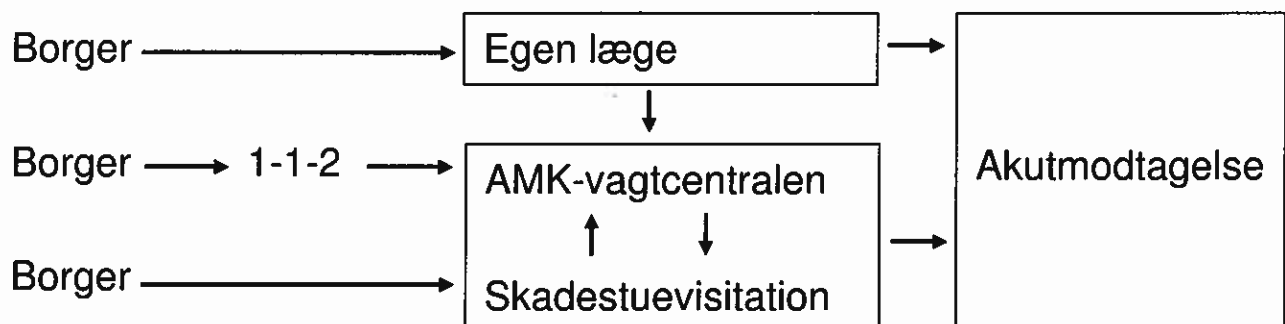


Indgang til sundhedsvæsenet i **dagtid** ved almindelig og akut sygdom/tilskadekomst

Forslag 2011 sammenholdt med nuværende organisering



Model arbejdsgruppe 2008



Bilag 2**Konkrete kommentarer til teksten**Tillæg til vagtaftalen

Side 3: "O. Bemandede og udstyrede akutklinikker forbedrer vagtlægens mulighed [...]". Præhospitalets MED-udvalg ønsker at det bliver tydeliggjort om dette forsøg på at omlægge en andel af lægernes hjemmebesøg til konsultation på akutklinikker vil få konsekvenser for behovet for siddende og liggende befordring i regionen med øgede udgifter på disse områder til følge.

Dato 06-10-2011

Tine Due Bluhme

Tine.Bluhme@ph.rm.dk

Tel. +45 7841 4810

Side 1

Side 3: "S. Det er aftalt, at Lægevagten og afdelingsledelsen i akutafdelingen i en løbende dialog koordinerer og evaluerer samarbejdet. [...]" Præhospitalets MED-udvalg vil gerne tydeliggøre, at en god dialog og koordineret indsats udover lægevagten og akutafdelingerne i mange sager også vil omfatte Præhospitalet/AMK-vagtcentralen, da mange patienter kommer fra lægevagten via hastegradsvurdering, visitation og eventuel transport med behandling til akutafdelingen. Det kunne eventuelt indføres i aftalen i relevant omfang.

Bilag 1

Side 1: "Visitation i dagtid og vagttid [...]". Jævnfør ovenstående bemærkninger så vil et enstrengt forløb for borgerne indebære, at dette telefonnummer – 70113131 – integreres i arbejdet på AMK-vagtcentralen, hvorfra en del borgere allerede visiteres til eksempelvis akutmodtagelse og praktiserende læger ved akut sygdom og tilskadekomst (kontakt gennem 1-1-2), ligesom visitation af akut syge og tilskadekomne ved større ulykker (mange sammenfaldende hændelser) visiteres direkte til regionens akutmodtagelser efter deres kapacitet.

Endvidere ser det ud til, at der har sneget sig en misforståelse med ind i bilagets tekst. I selve aftaleteksten står, at det er sygeplejersker ansat i Region Midtjylland og med lægefaglig support, der besvarer henvendelserne til 70113131, mens det i bilag 1 er anført, at der er tale om behandlersygeplejersker. Præhospitalets MED-organisation går ud fra, at det er ordlyden i selv aftalen, der er gældende. Dog

mener Præhospitalets MED-udvalg, at det bør være tilstrækkeligt, at det er sundhedsfagligt personale, der besvarer henvendelserne til 70113131.

Bilag 3

Side 3: "Adgang til akutafdelingerne [...]". For god ordens skyld kunne det i teksten tydeliggøres, at al henvendelse til Region Midtjyllands hospitalsvæsen foregår via sundhedsfaglig visitation (også ved opkald til 1-1-2). Borgere henvender sig til sundhedsvæsenet via egen læge, telefonvisitationen eller via 1-1-2.

Side 4: "Kvalitet i det integrerede sundhedsvæsen [...]": Det integrerede sundhedsvæsen rummer for borgeren tre aktører i regionalt regi: Den indledende behandling og visitation, der kan foregår via AMK-vagtcentralen eller via egen læge, og den efterfølgende behandling i akutmodtagelsen. Dette bør indgå i alle overvejelser om retningslinjer og instrukser i relation til DDKM. Konkret er Præhospitalet/AMK-vagtcentralen i gang med en brugerundersøgelse (pilot) sammen med ambulancetjenesten, der dækker forløbet fra borgerens kontakt til det akutte sundhedsvæsen (1-1-2 og AMK-vagtcentralen) via indledende behandling og transport til første modtagelse i akutmodtagelsen.

Kommentarer til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet.

En entydig indgang til akutbehandling er ønskelig og forsøges efterkommet ved ovennævnte aftaleskrift, der er sendt i høring.

Vi er generelt positive over det øgede samarbejde på akutområdet. Vi ønsker med dette høringssvar at fremhæve de fordele vi ser, ved den nuværende visitationsordning til skadestuer / akutmodtagelser og akutklinikker.

Der rejser sig ligeledes flere problemstillinger i tilslutning til aftalen, hvilket vi vil kommentere.

midt
regionmidtjylland

Fordele ved nuværende ordning:

De gode patientforløb sikres ved et indgående fagligt kendskab til behandling af tilskadekomne, og et nært samarbejde og logistisk kendskab til regionens skadeklinikker, akutmodtagelser / skadestuer.

Visitationssygeplejerskerne er specialuddannede behandler-sygeplejersker. De har indgående kendskab til behandlingsprincipper og instrukser gældende for regionens akutte patienter. Deres faglige kompetencer sikres ved en kontinuerlig funktion i Skadestuen og Skadestuevisitationen på Aarhus Universitetshospital. Visitationen holdes på få hænder (ca. 40 sygeplejersker), hvilket giver høj kvalitet, ensartet visitering og sundhedsfaglig rådgivning til borgerne. Den sundhedsfaglige rådgivning starter fra første kontakt til Skadestuevisitationen, og der gives råd og vejledning fra tilskadekomst og til patienten evt. møder op på hospitalet. Rådgivningsopgaven er mindst lige så stor og vigtig, når patienten afsluttes til egenomsorg.

Side 1/3

Vi ser store fordele ved at visitationssygeplejersken er fysisk placeret tæt på klinik og ortopædkirurgisk lægefaglig backup.

Skadestuevisitationen skaber hensigtsmæssig visitering ved graduering af hastegrad og styring af patientflow. Eksempelvis kan det aftales at patienten skal komme næste dag i dagtid, alternativt kan der gives en subakut ambulant tid. Der visiteres til den enhed, der har kortest ventetid og som med bedste faglighed løser behandlingsopgaver. Skadestuevisitationen nedbringer ventetid for patienterne ved stort og grundigt kendskab til geografiske og logistiske forhold.

Kommentarer til udkast:

Samarbejde omkring telefonvisitation.

- Vi kan i aftalen ikke læse, at der er taget højde for de store demografiske forskelle, der er mellem den østlige og vestlige

del af RM. Antallet af patientkontakter til sundhedssystemet er langt højere i øst end i vest.

- Nummeret 70113131 er i dagtid på hverdage bemandet med behandlersygeplejersker afleder flere spørgsmål:
 - fysisk placering af disse sygeplejersker?
 - hvorfra kommer den lægefaglige support?
 - hvem har ansvar for behandlersygeplejerskernes patientkontakt i dagtid?
 - Hvem har visitationsretten i dagtid?
- En bekymring retter sig mod praktiserende lægers tilgængelighed og faglig baggrund for de praktiserende lægers "navngivne stedfortrædere". Vi besvarer for nuværende mange henvendelser, når praksislæge har ferie osv. Desuden oplever vi uhensigtsmæssige henvisninger fra praksislægerne stedfortrædere, som i dag kan være en sekretær.

Samarbejde i akutafdelinger.

- En tættere fysisk placering af lægevagter og skadestuer / akutmodtagelser og skadepoliklinikker vil kunne optimere visse patientforløb eksempelvis patienter fra lægevagt til skadestue og omvendt. Erfaringsmæssigt ser vi begrænsede muligheder for gensidig fleksibilitet i situationer med spidsbelastning, da der ofte er sammenfald ved spidsbelastninger.
- Det giver efter vores overbevisning ikke mening at bemande både akutafdelinger / skadestuer og lægevagten med behandlersygeplejersker. Da der også er behandlersygeplejersker i skadestuer/akutafdelinger til at varetage "fast track"-funktionen, vil det betyde to parallelle spor og give risiko for utydelig ansvarsfordeling. Der er allerede i dag et eksisterende og velfungerende "fast track" spor for skadestuepatienter på Aarhus Universitetshospital. Dette spor bemandses i dag i tæt samarbejde mellem skadestuelæger / ortopædkirurgiske speciallæger og skadestuesygeplejersker / behandlersygeplejersker.
- Skadestuens behandlersygeplejerskers kompetencer stemmer ikke overens med de kompetencer, som efterspørges i notatet. Behandlersygeplejersker er på et højere kompetenceniveau. Vores forslag vil være en basissygeplejerske fra akutområdet.
- Det er vores indtryk, at dokumentet bygger på en antagelse om, at alle "småskader" kan varetages af behandlersygeplejersker - dette er ikke tilfældet. I dag foregår denne behandling i et teamwork med fastansatte læger og basis- og behandlersygeplejersker.
- Det beskrives, at behandlersygeplejersker i Lægevagten skal hente lægefaglig backup fra de hospitalsansatte læger, men at sygeplejerskens aktivitet i konsultationen registreres i lægevagtens IT-system. Dette giver igen en utydelig ansvarsfordeling.
- I beskrivelse af sygeplejerskens arbejdsopgaver nævnes fire områder. Disse ser vi også vil involvere andre faggrupper såsom sekretærer og serviceassistenter og vil samlet set kræve ekstra ressourcer.

- Triage af lægevagts patienter vil være et fagligt løft og en vigtig opgave. For at kunne foretage en kvalificeret triage af lægevagts patienter, og for at undgå unødvendig dobbelt udspørgen og registrering af patienten, er det nødvendigt at der er kompatibilitet mellem lægevagt- og sygehusenes IT-systemer, som nævnt i aftaleudkast. Vores erfaring viser, at personlig bemanding omkring en reception vil afstedkomme løbende kontakter om ventetid, symptomforværring, ønske om smertestillende mm., hvorfor der vil være brug for afklaring omkring ressourceforbrug og ansvarsfordeling.
- Med den mængde af patienter vi har på Aarhus Universitetshospital, vil fælles venteværelse være en stor udfordring. Vi kan se en fordel i at opdele ventefaciliteter, hvorved vi kan adskille eksempelvis syge børn fra fulde tilskadekomne. Det vil desuden optimere overblikket for den sygeplejerske, der har ansvar for patienter i venteområdet.

midt
regionmidtjylland

Vi ønsker at gøre opmærksom på, at datoen for iværksættelse, 1.juni 2012, er meget uhensigtsmæssig på grund af omstruktureringer / ombygning på Aarhus Universitetshospital. En så stor forandring bør desuden, efter vores bedste overbevisning, ikke foregå lige op til en sommerferie.

Med fokus på det optimale patientforløb, håber vi, at I vil inddrage vores kommentarer og betragtninger i den endelige aftale.

Med venlig hilsen

Ledelse og medarbejdere i Skadestuen, Aarhus Universitetshospital.
6. oktober 2011

Side 3/3

Århus, den 10/10-2011

Kære regionsrådsmedlem

Vedr.: Udkast til "Tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet":

Vi er som udgangspunkt klar over, at Region Midtjylland, i den nye akutplan, har et ønske om enstrengt visitation og modtagelse af akutte patienter. Derfor er visse rammer på forhånd givet. Og som udgangspunkt er vi positivt indstillede overfor forbedrende og kvalitetsløftende tiltag, idet vores fokus også er patientsikkerhed og borgerservice. Der er dog en del af indholdet i ovennævnte aftaleudkast vi føler en særlig forpligtelse til at skærpe jeres opmærksomhed omkring. Vi reagerer hermed med forundring og bekymring på ovenstående dokument.

Skadestuen på Nørrebrogade, er en meget velfungerende og stor - Nordeuropas største - akutmodtagelse med ca. 58.000 årlige fysiske henvendelser. I øvrigt kåret som landets bedste akutmodtagelse 2010. En enhed vi alle er meget stolte af og ønsker at værne om. Vi arbejder i et meget dynamisk belastet arbejdsmiljø hvor arbejdsintensiteten og udfordringerne er knyttet til variationen i antal tilstedeværende patienter, triageringsgraden for de enkelte patienter og dermed det momentane pleje-/behandlingsbehov samlet set i akutmodtagelsen, ligesom fordelingen af patienterne på de enkelte tilknyttede specialer varierer utroligt meget og dermed belaster forskelligt. Dermed sagt, at vi bestemt er omstillingsparate og beredte. Vi er vant til at håndtere mangt og meget og af og til at være maksimalt belastede.

Vi ser et stort logistisk problem i Århus, hvis regionens ønske om generelt, at samle vagtlæge- og akutmodtagelser/-klinikker, gennemføres, hvor vi derimod mener man bør skele til de udtalte demografisk forskellige forhold, der gør sig gældende i Region Midtjylland. Øst/Vest er langt fra ens og sammenlignelige. Det er for os meget svært at forestille os, hvordan man kan stuve yderligere ca. 60.000 årlige vagtlægepatienter ind i de nuværende ydre fysiske rammer omkring skadestuen. Vi er godt klar over den foreliggende plan om fysisk ombygning af skadestuen forår 2012, men trods dette bliver de ydre rammer ikke større og flowet af patienter, frem og tilbage, vil fortsat, som planerne foreligger, være i området omkring teamleder/sekretærer ved skranken. Det bliver kaotisk og trangt for ventende patienter med forringede venteforhold for alle - ventende forældre med syge børn en sen aften hvor de fulde, urolige og til tider aggressive folk har indtaget skadestuen, matcher bare ikke hinanden, ligesom smitterisiko for raske skadestuepatienter, der sidder klods op ad virusramte vagtlægepatienter, er et problemområde I, efter vores mening, bør tillægge stor fokus. Derudover udgør det øgede antal ventende patienter et stort potentielt problem for patient- og personalesikkerhed, idet der for det første vil være så mange tilstedeværende at den ansvarshavende teamleder ikke kan forventes at skulle varetage ansvaret for triagering og opsyn også med lægevagts patienter. Patienters tilstand vil i større grad kunne forværres og udvikle sig kritisk med den menneskehob, der må tænkes at blive i ventefaciliteterne. Samtidig kan flugtveje og gangplads tænkes, i øget omfang, at blive blokerede af patienter, hvorfor der bør kigges grundligt på dette, så forholdene stadig er afstemt efter brandmyndighedernes bestemmelser.

Ad. Samarbejde med vagtlægerne i akutmodtagelsen:

Både patientgrundlaget og kompetencekravene er vidt forskellige vagtlæge og akutmodtagelse/skadestue imellem. Vi har hver vores kompetencer og kerneområder. Vagtlægen de almen medicinske tilstande, Akutmodtagelsen/skadestuen de ABC-påvirkede ustabile patienter, der kræver stabilisering samt alm. ortopædkirurgiske patienter. At læse i forslaget, at privat praktiserende lægers/vagtlægers kompetenceområde for håndtering af akutte tilskadekomster fremover primært forventes at omfatte næseblødning, sårbehandling, fjernelse af fremmedlegemer, øjenskyllning, behandling af insektbid samt primær vurdering evt. færdigbehandling af mindre skader på bevægeapparatet afføder derfor en række spørgsmål;

1. Dette er nogle af de kompetencer behandlersygeplejersker i dag besidder. Hvad er årsagen til at vagtlægerne ønsker at overtage disse/ønsker de det?
2. Hvad er rationalet for IKKE fortsat at satse på behandlersygeplejerskernes kompetencer og bibeholde disse kompetencer i kirurgisk regi, hvor de specialemæssigt er hjemhørende?
3. Hvem skal stille ressourcerne til rådighed for vagtlægerne (hvor skal behandlersygeplejerskerne komme fra)? Behandlersygeplejerskerne i skadestuen vil skulle arbejde mere aften, nat, i weekends og på helligdage, hvis de skal udgøre hjælp hos vagtlægerne. Det vil være en væsentlig forringelse af arbejdsmiljøet med denne større vagtbelastning, hvilket der ikke er overstrømmende interesse for blandt personalet i skadestuen.

Der er yderligere behov for at klarlægge ansvarsplacering og aftaler vagtlæge og hospitalsafdeling imellem, idet sygeplejersken skal have klare retningslinjer for tilhørsforhold i den enkelte vagt - altså hvor det primært forventes denne skal være og hvem der i hvilke givne situationer kan kræve hjælp fra denne, ligesom den lægefaglige backup og ansvarsplacering bør være helt tydelig og entydigt placeret i givne situationer.

Vi ser det som et kvalitetsløft at få overvågning af vagtlægernes venteværelse. Dog mestrer de samme praktiserende læger dette uden problemer i deres egen praksis, hvor flere jo i forvejen har slået sig sammen i lægehuse og dermed dannet en større enhed med en del ventende patienter. Der har de ansatte klinisygeplejersker og sekretærer, der tilsammen varetager denne funktion. At sygehuspersonale automatisk skal løfte denne opgave blot fordi vagtlæger fysisk holder til på sygehusets matrikel hænger ikke pr. automatik sammen. Man kunne måske med rette forvente af vagtlægerne, at de selv tager ansvar for et forsvarligt set-up af deres vagtkonsultation. Her kunne man tænke de kunne ansætte egne konsultationssygeplejersker eller opslå nye stillinger møntet på at løfte denne opgave.

Vi føler os meget afmægtige i denne forhandlings- og beslutningsproces, hvor vi ikke føler os hørt og dermed uden indflydelse på eget arbejdsområde og -miljø, når Regionen hen over hovedet på os beslutter at vi skal hjælpe vagtlægerne. Var det lagt ud som et tilbud om ændrede arbejdsfunktioner, ville der være en anderledes forståelse og mulighed for et forhandlingsgrundlag. Dialog om udvikling og forandring skaber synergi og dygtige engagerede medarbejdere og sikrer tillige et sundt og godt arbejdsmiljø. Det er der vist ikke mange der er uenige i. Dialogen med personalet på skadestuen er vanskelig at få øje på i dette forslag og den forhandlingsproces der er gået forud.

Ad. Samarbejde omkring visitationen:

Vi har en velfungerende skadestuevisitation, hvor vi telefonisk yder en kompetent og sundhedsfaglig specifik førstehjælp til borgerne når de ringer. Derudover styrer vi patient-flowet i de enkelte skadestuer/-klinikker fra telefonopkald til fremmøde på rette modtagende afdeling. Meget ofte konfererer vi med speciallæger som ex. tandlæger, øre-næse-halslæger, for derved at hjælpe patienterne til direkte henvisning hos dem og ikke blot henvisning til skadestuen, hvor der så yderligere går tid og ressourcer med viderevisitering til rette speciale. Vi kan dette kva vores mangeårige forankring i skadestuearbejdet og dermed indgående kendskab til gældende behandlingsprocedurer på i hvert fald det kirurgiske og til dels akutmedicinske felt. Vi er gode og specialuddannede til denne funktion, yder en af borgerne meget rost service og man har stor interesse i konceptet i Region Sjælland, hvor man 3. oktober 2011 begyndte funktionen, ligesom man i Region Hovedstaden har besluttet, med start primo 2012, netop at indføre kopi af eksisterende Region Midtjylland-model med en sygeplejerskebemandet Sundhedstelefon som de kalder den, hvis mål netop er nedbringelsen af ventetid fra de i medierne omtalte op til 12 timer. Her må vi pointere, at vi i Århus, landets største akutmodtagelse, evner at flowstyre og behandle, så der i gennemsnit er blot 35 min. ventetid, altså meget tæt op ad målet på 30 min. i Region Midtjylland.

Derfor kan det også undre, at man vil lægge al visitation over til praksislægerne, og dette vækker igen en bekymring for, at skadestuen "sander til" i patienter. Netop visitationssygeplejerskerne har oparbejdet en særlig stor kompetence i visitation af ortopædkirurgiske patienter, gennem en mangeårig skadestueerfaring og efteruddannelse. Ligeledes kræver visitation til eget hjem uden behandling samtale af ofte minutters varighed, hvilket vagtlægerne slet ikke er gearret til. Således vil man formentlig se langt flere fremmødte i skadestuen, hvor man med fordel kunne have vejledt patienterne i behandling hjemme eller visiteret til egen læge eller ambulatoriebehandling. Vores erfaringer med gældende praksis i dag, for praktiserende lægers og vagtlægers visitation af patienter til skadestuen, underbygger blot dette forhold.

Vi ser således ikke noget bedre alternativ end nuværende sygeplejerskebemandet skadestuevisitation. Samtidig kan vi godt se fordelene med blot et nummer borgerne skal ringe. Her kunne vi forestå, at man lavede en telefonsluse, eks. "Tast 1 for akut tilskadekomst", "2 for almindelig sygdom", hvorefter borgerne ville blive stillet om til skadestuevisitationen i den nuværende form, i fald der blev tastet 1 og ellers blev borgeren betjent af egen læge eller vagtlæge afhængig af tidspunktet borgeren ringer.

Vi håber disse betragtninger vil danne grundlag for jeres endelige beslutning af dette aftaleudkast.

Med venlig hilsen

Sygeplejerske Lars Høst, på vegne af skadestuesygeplejerskerne
Skadestuen
Århus Universitetshospital, Nørrebrogade
8000 Århus C.

Høringssvar fra HMU, Aarhus Universitetshospital vedr. udkast til aftale om integreret samarbejde på akutområdet

HMU ved Aarhus Universitetshospital (AUH) afgiver herved høringssvar vedr. udkast til aftale mellem Region Midtjylland og Praksisudvalget i Region Midtjylland om et integreret samarbejde på akutområdet.

Høringssvaret skal ses i lyset af, at aftaleudkastet indebærer, at antallet af patienter på skadestuens areal på AUH vil stige fra aktuelt ca. 58.000 til ca. 120.000 besøg årligt (svarende til et besøg hvert 4,5 minut), når vagtlægernes patienter kommer til. Samtlige disse patienter, nogle med deres pårørende, skal igennem de samme ventefaciliteter som patienter til AUH's skadestue på Nørrebrogade 44. Så markant en aktivitetsstigning stiller skadestuen overfor særlige udfordringer ifht. personale, fysiske rammer, og arbejdsmiljø.

Overordnet er HMU enig i det hensigtsmæssige i, at der etableres et enstrengt visitationssystem for henvendelser, som ikke kræver opkald til alarm 112. Endvidere finder HMU det hensigtsmæssigt at etablere ens service til alle borgere i Region Midtjylland i fht. akut visitation.

HMU finder det imidlertid meget problematisk, at skadestuens ledelse og medarbejdere samt hospitalsledelsen ved AUH først meget sent er blevet inddraget. HMU er efterladt med det klare indtryk, at drøftelserne mellem regionen og regionens Praksisudvalg er langt fremskredne, før inddragelsen af skadestuen og hospitalsledelsen er sket. Dette er ikke i overensstemmelse med MED-aftalen.

Ser man på det indholdsmæssige er det HMU magtpåliggende, at det serviceniveau, der tilbydes patienterne i AUH's skadestue ikke forringes. Dette gælder både i fht. ventetider, hvor skadestuen på AUH, med 35 minutter i gennemsnit, har landets korteste ventetid i skadestuer; og det høje serviceniveau som aktuelt realiseres bl.a. via et velfungerende samarbejde og en tæt koordination af indsatsen alle involverede faggrupper imellem. Ledelse og medarbejdere i skadestuen har i deres fremsendte kommentarer beskrevet fordelene ved den nuværende ordning i skadestuen.

midt
regionmidtjylland

Dato 08.10.2011

Journalnr.

Hans Chr. Mikkelsen

Tlf. 8949 2385

Mail hansmikk@rm.dk

Side 1 af 3

En samorganisering af akutområdet medfører, sådan som den er beskrevet, markante ændringer i samarbejdsfladerne mellem plejepersonale og læger. Blandt andet skal plejepersonalet i skadestuen, efter den beskrevne model, varetage opgaver i såvel hospitalsregi som hos lægevagten; og der lægges op til, at hospitalsansatte læger løser opgaver for vagtlægerne. Sådan tolkes begrebet fleksibilitet. HMU finder, at der er behov for en klar beskrivelse af ansvarsfordeling, kompetencer, faglighed og referenceforhold, så der ikke opstår misforståelser og/eller pres på det psykiske arbejdsmiljø som følge af tvetydige referencer. Det skal, såvel af hensyn til patienterne som af hensyn til arbejdsmiljøet, til hver en tid være klart og entydigt, hvor patientansvaret er placeret. Vi forventer, at der efterfølgende vil ske en nærmere udredning og beskrivelse af ansvarsforholdene, ligesom der skal ske en nærmere beskrivelse af punktet "Modtagelse af patienterne".

Den nye aftale forudsætter, at praktiserende læger fremover håndterer akutte tilskadekomster, som de ikke hidtil har håndteret. Opmærksomheden henledes i den forbindelse på, at der kan være et behov for fokus på de praktiserende lægers kompetencer i fht. disse opgaver, ikke kun mhp. at varetage de nytilkomne skader, men også med henblik på at patienter ikke vide-revisiteres fra vagtlæger til akutafdeling eller akutklinik i et uhensigtsmæssigt omfang.

HMU finder derudover, at der skal være stort fokus på tilgængeligheden til de praktiserende læger, herunder adgangen til stedfortrædere i førstnævntes fravær. HMU har en klar forventning om, at stedfortrædere til enhver tid har lægefaglig baggrund.

I fht. informationsudveksling mv. finder HMU det nødvendigt, at det sikres, at vagtlæger og skadestuen allerede ved den ny ordnings start har adgang til – og anvender – samme IT-systemer til informationsudveksling, ordinationer, dokumentation mv. Skadestuen anvender allerede nu et system til den interne visitation af patienter, og det foreslås, at dette system udbredes til at dække hele den nye ordning. Det skal, i relation til IT, tilføjes at HMU finder det uhensigtsmæssigt at hospitalsansat plejepersonale i visse situationer skal ydelsesregistrere i lægevagten IT-system, da dette efter HMU's opfattelse vil være en uhensigtsmæssig sammenblanding som kan bidrage til uklarhed om, hvem der leverer sundhedsydelserne.

HMU finder anledning til bekymring for akutområdets økonomi. HMU finder, at de facto sammenblandingen af primær- og sekundærsektorens hidtil adskilte økonomiske kredsløb, kan medføre dels uklarhed omkring sammenhængen mellem ydelsesleverancer og –honorering, dels en reel risiko for dobbeltregistrering (og –honorering) af sundhedsydelser, og dermed en øgning af de samfundsøkonomiske midler. HMU finder, at denne sammenblanding bør søges undgået. Hvis det ikke kan lade sig gøre, bør der ved en kommende evaluering fokuseres grundigt på dels om den nye ordning overordnet set giver mere sundhed for pengene (omkostning pr. aktivitet), dels på hvordan udgifter og aktivitet udvikler sig indenfor de to sektorer. I evalueringen bør der ligeledes indgå servicemål i relation til vagtlægeordningen, ligesom aktivitet etc. bør indgå. Endvidere bør der evalueres på den patientoplevede kvalitet.

Ved samorganiseringen af akutområdet planlægges fysisk samling af AMK-vagtcentralens personale og lægevagten visitation. Som det fremgår af skadestuens høringsvar er der store fordele ved, at visitationssygeplejerske-personalet er fysisk placeret tæt på klinik og ortopædkirurgisk lægefaglig backup. HMU bakker op herom, og anbefaler således, at skadestuens sygeplejevisitation forbliver i nær tilknytning til skadestuen.

Afslutningsvist forventer HMU, at den nye organisering af akutområdet først iværksættes når de fysiske rammer er på plads til det; dvs. tidligst d. 1. september 2012.

Med venlig hilsen

Gert Sørensen
Formand

Charlotte Thaarup
1. næstformand

Leon Sørensen
2. næstformand



**Aarhus Universitetshospital
Akutcenteret**

7. oktober 2011
TJ

Til HMU, Aarhus Universitetshospital

**CMU i Akutcenteret: høringssvar vedrørende aftale med almen praksis om
integreret samarbejde på akutområde**

CMU i Akutcenteret anerkender aftalens formål med skabelsen af en ensartet praksis på akutområdet i hele Regionen. Etableringen af én entydig indgang til akutsystemet vil gøre det nemmere for borgerne at få den første kontakt til systemet.

Vi mener dog, at aftalen skal præciseres på nogle nøgleområder, når det gælder opgavebeskrivelserne for sygeplejerskerne og læger i det kommende integrerede samarbejde.

CMU er bl.a. bekymret for entydigheden i ledelsesansvaret, når sygeplejerskerne skal løse opgaver i skadestuen OG for vagtlægerne. Der er allerede i dag et eksisterende "fast track" - spor bemandet med skadestuelæger/ ortopædkirurgiske speciallæger og behandlersygeplejersker, der selvstændigt varetager og afslutter patientforløb. Ved at bemandle lægevagten med en behandlersygeplejerske, vil der være to parallelle spor med forskellig lægefaglighed og ledelse. Det ønskes ligeledes belyst, hvem der har det faglige ansvar for vagtlægens patienter, når det anføres, at de hospitalsansatte læger skal tage over ved visse typer skader.

Ansvar for triage, overvågning, servicering og observation af alle patienter i området stiller store krav til personalet.

Ideen med at alle gående patienter, deres pårørende og alle liggende transporter skal igennem Skadestuen vækker stor bekymring for personalets arbejdsmiljø i de eksisterende fysiske rammer.

Ligeledes virker oplægget om den fremtidige visiteringsmodel bekymringer. Den nuværende visitationsmodel styrer patientflowet ind i afdelingerne og skaber hensigtsmæssig visitering af tilskadekomne patienter til de Skadepoliklinikker, Skadestuer/ Akutafdelinger som har kortest ventetid og som med bedste faglighed løser opgaven. Vi ser faglig rådgivning fra tilskadekomst til fysisk fremmøde på Hospitalerne som en vigtig del af det optimale og højt kvalificerede patientforløb.

Endeligt er CMU meget opmærksom på, at den endelige udformning og konkretisering af den foreliggende aftale ikke må påvirke de gode resultater, skadestuen ved Aarhus Universitetshospital har opnået, når det gælder antal af besøg, antal behandlinger og en gennemsnitlig ventetid på 35 minutter.

Med venlig hilsen

Michael Braüner Schmidt (formand)
Martin Møller (næstformand)

Høringssvar vedr. vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland.

Gennem de sidste 13½ år har vi haft et velfungerende samarbejde med lægevagten i Holstebro, hvor vi som sygeplejersker har arbejdet tæt sammen med vagtlægen i konsultationen i tidsrummet 16-24 på hverdage og 08-18 i weekender og helligdage. Vi oplever, at dette er til stor gavn for borgerne i vores område, da de i mange tilfælde bliver færdigbehandlet i lægevagten. Som det er nu, er det sygeplejebistand og ikke behandlersygeplejebistand.

For 3 år siden blev en del af sygeplejerskerne uddannet behandlersygeplejerske efter Region Midtjyllands uddannelses ordning. Vi måtte dog hurtigt erfare, at vi i den forbindelse var nødt til at udvide behandlersygeplejerskernes kompetencer, da de flowdiagrammer, der var udfærdiget til behandlersygeplejerskerne, stort set er ubrugelige her. Dette på baggrund af de opgaver der løses af praksislægerne.

1.2.2009-31.12.2010 blev der, i forbindelse med etablering af Akutklinik Holstebro, i tidsrummet 22-08 aftalt, at vagtlægerne skulle være faglig back-up for behandlersygeplejerskerne. På baggrund af dette, har vi gjort os nogle gode og mindre gode erfaringer.

Erfaringerne var, at praksislægerne generelt ikke er vant til at se på røntgenbilleder, og de kan derfor have svært ved at stille en kvalificeret diagnose. Behandlersygeplejerskerne må ikke selvstændigt diagnosticere ud fra et ikke beskrevet røntgen billede, og da billederne ikke beskrives i tidsrummet 16-08 på hverdage samt hele døgnet i weekender og helligdage, tilfaldt det ansvar praksislægen. Vi oplevede, at behandlingen til tider også var "tilfældig", alt efter hvad den enkelte vagtlæge havde af erfaring eller mening, vores behandlingsinstrukser på E-Dok blev af samme grund ikke fulgt. Resultatet var en forringelse af behandlingen for patienten, hvilket medførte frustrationer og dilemmaer hos behandlersygeplejerskerne, da der er krav fra vores ledelse om at følge disse speciallægegodkendte instrukser. Dette frygter vi at komme til at opleve igen. Skal behandlersygeplejerskerne følge behandlingsinstrukserne i E-Dok udstukket fra vores ledelse, eller skal ordinationen fra praksislægen følges?? Hvordan sikrer vi efterfølgende, at det er den rette diagnose og behandling, patienten har fået? Hvem følger op på dette?

I Holstebro er der en tilstedeværende akutlæge 08-22 alle ugens dage. Fra 22-08 har akutlægen i Herning den lægefaglige back-up. Det er samme akutlæger, som har tilstedeværelse i tidsrummet 08-22, der også arbejder i Akutafdelingen, Herning. Vi har dermed en kvalificeret lægelig back-up til behandlersygeplejerskerne. Med den nye samarbejdsaftale frygter vi, på baggrund af vores erfaringer, at den lægefaglige back-up til behandlersygeplejerskerne bliver væsentlig forringet, og vi ser en risiko for ringere diagnostik og behandling af de patienter, der måtte komme her. Hvilke tanker er der gjort omkring den kvalitet, som vagtlægerne nødvendigvis skal levere?

Vi ser endvidere en serviceforringelse i form af øget ventetid for patienterne. Erfaringer fra tidligere er, at presset på vagtlægen i det tidsrum (kl. 22-23), hvor denne skulle overtage den lægelige back-up for behandlersygeplejerskerne var meget stort. Det medførte en del afbrydelser i konsultationen, frustrationer hos læge og sygeplejersker samt øget ventetid for patienterne. I tidsrummet 23-08 var det den kørende vagtlæge, der var lægefaglig back-up for behandlersygeplejersken. Der er ofte mange besøg og store afstande, hvilket medførte, at der kunne gå flere timer inden vagtlægen rent fysisk kunne komme og vurdere røntgen billeder. Vagtlægen har ikke på nuværende tidspunkt mulighed for at se røntgenbilleder andre steder end på skadestuerne. Vagtlægen havde ofte behov for at konferere røntgenbillederne med akutlægen i Herning. Vi ser vagtlægens involvering som et ekstra unødvendigt led, både i forhold til kvalitet, ventetid og økonomi.

10.10.11

Rent økonomisk vil der blive en merudgift pr ydelse sammen med en kvalitetsforringelse. Akutlægen får fortsat sin faste løn hele døgnet, og leverer en kvalificeret ydelse, så hvordan kan Regionen forsvare, at øge udgifterne og samtidig serviceforringe?

I Bilag 2 er der flere steder brugt ord som "akutklinikaktiviteter" og "ikke akutklinikaktiviteter", Hvordan defineres disse ord set i sammenhæng med de øgede kompetencer som behandlersygeplejerskerne i Vest har?

På landsplan er der taget beslutning om, at alle akutte patienter skal triageres, hvilket vi allerede nu udfører i Akutafdelingen, HEV. Triage er ikke et kendt redskab i lægevagtssammenhænge, og da vi ifølge den nye samarbejdsaftale skal dokumentere i lægevagtssystemet, ser vi ikke denne kobling, der her er nødvendig. Hvordan er dette tænkt ind i aftalen?

Er der med denne aftale tænkt på de øgede sygeplejeressourcer, der skal bruges ved lægevagten, såfremt der forventes sygeplejebistand i vagtlægekonsultationen hele åbningstiden? Det er ikke muligt at afgive ressourcer hertil med den nuværende normering, men vi anerkender, at der er et behov for sygeplejebistand hele åbningstiden i lægevagtskonsultationerne. Dette til stor gavn for borgerne.

Sygeplejerskerne i Akutmodtagelsen
Regionshospitalet Holstebro.

Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
8800 Viborg



Dato: 10. oktober 2011

j.nr.:

Side 1

**Høringssvar fra HMU på Regionshospitalet Randers vedr.
tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og
praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet
samarbejde på akutområdet.**

Indledningsvist byder HMU på Regionshospitalet Randers det velkomment, at der etableres en permanent og hensigtsmæssig løsning på den lægelige dækning på akutklinikken i Regionens Sundhedshuse.

Dog fremgår det ikke klart, om aftalens samlede økonomi eller delelementer heraf kommer til at belaste akuthospitalerne anstrengte økonomi yderligere. Udover overgangen fra sygeplejefaglig visitation til lægefaglig visitation, tænkes også på behandlersygeplejerskernes øgede opgavevaretagelse, og den foreslåede afregningssystem på Akutklinikkerne, hvor vagtlægerne også honoreres for funktioner udført af behandlersygeplejerskerne.

HMU vil anbefale at beskrivelsen af det faglige ansvar for behandlingen såvel i akutklinik men især i akutafdelingen uddybes og gøres helt eksplicit, for at undgå efterfølgende lokale fortolkninger, jf. nedenstående.

HMU ser gerne, både af faglige, økonomiske og organisatoriske årsager, at behandlersygeplejerskernes kompetencer fortsat udnyttes fuldt ud i akut-klinikker og afdelinger.

Dokumentation

I forhold til dokumentation er der i aftale og bilag lagt op til at hospitalsansatte behandlersygeplejersker skal dokumentere i vagtlægesystemet. Der mangler en beskrivelse af undervisning, systemadgang m.v. for sygeplejerskerne.

Bilag 3: Akutafdeling:

"Patienter, som sygeplejersken selv afslutter, jf. punkt 1, befinder sig dermed honoreringsmæssigt som en del af akuthospitalet. Når sygeplejersken selv afslutter patienterne, er det de hospitalsansatte læger, som udgør den lægefaglige backup. Sygeplejerskens aktivitet i konsultationen registreres i lægevagts IT-system."

Der må i dette tilfælde være tale om dobbeltdokumentation mellem MidtEPJ og lægevagtsystemet, der skal udføres af hospitalsansatte sygeplejersker. Hvis hospitalet har det lægefaglige ansvar må dokumentationen forefindes i MidtEPJ, som er hospitalsansatte lægers dokumentationsredskab. For at aktiviteten kan tilfalde hospitalet må nødvendig dokumentation af ydelser ligeledes foretages i MidtEPJ. Dokumentation i lægevagtsystemet kan evt. begrænses til det nødvendige mhp at sikre information til vagtlægerne om afslutningen på henvendelsen.

midt
regionmidtjylland

Side 2

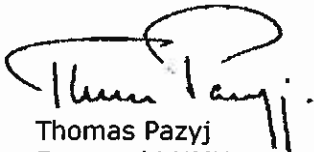
Bilag 2: Akutklinikker

I akutklinikkerne skal sygeplejerskernes selvstændige behandling af patienter dokumenteres i vagtlægesystemet svarende til akutafdelingerne. Der er dog ikke tilføjet at aktiviteten tilfalder det pågældende hospital, som det aftales på akutklinikkerne.

Arbejds miljø

I forhold til arbejdsmiljøet påpeger HMU vigtigheden af, at der bliver etableret et godt samarbejde mellem de mange fremtidige aktører, og at der etableres et forum, der kan håndtere eventuelle problemstillinger.

Med venlig hilsen


Thomas Pazyj
Formand i HMU


Pirkko Dinnesen
Næstformand i HMU

Høringssvar fra Hoved-MEDudvalget, Hospitalsenheden Vest til Sundhedsplanlægningens forslag om et integreret samarbejde på akutområdet

Sundhedsplanlægningen i Region Midtjylland har fremsendt forslag om tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet.

HMU, Hospitalsenheden Vest har følgende bemærkninger til forslaget:

Overordnet ønsker HMU ved Hospitalsenheden Vest at tilkendegive støtte til forslagets intention om at skabe samarbejde og integration omkring løsningen af sundhedsvæsenets akutfunktion.

Samarbejde i akutklinikkerne

Hospitalsenheden Vest tager det politiske ønske om åbningstid til kl. 22:00 i Akutklinikken i Ringkøbing til efterretning. Såfremt det måtte vise sig, at aktivitetsniveauet bliver meget lavt, vil hmu anbefale, at der gennemføres en evaluering m.h.p. at vurdere, om det er en omkostningseffektiv ressourceanvendelse?

I akutklinikkerne vil sygeplejerskepersonalet arbejde i et felt, hvor det lægefaglige ansvar er placeret i forskelligt regi over døgnet. Det er meget vigtigt, at der i den sammenhæng skabes fælles regionale, tydelige og transparente retningslinjer og instrukser for samarbejde og ansvarsplacering, så personalet ikke efterlades i et vakuum ved f.eks. klagesager, UTH og lignende.

Samarbejde på akutafdelingerne

Parallelt med situationen i akutklinikkerne kan der opstå en udfordring med sygeplejersker som i et fælles venteområde i nogle situationer arbejder i et felt, hvor det er vagtlægen, som har det lægefaglige ansvar, og i andre situationer er akutafdelingens læge, der har det lægefaglige ansvar. Også her er der behov for fælles regionale, tydelige og transparente retningslinjer og instrukser for samarbejde og ansvarsplacering.

Afsluttende bemærkninger

Endeligt ønsker HMU at kommentere på de økonomiske aspekter af den indgåede aftale. Der ses ikke i forslaget overslag over de økonomiske konsekvenser heraf.

Det må imidlertid være formodningen, at forslaget vil medføre ekstraopgaver for Region Midtjyllands hospitaler. Ekstraopgaver, som endnu ikke er finansieret. Hospitalsenheden Vest ønsker i den sammenhæng at påpege, at hospitalsenheden efter adskillige tilpasnings- og sparerunder finder det overordentligt vanskeligt at skulle realisere yderligere besparelser.

Vælger Region Midtjylland at tilføre hospitalerne ressourcer til at varetage de nye opgaver, vil Hospitalsenheden Vest anmode om, at hospitalsenheden kompenseres proportionalt med de øvrige hospitaler. Når andet kunne komme på tale er det begrundet i, at Hospitalsenheden Vest af egen drift har finansieret nogle af de i aftalen regulerede funktioner, hvilket ikke bør være til hospitalets disfavør.

Med venlig hilsen

Henning Vestergaard
Formand HMU

Annette Toft
Næstformand HMU

Regionshuset Viborg
Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
Postboks 21
DK-8800 Viborg
Att.: Helle Hygum Olsen

Hospitalsenheden
Horsens
Sundvej 30
DK-8700 Horsens
Telefon +45 7842 5000
www.regionshospitalet-horsens.dk
post@horsens.rm.dk

Vagtaftale med Praksisudvalget - Høringssvar fra Hospitalsenheden Horsens

Hoved-Medudvalget har på mødet den 12. oktober 2011 behandlet forslag til vagtaftale med Praksisudvalget om udvidet samarbejde på akutområdet. Som følge heraf afgiver Hoved-Medudvalget nedenstående høringssvar.

Overordnet set støtter Hoved-Medudvalget forslaget til vagtaftale. Hospitalsenheden Horsens har gode erfaringer med at samarbejde med lægevagten, som i flere år har været placeret dør om dør med Akutafdelingen.

Et tættere samarbejde kan være med til at sikre hospitalskapaciteten til de mest syge patienter og skabe én indgang til hospitalsvæsenet for de fleste patienter.

På denne måde tror Hoved-Medudvalget, at et udvidet samarbejde på akutområdet med de praktiserende læger vil bidrage til at løse dilemmaet mellem et stigende behandlingsbehov og knappe ressourcer.

Det er afgørende for opfyldelse af formålet med ordningen, at den praktiserende læge faktisk foretager visitationen. Det kan bedst sikres ved hurtig etablering af de beskrevne akutlinjer i praksis.

Hoved-Medudvalget er dog usikker på, hvorvidt de praktiserende læger har kapacitet til at påtage sig en opgave af denne størrelse. Hvis de praktiserende læger skal bruge mere tid på visitation af skader og akutte patienter, kan det medføre mindre tid til konsultationer og måske øge presset på sundhedsvæsenet. Det er vigtigt, at sikre en effektiv udnyttelse af kapaciteten i almen praksis. Derfor bør vagt aftalen ikke pålægge praksislæger opgaver, som kan udføres af andet sundhedsfagligt personale f.eks. behandlersygeplejersken.

Sygeplejerskernes kompetenceprofil skal afstemmes med den faktiske udmøntning af rollefordelingen ift den praktiserende læge, hvilket vi forudsætter sker i tæt dialog frem til ordningens etablering.

midt
regionmidtjylland

Den 12. oktober 2011

Fil:890

Claus Lichtenstein Davidsen

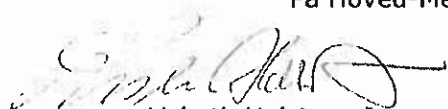
Derudover finder Hoved-Medudvalget, at det er vigtigt at tydeliggøre organisatoriske og faglige referenceforhold. Det gælder især for de sygeplejersker, som både skal varetage opgaver i hospitalsregi og lægevagtsregi.

Med det beskrevne forslag kan Hoved-Medudvalget være bekymret for, om de teknologiske løsninger der er nødvendige for at understøtte overgange og gennemsigtighed vil være til stede inden 1. juni 2012, idet patienten ellers vil opleve et tilbageskridt i forhold til i dag. Det er således meget vigtigt, at den praktiserende læge har elektronisk adgang til og anvender oplysninger om ventetid i akutafdelingerne samt elektronisk videre sender de patientoplysninger, lægen har modtaget i forbindelse med visitationen.

Endelig efterspørger Hoved-Medudvalget yderligere klarhed i de økonomiske spilleregler, så hospitalerne ikke påføres udgifter, der ikke modsvares af tilsvarende besparelser i forbindelse med indførelse af vagtaftalen.

Hoved-Medudvalget ønsker at understrege vigtigheden af den foreståede evaluering, herunder at de økonomiske aspekter bliver inddraget.

På Hoved-Medudvalgets vegne

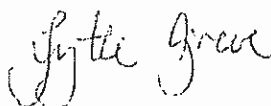


Lisbeth Holsteen Jessen

Formand

Jytte Greve

Næstformand



midt
regionmidtjylland

Side 2/2



Region Midtjylland
Skottenborg 26
8800 Viborg

Den 13. oktober 2011
Ref.: EW
Medlems nr.:
Sagsnr.: 1110-0051

Vedrørende udkast til tillæg til vagtaftale mellem Region Midtjylland og praksisudvalget

Dansk Sygeplejeråd har modtaget udkast til tillæg til vagtaftale mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet.

Indledningsvis skal beklages, at man ikke i tilstrækkelig grad har inddraget visitationssygeplejerskernes (skadestuesygeplejersker) erfaringer fra praksis i grundlaget for udformningen af tillæg til vagtaftale. Visitationssygeplejerskerne i regionens østlige del har vist, hvordan det er muligt som en del af visitationen også at reducere ulempen ved ventetid m.m.

Vi er opmærksomme på, at aftaleteksten – fordi der er tale om en aftaletekst – ikke beskriver området udtømmende. Her tænkes først og fremmest på de berørte sygeplejerskers relationer til vagtlægerne.

Vi har stor forståelse for ønsket om stærkere at integrere vagtlægerne i regionens akutberedskab og kan støtte, at den nuværende selvstændige struktur på sigt erstattes af et integreret system.

Vi er imidlertid bekymrede for, om visitationsfunktionen i lægevagten vil have den fornødne kvalitet – ikke mindst set fra et borgerperspektiv.

Vi foreslå derfor, at det forud for implementeringen af tillæg til vagtaftalen fastlægges, hvorledes der skal ske evaluering, således at de opnåede erfaringer mere systematisk kan anvendes til at kvalitetssikre ordningen og udbygge integrationen af praksislægerne i regionalt regi.

DANSK SYGEPLEJERÅD Kreds Midtjylland

Fælles postadresse:
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
DK - 8600 Silkeborg

Telefontider:
Mandag-tirsdag
Torsdag 10.00 -15.00
Onsdag – lukket
Fredag 10.00 – 13.00

Tlf. +45 4695 4600
Fax + 45 7021 1667

midtjylland@dsr.dk
www.dsr.dk/midtjylland

Lokalkontorer:
Århus
Mindegade 10
8000 Århus C
Kontoret er åbent efter aftale

Holstebro
Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Kontoret er åbent efter aftale

Vi skal i det følgende fremkomme med forslag og kommentarer til tillæg til vagtaftalen.

Samarbejde om visitation

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at borgere alene skal rette henvendelse på ét telefonnummer, når der er tale om henvendelser til lægevagten om akut sygdom eller tilskadekomst.

Vi kan ligeledes støtte, at der i dagtiden vil være sygeplejersker ansatte i Region Midtjylland og med lægefaglig support, der besvarer henvendelserne.

Vi mener, at det vil være helt centralt for ordningens succes – også set fra borgernes side – at visitorfunktionerne i den østlige del af regionen udformes således, at den kan bygge videre på de meget positive erfaringer fra den nuværende visitation i Århus.

Vi skal derfor forslå – ud fra et hensyn til omfanget og karakteren af visitationsopgaven i regionens østlige del – at der i regionens østlige del etableres en støttefunktion med erfarne skadestue sygeplejersker for den visiterende vagtlæge.

Man kan forestille sig en vis arbejdsdeling, hvor vagtlægen, når denne har konstateret om henvendelsen omhandler akut sygdom, tilskadekomst eller andet – efter en fastlagt "instruks" kan overdrage samtalen til en sygeplejerske, når der er pres på vagttelefonen for derved at reducere ventetid på vagttelefonen og øge borgertilfredsheden.

Det bør være en del af arbejdsdelingen, at samtalen - når det besluttet, at der skal ske visitering til skadestuen – overdrages til sygeplejersken, der så – svarende til det, der i dag sker – rådgiver borgeren om, på hvilket regionshospital, og hvornår borgeren skal henvende sig, eller der ydes relevant sundhedsvejledning, således at borgeren i stedet for henvendelse på skadestuen kan henvende sig til egen læge, når dette er muligt.

Herved kan tages relevant hensyn til borgerens tilstand dvs. at de "dårligste" borgere kommer til først, og der undgås unødigt venten i skadestuen – helt svarende til den nuværende situation, som Region Midtjylland med rette er kendt for.

Denne løsning nødvendiggør formentlig, at visitationen integreres i det eksisterende miljø på skadestuen – eller alternativt – at den her

omtalte støttefunktion udøves af sygeplejersker, der er fast tilknyttede til skadestuen, således at de har intimt kendskab til arbejdsgange og samarbejde mellem de forskellige skadestuer.

Vi må derfor som udgangspunkt fraråde, at der sker fysisk samling af AMK-vagtcentralens personale og lægevagten's visitation på AMK-vagtcentralen.

Vi skal opfordre til, at de nuværende visitationssygeplejerskers faglige viden og kompetencer inddrages i den praktiske udformning af ordningen.

Egen læge

Det fremgår, at i dagtid på hverdage rettes alle henvendelser om akut tilstand eller tilskadekomst (i de tilfælde, hvor der ikke rekvireres hjælp fra 112) til egen læge.

Der vil være situationer, hvor egen læge snarere end at henvise til skadestue eller akutklinik vælger at lade borgeren behandle af konsultationssygeplejersken i egen praksis.

Uanset de akutte opgaver overfor borgerne skal varetages af egen læge eller i regionalt regi, må der være et gennemgående krav til kvaliteten på ydelserne.

Vi skal derfor foreslå, at Region Midtjylland indgår i dialog med praksisudvalget med henblik på at sikre de omhandlede konsultationssygeplejersker relevant efteruddannelse og oplæring i forhold til akutområdet svarende til behandlersygeplejersker.

Økonomi

Tillæg til vagtaftalen omfatter ikke en vurdering af de økonomiske konsekvenser af på denne måde at integrere lægevagten i et udvidet samarbejde på akutområdet.

Det skal derfor foreslås, at der sker en løbende monitorering af økonomien i forbindelse med disse ændringer, således at der kan foretages nødvendige justeringer, hvis den økonomiske udvikling tilsiger dette.

Dette bør bl.a. omfatte ændringer i udgifter til opgaver varetaget i lægepraksis og udgifter og omkostninger i forbindelse med vagtlægenes funktion i akutklinikker m.m.

På baggrund af erfaringer fra ordningen i det gamle Ringkøbing Amt skal foreslås, at regionen er særligt opmærksom på situationer, hvor borgeren af visitator (vagtlæge) visiteres til lægevagten akutbehandling, hvorfra vedkommende visiteres videre til skadestue.

Videre skal foreslås, at regionen i forhold til akutklinikkerne er opmærksom på omkostninger i situationer, hvor lægevagten iværksætter behandling, som færdiggøres af behandlersygeplejersker.

Ledelsesmæssigt ansvar

Det fremgår, at vagtlægerne har det lægefaglige ansvar i akutklinikkerne for de patienter, som er visiteret til akutklinikken.

Vi savner imidlertid, at der udarbejdes en fælles beskrivelse af sygeplejerskernes faglige og juridiske ansvar ved deres medvirken i akutklinik og ved support af vagtlæge i akutafdelinger herunder også en beskrivelse af det sygeplejefaglige ledelsesansvar.

Dette gælder i forhold til de konkrete aktiviteter, som sygeplejerskerne selv varetager, når de yder support til vagtlægen og deres ansvar i forbindelse med overvågning af venteområde.

Det skal i forlængelse heraf foreslås, at det både overfor vagtlæger og de berørte sygeplejersker – behandlingssygeplejersker og andre – gøres klart, at det lægefaglige ansvar ikke omfatter ledelsesretten i forhold til det regionalt ansatte personale.

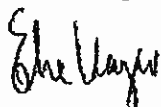
Vi skal bl.a. på baggrund af erfaringerne fra det gamle Ringkøbing Amt foreslå, at der udformes et notat, der klart beskriver og afgrænser den enkelte medvirkendes ansvar og ledelsesmæssige reference i forhold til disse opgaver.

Et sådant notat skal medvirke til at afklare forpligtigelserne i forbindelse med det konkrete samarbejde og derved medvirke til undgå misforståelser og mytedannelse.

Dansk Sygeplejeråd medvirker meget gerne med uddybning og drøftelse af ovenstående.

Særligt skal det foreslås, at Dansk Sygeplejeråd inddrages i samarbejde om udformningen af ovennævnte notat om ansvar og ledelsesmæssige reference i forhold til opgaver i akutklinikkerne.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Else Kayser'.

Else Kayser
Kredsformand

Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
8800 Viborg
Att. Helle Hygum Olsen

Hospitalsenheden
Viborg, Silkeborg,
Hammel, Skive
Økonomi- og planafdeling
Heibergs Allé 6
P.O. Box 130
DK-8800 Viborg
Tel. +45 7844 0000
Fax +45 7844 1190
post@Viborg.RM.dk
www.regionshospitalet-viborg.dk

Høringssvar fra Hospitalsenhed Midt på integreret samarbejde på akutområdet

midt
regionmidtjylland

Den 18. oktober 2011

Hermed høringssvar fra Hospitalsenhed Midt på "Tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet".

J.nr. 1-52-100-9-11
Anja Skaarup
Dir. tf. 7844 1409
Anja.Skaarup@
Viborg.RM.dk

Vedr. tillæg til vagtaftale om et udvidet samarbejde på akutområdet

Side 1

Hospitalsenhed Midt vurderer, at der på Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg vil komme en merudgift til behandlersygeplejersker, der skal betjene lægevagten kl. 16-08 på hverdage og kl. 08-08/08-16 i weekender/helligdage. Denne udgift indgår ikke i dag i hospitalsenhedens budget (jf. pkt. L og R). Det bør tænkes ind, hvorledes dette finansieres.

Det er desuden vigtigt at være opmærksom på, at der *ikke* opstår glidende flytning af DRG-indtjening fra hospitalet til lægevagtsystemet, idet patienter til skadestue og lægevagt vil sidde i samme venteområde og at der mellem lægevagt og skadestue skal være fleksibilitet i håndteringen af patienterne. Dvs. at lægevagten forventes at få en øget indtjening, da en del opgaver kan overlades til behandlersygeplejersken og lægevagten samtidig kan hente patienter fra det fælles venteområde (jf. pkt. Q). Det vil derfor være vigtigt med opmærksomhed på, at hospitalets baseline korrigeres samt at vagtlægebetalingen sandsynligvis vil stige..

Der bør udarbejdes en fælles beskrivelse af behandlersygeplejerskernes faglige og juridiske ansvar i såvel akutklinik som i akutafdeling herunder også en beskrivelse af det sygeplejefaglige ledelsesansvar. Dette gælder både i forhold til de konkrete aktiviteter, som sygeplejerskerne selv varetager ved support til vagtlægen og i forbindelse med overvågning af venteområde. Disse retningslinjer bør klart beskrive og afgrænse den enkelte medvirkendes ansvar og ledelsesmæssige reference i forhold til de opgaver, der løses, og dermed medvirke til at afklare de

forpligtigelser, den enkelte har i forbindelse med det konkrete samarbejde. Dette vil medvirke til at undgå misforståelser og en urimelig arbejdsbyrde for behandlersygeplejerskerne samt give en klar fornemmelse af, hvor man går hen ved evt. samarbejdsproblemer.

Vedr. bilag 2: Samarbejde i akutklinikkerne:

I afsnittet "Aktivitetsregistrering i akutklinikkerne" er det beskrevet, at lægevagtsjournalen er udgangspunkt for registrering af aktiviteten i vagttid. Der bør være mulighed for at hospitalerne har adgang til lægevagts journalnotater, da nogle patienter senere behandles akut for den samme skade, de blev behandlet for på akutklinikken eller ved vagtlæge. Tilgængeligheden af information er nødvendig for en hurtigere og sikker behandling. Endvidere vedrører nogle henvendelser fra Patientforsikringen eller Patientombuddet klager fra patienter, der oplyser at de er blevet behandlet på en skadestue, men i virkeligheden er behandlingerne foretaget ved lægevagten. Sagsbehandlingstiden af disse henvendelser kan derfor afkortes, hvis oplysninger i lægevagtsjournaler er tilgængelige for akuthospitalet.

Vedr. bilag 3: Samarbejde i akutafdelinger:

Det beskrives i afsnittet "Honorering, bemanning og ansvar" (side 3), at behandlersygeplejersker er ansat på akuthospitalerne, og at den lægefaglige backup er hospitalsansatte læger. Det beskrives, at patienter, som behandlingssygeplejersken selv afslutter, honoreringsmæssigt er en del af akuthospitalet. Imidlertid anføres det, at "sygeplejerskens aktivitet i konsultationen registreres i lægevagts IT-system" (side 3, linje 6). Dette må bero på en fejl. Aktivitet som behandlersygeplejerskerne udfører som en del af arbejdet i akuthospitalet *skal* registreres i en skadejournal og dermed i hospitalssystemet. Ellers er der ikke mulighed for at kunne kvalitetssikre behandlersygeplejerskernes arbejde, og der er en risiko for at overse fejl. Det vil også påvirke registreringen af aktivitet på skadestuerne i negativ retning.