

Behandling af akutte patienter på Regionshospitalet Holstebro

Redegørelse af forringelser i de nødvendige
kompetencer i forhold til akutte patienter
efter en lukning af ASA Holstebro

13-01-2011

Personalet, ASA Holstebro

Indhold

Indledning.....	3
1. Kort om Akutafdelingen i HEV.....	3
2. Modtagelse af patienter i Akutafdelingen.....	4
Akutmodtagelsen.....	4
Akut Senge Afsnit (ASA)	4
Konsekvenser af lukningen af ASA.....	4
3. Kompetenceforskelle før/efter lukning af ASA.....	5
Eksempel 1: Venflon.....	5
Eksempel 2: Arteriepunktur	6
Eksempel 3: Observation og teknisk apparatur.....	7
Eksempel 4: Blærekateter til mænd	9
Eksempel 5: Observationshyppighed, normering	9
Eksempel 6: Udvidede kompetencer.....	10
Eksempel 7: Lægebemanding	10
Eksempel 8: Stabile vs. Ustabile patienter	11
Eksempel 9: Overbelægning	11
4. Konklusion	12

Indledning

På grund af spareforslagene i Hospitalsenheden Vest som inkluderer en fusion af ASA Holstebro med de to medicinske afsnit M1 og M3 (=lukning af ASA Holstebro), har der været stor bekymring blandt personalet i ASA Holstebro på de akutte patienters vegne. Det er yderst bekymrende, at hospitalsledelsen udtaler, at de akutte patienter vil møde den samme fornødne kompetence på Regionshospitalet Holstebro efter en lukning af ASA Holstebro som før lukningen af ASA Holstebro, da personalet på Regionshospitalet Holstebro ved dette ikke vil være tilfældet.

Efterfølgende er der lavet en kortere redegørelse for, hvorfor der ved lukningen af ASA Holstebro vil være yderst store og direkte livstruende kompetencemangler til stede for de akutte patienter i Nordvestjylland efter en lukning af ASA Holstebro.

1. Kort om Akutafdelingen i HEV

Akut Senge Afsnit (ASA) Holstebro, som er en del af Akutafdelingen i Hospitalsenheden Vest (HEV), er beliggende på 6. etage i bygning 23 på Regionshospitalet Holstebro. ASA Holstebro er ét af fem afsnit, der tilsammen udgør Akutafdelingen i HEV, hvilket er noget af grundlaget, hvorpå Akutforliget, juni 2010, er baseret. De fire andre afsnit i Akutafdelingen er Akutmodtagelse og Akutklinik Holstebro (i daglig tale Akutmodtagelsen), Akutklinikken Ringkøbing, ASA Herning, Akutmodtagelse og Skadestue Herning. Hospitalsvisitationen, som visiterer patienter til alle fem nævnte afsnit af Akutafdelingen ud fra diverse visitationsretningslinjer¹ (Se E-dok), hører under Akutmodtagelse og Skadestue Herning. Logistikken og kommunikationen omkring patienterne i Akutafdelingen styres vha. Cetrea Emergency (se Cetrea² og se E-dok³) i fire ud af fem afsnit. Akutklinikken i Ringkøbing er undtagelsen.

¹ LINK: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hovenl.nsf/UI2/1AFD80C7FBA16371C1257619003B4AC8?OpenDocument

² LINK: <http://cetrea.com/index.php/products-dk/131-regionshospitalet-herning-og-holstebro>

³ LINK: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_hoveak.nsf/AabnKapitel/A705D59B3824B0AEC12576C70047EA33

2. Modtagelse af patienter i Akutafdelingen

Efter visitering af patienter til Regionshospitalet Holstebro via Cetrea Emergency og ud fra diverse visitationsretningslinjer, modtages der patienter til Akutafdelingen i Holstebro. Der modtages Akutte patienter i både Akutmodtagelsen på tredje etage samt direkte i ASA på sjette etage. Fordelingen af de akutte patienter er som følger:

Akutmodtagelsen

Nuværende modtages der overvejende akutte ortopædkirurgiske og urinvejskirurgiske patienter, samt patienter med div. småskader (jævnfør visitationsretningslinjerne) direkte i Akutmodtagelsen.

Akut Senge Afsnit (ASA)

Nuværende modtages der (jævnfør visitationsretningslinjerne) følgende patientkategorier direkte i ASA: akutte medicinske patienter, nogle typer af akutte neurologiske patienter, og en del akutte kardiologiske patienter (direkte i ASA fra egen læge/vagtlæge og/eller efter EKG vurdering fra læge på HSA i Herning), interne overflytninger, samt 112-opkalds patienter (efter forudgående vurdering fra DPE læge). Patienterne bliver ikke modtaget i Akutmodtagelsen (undtagelsen er ved overbelægning i ASA, eller hvis patienten indbringes bevidstløs eller død). Falck kører derfor alle de akutte patienter direkte til ASA indenfor ovenstående patientkategorier.

Konsekvenser af lukningen af ASA

Rent fysisk er der ikke hverken den nødvendige plads eller de nødvendige kompetencer og ekspertise i Akutmodtagelsen til at modtage alle ASA patienterne i Akutmodtagelsen, men det er netop, hvad hospitalsledelsen forventer, der skal være muligt efter de planlagte besparelser. Alle patienter skal fremover triageres (vurderes) på få minutter i Akutmodtagelsen samt herefter fordeles direkte ud på de medicinske afsnit i huset på 7. – 9. etage. Kun de dårligste patienter får den akutte, livreddende behandling i selve Akutmodtagelsen fremover. Nuværende har alle patienter på ASA sammen med Akutmodtagelsen adgang til den akutte, livreddende behandling uanset triageringsgrad. Personalet i Akutmodtagelsen har gennem 5½ år stort set ikke modtaget akutte medicinske patienter i Akutmodtagelsen, hvorfor personalets

kompetencer på området langt fra er opdateret. Der kan argumenteres at få personalemedlemmer fra ASA er omplaceret til fremover at arbejde i Akutmodtagelsen, men de få personalemedlemmer kan langt fra dække alle døgnets 24 timer året rundt, således at der er den nødvendige kompetence til stede. Dette giver i højeste grad en forringelse for patienterne ved en lukning af ASA.

3. Kompetenceforskelle før/efter lukning af ASA

I den efterfølgende tekst findes nogle ud af mange eksempler på, hvorfor der vil være overordentligt store forringelser af tilstedeværende nødvendige kompetencer på Regionshospitalet Holstebro efter en lukning af ASA Holstebro set i forhold til de akutte patienter som modtages i Holstebro. En tilbundsående redegørelse for alle ASA kompetencerne vil kræve længere tid.

Eksemplerne er sat op sådan at de beskriver de tilstedeværende eksempler på hvordan modtagelse, behandling og pleje af akutte patienter foregår nuværende i ASA samt argumenter for, hvordan de medicinske afsnit, som skal overtage de akutte sengepladser, fremover ville kunne/ikke vil kunne udføre opgaven med samme eller lignende kompetencer.

Eksempel 1: Venflon

I ASA kan alle sygeplejersker anlægge venflon (=intravenøst adgang) på patienterne hvorigennem der kan gives umiddelbar intravenøst væsketerapi og medicin (livreddende såvel som smertelindrende). I ASA er det sjældent, at læger eller anæstesien skal tilkaldes til at anlægge et venflon, da sygeplejerskerne i ASA er meget kompetente på dette område og kan udføre opgaven selvstændigt.

På de medicinske sengeafsnit er det langt fra alle sygeplejersker, der kan anlægge et venflon (ét af de medicinske afsnits personalemedlemmer vurderer, at det er højst halvdelen af sygeplejerskerne, der kan anlægge venflon), hvorfor sygeplejerskerne i de medicinske afsnit er afhængige af, at en læge eller anæstesien kommer til afsnittet for at anlægge venflon på patienten. Der kan argumenteres, at omplaceret ASA personale vil være til stede på to ud af tre medicinske afsnit efter lukningen af ASA, men disse få personalemedlemmer kan langt fra dække alle døgnets 24 timer året rundt, således at der er den nødvendige kompetence til stede i afsnittet. Dette giver i højeste grad en forringelse for patienterne ved en lukning af ASA. Resultatet af denne forringelse er, at patienten kommer til at vente unødigt længe på væsketerapi og medicin

intravenøst.

Man kan argumentere, at så kan alle venflons blive anlagt i Akutmodtagelsen, hvor sygeplejerskerne også kan anlægge venflon, men grundet triageringen og grundet det store patientflow er det ikke alle patienter, der kan nå at få anlagt venflon før end de skal flyttes til de medicinske afsnit. Dette er bl.a. pga. af at der fysisk ikke er plads nok til at beholde patienten længe nok i Akutmodtagelsen.

Eksempel 2: Arteriepunktur

I ASA kan alle sygeplejersker udføre den blodprøvetagning, som kaldes en arteriepunktur, hvorved man udtager blod fra en arterie til analyse for syre-base balance komplikationer hos patienterne. Sygeplejerskerne i ASA er derudover oplært i at kunne analysere arteriepunktur materialet på en såkaldt ABL maskine, som er placeret centralt i selve ASA for derved at kunne få hurtigt svar på blodprøven. Svaret printes direkte ud fra ABL maskinen efter 1 min og 20 sekunder og kan straks tolkes. Svaret lagres også elektronisk i LABKA II systemet for blodprøvesvar. Svaret forefindes i LABKA II ca. 10-15 minutter efter prøvetagningen. Sygeplejerskerne i ASA er oplært i selvstændigt at kunne tolke arteriepunktursvaret og dermed kunne reagere selvstændigt, hurtigt og sufficient og i samarbejde med lægen som er til stede i afsnittet, om at iværksætte livreddende behandling til patienten ud fra prøvesvaret.

I de medicinske afsnit er det lægerne (med meget få undtagelser), der udfører arteriepunktur, da det er de færreste sygeplejersker i de medicinske afsnit, der er oplært i at udføre denne funktion. Det er kun få udvalgte sygeplejersker i ét ud af tre medicinske afsnit, der kan udføre en arteriepunktur. Sygeplejerskerne i de medicinske afsnit kan ikke selv analysere arteriepunktur materialet, da de mangler en ABL maskine i afsnittene, og de må derfor bruge tid på at gå ned med prøvematerialet til klinisk biokemisk afsnit (3-5 etager længere nede i bygningen) for dér at få bioanalytikerne til at analysere prøvematerialet. Svaret lagres også elektronisk i LABKA II systemet for blodprøvesvar. Svaret forefindes i LABKA II ca. 10-15 minutter efter prøvetagningen. Dvs. der er op til 20 minutters ventetid på at få svar på arteriepunkturen. Langt fra alle sygeplejerskerne i de medicinske afsnit er oplært i at kunne tolke arteriepunktursvaret og kan dermed ikke reagere selvstændigt, hurtigt og sufficient uden en læge i forhold til at iværksætte livreddende behandling til patienten. Endvidere er lægen fremover ikke altid umiddelbart tilstedeværende i de medicinske afsnit som de er nuværende i ASA, hvorfor patienten yderligere skal vente på behandling. Dette er helt klart en forringelse af behandlingen af patienterne og er dermed ikke udelukkende en serviceforringelse – det er potentielt livstruende at patienten skal vente op til 18,5 minut + ventetid på lægen for at få den relevante behandling. Tid er netop en afgørende faktor i mange af syre-base problematikkerne hos patienterne. Der kan argumenteres, at omlaceret ASA personale vil være til

stede på to ud af tre medicinske afsnit efter lukningen af ASA, men disse få personalemedlemmer kan langt fra dække alle døgnets 24 timer året rundt, således at der er den nødvendige kompetence til stede i afsnittet. Dette giver i højeste grad en forringelse for patienterne ved en lukning af ASA.

Eksempel 3: Observation og teknisk apparatur

I ASA er der bedside standere på hver modtagestue, hvor patienterne bliver modtaget akut. En bedside stander er et apparatur på hjul, som kan måle blodtryk, puls, saturation og hjerterytme/telemetri. Bedside standeren kan sættes til automatisk at måle vitale værdier og hjerterytme/telemetri med forskellige intervaller, der sikrer en tæt observationshyppighed, som sygeplejerskerne selvstændigt og i samarbejde med lægerne i ASA reagerer på i takt med målingerne. ASA har også udstyr til manuelt samt digitalt at måle Blodtryk, puls, temperatur, saturation og hjerterytme/telemetri, som supplement til bedside standerne. Det nævnte udstyr forefindes fast på hver enkelt sengestue. I ASA er sygeplejerskerne oplært i selvstændigt at igangsætte livsvigtig monitorering af hjertet vha. hjerteovervågning ud fra de indlæggelsessymptomer/diagnoser, som patienterne kommer med, og dette er på alle nødvendige patientkategorier og ikke udelukkende kardiologiske patienter.

I Akutmodtagelsen har de bedside standere, men ingen til meget få af personalemedlemmerne er oplært i tolkning af hjerteovervågning, hvorfor de heller ikke fremover vil kunne igangsætte livsvigtig monitorering af hjertet.

I de medicinske afsnit har de ikke bedside standere på hver stue til de akutte medicinske patienter, og personalet kan derfor ikke automatisk måle vitale værdier og hjerterytme/telemetri hos de akut dårlige patienter på samme måde som på ASA. I de medicinske afsnit har de udelukkende udstyr til manuelt samt digitalt at måle blodtryk, puls, temperatur, saturation. De har ikke udstyr nok til, at der er et sæt apparatur til hver sengestue, hvorfor sygeplejerskerne skal bruge tid på at finde og hente udstyr til måling af vitale værdier i afsnittet på de akutte patienter. Endvidere er der kun et ud af tre medicinske afsnit, der har udstyr til hjerteovervågning fysisk til stede i afsnittet. Men det er udstyr, der vel at mærke ikke har været anvendt i lang tid på dette afsnit, fordi de patienter, der kræver hjerteovervågning har ligget i ASA, grundet manglende viden og færdigheder hos personalet på det nævnte medicinske afsnit. Manglende viden og færdigheder hos personalet er en helt klart forringelse af kompetencer i forhold til at modtage patienterne i ASA, som ikke kan opvejes ved, at omplaceret ASA personale vil være til stede på dette medicinske afsnit efter lukningen af ASA, da disse få personalemedlemmer langt fra kan dække alle døgnets 24 timer året rundt, således at der er den nødvendige kompetence til stede i afsnittet. Dette giver i højeste grad en forringelse for patienterne ved en lukning af ASA.

Det kan argumenteres, at der fremover er planlagt at intensiv afdeling skal anvende tre af deres sengepladser til kardiologiske patienters behov for hjerteovervågning. Men dette er i høj grad en forringelse for patienterne netop fordi ASA ikke udelukkende har anvendt hjerteovervågning til kardiologiske patienter. Mange af de akutte patienter, der kommer til ASA har behov for hjerteovervågning uden at være kardiologisk patient. Dette kan skyldes dialysebehandling, medicinoverdoseringer, problemer med væskebalance og patienter som har været udsat for strømstød. Dette er alle patientkategorier, som kan udvikle hjerterytmeforstyrrelser pga. anden grundsygdom og som ubehandlet og umonitoreret kan udvikle sig til at være livstruende. Ofte er der i ASA hjerteovervågning af mellem 3-15 patienter i afsnittet på én gang, og dette kan ikke erstattes af tre sengepladser på intensiv afdeling. Lige specielt i forhold til dialysepatienter er ASA i stand til at hjerteovervåge patienterne samtidigt med at patienterne kan modtage hemodialyse i ASA. Dialyse afdelingen kan ikke hjerteovervåge akut, kritisk syge dialysekrævende patienter i dialyseafsnittet under en igangværende dialyse. Dialysepatienterne vil derfor fremover efter en lukning af ASA komme unødvendigt til at optage pladser på intensivafdelingen.

I ASA har alle sygeplejersker modtaget speciel oplæring i hjerteovervågning (telemetri) og tolkning af hjerteovervågning (via diverse Hjertekurser) og har dermed kompetencer og viden til hurtigt indsættende behandling. Derudover har ASA sygeplejerskerne via ALS kurser (=Avanceret genoplivning) erhvervet specielle kompetencer og beføjelser til at igangsætte livreddende hjertebehandling med fx stød og medicin også uden at der fysisk er en læge er til stede i afsnittet. Den avancerede genoplivning er en af grundene til den lidt højere personalenormering i ASA, da der minimum skal være 3 sygeplejersker til stede i afsnittet til at kunne igangsætte avanceret genoplivning/hjertestop behandling (1 person til ventilering, 1 person til medicingivning og 1 person til hjertemassage).

I de medicinske afsnit har ingen af sygeplejerskerne modtaget oplæring i hjerteovervågning ej heller avanceret genoplivning, de har dog modtaget basal genoplivningskursus, men dette indbefatter ikke, at de må/kan gå i gang med stød og medicinbehandling ved fx et hjertestop. De skal udelukkende gå i gang med hjertemassage og ventilering og vente med yderligere behandling til der er en læge til stede. Endvidere er de medicinske afsnit i fx nattevagterne bemanded med ned til 2 personalemedlemmer hvoraf kun én er sygeplejerske.

Dette er en klar forringelse af ekspertise og kompetence i forhold til de akutte patienter, hvis patienterne efter lukningen af ASA skal på medicinsk afdeling og dermed risikere at vente på kompetent og avanceret genoplivning i forbindelse med et hjertestop.

Eksempel 4: Blærekateter til mænd

I ASA kan alle sygeplejersker anlægge et blærekateter på kvindelige såvel som på langt de fleste mandlige patienter, der har akut behov for sikring af udskillelse af urin, samt sikring af væskebalancen hos fx nyre og hjertesygge patienter. Hvis sygeplejerskerne i ASA undtagelsesvist ikke kan anlægge blærekateter på de mandlige patienter, assisteres de af en læge.

I de medicinske afsnit kan sygeplejerskerne anlægge blærekateter på kvindelige patienter, men de er ikke oplært i anlæggelsen af blærekateter på mandlige patienter, da dette er en procedure, der kan være behæftet med flere komplikationsrisici end hos kvinderne. Sygeplejerskerne i de medicinske afsnit er derfor afhængig af, at en læge kan komme på afsnittet for at anlægge blærekateteret på patienten. Dette betyder at de mandlige patienter skal vente unødvendigt længere tid på korrekt behandling, hvilket ikke blot er en serviceforringelse med et direkte patientsikkerhedsspørgsmål.

Man kan så argumentere, at omplaceret ASA personale vil være til stede på to ud af tre medicinske afsnit efter lukningen af ASA, men disse få personalemedlemmer kan langt fra dække alle døgnets 24 timer året rundt, således at der er den nødvendige kompetence til stede i afsnittet. Dette giver i højeste grad en forringelse for patienterne ved en lukning af ASA.

Eksempel 5: Observationshyppighed, normering

Da ASA er normeret med flere sygeplejersker pr. patient i forhold til de medicinske afsnit, har sygeplejerskerne logisk nok mere tid til at observere og behandle patienterne i forhold til vitale værdier og observationer, der bør foretages hos akutte patienter.

I de medicinske afsnit er de normeret med færre sygeplejersker pr. patient, hvilket logisk nok giver sygeplejerskerne i medicinsk afdeling mindre tid til observationer af vitale værdier og observationer hos de akutte patienter end som hvis patienten var indlagt i ASA.

Observationshyppighed har direkte sammenhæng med tidlig opsporing af kritiske tilstande, hvorfor det er en stor forringelse af patientsikkerheden for patienterne efter en lukning af ASA, da dette nedsætter den høje kvalitet og observationshyppighed, og opsporingsmulighed af kritiske tilstande, som ASA er normeret til at kunne udføre.

Eksempel 6: Udvidede kompetencer

I ASA arbejder læger og sygeplejersker sammen som teams, hvorfor lægerne kan forvente, at mange af de relevante undersøgelser og behandlinger, som de akutte patienter har behov for, allerede er iværksat af sygeplejerskerne inden lægerne kan nå frem til patienterne. Dette betyder fx, at når sygeplejerske koordinatoren informerer lægen om, at en patient med en bestemt symptom/sygdom er på vej til ASA, så forventer lægen, at sygeplejerskerne i ASA af sig selv igangsætter relevante livreddende undersøgelser og behandling straks patienten kommer i afsnittet evt. ud fra gældende protokoller for behandling også uden at lægen har ordineret hvert enkelt tiltag på forhånd og også uden at lægen rent fysisk er til stede straks hos patienten. Patienterne i ASA får dermed altid foretaget/iværksat de relevante blodprøver, EKG og arteriepunkterer og observationer og livreddende akut behandling straks de kommer i afsnittet alene i kraft af sygeplejerskernes udvidede kompetencer og beføjelser.

Patienterne bliver langt hen af vejen meget hurtigere behandlet og undersøgt i den akutte fase på ASA af sygeplejerskerne end de fremover ville kunne blive behandlet og undersøgt på et medicinsk afsnit, da sygeplejerskerne her ikke har de samme udvidede kompetencer og beføjelser til undersøgelse og behandling af de akutte patienter sådan som sygeplejerskerne i ASA har. Forskellen i beføjelser og kompetencer er alene forskellen mellem om patienterne bliver undersøgt og tidligt får opsporet kritiske/truende tilstande eller om patienterne risikerer varige livstruende konsekvenser af for sent iværksat akut behandling.

Eksempel 7: Lægebemanding

Lægebemandingen er den samme i ASA som den vil være fremover i de medicinske afsnit, da der ikke er planlagt besparelser her. Der er dog et stort men, for i og med at de akutte sengepladser fremover bliver placeret på 4 fysiske lokationer (4 forskellige etager i samme bygning) frem for nuværende 2 etager, hvor ASA har patienterne på én etage og Akutmodtagelse på én etage i samme bygning som de medicinske afdelinger, så skal lægerne bevæge sig mere rundt i bygningen for at tilse de akutte patienter, og derved vil der logisk nok blive spildtid med at bevæge sig rundt til patienterne frem for i ASA hvor patienterne er samlet på en etage.

Der kan argumenteres med, at der lige er ansat akutlæger til at fungere i Akutmodtagelsen, men disse læger er kun til stede i Akutmodtagelsen, og er kun til stede fra kl. 8-22. Akutlægerne overtager kun varetagelsen af skadestuepatienterne, som sidder i venteværelset til Akutmodtagelsen. Akutlægerne skal triagere patienterne, men skal ikke tilse de akutte medicinske patienter som tidligere blev tilset i ASA, hvorfor de medicinske læger også skal tilse akutte patienter i Akutmodtagelsen fremover samtidigt med at de skal tilse akutte patienter på tre

andre etager. Dette er en klar forringelse af tilstedeværelsen af de nødvendige kompetencer i Holstebro i forhold til de akutte patienter. Hvordan skal én læge som før tilså akutte patienter udelukkende i ASA på én etage nu kunne vurdere og overskue at tilse/behandle og dele sin tid mellem de akutte patienter, når lægen ikke længere kan være fysisk til stede hos patienterne, når samtidigt at de sygeplejefaglige kompetencer som er til stede i ASA forsvinder og/eller reduceres i væsentlig grad, således at lægen ikke længere kan forlede sig på at sygeplejerskerne igangsætter livreddende og akutte undersøgelser og behandlinger i tidsforløbet indtil lægen kan tilse patienten?

Eksempel 8: Stabile vs. Ustabile patienter

I ASA er der fokus på at stabilisere de akutte patienter og iværksætte livreddende akut undersøgelse og behandling af patienterne før end patienterne fx kan overflyttes til de medicinske afsnit, intensiv afdeling, eller sendes videre i ambulante behandlingsforløb og/eller evt. udskrives direkte fra ASA efter endt behandling.

I over 5½ år har de medicinske afsnit ikke beskæftiget sig med at stabilisere akutte patienter, og har derfor langt fra de nødvendige erfaringer og kompetencer til at umiddelbart kunne overtage behandlingen og plejen af de akutte patienter. Det tager lang tid at opbygge den tilstrækkelige erfaring og viden blandt sygeplejerskerne i de medicinske afsnit, og der kan gå år før de akutte patienter igen bliver behandlet og plejet med samme mængde af nødvendige kompetencer og erfaringer i de akutte forløb, hvilket er en patientsikkerhedsmæssig uforsvarlig og forringende behandling af de akutte patienter i Nordvestjylland.

Eksempel 9: Overbelægning

I ASA Holstebro er der konstant overbelægning af patienter i forhold til de normerede sengepladser. Dette viser statistikker over ASA's belægningsprocenter fra fx 2010 meget tydeligt. Belægningsprocenterne kommer altid over 100%. Der er et stort flow af patienter igennem afdelingen, der er dermed et stort indtag af patienter og der er en høj rate af udskrivelser, hvilket betyder, at mange af patienterne når at kunne udskrives fra Regionshospitalet uden lang liggetid i fx et medicinsk sengeafsnit. Der er dog også mange patienters helbredstilstande, som kræver yderligere indlæggelsestid i et af sengeafsnittene i Holstebro og/eller andre steder i HEV alt efter diagnose. På de medicinske afsnit i Holstebro er der også konstant overbelægning med belægningsprocenter, der altid kommer meget tæt på eller over 100%, hvilket gør at der dannes en flaskehals mellem belægningen på de medicinske sengeafsnit og ASA Holstebros behov for at få patienterne ud i de medicinske afsnit til videre pleje og

behandling af patienterne. Brandmyndighederne dikterer hvor mange patienter, der er muligt af have på hvert sengeafsnit på forsvarlig vis, hvorfor der er grænser for hvor mange patienter de medicinske sengeafsnit såvel som ASA må have lov til at have rent fysisk i afsnittene. Pga. de medicinske afsnits høje belægningsprocenter, har ASA Holstebro derfor i spidsbelastninger fysisk plads til at have de medicinske afsnits overbelægning af patienter liggende på uanvendte sengestuer på ASA under forudsætning af at de medicinske afsnit leverer personale til at pleje og behandle patienterne. ASA er normeret til at have 18 sengepladser, men rent fysisk er der på etagen plads til 35 patienter fordelt på 7 enestuer (modtage og isolationsstuer), 6 x 4-sengsstuer og 4 gangpladser. Flere gange i løbet af 2010, men konstant siden jul 2010 har ASA lånt de uanvendte sengestuer på ASA ud til de medicinske afsnit i Holstebro og ASA har derfor gennem alene den sidste uges tid haft ca. 30 patienter rent fysisk i afsnittet, selvom vi er normeret til kun at have 18 patienter. Ved en lukning af ASA Holstebro vil de medicinske afsnit i Holstebro ikke have muligheden for at kunne rumme kraftige overbelægninger i spidsbelastningssituationer. Personalet på ASA og på de medicinske afsnit er dybt bekymret for, hvor patienterne skal være henne ved en lukning af ASA Holstebro. Patientflowet, som jo kan argumenteres med at være sygdoms- og årstidsbestemt, ændrer sig jo ikke bare fordi ASA Holstebro lukker. ASA Herning oplever samme problematikker med voldsomme spidsbelastninger og vil ved en lukning af ASA Holstebro ikke kunne rumme spidsbelastningen fra Holstebro.

4. Konklusion

Ovenstående få, men overordentlige tydelige eksempler, viser at der vil ske meget store og uoverskuelige kompetenceforringelser på Regionshospitalet Holstebro i forhold til de akutte patienter ved en lukning af ASA Holstebro. Patienterne bliver i høj grad ringere stillet i forhold til livreddende undersøgelser og behandling af de akutte forløb end hos andre patienter i resten af Regionen.

Med venlig hilsen

Personalet, ASA Holstebro

