

Sundhedsstyrelsen
Enhed for planlægning
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar fra Region Midtjylland til Sundhedsstyrelsens rapport om akutberedskabet



Regionsrådet skal påpege, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vil betyde, at der er borgere, der vil få langt til akutmodtagelse. I den forbindelse er det nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen anerkender behovet for en styrkelse af den præhospitale indsats og en præcisering af almen praksis' rolle og sammenhæng til det øvrige akutberedskab.

Dato: 27. februar 2007

/RSJ

Sagsnr. 1-9-2-7

Regionsrådet i Region Midtjylland konstaterer med tilfredshed, at Sundhedsstyrelsen har gennemgået det akutte beredskab og at Sundhedsstyrelsens har gjort et stort stykke arbejde med kortlægning og indsamling af data.

Side 1/11

Det værdsættes, at Sundhedsstyrelsens tilgang til regionernes akutplanlægning er præget af dialog, og at anbefalingerne rummer mulighed for lokale løsninger og tilpasninger. På det præhospitale område er rapporten præget af anbefalinger om helikoptere. Det betragtes som udtryk for, at regionerne har stort råderum til at tilpasse og udvikle lokale præhospitale løsninger, der er tilpasset lokale geografiske og demografiske forhold. Med en omlægning af hospitalernes akutstruktur er der behov for en stærk og effektiv landbaseret præhospital indsats – ikke mindst i områder med langt til nærmeste akutmodtagelse. Helikoptere er fortsat alene et supplement hertil.

Der er tilslutning til Sundhedsstyrelsens princip om 'at øvelse gør mester', samt overvejelserne om sammenhæng mellem kvalitet og volumen. Akutmodtagelser skal have et vist minimums befolkningsgrundlag for at sikre en vedvarende faglig kvalificeret udredning og bemanning.

Det konstateres dog også, at der fortsat er en række væsentlige udeståender, der kræver yderligere afklaring i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Region Midtjylland har i forbindelse med høringen af Sundhedsstyrelsens rapport gennemført en proces, der har involveret specialerådene og hospitalerne, ligesom offentligheden er blevet inddraget via et åbent møde og via en åben debat på regionens hjemmeside www.rm.dk.

Til grund for Region Midtjyllands høringsvar ligger således:

- Rapport fra studiebesøg i Boston - Underudvalget vedr. service og kvalitet og plan og struktur på sundhedsområdet
- Høring af specialerådene i Region Midtjylland
- Høring af hospitalerne i Region Midtjylland
- Åbent temamøde den 6. februar med deltagelse af interesserede borgere, hospitalsansatte, specialerådene, MED-organisationen, kommunerne m.fl.
- Input fra en åben internet-debat og intranet-debat om Sundhedsstyrelsens rapport
- Lukket temamøde den 7. februar 2007 for Regionsrådet

Regionsrådet i Region Midtjylland har i lyset af ovennævnte input drøftet de enkelte anbefalinger og har på baggrund deraf følgende bemærkninger til Sundhedsstyrelsens rapport.



1. Ét landsdækkende telefonnummer til vagtlægeordningen

Region Midtjylland tilslutter sig anbefalingen. Region Midtjylland har allerede – som den første region – indgået aftale om lægevagtstrukturen, og der er etableret ét fælles nummer til lægevagten (7011 3131) i Region Midtjylland.

Det bemærkes, at etableringen af et fælles landsdækkende telefonnummer forudsætter, at der rent teknisk kan ske en automatisk viderestilling til rette visiterende enhed.

2. Al henvendelse til den fælles akutmodtagelse bør være visiteret

Region Midtjylland er principielt enig i, at al henvendelse til akutmodtagelsen bør være visiteret, således det sikres, at patienten tilbydes behandling på rette niveau. Sundhedsstyrelsen angiver, at borgerne kan visiteres via praktiserende læge/vagtlæge eller via 112 til alarmcentralen.

Region Midtjylland konstaterer med tilfredshed, at Sundhedsstyrelsen tilføjer, at erfaringer fra forskellige ordninger bør analyseres og indgå i planlægningen.

Med dannelsen af Region Midtjylland er der – udover erfaring med visitation via praktiserende læge/vagtlæge – tillige erfaringer med telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation i det tidligere Århus Amt. Region Midtjylland vil lade erfaringerne herfra indgå i den videre planlægning af en harmoniseret model for hele regionen. Region Midtjylland vil i valg af endelig model lægge vægt på, at der dels er meget høj grad af tilgængelighed til den telefoniske skadestuevisitation (upåagtet hvem der varetager den), dels at visitationen er i stand til at leve op til en række nærmere specificerede servicemål (ventetid i telefonen, rådgivning om egenomsorg m.v.). Region Midtjylland vil således ikke uden yderligere analyse af de eksisterende ordninger tilslutte sig anbefalingen om, at visitation kun kan ske via praktiserende læge/vagtlæge eller 112. Visitation via andet sundhedsfagligt personale skal også være muligt.

3. Konkret samarbejde mellem praktiserende læge/vagtlæge og sygehusenes akutmodtagelser om fordeling af specifikt beskrevne patientkategorier, samt sammenhæng og samarbejde mellem alarmcentral, vagtcentral, præhospitale indsatsordninger, lægevagten, de fælles akutmodtagelser og regionens AMK om visitation og disponering.

Region Midtjylland er enig i, at strukturændringer på akutområdet kræver en kvalificeret og præcis visitation. En præcis visitation forudsætter et styrket samarbejde mellem praktiserende læge/vagtlæge og regionens akutmodtagelser, herunder samarbejde om specifikt beskrevne patientkategorier.

Endvidere er regionen enig i, at samarbejdet mellem aktørerne i den præhospitale indsats skal styrkes, så der sikres den mest hensigtsmæssige disponering og visitation. Sundhedsstyrelsen peger på fælles fysiske lokaliteter, som et element til at fremme koordination og samarbejde. Region Midtjylland er enig i, at overvejelser om samspillet mellem de fysiske rammer og opgaveløsningen skal indgå i den videre planlægning. Udviklingen må ske under hensyn til de fysiske rammer og vilkår, som eksisterer i Region Midtjylland.

4. Afklaring af de sundhedsfaglige opgaver på alarmcentralerne så det formelle ansvar for kompetencer, ansvar for disponering, hjælp til ændringer, klagesagsbehandling og tavshedspligt over for borgeren fastlægges i sundhedsfagligt regi. Samt 5: Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i regionerne sikres ensartet landsdækkende sundhedsfaglig opkvalificering af alarmcentralernes personale, herunder løbende efteruddannelse.

Region Midtjylland er enig i Sundhedsstyrelsens 4. og 5. anbefaling, da det er afgørende for den præhospitale indsats, at de sundhedsfaglige kompetencer på alarmcentralerne udvikles og vedligeholdes. Det er regionens opfattelse, at dette bør ske ved en entydig placering af ansvar og kompetence, i forhold til specifikke sundhedsfaglige opgaver, i sundhedsfagligt regi. En løsning kunne være, at der sker en telefonisk sammenkobling mellem alarmcentralen og sundhedsfagligt personale.

6. Iværksættelse af en løbende elektronisk afrapportering af sundhedsrelevante data fra alarmcentralerne til sundhedsvæsenet.

Dokumentation af indsats og aktivitet er afgørende for fortsat udvikling og høj kvalitet i den præhospitale indsats. Region Midtjylland støtter således Sundhedsstyrelsens anbefaling om elektronisk afrapportering af sundhedsrelevante data fra alarmcentralerne til sundhedsvæsenet. For at sikre kvalificeret dokumentationsmateriale er det væsentligt, at der udvikles en kontinuerlig og systematisk elektronisk afrapportering.

7. De telemedicinske muligheder for præhospital diagnostik og behandlinger udvikles og udnyttes.

Region Midtjylland deler Sundhedsstyrelsens opfattelse af, at brugen af telemedicin skal udvikles og udnyttes som et væsentligt aktiv i den præhospitale indsats. Region Midtjylland anvender allerede telemedicin til hjertepatienter og ved diagnostik og visitation af patienter med akut blodprop i hjernen. Der er telemedicin i alle ambulancer i Region Midtjylland. Erfaringerne fra det hidtidige arbejde vil indgå i regionens videre planlægning af den præhospitale indsats.

I forhold til den fremtidige anvendelse af telemedicin, finder Region Midtjylland det problematisk, at det kommende tetra-net forventes at indeholde store begrænsninger for telemedicinske løsninger. Båndbredden er ikke tilstrækkelig til fx videokonferencer.

8. Al præhospital indsats dokumenteres ud fra en fælles og landsdækkende præhospital journal, der omfatter både ambulancer, lægebiler, lægehelikopter og andre indsatsområder.

Region Midtjylland anser det for afgørende for både kvalitet og ressourceudnyttelse i den præhospital indsats, at der etableres en elektronisk præhospital journal og database, herunder muligheden for at lagre telemedicinske data. Det er væsentligt, at der til alarmcentralen og ambulancetjenesten stilles samme krav til patientsikkerhed som i sundhedsvæsenet i øvrigt, herunder krav om anonymiseret registrering af fejl og utilsigtede hændelser.

9. Der etableres en lægehelikopterordning i Danmark, som et supplement til øvrige præhospital indsatsordninger.

Region Midtjylland konstaterer med tilfredshed, at Sundhedsstyrelsen anbefaler etableringen af en landsdækkende helikopterordning som et supplement til de øvrige præhospital indsatsordninger.

10. Der foretages yderligere vurdering af implementeringen af den landsdækkende helikopterordning, herunder placeringen af helikoptere 2-4 steder i landet – ved eksisterende lufthavne og/eller ved traumecentre.

Såfremt der etableres en landsdækkende helikopterordning er Region Midtjylland af den opfattelse, at der bør etableres 4 helikopterberedskaber med henblik på bedst mulig dækning af hele landet. Lægehelikopterne bør organisatorisk tilknyttes landets traumecentre. Lægehelikopterne bør ligeledes bemannes fra landets traumecentre, så der sikres den højeste grad af ekspertise og rutine.

Region Midtjylland ønsker dog, at der foretages en nærmere analyse af den fysiske placering af helikopterne.

11. Fælles landsdækkende disponeringsvejledning for disponering af den præhospital indsats (ambulancer, lægebiler og lægehelikoptere). Desuden at lægehelikopterne på landsplan disponeres af én fast AMK med en anden AMK som back-up.

Region Midtjylland er enig i Sundhedsstyrelsen anbefaling af, at der for alarmcentralerne udvikles fælles landsdækkende disponeringsretningslinier så det sikres, at rette hjælp når rette patient. Region Midtjylland forudsætter, at der fortsat er mulighed for, at den konkrete præhospital indsats tilpasses lokale geografiske og demografiske forhold.

Region Midtjylland er af den opfattelse, at disponeringen af lægehelikopterne bør varetages af den enkelte regions AMK. Ved større katastrofer og ulykker bør koordineringen ske i et samarbejde mellem regionernes traumecentre og AMK'ere.

12. Den sundhedsfaglige bemanning af lægehelikoptere.

Region Midtjylland finder, at ansvaret for bemanning af lægehelikopterne bør tillægges traumecentrene. Bemanning bør ske under behørig hensyntagen til den opgave, som helikopteren skal ud på. Bemanningen ved overflytning af kritisk syge bør tilpasses den enkelte regions organisering og prioritering af de sundhedsfaglige ressourcer ved interhospital transport.

13. I første fase kun flyvninger i dagtid (dagslys), idet døgnbehovet løbende registreres og vurderes i en forsøgsperiode.

Region Midtjylland er af den opfattelse, at lægehelikopterne bør stå til rådighed – og flyve – døgnet rundt.

14. Lægehelikopterordningens aktivitet indberettes sammen med øvrige data for de præhospitale indsatsordninger til en landsdækkende database.

Region Midtjylland er enig i, at lægehelikopteren - såvel som de øvrige præhospitale indsatsordninger - systematisk skal indberette aktivitetsdata. Idet helikopterordningen anbefales etableret i et tværregionalt landsdækkende samarbejde, er det regionens holdning, at databasen bør forankres i regionerne.

15. Vedligeholdelsesundervisning fx på sygehusene af ambulance-personalet.

Region Midtjylland er opmærksom på vigtigheden af, at ambulancepersonalets kompetencer vedligeholdes. I Region Midtjylland er der allerede et struktureret og formaliseret samarbejde med ambulancecentreprenørerne om vedligeholdelsestræning og -undervisning.

16. Al personale, der involveres i den præhospitale indsats, har modtaget målrettet undervisning heri.

Region Midtjylland er enig i Sundhedsstyrelsens anbefaling om krav til uddannelse og rutine hos det personale som arbejder præhospitalt. Rutinen for de personalegrupper som arbejder præhospitalt bør baseres både på arbejde udenfor – dvs. præhospitalt – og arbejde indenfor på hospitalet.

17. Rapporten skal snarest muligt suppleres med anbefalinger om modtagelse af patienter med akut psykisk sygdom.

Region Midtjylland tilslutter sig anbefalingen. Region Midtjylland har igangsat arbejdet med en samlet psykiatriplan og bidrager gerne med bistand ved udarbejdelse af anbefalinger om modtagelse af patienter med akut psykisk sygdom.

18. Al modtagelse af uselekterede patienter på sygehus skal ske enten via 112 eller via praktiserende læge. Den akutte modtagelse af patienter på sygehusene skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau eller tilsvarende via traumecentre på højt specialiseret niveau.

Region Midtjylland tilslutter sig overvejelserne om, at den akutte modtagelse af uselekterede patienter på hospitaler skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau. En sådan organisering og samling af akutmodtagelse internt på det enkelte hospital vil skabe

rammerne for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter, samt foretage indledende behandling målrettet en række almindeligt forekommende akutte symptomer og sygdomstilfælde. En lang række patienter har mere end en sygdom og en tværfaglig diagnosticering er væsentligt mere hensigtsmæssig end den eksisterende monofaglige diagnosticering, der finder sted på specialeafdelingerne.

Til gengæld er der ikke hensigtsmæssigt, at *alle* akutte patienter skal igennem en fælles akutmodtagelse. Der kan peges på flere patientgrupper, hvor den faglige vurdering er, at patienterne kan gå direkte til specialeafdelingerne – og ikke skal forsinkes unødigt af modtagelse i en stor fælles akutmodtagelse. Det gælder eksempelvis børn, der kan indlægges direkte på børneafdelingen, det gælder fødende, der kan gå direkte til fødeafdelingen og det gælder visse hjertepatienter, der kan indlægges direkte på hjerteafdelingen. Der gælder samme principper for åbne indlæggelser, overflytninger mellem hospitaler og interne indlæggelser fra f.eks. ambulatorier.

Region Midtjylland tilslutter sig behovet for en højere prioritering af den akutte patient. Der er brug for øget forskning og udvikling af diagnostik og behandling overfor denne gruppe. Dette forudsætter, at det akut medicinske område sikres en selvstændig profil i forhold til lægers karrierevalg og forskningsmæssige prioritering, hvilket bedst imødekommes via etablering af akutmodtagelser med særligt fokus på den akutte patient. Region Midtjylland anbefaler derfor, at der arbejdes videre på at etablere akutmedicin som et fagområde, hvortil det er muligt at komme fra flere forskellige specialer. Region Midtjylland opfordrer Sundhedsstyrelsen til at overveje etableringen af akut medicin som selvstændigt speciale. Etablering af akutmodtagelser giver samtidigt muligheden for at styrke den akutte observation og pleje i efteruddannelsen af sygeplejersker og øvrigt plejepersonale.

I forbindelse med udarbejdelse af planen for Det Nye Universitetshospital i Århus er det skønnet, at op til halvdelen af alle indlæggelser med fordel kan ske direkte på sengeafdelinger. For den anden halvdel skønnes, at disse skal gå til den fælles akutmodtagelse med henblik på vurdering og indledende diagnostik, behandling og pleje.

Region Midtjylland tilslutter sig således anbefalingen om modtagelse i fælles akutmodtagelse med ovenstående tilføjelser.

Region Midtjylland må dog konstatere, at etablering og samling af de akutte modtagefunktioner vil kræve omfattende ændringer af de eksisterende bygningsmæssige rammer. Hospitalerne i Region Midtjylland har flere akutte modtagefunktioner på den enkelte matrikel og flere af hospitalerne har flere akutte modtagefunktioner på flere matrikler. Det stiller Region Midtjylland i en situation, hvor anlægsinvesteringerne fremadrettet både omfatter en geografisk samling af akutmodtagelserne på færre hospitaler og en samling af de uselekterede akutte modtagefunktioner på den enkelte fysiske hospitalsmatrikel.

19. Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. grundlaget for den fælles akutmodtagelse, mht. specialedækning på matriklen. De fælles akutmodtagelser kan i øvrigt være forskellige.

Region Midtjylland støtter intentionerne i anbefalingen om det specialemæssige grundlag for en akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau.

Anbefalingen om krav om tilstedeværelse af speciallæge døgnet rundt bør dog nuanceres. Tilstedeværelse af et så stort antal speciallæger i vagt er vanskelig at realisere. Det gælder som minimum inden for en tidshorisont af 5-10 år i lyset af den aktuelle og kommende mangel på speciallæger.

Det er næppe ønskeligt, at flytte så stor en del af speciallægenes arbejdstid fra dagtid til vagt på grund af de konsekvenser det vil få for de opgaver, som speciallægerne skulle løse i dagtid. Særligt inden for det kirurgiske og ortopædkirurgiske område kan det medføre øgede ventetider og en stærkt nedsat produktivitet på sygehusene.

Inden for det intern medicinske område skønnes det, at der er et så stort flow af akutte patienter med behov for højt specialiseret behandling, at en anbefaling om tilstedeværelse af speciallæger døgnet rundt er et realistisk krav. Ligeledes kræver en intensiv afdeling på niveau 2 eller herover tilstedeværelse af anæstesiologer på højt kvalificeret niveau.

Et krav om pædiatri på alle fødesteder vil medføre en så kraftig reduktion i antallet af fødesteder i Danmark, at en højere grad af dokumentation var ønskelig i forhold til så stor en omlægning. Sundhedsstyrelsen opfordres til at arbejde videre med denne problemstilling for om muligt at søge en større grad af dokumentation for denne anbefaling.

Det findes ikke dokumenteret, at det er nødvendigt med speciallæger i pædiatri i tilstedeværelsesvagt på alle fødesteder, og Region Midtjylland finder, at det ikke er en relevant prioritering af speciallægenes arbejdskraft. Selv med færre fødesteder i regionen, vil flere pædiatriske afdelinger have et akut patientgrundlag, der ikke i sig selv kan betinge et krav om tilstedeværelse af en speciallæge hele døgnet. Prioritering af dette vil medføre en væsentligt lavere produktivitet og risikere at medføre reduktion i varetagelsen af ambulante og indlagte patienter i dagtid på alle pædiatriske afdelinger. Pædiatrisk bemanning på fødesteder på nær den højt specialiserede enhed i regionen bør varetages af yngre læger med speciallæge i rådighedsvagt.

De opstillede anbefalinger vedrørende tilgængelighed af intensiv afdeling på niveau 2 samt diagnostiske muligheder synes realistiske og relevante. De kunne med fordel suppleres med adgangen til mikrobiologisk/infektionsmedicinsk prøvetagning på matriklen og rådgivning telefonisk døgnet rundt.

I forhold til en række områder vedrørende anbefaling 19 er der tvivlsspørgsmål eller behov for fortolkning. Det gælder især krav om adgang til speciallæge, der kan varetage ekkokardiografi døgnet rundt, men også krav til parenkymkirurgisk (kirurgisk og/eller urologisk) bemanning mv. Det er nødvendigt at se tvivlsspørgsmål i lyset af de regionale forudsætninger, herunder muligheden for at rekruttere speciallæger, sygehusstruktur og geografiske afstande. Region

Midtjylland vil arbejde videre med disse spørgsmål i en dialog med hospitalsledelser og personale inden for sundhedsområdet.

I forlængelse af anbefaling 19 – og i sammenhæng med anbefaling 21 – bemærkes det, at Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig til sammenhænge mellem akutmodtagelser og eksempelvis operation af tarmkræft. Den faglige anbefaling som Regionsrådet har fået forelagt, viser entydigt, at der er en snæver sammenhæng mellem akutkirurgisk modtagelse og varetagelse af tyktarmskræftkirurgi. Det antages således, at Sundhedsstyrelsens udmelding betyder, at der kan opereres tyktarmskræft de steder, hvor der fremover vil være akutmodtagelse.

20. Diagnostiske faciliteter

Region Midtjylland tilslutter sig anbefalingen, idet der skal ske en nærmere planlægning af det diagnostiske set up på de enkelte hospitaler.

21. Befolkningsgrundlag på 200.000 – 400.000 for akutmodtagelse

Region Midtjylland noterer sig, at Sundhedsstyrelsen selv påpeger, at der er overordentlig begrænset evidens for fastsættelse af befolkningsgrundlaget på 200.000 – 400.000. Billedet kompliceres yderligere af, at det optimale grundlag formentlig varierer fra speciale til speciale. Der er dog tilslutning til princippet om 'at øvelse gør mester', og at kvalitet hænger tæt sammen med volumen.

Region Midtjylland har i dag akutmodtagelse 10 steder i regionen. Et befolkningsunderlag på 200.000 – 400.000 betyder konkret, at der fremadrettet vil være følgende råderum for Region Midtjylland

- 400.000 = 3 akutmodtagelser
- 300.000 = 4 akutmodtagelser
- 250.000 = 5 akutmodtagelser
- 200.000 = 6 akutmodtagelser

En samling af akutmodtagelser vil betyde, at borgere i regionen vil få længere til akutmodtagelse – og skadestue – end de har i dag. Der vil derfor være behov for dels at styrke den præhospitale indsats, dels at etablere skadeklinikker eller lignende funktioner, hvor patienter kan få behandlet mindre skader.

Region Midtjylland vil påpege, at det synes uklart, hvorvidt et befolkningsunderlag på 200.000 anses som værende et absolut minimum, og om et befolkningsunderlag på 400.000 anses som værende et maksimum. I samme forbindelse er der behov for at klargøre, hvorledes tallene forholder sig til eventuelle stordriftsulemper.

Regionsrådet har særligt noteret sig Sundhedsstyrelsens anbefaling nr. 21, hvoraf det blandt andet fremgår, at der i alle regioner er områder, hvor geografiske eller andre lokale forhold nødvendiggør specifikke løsninger, som beskrives i regionens sygehus-/sundhedsplan. Der kan være tale om særlige præhospitale ordninger, afvigelser fra befolkningsunderlaget mv. og kvaliteten skal sikres gennem et formaliseret og dokumenteret samarbejde med relevante parter

22.-23. Anbefalinger vedr. specialedækning, tilstedeværelsesvagter samt diagnostiske faciliteter på traumecentre.

Region Midtjylland har med stor interesse læst Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. specialedækning og tilgængelighed på traumecentre samt overvejelserne om antallet af traumecentre.

På baggrund af eksisterende viden om antallet af traumepatienter i Danmark er et kvalificeret skøn, at der årligt er 3000-5000 patienter af denne type i Danmark. Et patientunderlag af denne størrelse giver basis for 2 højt specialiserede traumecentre i Danmark. Med det planlagte akutcenter på Det Nye Universitetshospital i Århus etableres kapacitet og ekspertise til at behandle det nødvendige antal traumepatienter på højeste niveau. På den baggrund finder Region Midtjylland, at den kommende specialeplanlægning skal sigte på, at der etableres et traumecenter på højeste specialiseringsniveau på Det Nye Universitetshospital i Århus.

24.-26. Antallet af traumecentre i Danmark, fælles nationale retningslinier for fælles akutmodtagelser og traumecentre samt sammenhæng herimellem. Fælles og ensartet elektronisk registrering til national database i Landspatientregistret om aktivitet og kvalitet for traumecentre.

Region Midtjylland er enig i Sundhedsstyrelsens anbefaling af, at det formaliserede samarbejde mellem landets 4 traumecentre skal styrkes. Regionen ønsker specielt at påpege behovet for en landsdækkende traumedatabase. Sundhedsstyrelsen anbefaler en registrering i Landspatientregistret, men det er regionens opfattelse, at denne registrering ikke er tilstrækkelig til belysning af kvalitet og resultater. Der er behov for at udvikle registreringen med mere detaljerede data af bl.a. læsionernes sværhedsgrad.

27. Regionerne formulerer specifikke kompetencekrav for personale i fælles akutmodtagelser og traumecentre og tilbyder relevant uddannelse i overensstemmelse hermed.

Region Midtjylland er enig i Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at der bør formuleres specifikke kompetencekrav til personale i akutmodtagelser og på traumecentre. I Region Midtjylland foregår allerede en række udviklings- og træningsaktiviteter på området, bl.a. varetager traumecentret traumeteamtræning på en række af regionens hospitaler.

28. Generel oplysningskampagne til befolkningen

Region Midtjylland er enig i, at der skal laves en generel oplysningskampagne til befolkningen. Der vil dog fortsat være lokale og regionale løsninger, som ikke nødvendigvis egner sig til generel landsdækkende oplysningskampagne. Det forslås derfor, at der etableres et samarbejde omkring principperne for en sådan oplysningskampagne, men at regionerne selv forestår det egentlige arbejde hermed.

29. Implementering af anbefalingerne over en årrække på 5 – 10 år.

Region Midtjylland konstaterer med tilfredshed, at Sundhedsstyrelsen arbejder med en tidsmæssig ramme på 5-10 år for implementering af anbefalingerne. Set i lyset af de bygningsmæssige forandringer, som anbefalingerne afstedkommer, synes det umiddelbart nyttigt at arbejde med en sådan tidsplan.

Det må dog samtidig konstateres, at det i praksis sjældent lader sig gøre at operere med så lang en planlægningsfase, når det gælder meget voldsomme strukturændringer indenfor hospitalsvæsenet. Ændringerne skal ske så hurtigt som det er fagligt og økonomisk muligt. Når en strukturplan er vedtaget vil de første effekter hurtigt kunne ses. Dels er der risiko for at patienterne vælger et hospital fra, dels er der (stor) risiko for, at medarbejderne på de involverede hospitalsenheder søger væk – også selv om tidshorizonten for ændringerne er 5 – 10 år.

Der arbejdes efter, at der i løbet af 2007 kan træffes beslutning om den fremtidige akutbetjening i Region Midtjylland. Det er meget vigtigt at hospitalerne kender deres fremtidige rolle og indplacering i sundhedsvæsenet på et tidligt tidspunkt, bl.a. for at kunne målrette og fremtidssikre det løbende udviklingsarbejde.

Afsluttende bemærkninger

Region Midtjylland skal afslutningsvist understrege, at så omfattende ændringer af sundhedsvæsenet som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger skal følges op af en nøje udredning og drøftelse af de økonomiske konsekvenser også for helikopterne. Et langsigtet mål om højere (og ensartet) kvalitet i akutbetjeningen kræver investeringer over en længere årrække. Samtidig påpeges det, at der er behov for systematisk at sikre, at det nuværende takstsystem ikke er i strid med intentionerne i Sundhedsstyrelsens akutrapport.

Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at give et bud på økonomien, men som minimum omfatter det:

- Nybyggeri og ombygning (som følge af geografisk samling af akutmodtagelser på færre hospitaler og som følge af en samling af akutte modtagefunktioner på den enkelte matrikel)
- Drift (vagtlag + omkostninger ved at opretholde drift ved omlægninger og byggeri, transitionsomkostninger/driftstab)
- Udgifter til opgradering af det præhospitale beredskab
- Udstyr og apparatur (scannere, laboratoriefaciliteter m.v.)

Region Midtjylland konstaterer, at man ved strukturreformen har tillagt Sundhedsstyrelsen en række nye beføjelser i forhold til organiseringen af sundhedsvæsenet. I forlængelse heraf vil Region Midtjylland gerne påpege behovet for, at anbefalingerne følges op af en sikring af, at de økonomiske vilkår understøtter de foreslåede ændringer.

Høringssvaret er enstemmigt vedtaget af Regionsrådet den 27. februar 2007.

3 medlemmer fra SF og Enhedslisten ønskede dog i forhold til anbefaling 21 følgende tilføjelse: "De store afstande i Region Midtjylland kombineret med hensynet og sikkerheden for patienterne betinger behovet for at geografiske forhold tages i betragtning. Hensynet til nærhed må i den henseende gå forud for snævre talmæssige begrænsninger. Det skal være muligt at opretholde akutmodtagelser ved hospitaler, hvor befolkningsgrundlaget er under 200.000."

På vegne af Regionsrådet

Bent Hansen

