

NOTAT**Den akutte modtagelse i Vestjylland**

Regionsrådet har i den forløbne periode i realiteten haft tre muligheder for at organisere den akutte modtagelse i Vestjylland.

Dato 04.02.2010

Sagsnr. 1-31-72-37-07

Side 1

En opretholdelse af uændrede akut modtagelse på hospitalerne i Herning og Holstebro ville være i strid med kravene fra Sundhedsstyrelsen og i strid med faglig rådgivning fra de faglige specialeråd. En sådan opretholdelse ville have øget rekrutteringsvanskelighederne – specielt hvis det samtidig skulle sikres, at der var speciallægelig tilstedeværelse ved modtagelse af akutte patienter i vagten. Herved ville de løbende driftsudgifter have oversteget budgetrammerne endnu mere end i dag.

Alternativet var at samle tarmkræftkirurgien og den dertil hørende akutte kirurgi på enten hospitalet i Holstebro eller Herning. På samme måde var det, for at sikre speciallægelige dækning, hensigtsmæssigt at samle hjertemedicin (kardiologi) på et hospital. En overholdelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og de umiddelbare udfordringer på de to hospitaler ville indebære, at ét af hospitalerne skulle have fælles akut modtagelse, hvor uvisiterede patienter (f.eks. 112-patienter) som udgangspunkt blev modtaget og behandlet. Af mange årsager skal det være det hospital, der har den akutte kirurgi. Det andet hospital skulle kunne modtage visiterede akutte patienter – herunder mindre skadepatienter.

Hvorvidt den fælles akutte modtagelse skulle placeres i Herning eller Holstebro var en afvejning af flere forskellige hensyn. Beslutningen om placeringen i Herning blev truffet af regionsrådet i forbindelse med akutforliget.

Sidenhen har regionsrådet truffet nødvendige beslutninger i konsekvens heraf – herunder beslutningen om at samle de uvisiterede 112 patienter på den fælles akutte modtagelse og etableringen af en hospitalsvisitation til støtte for bl.a. de praktiserende læger.

Beslutningen om placeringen af denne fælles akutte modtagelse blev

suppleret med kravet om yderligere skærpelse af den præhospitale indsats.

I den konkrete tragiske sag er det vurderingen, at det tragiske resultat ville have været det samme, uanset regionsrådet havde valgt at opretholde uændrede akutfunktioner på begge hospitaler, eller hvis regionsrådet havde valgt at samle akutfunktionerne i Holstebro.

Det kan oplyses, at i den konkrete sag er transporttiden til Regionshospitalet Herning opgjort til 28 minutter. Der er således en forskel i transporttid på antagelig 25 minutter mellem de to hospitaler. Denne transporttid er ikke bare spildtid. Undervejs forberedes og behandles patienten af sygeplejerske og speciallæge – samtidig forberedes det modtagende hospital i Herning, således at der er frigjort mindst 15 personer (herunder 7 speciallæger) fra andre funktioner. Tilsvarende forberedes udstyr m.v. Dette team modtager, diagnosticerer og behandler patienten. Det vurderes, at det tager 10-15 minutter at aktivere dette traumehold (hvorfor der et tæt samarbejde med den præhospitale stab).

Det skal understreges, at man altid skal være forsigtig med at vurdere, hvad der ville være sket med en patient, hvis forholdene havde været anderledes. Efter bedste vurdering havde en anden placering af akutfunktionen imidlertid ikke gjort nogen forskel i den foreliggende situation.

Det ændrer imidlertid ikke ved, at der antagelig vil kunne findes eksempler på, at en ulykke et sted ville have fået et andet forløb, hvis hospitalet havde været placeret et andet sted. Det kan ske i Århus, hvor en ulykke et sted i byen kunne have et fatalt forløb, hvorimod samme ulykke på Nørrebrogade ville have et mindre alvorligt forløb. Tilsvarende vil der givetvis kunne tænkes et eksempel, hvor en ulykke får et fatalt forløb, fordi der ikke er en fuldt udbygget akut modtagelse i Holstebro. Denne problemstilling forsvinder imidlertid ikke ved at placere den fuldt udbyggede modtagelse i Holstebro. I så fald vil der tilsvarende kunne tænkes et eksempel, hvor en ulykke får et fatalt forløb, fordi der ikke er en fuldt udbygget modtagelse i Herning.

En samling af akutte funktioner giver længere transporttider. Der kompenseres for dette ved præhospitale ordninger og bedre sammenhæng mellem den præhospitale indsats og den fælles akutte modtagelse. Men disse ordninger kan ikke fuldt ud kompensere for alle ulemperne ved samlingen af de akutte funktioner. Når det alligevel vælges at samle de akutte funktioner, er det fordi fordelene herved overstiger ulemperne. Der er fordele ved, at der altid er speciallæger til stede i de akutte modtagelser, der er fordele ved, at lægerne og det øvrige team har erfaring i den akutte indsats, og der er fordele ved, at der professionelt arbejdes med prioritering af og direkte hjælp

til patienterne fra patientens ankomst. Det er fordele, der først og fremmest kommer de svært (multi-) syge til gavn. Det er således også primært disse patienter, der ikke fuldt ud har fået den bedste behandling med den hidtidige organisering af den akutte indsats. Konsekvenserne af en ikke optimal behandling på et hospital er imidlertid sjældent helt så åbenbare/tydelige som de sjældne tilfælde, hvor transporttiden kunne være fatal.