

Region Midtjylland
Att: Koncern Økonomi



Regionshospitalet Randers og Grenaaas høringssvar til "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland"

14. januar 2011
Maja Schmidt Jacobsen
Tel. +45 8910 3347
majaja@rm.dk

Side 1

Dette høringssvar er baseret på høringssvar fra hospitalets lokale MEDudvalg samt en drøftelse på det ekstraordinære HMU-møde fredag den 14. januar.

I HMU erkender vi regionens store økonomiske problemer og vil gerne aktivt medvirke til at løse dem. Vi stiller os dog uforstående over for, at Regionshospitalet Randers og Grenaa skal bære så stor en del af besparelserne, da vi i forvejen er landets mest produktive akuthospital med meget lave driftsomkostninger og et højt fagligt niveau.

Ud af regionens besparelse på ca. 500 mio. kr. er der i omstillingsplanen lagt op til, at de ca. 126 mio. kr. skal findes på Regionshospitalet Randers og Grenaa; altså ca. 25 % af regionens samlede besparelse. Dette skal ses i forhold til Regionshospitalets budget udgør 8,4 % af regionens sundhedsbudget.

Generelle kommentarer

Økonomi

HMU finder det tvivlsomt at tro, at regnereglen, der er anvendt i omstillingsplanen, er realistisk, og at man ved samling af funktioner kan løfte opgaven på den modtagende enhed for kun 25 % af den DRG-værdi, som den afgivende enhed tidligere har fået for samme funktion.

I den sammenhæng bekymrer det HMU, at der herigennem er indlagt en stor udefineret besparelse i omstillingsplanen, når de 25 % af DRG-værdien ikke slår til. Besparelser, hvis konsekvenser ikke belyses, gør det sværere at vurdere de enkelte forslags realøkonomiske potentiale.

Regionshospitalet Randers og Grenaa vurderer på baggrund af de foreliggende forslag, at der foruden opgaveflytningen på de 126 mio. kr. er afledte omkostninger på ca. 30 mio. kr.

Derudover bemærker vi, at der i forhold til laboratorieområdet er brugt benchmarking, hvor regionens øvrige enheder bliver bedt om at være lige så effektive som den mest effektive enhed i regionen; i dette tilfælde Klinisk Biokemisk afdeling i Randers. HMU bakker op om princippet og undrer sig over, hvorfor man ikke benchmarker på alle områder og ud fra det beregner, hvilken besparelse regionen i givet fald ville kunne få ved den metode. Ved at overføre princippet til børneafdelingerne på regionshospitalet, vil regionen eksempelvis kunne spare over 10 mio. kr. uden aktivitetsændringer ved at sætte Regionshospitalet Randers' standard for Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest.

I forhold til at flytte basisfunktioner fra et regionshospital til et universitetshospital betvivler HMU, at der kan opnås den forventede besparelse. Tvivlen gælder især flytningen af basispædiatrien fra Randers til Skejby, hvor Skejby's højere beredskab til de mere komplekse patienter kan give risiko for, at pædiatrien samlet set bliver dyrere.

Generelt i forhold til besparelserne vil HMU gerne gøre opmærksom på, at mange opgaver kræver et vist antal personale, uanset om mængden af det udførte arbejde er stor eller lille, og at man derfor ikke altid kan opnå en besparelse, selv om der udføres mindre.

Faglighed

Da Regionshospitalet Randers og Grenaa er et af regionens fem akuthospitaler, står HMU uforstående over for, at der er fremlagt spareforslag for børne- og fødselsområdet på Regionshospitalet Randers, der er i strid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for, hvilke funktioner, der skal være til stede på et akuthospital.

Sundhedsstyrelsen anbefaler eksempelvis tilstedeværelsen af neonatologisk assistance i relation til fødesteder, med mindre geografien; eksempelvis tyndt befolkede områder med ø- eller ø-lignende geografi, gør, at kravet ikke kan opfyldes. Randers har ikke en ø-lignende placering, der retfærdiggør, at kvinder i Danmarks 6. største by skal føde uden adgang til neonatologisk kompetence på stedet.

Den annoncerede besparelse på kvinde-/barnområdet på Regionshospitalet Randers er overordnet set et brud på de faglige anbefalinger fra både Sundhedsstyrelsen, Dansk selskab for Obstetrik og Gynækologi samt Dansk Pædiatrisk Selskab.

Men besparelserne på børneområdet har også andre konsekvenser for Regionshospitalet Randers som akuthospital. Uden en pædiatrisk læge på stedet anbefaler Sundhedsstyrelsen, at Anæstesiologisk afdeling slet ikke bedøver børn, hvilket betyder, at børn modtaget på Skadestuen i Randers med eksempelvis simple brud, hvor der skal opereres, skal transporteres til Århus Sygehus for at kunne blive opereret. Ud over udgiften til den øgede transport og ubehaget for barnet mister medarbejderne og derfor også hospitalet væsentlige kompetencer i forbindelse med behandling og bedøvelse af børn.

Generelt ønsker HMU at pointere, at jo mere bredtfaavnende et akuthospital er, jo bedre er vi i stand til at give vores akutte patienter den optimale behandling. Derfor ser vi med stor

bekymring på, at man skærer store og væsentlige funktioner og specialer fra et hospital, som regionen selv har udnævnt til akuthospital.

HMU ønsker at anerkende og understøtte universitetshospitalernes funktion som højt specialiseret og stiller sig derfor uforstående over for, at der flyttes yderligere basisfunktioner dertil. Dels fordi det kan frygtes, at universitetshospitalet "sander til" i det store volumen af basisfunktioner på bekostning af det højt specialiserede. Dels fordi vi i en virkelighed, hvor Region Midtjylland løbende udfordres på at fastholde de højt specialiserede funktioner i konkurrence med de andre regioner, risikerer at blive for sårbare, når vi pålægger de samme afdelinger at tage sig af stort set alle hoved- og regionsfunktioner inden for det samme speciale.

HMU foreslår derfor, at Region Midtjylland i højere grad fokuserer på, at universitetshospitalerne håndterer de højt specialiserede funktioner i regionen og understøtter det høje lægefaglige niveau inden for basis- og regionsfunktionerne på regionshospitalerne på anden vis.

Uddannelse og rekruttering

HMU ser med bekymring på de effekter, vi forudser, at omstillingsplanen vil have på hospitalet som uddannelsessted og attraktiv arbejdsplads.

Ved centralisering af specialer og besparelser på Regionshospitalet Randers og Grenaa bliver konsekvenserne, at

- Hospitalets uddannelseskapacitet generelt falder ved, at vi fremover vil være et mindre hospital end vi er i dag
- Lukning af to specialer vil påvirke yngre lægers uddannelse, speciallægeuddannelsen, og fra lægeside på hospitalet udtrykkes blandt andet bekymring for den uddannelse, der kan tilbydes læger i praksisforløb (AP-læger)
- Hospitalet fremover vil kunne opleve rekrutteringsproblemer, hvis det faglige spænd i opgaverne generelt på hospitalet bliver mindre som afledt effekt af lukning af store dele af Urologisk afdeling og Børneafdelingen

Patientsikkerhed, patienttilfredshed og et kontinuerligt patientforløb

HMU er generelt bekymret for kvaliteten i de enkelte patientforløb; særligt i forhold til de syge og tilskadekomne børn. Ved at flytte en stor del af Børneafdelingen væk fra Regionshospitalet i Randers vil der uvægerligt skulle transporteres flere syge børn på vejene mellem hospitalerne. Dette gælder eksempelvis både nyfødte, der pludselig bliver dårlige efter et ellers ukompliceret forløb, samt større børn med relativt simple lidelser, der kræver bedøvelse.

For de børn, vi stadig vil kunne behandle, samt en del af de børn, vi sender til andre hospitaler, vil en indlæggelse betyde, at de fremover vil være indlagt – ikke på en børneafdeling, hvor personalet er særligt uddannet til at varetage børns behov, men på et "voksenafsnit", hvilket er i modstrid med Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for pædiatri.

For en stor gruppe patienter og pårørende vil det ligeledes opleves som en forringelse, at der bliver længere mellem hjem og indlæggelsessted. Det gælder eksempelvis urologiske patienter, patienter fra Grenaa og kvinder med for truende tidlig fødsel, der typisk er indlagt

længe. Disse kvinder vil vi ikke kunne have indlagt, hvis hospitalet ikke længere kan varetage komplicerede fødsler.

Arbejds miljøet for hospitalets ansatte

Med de voldsomme besparelser på Regionshospitalet Randers og Grenaa, som der er lagt op til i omstillingsplanen, påvirker situationen allerede nu arbejdsmiljøet for de ansatte på hospitalet, og HMU udtrykker sin store bekymring for det fysiske og psykiske arbejdsmiljø nu og fremover som følge af omstillingsplanen; også set i lyset af de to store tidligere sparerunder, som først er ved at slå igennem nu.

HMU ønsker at understrege vigtigheden af, at der, hvis de annoncerede besparelser vedtages, er tale om en fusion, der betyder, at det ikke kun er medarbejderne på den afgivende enhed, der er i spil i forhold til omplacering, men at det gælder personalet i både den modtagende og afgivende enhed.

Kommentarer til specifikke områder og specialer

Randers som screeningsenhed

Som nævnt i indledningen ønsker vi som hospital at deltage aktivt i løsningen af de opgaver, regionen har ansvaret for. Derfor ser HMU positivt på, at vi ifølge omstillingsplanen bliver centrale som screeningsenhed i regionen. Samling af de koordinerende opgaver for alle regionens kræftscreeningsprogrammer på ét sted finder vi både rationel og visionær.

Kvinde-/barnområdet

Overordnet vækker det undren, at der er fremlagt et forslag, der tilsidesætter de udstukne retningslinjer fra Regionsrådet, hvad angår fordeling af spydspidsområder, hvor Regionshospitalet i Randers fik opgaven, hvad angår kvinde-/barnområdet. Med det nuværende forslag sker tilsyneladende en strategisk ændring, uden at denne ændring ses i sammenhæng med hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Særligt vedr. syge børn og for tidligt fødte

HMU tilslutter sig Børneafdelingens LMU-høringssvar, der er indsat herunder:

”Pædiatrien skal også bidrage med besparelser i Region Midtjylland. Ingen tvivl om det. Men Børneafdelingens LMU på Regionshospitalet Randers ser to helt afgørende problemer ved den foreslåede model for besparelser på børneområdet:

1. Økonomi – den beregnede besparelse på 36,7 mio. kr. ved en lukning af børneafdelingen i Randers er urealistisk. Og der er andre muligheder som ikke er med i sparekataloget til politikerne.
2. Faglighed – flytning af basispædiatrien til Skejby Sygehus og mere specialisering vil ikke give et kvalitetsløft for Regionshospitalet Randers’ børn.

Økonomien

Det fremlagte spareforslag på pædiatriområdet mangler ordentlige økonomiske analyser af den samlede pædiatri i regionen, inden der evt. træffes en så drastisk beslutning som at lukke børneafdelingen i Randers. At følge det i sparekataloget opstillede forslag vil være at træffe en beslutning på et alt for usikkert økonomisk grundlag.

Vi stiller os tvivlende over for, om flytningen af børneafdelingen til Skejby vil kunne hente en nettobesparelse på 36,7 mio. kr. Er der en reel besparelse ved at opnormere i Skejby og lukke ned i Randers?

Vi kan ikke se, at der er regnet konkret på, hvad de direkte besparelser er ved at lukke pædiatri i Randers og opnormere i Skejby. Kan børneafdelingen på Skejby levere til 25% af DRG-værdien? Børneafdelingen på Skejby Sygehus siger nej og anfører, at der er behov for det dobbelt af de 25%, der indgår i det fremlagte forslag.

Der er flere helt uafklarede økonomiske spørgsmål: Skal der etableres nye vagtlag? Hvad med evt. flere fødselslæger i vagt i Skejby? Er der indregnet penge til udefunktioner i Randers? Og så skal man ikke glemme mistede uden-regionsindtægter fra Region Nordjylland, hvilket er 3 mio. kr. vedr. pædiatri og delvis bortfald af 8 mio. kr. vedr. fødsler.

Oprettelse af en akutklinik i dagtid i Randers medfører også behov for en transportordning for større børn i lighed med den neonatale transportordning. Udgifterne til dette fremgår ikke af spareforslaget.

Som grundlag for en velfunderet beslutning savner vi også en økonomisk benchmarkanalyse af regionens børneafdelinger.

En rå og foreløbig sammenligning af aktiviteter og udgifter på børneafdelingerne i regionen viser, at man kan spare penge uden at lukke afdelinger. Rå udtræk på DRG og regnskabstal for 2009 viser, at DRG-værdien på børneafdelingerne pr. forbrugt krone er væsentlig højere på Børneafdelingen på Regionshospitalet Randers end Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest – ca. 10 procent. Det betyder, at man vil kunne spare over 10 mio. kr. uden aktivitetsændringer ved at sætte Regionshospitalet Randers' standard for Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest. Hvilket er nøjagtig samme princip, som anvendes i sparekataloget på laboratorieområdet.

Desuden viser tal for forbruget af sygehusydelser et relativt lavt forbrug pr. indbygger i optageområdet for Børneafdelingen i Randers. Og det skyldes ikke afstanden til Horsens/Hedensted og et lavt forbrug i disse kommuner. Set i forhold til standarden i børneafdelingens optageområde er der et merforbrug af ydelser i Vest og Viborg på ca. 30 mio. kr. Dette forhold bør undersøges nærmere, inden der skrives til en lukning af børneafdelingen i Randers.

En mulig realøkonomisk besparelse på 30 mio. kr. skal ses i sammenhæng med at den besparelse der opereres med i sparekatalogets model er tvivlsom, og at der næppe vil blive tale om en realøkonomisk besparelse på 36,7 mio. kr. som fremlagt i omstillingsplanen.

Fagligheden

Vi stiller os stærkt tvivlende over for forslaget argumentation om, at den foreslåede centralisering vil medføre et løft i kvaliteten i behandlingen.

Med det fremlagte forslag lukker man et 1-strengt system på Regionshospitalet Randers og går til et 2-strengt system, hvor børn skal til forskellige hospitaler afhængig af sygdom og tidspunkt på døgnet. Det skaber forvirring og utryghed.

Derudover fjerner man en dedikeret børneafdeling, der samler alle børn indlagt på Regionshospitalet Randers, og i stedet vil indlagte kirurgiske børn fremover som hovedregel blive spredt på forskellige afdelinger i Århus.

Regionshospitalet Randers og Grenå har en organisation, hvor ALLE børn ligger på en børneafdeling, som det i øvrigt anbefales i Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for pædiatri.

Børn plejes af særligt uddannede børnesygeplejersker og tilses af børnelæger uanset årsagen til deres indlæggelse, hvilket medfører stor kvalitet i pleje og behandlingen med hensyn til børns særlige behov. Med det nuværende forslag vil alle kirurgiske og Øre-Næse-Hals børn skulle ligge på en voksen-afdeling.

Flytningen af basispædiatrien til Århus kan endvidere medføre, at den højt specialiserede behandling af børn i Skejby kommer under pres, samt at der kan være risiko for, at store grupper af børn med almindelige sygdomme vil blive klemte til fordel for de sjældne tilfælde med høj kompleksitetsgrad.

Der er endvidere usikkerhed om, hvorvidt øget specialisering i Århus vil give højere kvalitet i behandling i basispædiatrien.

Skejby's højere beredskab til de mere komplekse patienter kan give risiko for, at pædiatrien samlet set bliver dyrere. Udenlandske undersøgelser stiller spørgsmål ved, om der er positiv virkning på effektiviteten ved centralisering af lægefaglig ekspertise på højt profilerede hospitalsafdelinger - og samtidig pålægger lægegruppen pasning af udskudt ambulansfunktion/akut modtageafsnit i dagtid (Horsens og Randers). Tilknytning til hovedarbejdssted vil være størst og den manglende tilknytning og manglende lokalkendskab vil medføre at kvaliteten af tilbuddet falder, og over tid sker tab af engagement.

Den foreslåede plan vil medføre, at to fødeafdelinger - Horsens og fremover Randers - vil være fødesteder uden pædiatrisk afdeling. Dette må betegnes som et kraftigt tilbageskridt. Såvel Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og specialerådet i pædiatri har pointeret, at fødsler bør foregå på et hospital, hvor der er umiddelbar adgang til pædiatrisk assistance.

Med den foreslåede nedlæggelse af pædiatrisk afdeling forringes muligheden for observation og omgående behandling af syge nyfødte. Det har tidligere været de kritisk syge børn med behov for højt specialiseret behandling, der har skullet transporteres på landevejen. Forslaget vil betyde at også let syge nyfødte børn vil blive belastet af transport. Uanset gode transportordninger er en transport altid en belastning for skrøbelige nyfødte børn. Det øgede antal transporter medfører et u hensigtsmæssigt merforbrug af højt kvalificeret personaleressourcer. Ved hver neonataltransport deltager en speciallæge, specialsygeplejerske og to falckreddere.

Det foreslås, at de akutte børn fra Horsens/Hedensted får mulighed for at blive visiteret til Børneafdelingen i Skejby, så de ikke skal køre så langt, som de gør i dag. Børneafdelingen i Randers kan tilsvarende aflaste Skejby ved at øge optageområdet mod syd mellem Randers og Århus. Man kan også overveje at flytte basisfunktioner fra Skejby til Randers.

Sammenfattende mener vi, at der er god grund til at kigge på den samlede pædiatri i regionen både med hensyn til at opretholde et højt fagligt niveau i behandling og sikre at der findes en reel og tilstrækkelig besparelse."

Særligt i forhold til fødsler

Hvis neonatalafsnittet lukker i Randers, forudser hospitalet, at det vil blive vanskeligere at fastholde den planlagte fordeling af de ukomplicerede fødsler på hospitalet. Så snart der ikke er en børneafdeling på hospitalet vil der komme et modpres fra befolkningen om at få lov til at føde på steder med en børneafdeling. Hvis den planlagte fordeling derfor også fremover skal overholdes, vil det forudsætte en tvungen visitation af fødende, hvilket står i modsætning til grundprincippet om frit sygehusvalg.

Derudover kommer ca. 9 % af fødslerne i Randers fra Region Nordjylland. Det vil være vanskeligt at opretholde indtægten på dette område, hvis der ikke er et neonatalafsnit på hospitalet.

Særligt i forhold til gynækologi

Hvis det besluttet at gennemføre den meget dramatiske omlægning på børne- og fødselsområdet, vil det være hensigtsmæssigt at se på fordelingen af benign gynækologi i Region Midtjylland. Vi foreslår derfor, at der sker en aflastning af Skejby, således at universitetshospitalet i videst mulige omfang kan koncentrere sig om de højt specialiserede funktioner og kun have basisfunktion for Aarhus parallelt med Rigshospitalets afdelinger i København. Gynækologisk-Obstetrisk afdeling vil gerne pege på, at Randers kunne løfte opgaver i relation til hysterektomi på godartet indikation, inkontinens- og nedsynkningsoperationer, vulvalidelser, behandling af blødningsforstyrrelser samt aborter.

Urologien

HMU bakker op om Urologisk afdelings hørings svar, der kan ses herunder:

“Urologisk afd. blev d.1.1.2008 etableret som selvstændig afd.. Pr. 1.1.2011 var afdelingen udviklet til i alt 11 5 – døgnsege og 5 7-døgnsenge, samt 2 senge på akut afsnittet, til et optageområde på ca. 380.000 indbyggere, idet urologiske patienter fra Horsens området blev lagt ind under Randers.

Senge udnyttes optimalt

I forbindelse med en undersøgelse på Randers sygehus, om pt. “lå for længe i sengene” var Urologisk afd. også med i inventeringen, hvor konklusionen var, at de pt. der lå i de urologiske senge, hverken kunne udskrives, eller overgå til pt. Hotellet, og at sengene derfor udnyttedes optimalt.

Nøgletal for urologien i Region Midtjylland

Sammenlignet med Holstebro, der også er en selvstændig urologisk afdeling med et optageområde på 285.000 indbyggere, der har 27 senge, har haft 3248 udskrivelser og en belægnings på 88,6 %, en gennemsnitlig liggetid på 2,7 og har udført 11309 konsultationer i ambulant regi i 2010.

Skejby har til sammenligning 25 senge og en belægningsprocent på 86,5%, hvilket understreger vores frygt for at urologiske patienter fra Randers ikke kan rummes indenfor rammerne. Da Skejby er et universitetshospital med landsdelsfunktion tjener det intet formål at sammenligne liggetid.

Optimering af patientforløb

Siden afd. var med i LEAN processen i 2006 har vi løbende lavet forbedringer mhp. at optimere patientforløb med kontaktlæge og sygeplejerske, hurtigere og mere gnidningsfrie forløb, og med kræftpakkernes forløb er det accelererede patientforløb optimeret næsten optimalt, hvad også har medført en stor patienttilfredshed.

Den aktuelle liggetid var i 2010 2.8 dage, der var 2033 udskrivelser, samt ca. 9.700 ambulante besøg. Af de 9700 ambulante besøg var 2087 patienter, der har fået foretaget flexycystoskopi. Således har afdelingen levet op til kræftpakkernes forventninger. Herudover er

der foretaget 1545 operationer i indlagt regi, 761 operationer i dagkirurgisk regi, og hertil kommer besøg i skadestuen.

Lang ventetid på benigne lidelser hos urologiske patienter

Imidlertid har afd. ikke kunne leve op til forventninger, hvad angår benigne lidelser, hvor ventetiden kan være op til 12 mdr., idet cancerpakkerne jo selvfølgelig prioriteres. Randers modtager allerede nu henvisninger fra Skejby's optageområde på ptt. til basisurologi, idet Skejby ikke har kapacitet til disse patienter. Pga. den lange ventetid er der derfor mange patienter, der henvises til det private regi. **Denne gruppe vil øges væsentligt ved nedlæggelse af den urologiske funktion i Randers, da kapaciteten ikke kan indeholdes på Skejby.**

Urologisk afd. ønsker derfor at henlede opmærksomheden på at en så væsentlig reduktion af den urologiske funktion i Randers vil føre til

- At lovgivningen vedr. cancerudredning ikke kan overholdes
- At udredning og behandling af urologiske benigne lidelser udsættes yderligere
- At tilbudet til de ældre medborgere som er en stor del af urologiens klientel forringes, samtidig med at denne gruppe øges.
- At der må forventes en væsentlig større andel af patienter der henvises til privat regi
- At uddannelsen af yngre læger forringes væsentligt, idet basisurologien risikerer at forsvinder fra det offentlige regi, og det private system ikke har nogen uddannelsesforpligtelse.
- At der tilsvarende forsvinder uddannelsespladser til andre sundhedsfaglige uddannelser.

Desuden vil Urologisk afd. gerne henlede opmærksomheden på

- Det er 7-8000 ambulante patienter, der skal kaperes på Skejby fra Randers. Dette vil utvivlsomt gå ud over patient kontinuitet og patienttilfredshed.
- Der kan sættes spørgsmålstegn ved kvalitet og patientsikkerhed i form af et stort antal uskrevne journalnotater i Skejby i modsætning til Randers, hvor notater og korrespondance bliver skrevet fra dag til dag.
- Basisurologien, der er vores indsatsområde, forsvinder, og uddannelse forsvinder
- Vi er en afd. der i høj grad er up to date med nyt udstyr til de forskellige indgreb og er helt på linie eller bedre, hvad angår dette, (TURis, Hexfix; Mitomycin) samt kommunikation med relevante specialer
- At nedlæggelse af urologi i Randers kan forlænge udredningsforløb af akutte patienter, hvis de indlægges under en anden diagnose (f.eks. akut abdomen)
- At assistance til operationer vedr. gynækologi og mave-tarm kirurgi forsvinder, idet personalet på operationsgangen mister kompetence, hvis den daglige rutine forsvinder, hvilket kan blive en afledt negativ effekt på Regionshospitalet i Randers som et akut hospital.
- At der næppe kan overgå flere patienter til dagkirurgi. Denne proces er allerede gennemgået i Randers, og kun ASA 3 patienter opereres under indlæggelse, hvis indgrebet ellers er egnet til dagkirurgi.
- At det ikke er patienter efter operationer, der indlægges akut, men derimod cancer patienter, børn og nye urologiske problemstillinger, som er omfattet af akutte indlæggelser i Randers"

Hospitalet i Grenaa og den døgnbemandede lægebil på Djursland

HMU har følgende bemærkninger i forhold til planerne for hospitalet i Grenaa og den døgnbemandede lægebil:

- HMU ønsker en afklaring af, hvilke regionale funktioner der i fremtiden skal være i sundhedshuset i Grenaa. Med de forskellige arbejdsgruppers arbejde er der ikke nedlagt en helhedsbetragtning på området, men derimod er næsten alle funktioner skåret væk med undtagelse af Akutklinikken og Medicinsk ambulatorium, hvor der i øjeblikket kun er en endokrinologisk linje
- HMU opfordrer til, at lægen i Akutklinikken bevares. Den læge, der i dag arbejder i Akutklinikken betjener også forskellige af ambulatorierne på hospitalet, og værdien af lægens arbejde er derfor langt mere end det arbejde, der udføres i Akutklinikken, hvilket bør tages med i beregningerne. Afhængig af hvilke regionale funktioner; herunder ambulatorier, der i fremtiden skal være i sundhedshuset, vil en læge på stedet kunne stå til rådighed for dem ud over at tage sig af Akutklinikken. Derudover viser tidligere opgørelser, at uden en læge i Akutklinikken vil 75 % af patienterne skulle videresendes til Randers. I dag behandles i gennemsnit 17 patienter om dagen ifølge regionens egne tal, men i en fremtid uden læge vil tallet falde til 4-5, mens de 13 må tage til Randers og en evt. efterkontrol vil også blive i Randers
- På indvendingen om, at lægedækningen kan klares via telemedicin, vil HMU bemærke, at en del af arbejdet i Grenaa er efterkontrol i Skadesambulatoriet af eksempelvis brud, hvilket ikke kan klares via telemedicin
- Nedlæggelse af senge i Grenaa strider imod nærhedsprincippet, da patienter og pårørende fra nærområdet vil få længere til indlæggelsesstedet
- HMU opfordrer desuden til, at regionen bevarer den døgnbemandede lægebil på Djursland. Ud over trygheden i at have en lægebil for borgerne på Djursland må det påpeges, at en paramediciner, som vil være alternativet, ikke har kompetencen til at visitere/afslutte patienter på stedet, hvilket vil medføre væsentlig flere indlæggelser og heraf højere udgifter. I dag afslutter lægen i lægebilen 25% af patienterne på stedet

Øvrige kommentarer

Afskaffelse af centrifugetillægget

Ved at fjerne centrifugetillægget hos de praktiserende læger siger erfaringen fra Vejle, at 20 % af de praktiserende læger vælger at sende patienterne til blodprøvetagning på hospitalet. I dag har Regionshospitalet Randers 168.000 ambulante rekvisitioner, og en blodprøve er beregnet til at tage 10 minutter. Med en forventet stigning i antallet af blodprøver på 20 % vil det betyde et stort pres og øgede udgifter på blodprøvetagningen. Ligeledes vil der være udgifter til centrifugering af de prøver, der afhentes hos de praktiserende læger, og til ekstra vagtbemanding, da prøverne skal registreres og analyseres sent om eftermiddagen.

Besparelser i Administrationen i regionshusene

Det indgår i omstillingsplanen, at en række udefinerede opgaver flyttes og centraliseres mellem Administrationen i driftsenhederne og Administrationen i Regionshusene. Generelt er synspunktet, at besparelserne i Administrationen i Regionshusene giver risiko for et øget pres på Administrationen på hospitalet, fordi opgaven stadig findes og skal løses. Særligt forventes

et pres på opgaverne på HR-området. Hospitalet forudsætter ved udarbejdelse af egne handleplaner for 2011 og 2012, at der ikke overføres opgaver fra regionen, uden at der følger midler med.

I forhold til centraliseringen af indkøb i regionen er der ikke fremlagt dokumentation for de forventede besparelser, og hospitalet har ikke været inddraget i arbejdet med optimering. Hospitalet anmoder om at blive inddraget i den videre udredning.

Afslutningsvis vil HMU gerne understrege, at høringsprocessen og ikke mindst arbejdet i arbejdsgrupperne har været gennemført inden for en utilfredsstillende kort tidshorisont, og det bekymrer HMU, hvorvidt omstillingsplanen er tilstrækkelig gennemtænkt og dermed vil give de efterspurgte besparelser.

På vegne af HMU på Regionshospitalet Randers og Grenaa,



Thomas Pazyj
Formand for HMU



Pirkko Dinnesen
Næstformand for HMU