

**LMUs høringssvar til omstillingsplan  
2011-2012**

## Høringsvar vedrørende "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" fra Børneafdelingen, Regionshospitalet Randers

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.



Side 2

### 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 Nord, 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 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 skrides 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 sparekatalogets model er tvivlsom, og at der næppe vil blive tale om en realøkonomisk besparelse på 40 mio. kr.

### **Fagligheden**

Vi stiller os stærkt tvivlende over for forslaget argumentation for 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 der kan være risiko for at store grupper af børn med almindelige sygdomme vil blive klemt til fordel for de sjældne tilfælde med høj kompleksitetsgrad.

Der er endvidere usikkerhed om 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 specialrådet i pædiatri har pointeret, at fødsler bør foregå på et hospital, hvor der er umiddelbar adgang til pædiatrisk assistance.



Side 4

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.

## **Hørings svar vedrørende "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" fra Gynækologisk Obstetrisk afdeling, Randers:**

Med den foreslåede plan er der forslag om at nedlægge børneafdelingen (pædiatrisk afdeling) og dermed neonatologisk afsnit (kuvøseafsnittet) ved Regionshospitalet i Randers, til trods for at man i Randers er det mest produktive akuthospital i landet i 2010 jævnfør Sundhedsstyrelsens rapport ultimo 2010. Dette er i overensstemmelse med Region Midts egen benchmarkrapport 1 og 2 vedrørende gynækologi og obstetrik fra 2010.

Regionshospitalet i Randers' status som akuthospital fordrer, at der findes gynækologi og obstetrik samt pædiatri på matriklen.

Skejby og Regionshospitalet Randers har lige store optageområder hvad angår pædiatri. Vi finder det fagligt bekymrende, at Skejby på baggrund af besparelser skal belastes af krav om 40 % forøgelse af primært basispatienter i neonatologi. Universitetshospitalets opgave vedrørende de højt specialiserede opgaver risikerer at drukne i basispatienter, der nu og i fremtiden kan behandles ved Regionshospitalet i Randers med dokumenteret høj kvalitet og omkostningseffektivitet, jævnfør Benchmarkrapport 1 og 2 om gynækologi og obstetrik.

Den foreslåede plan vil medføre, at der fortsat fødes uden neonatologi på to fødeafdelinger i Region Midt. Dette må betegnes som et kraftigt tilbageskridt og direkte i modstrid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende organisering af fødsler, hvor der anbefales tilstedeværelse af neonatologisk assistance i relation til fødesteder så vidt muligt, med mindre geografien tilsiger andre ordninger, Citat: Specialevejledning for gynækologi og obstetrik, 22. juni 2010:

### Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

*Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i gynækologi og obstetrik umiddelbart.*

*Ved varetagelse af hovedfunktioner i gynækologi og obstetrik bør der være samarbejde med følgende specialer/funktioner:*

- Anæstesiologi med intensiv afsnit niveau 2

- Intern medicin (bredt)
- Kirurgi
- Neurologi
- Pædiatri med kompetence i neonatologi. I tyndt befolkede områder med ø- eller ølignende geografi, hvor dette krav ikke kan opfyldes, vil andre løsninger være nødvendige. Det er dog en forudsætning, at den sundhedsfaglige kvalitet sikres gennem et tæt, formaliseret samarbejde med alle relevante parter samt at borgerne er informeret herom

*Speciearbejdsgruppen har udarbejdet en liste med så vidt muligt alle funktioner på hovedfunktionsniveau inden for det gynækologiske og obstetriske speciale – listen findes på [www.dsog.dk](http://www.dsog.dk).*

Med dette forslag udvikler man således fødselsorganiseringen imod den fagligt bedste løsning, som er neonatologisk afdeling på hvert fødested. Også DSOG og Dansk Pædiatrisk Selskab har pointeret, at fødsler i hospitalsregi bør foregå på et hospital, hvor der er umiddelbar adgang til neonatologisk kompetence. 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.

Arbejdsgruppen vedrørende organisering af fødsler og neonatologi har tilsyneladende ikke kunnet nå at få faglig vejledning i tilstrækkeligt omfang. Der er ikke i arbejdsgruppen medlemmer med pædiatrisk baggrund og regionens specialeråd i gynækologi/obstetrik og pædiatri har ikke været konsulteret.

Det hævdes således i forudsætningerne, at neonatologien i vagten varetages af subspecialiserede speciallæger - dette er ikke korrekt – ikke en gang ved SKS findes subspecialiseret neonatolog konsekvent i vagt.

I den kliniske hverdag har den neonatologiske afdeling en overordentlig vigtig rolle, hvad angår observation af nyfødte. Med nedlæggelse af neonatologisk afsnit forsvinder denne mulighed og et betragteligt antal nyfødte vil blive tvunget til en transport. Transport ordninger må anses som værende suboptimale i forhold til at kunne observere og færdigbehandle skrøbelige nyfødte på stedet. Uanset gode ordninger er denne transport belastende for skrøbelige nyfødte. Denne transport kan for nærværende ofte undgås, idet muligheden for kortvarig observation og kuvøsebehandling / CPAP findes lokalt. Det nye i dette forslag er, at ikke kun kritisk syge nyfødte og for tidligt fødte skal flyttes, men alle nyfødte med behov for observation uanset sværhedsgrad. Vi anser, at transport af syge børn skal forbeholdes, der hvor der er behov for højt specialiseret hjælp.

Argumentet for at nedlægge Regionshospitalet Randers' børneafdeling er bl.a. baseret på, at neonatologisk service udelukkende kan beskrives ved den lægefaglige ekspertise. Neonatologi er imidlertid ikke kun lægefagligt men i høj grad sygeplejefagligt funderet. Den velfungerende neonatologi er således i høj grad et produkt af organisation i kombination med faglighed - lægefagligt såvel som sygeplejefagligt.

Det er ikke muligt at foretage en så skarp visitering af fødsler, at det kan undgås at fødende og nyfødte fra Randers skal flyttes under fødsel eller umiddelbart efter. I denne sammenhæng forekommer det ejendommeligt, at der peges på Randers, som er landets 6. største by og udrustet med en fuldt fungerende børneafdeling og fødeafdeling.

Skejby har hidtil ikke haft problemer med at tiltrække patienter, hverken fødende eller andre.

Hvis nedenstående fordeling af fødsler skal kunne opretholdes, vil det forudsætte en tvungen visitation af fødende. Så snart der ikke er en børneafdeling vil der komme et modpres fra befolkningen om at få lov til at føde på steder med en børneafdeling. Ca. 9 % af fødslerne i Randers kommer fra Region Nord. Det vil være vanskeligt at opretholde indtægten på dette område, hvis der ikke er en neonatalafdeling.

| <b>Antal fødsler</b> | <b>2009</b> | <b>2012</b> |
|----------------------|-------------|-------------|
| Skejby               | 4.803       | 5.000       |
| Randers              | 2.094       | 2.100       |
| Herning              | 2.005       | 3.000       |
| Viborg               | 1.965       | 2.800       |
| Horsens              | 1.863       | 2.200       |
| Silkeborg            | 1.335       |             |
| Holstebro            | 1.047       |             |
| I alt                | 15.112      | 15.100      |

I år 2009 var der 10.867 fødsler på 4 afdelinger med neonatologisk assistance. I 2012 vil der være 10.800 fødsler på 3 afdelinger med mulighed for neonatologisk assistance. Således er der konstant ca. 72

% af alle der fødes på steder med neonatologi. Hvis Randers børneafdeling bevares vil regionen opfylde sundhedsstyrelsens anbefaling i 85 % af alle fødsler, idet kun 2200 fødsler (Horsens) vil foregå uden neonatalafdeling på matriklen.

Angående gynækologi er oplægget, at fordelingsnøglen for fødsler skal følges. Vi anser, at med den dramatiske omlægning af regionens mest produktive afdelings opgaver, vil det være hensigtsmæssigt at se på fordelingen af benign gynækologi i RM. Vi foreslår derfor, at der sker en aflastning af Skejby, således at universitetshospitalet i videst muligt omfang kan koncentrere sig om de højt specialiserede funktioner og kun have basisfunktion for Århus by parallelt med Rigshospitalets afdelinger i København. Vi vil gerne pege på at Randers kunne løfte opgaver i relation til hysterektomi på benign indikation, inkontinens og nedsynkningsoperationer, vulvalidelser, behandling af blødningsforstyrrelser samt aborter.

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-barn området. Med det nuværende forslag sker tilsyneladende en strategisk ændring, uden at denne ændring ses i sammenhæng med hospitalsplanen for RM. Denne slingrekurs kan ikke andet end at gøre de ansatte ved hospitalerne usikre hvad angår de faglige fremtidige muligheder og vanskeliggøre rekruttering af speciallæger. Arbejdsgruppen har endvidere tilsidesat koncernledelsens overordnede mål, at besparelserne skal understøtte hensynene til nærhed og tryghed for patienterne.



## Referat fra LMU i Urologisk afdeling den 13.1.2011

Høringssvar vedr. Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland

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-døgnssenge, 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.

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.

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.

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 patienttilfredsstillelse. Den aktuelle liggetid var i 2010 2.8 dage, der var 2033 udskrivelser, samt ca. 9.700 ambulante besøg. Af de 9700 amb. besøg var 2087 pt., der har fået foretaget flexcystoskopi. Således har afd. levet op til kræftpakkernes forventninger. Herudover er der foretaget 1545 operationer i indlagt regi, 761 operationer i dagkirurgisk regi hertil kommer besøg i skadestuen.

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 ptt. Pga den lange ventetid er der mange ptt. 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 SKS.**

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 ptt. der må henvises til privat regi
- At uddannelsen af yngre læger forringes væsentligt, idet basis urologien risikerer at forsvinder fra det offentlige regi, og det private system har ingen uddannelsesforpligtelse.
- At der tilsvarende forsvinder uddannelsespladser til andre sundhedsfaglige uddannelser.

Desuden vil urologisk afd. gerne henlede opmærksomheden på

- Det er 7-8000 amb ptt. der skal kaperes på SKS fra Randers. Dette vil utvivlsomt gå ud over patient kontinuitet og patient tilfredshed.
- Der kan sættes spørgsmålstegn ved kvalitet og patientsikkerhed i form af et stort antal uskrevne journalnotater, 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 ptt. hvis de indl. under en anden diagnose (feks akut abdomen)
- At assistance til operationer vedr. gynækologi og mave-tarm kirurgi forsvinder, idet op-personalet mister denne kompetence da den daglige rutine forsvinder, hvilket kan blive en afledt negativ effekt på Regionshospitalet i Randers som et acut hospital.

- At der næppe kan overgå flere ptt. til dagkirurgi. Denne proces er allerede gennemgået i Randers, og kun ASA 3 ptt. opereres under indl. hvis indgrebet ellers er egnet til dagkirurgi.
- At det ikke er ptt. efter operationer der indlægges akut, men derimod cancer ptt., børn og nye urologiske problemstillinger som er omfattet af akutte indlæggelser i Randers

Til HMU

**Høringssvar vedr. omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland.**

LMU i Ortopædkirurgisk afdeling har på ekstraordinært LMU møde 12.01.11 drøftet den udsendte spareplan.

Forslagene indebærer, at Regionshospitalet Randers og Grenå kommer til at bære en forholdsvis stor andel af de foreslåede besparelser i Regionen. Det finder LMU bekymrende, specielt set i lyset af at Regionshospitalet er et meget produktivt hospital og at det samtidig forventes at aktiviteten holdes uændret.

Nedenstående beskriver LMU`s kommentarer til de enkelte forslag, der får konsekvenser for ortopædkirurgisk afdeling.

**Grenå:**

***Sengeafsnittet i Grenå foreslås lukket.***

Sengeafsnittet opleves som et godt servicetilbud til borgerne i nærområdet. Tilbuddet er specielt for de ældre patienter og deres pårørende med til at give øget livskvalitet. Afdelingen har på et godt fagligt niveau tjent som et væsentligt supplement til patienter med såvel ortopædkirurgiske som medicinske lidelser i en tid før endelig udskrivning til hjemmet. For de ortopædkirurgiske patienters vedkommende betyder det, at der i Randers ved en lukning skal findes plads til op mod 5 patienter dagligt på den ortopædkirurgiske afdeling, som netop har gennemgået en væsentlig sengereduktion per 1. januar 2011.

***Akutklinikken tænkes ændret til en sygeplejebetjent klinik i tidsrummet 8.00 til 22.00 og som en del af et sundhedshus.***

Akutklinikken, som i dag er lægebetjent, varetager i dag følgende funktioner:

1: Egentlig skadestuefunktion ca. 6000 skader årligt.

2: Skadeambulatorium som ud over kontrol af patienter behandlet på skadestuen også omfatter sårambulatorium og kontrol af patienter med forskellige frakturer behandlet i Randers, men hjemmehørende på Djursland: 1700 besøg årligt.

Fra tidligere opgørelser ved vi, at behandlersygeplejersker kan undersøge og færdigbehandle ca. 25 procent af de patienter, der kommer til Akutklinikken i Grenå og formentlig et lignende antal af

patienter i skadeambulatoriet med telemedicinsk lægefaglig back-up fra afdelingen i Randers. Under alle omstændigheder vurderer vi, at en stor del af patienterne - uden lægebetjening i Grenå - ville skulle til Randers i det ortopædkirurgiske ambulatorium, som givetvis må udvides eller på anden måde indskrænkes for at give plads til denne patientpopulation.

I den sammenhæng påpeger LMU, at der mangler en konkret beskrivelse af regionalt indhold i det kommende sundhedshus i Grenå – et sundhedshus, som skulle kunne understøtte, at borgerne i nærområdet fortsat vil kunne undersøges og behandles indenfor væsentlige medicinske, kirurgiske, ortopædkirurgiske og gynækologiske områder. LMU finder, at det er væsentlig med et sådant synligt og trygt tilbud i nærmiljøet.

LMU foreslår derfor, at lægebetjeningen bibeholdes i akutklinikken i hele åbningstiden og at skadesambulatoriet og sårambulatoriet bevares. Et supplerende lokalt ortopædkirurgisk ambulatorium indenfor visse ortopædkirurgiske subspecialer (hånd, knæ og fod) kunne med fordel overvejes.

Gennemføres akutklinikken som sygeplejebetjent, vil det i forhold til i dag kræve en opnormering, hvorfor besparelsen vil være mindre end angivet og det faglige indhold såvel kvantitativt som kvalitativt være betydelig mindre.

Supplerende til dette foreslår LMU, at gynækologisk ambulatorium bevares, da disse patienter overvejende har ambulante forløb og i dag betjenes af sygeplejerskerne fra den ortopædkirurgiske afdeling.

### ***Dagkirurgien foreslås helt lukket***

Dette berører ortopædkirurgisk afdeling på to felter:

1. Varicekirurgien forsvinder fra afdelingen.
2. Dagkirurgi omfattende ca. 20 operative indgreb (artroskopisk kirurgi og håndkirurgi) per uge nedlægges og må flyttes til Randers, såfremt aktiviteten skal opretholdes.

**Ad1:** Afdelingen har længe set i øjnene at varicekirurgien indenfor få år ville forsvinde fra den ortopædkirurgiske afdeling og finde sin endelige plads i det karkirurgiske speciale – det kan afdelingen kun bifalde.

**Ad 2:** Reduktionen i Grenå svarer til operativ aktivitet på 4 operationsstuer per uge. Med de ændringer der i øvrigt og formentlig sker i Randers på det operative område, forventer vi, at der vil kunne findes plads til denne operative aktivitet. I modsat fald vil der skulle skaffes kapacitet eller indskrænkes.

## **Randers:**

På ortopædkirurgisk afdeling i Randers vil omstillingsplanen, hvis den vedtages i nuværende form have konsekvenser i forhold til både sengeafsnit, skadestue og ambulatorium, som det delvist allerede fremgår af det foranstående.

Afdelingen råder i dag over 30 stationære senge og herudover har afdelingen 6 senge på urologisk 5 døgn afsnit, ligesom børn indlægges på børneafdelingen. I 2010 har der på børneafdelingen været indlagt 269 børn med ortopædkirurgiske lidelser primært brud og 165 børn med lidelser i øre, næse eller hals.

Sengeantallet er justeret 01.01.11 efter spareplan i 2010, hvor sengeantallet blev beregnet på baggrund af patientinventering og beregnet med udgangspunkt i en belægningsprocent på 90.

Gennemføres forslaget om lukning af børneafdelingen, urologisk afdeling og sengeafsnittet i Grenå kan afdelingen trods god vilje og initiativ til omlægning af patientforløb til dagkirurgi og øget brug af hotel ikke rumme patienterne indenfor de nuværende rammer (fysiske rammer og personale).

Skadestuen vil få et øget antal patienter, hvis akutklinikken i Grenå fremover er uden læge. Afdelingen er i forvejen presset og vil have vanskeligt ved at modtage yderligere patienter, hvis ikke andre patientgrupper flyttes fra skadestuen.

Det ortopædkirurgiske ambulatorium vil også opleve en øget belastning, hvis skadesambulatoriet i Grenå lukkes. Det vil give en belastning på ca. 1700 besøg ekstra pr. år.

Det dagkirurgiske afsnit i Grenå foreslås lukket. Skal afdelingen opretholde den nuværende aktivitet, vil det betyde, at der skal findes operationskapacitet til erstatning for de 4 ugentlige operationsstuer, der lukkes i Grenå.

Afdelingen samarbejder gerne med henblik på at finde den bedst mulige løsning i forhold til befolkningen omkring Randers og på Djursland.

Venlig hilsen

Jørn Jensen  
Formand

Lisbeth Reuss- Schmidt  
Næstformand

## Høringssvar fra personalet på Regionshospitalet Grenaa

Da personalet i Grenaa hører ind under forskellige lokale MEDudvalg i Randers, har hospitalsledelsen bedt en tværfaglig gruppe blandt personalet i Grenaa formulere et høringssvar med særligt fokus på Grenaa. Nedenstående er deres høringssvar:

Ud fra "Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland" er det vanskeligt at vurdere hvilke funktioner der er tænkt ind i sundhedshuset i Grenaa fra Regionens side, idet disse ikke er beskrevet samlet noget steds i oplægget.

Vi er meget enige i regionens principper omkring sundhedshuse, som anført på side 18 i omstillingskataloget.

Når vi så ser på oplægget til ændringer på matriklen er det svært at se hvad der overhovedet er tilbage af regionale funktioner i sundhedshuset. Der fjernes stort set alle ambulatorier, bortset fra medicinsk ambulatorium, hvor der i øjeblikket kun er en endokrinologisk linie.

Oplægget bærer i høj grad præg af at 16 forskellige udvalg hver for sig har været i gang med at spare en lille del af Regionshospitalet Grenaa væk, og resultatet er så blevet en total amputation uden en overordnet koordinering. Hvem vil i givet fald være interesseret i at flytte ind i et sundhedshus stort set uden regionale funktioner? Hvis der skal være ambulatorier, skal der vel også være en læge.

Vi vil derfor foreslå at lægen på akutklinikken bevares således, at han er til rådighed for akutklinikken, skadeambulatorium, sengeafdelingen og i situationer hvor en donor bliver dårlig under tapning. Hvis der ingen læge er i akutklinikken skal 75 % af patienterne videresendes til Randers. I dag behandles i gennemsnit 17 patienter/dag 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.

En af forudsætningerne for at lukke sengeafdelingen er citat fra omstillingskataloget: "96 % af patienterne fra kommunerne på Djursland indlægges på andre matrikler end Regionshospitalet Grenaa. Dvs., at behovet for hospitalsindlæggelser reelt varetages af andre hospitaler..." Ja men det er jo netop konceptet for Grenaa. Al akut indlæggelse foregår på andre hospitaler og når den akutte vurdering er overstået, kan patienter fra Djursland flyttes til Grenaa til den resterende sygehusbehandling. Sengene er delt mellem ortopædkirurgi og medicin med 50 % til hver.

Den lægelige betjening foregår i dag ved den ortopædkirurgiske læge i akutklinikken og den koordinerende overlæge som er mediciner. Den koordinerende overlæge har samtidig selvstændigt medicinsk ambulatorium.

Sengeafdelingen kostede i 2009 10,8 mio. kr. mens DRG værdien var 37,6 mio. kr.!

En anden forudsætning for at flytte sengene er, at der er sengeplads i Randers til patienterne.

Vedrørende lukning af dagkirurgisk klinik kræver det jo også at der ledig operationsstuekapacitet i Randers.

En fjernelse af lægebilen er en klar uacceptabel løsning for befolkningen på Djursland og et brud på tidligere løfter givet af politikerne til befolkningen.

Et sundhedshus i Grenaa bør indeholde en kombination af regionale og kommunale funktioner. Det skal være et skridt nærmere det integrerede sundhedsvæsen, hvor borgerne via én indgang kan komme i kontakt med alle sektorer, der opererer på sundhedsområdet.

Med sundhedscentrets regionale tilbud sikres borgerne i området nærhed til basale hospitalstilbud, mens den højt specialiserede behandling samles i centrale enheder.

Kommunale borgerrettede funktioner indenfor hjemmepleje, genoptræning og sundhedsfremme samt den fælles patient-og sundhedsskole medvirker til at overgangen mellem sektorerne bliver gnidningsløs.

De autoriserede sundhedspersoner i huset vil indgå i et udstrakt samarbejde mellem kommune og hospital, hvor borgerne nemt kan henvises til tilbud og udredninger i hospitals- eller kommunalt regi. Adgangsforholdene til huset bør være så enkle som muligt med fælles indgang, reception, og sekretariat. Med moderne IT-løsninger og skiltning kan det gøres enkelt og overskueligt for borgeren.

Der bør være en daglig koordinator i et fremtidigt sundhedscenter for at sikre udnyttelsen af kapaciteten og koordination, information internt så vel som eksternt samt PR og hjemmeside.

Udefra set skal sundhedscentret fungere som en enhed, sammensat af de tre samarbejdspartnere:

Kommunen med deres sundhedsafdeling, primærsektoren med dens mange autoriserede udbydere samt sekundærsektoren med sengeafdeling, akutklinik, dagkirurgi/friklinik og ambulatorier, med muligheder for samarbejde til gavn for patientforløbet.



I medsendte bilag har vi opstillet en oversigt over nuværende funktioner på Regionshospitalet Grenaa. Vi ønsker svar på om disse funktioner skal være en del af det fremtidige Sundhedshus i Grenaa.

På personalets vegne  
Mette Kirk/ Egon Jensen  
Januar 2011



Side 17

## Bilag til personalets høringsvar

- **Sengeafdelingen M/O:**

Sengeafdelingen er til behandling af patienter, som overflyttes fra andre hospitaler, hvor diagnostikken er tilendebragt, hvor der foreligger en behandlingsplan, som kræver fortsat indlæggelse. Overflyttelsen sker i henhold til nærhedsprincippet, men uden at give køb på kvaliteten. I dagtiden tilses patienterne af en ortopædkirurgisk læge samt en medicinsk specialist p.t. den koordinerende overlæge. Efter kl. 22 kan lægebilen kontaktes direkte i akutte situationer. I sengeafsnittet kan der også tages vare på terminalpatienter med åben indlæggelse, som har fravalgt hospice eller hvor hospice ikke kan komme på tale.

Patienter indlægges også til blodtransfusioner, hvor den primære sygdom er udredt eller hvor patienten ikke ønsker udredning. Sengeafdelingen kan kombineres med kommunale akutsenge, i et samarbejde mellem region og kommune eller med psykiatrisk/gerontopsykiatriske senge i et nært samarbejde med lokalpsykiatrien, som jo også skal være til stede i sundhedscentret. I øjeblikket koster sengeafdelingen ca. 10 millioner at drive, men man får behandling for 20 millioner.

- **Akutklinikken:**

Åben året rundt alle dage fra 08-22 bemandet med ortopædkirurg og behandlersygeplejerske.

- **Billeddiagnostisk afdeling:**

Servicerer såvel akutklinikken, sengeafdeling M/O samt patienter fra praksis fra 08.00-15.30.

- **Fysio-og ergoterapien:**

Ergo- og Fysioterapien varetager dels opgaver på sengeafdelingen M/O, men den største del af terapeuternes arbejde består i at varetage den del af den ambulante genoptræning, der er specialiseret.

Specialiseret genoptræningspatienter er de patienter der ud fra en lægefaglig vurdering skal genoptrænes i hospitals regi, da der kræves et samtidigt/tæt tværfagligt samarbejde på speciallæge niveau, med henblik på udredning og behandling. Grundlaget for dette, er aftale mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen. Disse patienter ses typisk 1-3 gange ugentligt. For 2010 drejede det sig om 1800 besøg.

- **Blodbanken:**

Der tappes ca. 5500 portioner blod årligt. I sengeafdelingen M/O er der lager af blod af universaltype, som lægebilen også gør brug af ved akutte tilstande i nær området.

## **AMBULATORIERNE**

- **Gynækologisk ambulatorium:**

Betjener hovedsageligt borgere fra lokalområdet. Der kan åbnes op for et inkontinensambulatorium i samspil med terapeuterne.

- **Kirurgisk ambulatorium:**

Ambulatoriet 2 -3 gange om ugen.

- **Stomiambulatorium:**

Sygeplejebetjent ambulatorium for patienter i lokalområdet.

- **Skadeambulatoriet er koblet på Akutklinikken:**

Der er ca 1.500 besøg/år- ALLE patienter vurderes af lægen i akutklinikken

- **Ortopædisk ambulatorium:**

Der burde reetableres et ambulatorium for lokalområdet, det ville være meget patientvenligt at tænke ambulatorium i nærområdet.

- **Sårambulatorium:**

En ambulatoriedag om ugen.

- **Medicinsk ambulatorium:**

Den funktion der er i øjeblikket bør fortsætte, men det vil være naturligt at genetablere kardiologisk ambulatorium med ekkokardiografi og cykeltest.

Fortsætte med endokrinologisk ambulatorium samt reetablere det gastroenterologiske ambulatorium.

Da vi har fået iltsygeplejersken ca. 1 gang om måneden vil det være en naturlig udvidelse at få et lungemedicinsk ambulatorium evt. på samme dage som iltsygeplejersken.

- **Sundheds-og patientskole:**

For øjeblikket projektsamarbejde mellem region og Norddjurs kommune, men bør selvfølgelig fortsætte efter projektperiodens udløb.

- **Audiologisk klinik:**

Bemandes fra Øreafdelingen Århus Kommunehospital og stort behov for tilbuddet.

- **Lokalpsykiatri:**

Som et naturligt tilbud til borgerne på Djursland, bør denne funktion også etableres i sundhedscentret.

- **Serviceassistenter:**

Serviceassistenterne skal medtænkes i et sundhedscenter.

- **Køkken:**

Modtagekøkken- funktionerne varetages af serviceassistenter i dag. Diætist er organiseret under køkken og varetager alle diætistfunktioner på hospitalet og for Type2 diabetikerne fra praksis. Er placeret i medicinsk ambulatorium.

- **Praksisdiætist:**

Ansæt under Centret for Folkesundhed. Varetager henvisninger fra praksissektoren indenfor overvægt og forhøjet Kolesterol. Er aktuelt placeret i medicinsk ambulatorium.

- **Jordemoderkonsultation:**

Varetager funktion for den østlige del af Djursland med 3 dage om ugen.

- **Klinisk biokemisk afdeling/Mobillaborant:**

Varetager blodprøvetagning såvel på indlagte som ambulante henviste fra både primær- og sekundærsektoren. Analyser udføres i Randers. Udfører selv kun ganske få analyser, men i et Sundhedscenter bør der udføres flere simple analyser med hurtigt svar til både primær-og sekundærsektoren.

PKU-analyser på nyfødte når jordemødrene ikke er til stede.

Mobillaboranten er en kæmpehjælp til de dårligste patienter på plejehjemmene eller i hjemmene, idet de ellers skal køres med patienttransporten.

- **Teknisk afdeling:**

En uundværlig afdeling i et velfungerende sundhedscenter, hvor der skal være mulighed for hurtig indgriben på teknisk niveau.

- **Lægebemandet akutbil:**

En vigtig part i et hurtigt fungerende præhospital service, for mange typer af akut forløbende sygdomme og hjælper til med visitationen af de dårligste patienter til specialist afdelinger.

Kan afslutte en del patienter i hjemmet, således at patienten undgår en indlæggelse.

Fungerer som akutfunktion for sengeafdelingen efter kl. 22.

- **Øvrige interessenter:**

For at kunne leve op til ideen om det integrerede sundhedscenter med mulighed for synergi, er det nødvendigt, med så bred en vifte af de autoriserede sundhedspersoner som muligt.

Det gælder de kommunale sundhedsafdelinger med deres tilbud om forebyggelse, rehabilitering i bredest mulig forstand med terapeuter, sygeplejersker, sundhedsplejersker og social- og sundhedshjælpere.

De praktiserende læger er omdrejningspunktet for patientens vej gennem systemet og er derfor uundværlige.

Andre praktiserende speciallæger kan være en vigtig brik i samarbejdet omkring den enkelte.

Som den første speciallæge er der netop startet en praktiserende øre/næse/halslæge på matriklen, og som samtidig starter med at udføre kirurgi foreløbig hver anden fredag.

Som mulige andre speciallæger kunne nævnes Øjenlæge, Hudlæge og Psykiater.

En meget hyppig sygdom i befolkningen er ryglidelserne og her kunne fysio-og ergoterapeuterne gøre gavn tillige med kiropraktorerne.

Tandlægerne ville også være velkomne og kunne være med til at bedre forholdene for de mange ældre med tand-og proteseproblemer.

Med hovedvægten på at gøre borgerens vej fra hjemmet til forskellige sundhedstilbud, hvad enten det er under indlæggelse eller i et ambulans forløb, så smidigt og let som muligt, kan sundhedscentrets tilbud være med til at mindske de faldgruber, der vil være ved at gå fra en enhed til en anden.

# Hørings svar vedr. omstillingsplan for Regionshospitalet Randers – Medicinsk afdeling

## **Medicinsk sengekapacitet:**

Der lukkes i alt 85 medicinske senge i regionen i et område tæt på Randers.

Vi forventer at hospitalet ikke får øget optageområde uden at der tilføres sengekapacitet, idet vores belægningsprocent overstiger de anbefalede 85%.

Vores sengekapacitet er beregnet ud fra patientinventeringen i 2010 og sengepladser er reduceret ud fra at kapaciteten i de andre afdelinger er uændret. Ved reduktion i andre afdelinger vil presset på de medicinske sengepladser øges.

## **Reumatologien:**

Det foreslåes at Reumatologien udgår fra 2 centre, henholdsvis Århus og Silkeborg. Reumatologien skulle så varetages på konsulentbasis.

Hvis der tages udgangspunkt i Center of Excellence i Silkeborg, hvor alle specialer er tilstede, viser erfaringen at mulighederne for at planlægge hensigtsmæssige patientforløb forefindes.

Center of Excellence er også tiltænkt som en rollemodel for andre hospitaler og det undrer at denne model ikke skal komme de akutte og mest dårlige patienter til gode allerede nu.

Vi anser det for vigtigt at reumatologien fortsat er en integreret del af intern medicin. Vi mener det er en væsentlig årsag til vores høje effektivitet på Regionshospitalet Randers at alle specialer er repræsenteret.

Regionshospitalet Randers har 2,3 specialelæger i reumatologien og vi har 3 yngre læger i hoveduddannelsesforløb. Vi har ikke haft rekrutteringsproblemer i forhold til uddannelsesstillinger.

Vi gør opmærksom på at netop fordi reumatologien er integreret i intern medicin har vi de optimale betingelser for speciallægeuddannelse indenfor reumatologi.

Regionshospitalet Randers har tidligere vundet en pris for bedste uddannelsessted vedr. speciallæger indenfor dette speciale.

## **Pædiatri og Urologi:**

I forhold til lukning af Pædiatrisk afd. kan man forestille sig, at det vil få betydning for kvinders valg af fødested. På et hospital hvor der ikke findes en Neonatal afd. virker ikke særligt betryggende og det vil også få konsekvenser for Gyn./Obs. Afd. og faktisk også de

fremtidige planer om at Regionshospitalet Randers skal være akuthospital.

Fælles for Pædiatrien og Urologien gælder:

Hvis de 2 specialer fjernes fra Regionshospitalet Randers, vil det være en forringelse i forhold til tanken vedr. opbygningen af akuthospital, som ligger op til at sikre patientforløb, hvor adgangen til speciallæger forefindes døgnet rundt og hermed have fokus på patientsikkerheden.

**Grenå:**

Med hensyn til lukning af de medicinske senge er vores bekymring beskrevet ovenfor.

Lukning af lægeambulancen bekymrer os idet der må forventes et øget pres i Skadestuen og Akutafdelingen.

**Apopleksiafsnit**

Under pkt. 4.3.1, hvor alle patienter som indlægges ved mistanke om Apopleksi/TCI skal modtages i særligt afsnit med trombolyse og TCI-klinik.

Det betyder at de patienter som i dag modtages obs. Apopleksi/TCI på Akutafdelingen skal omkring Århus.

Vores oplevelse er at ca. halvdelen viser at have en anden diagnose  
**(der afventes tal på dette)**

- Hvad sker der med dem, hvor det viser sig ikke at være apopleksi/TCI?
- Kommer de retur til Randers ?

Else Vestbo, formand  
Medicinsk afd.

Dorthe T. Heintz, næstformand  
Apopleksiafsnittet

HMU

### **Administrationens hørings svar vedr. Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland**

Dato: 13. januar 2011

Side 24

Susanne Olesen

Tel. +45 89103321

[susolese@rm.dk](mailto:susolese@rm.dk)

j.nr.:

Side 24

Omstillingsplanen vedrørende besparelser er fremlagt og drøftet i LMU administrationen på et ekstraordinært LMU-møde tirsdag, den 11. januar 2011.

Personalet i Administrationen konstaterer, at det er svært at gennemskue materialet, og hvad de konkrete og afledte konsekvenser af omstillingsplanen betyder for Administrationen. Her tænkes især på omlægningen i den centrale Administration; herunder på HR-området.

Det indgår i sparekataloget, at en række undefinerede opgaver flyttes og centraliseres mellem Administrationen i driftsenhederne og Administrationen i Regionshusene. Administrationen forventer ved en centralisering/decentralisering derfor, at der kommer en ny høringsrunde/ny proces.

Generelt er synspunktet, at besparelserne i Administrationen i Regionshusene, giver risiko for et øget pres på Administrationen, fordi opgaven stadig findes og skal løses. Hospitalet forudsætter ved udarbejdelse af egne handleplaner for 2011 og 2012, at der ikke overføres opgaver fra Regionen uden der følger midler med.

Der vil ske indirekte besparelser, som følge af 75/25-reglen, hvilket skal udmøntes ved stillingsreduktion på hospitalet – og forventeligt også i Administrationen. Der er indbygget en grønthøsterbesparelse i funktionsflytninger, som også vil ramme de administrative områder.

### **Service mål, service for regionsråd, samarbejdspartnere og evt. borgere**

Ydelser og ressourcer bliver ikke dyrere, men serviceniveau forringes. Administrationen er bekymret for, hvordan serviceniveauet bliver på f.eks. svartider. Det er i omstillingsplanen ikke synligt, hvilke opgaver dette gælder for.



Det er vigtigt, at serviceniveau ikke forringes på lovbundne opgaver.

### **Regionale Sundhedssamarbejde og Primær Sundhed**

Det er vigtigt for Regionshospitalet Randers, at samarbejde med kommuner og praksis styrkes, så patientforløb kan optimeres. Derfor bør området fritages for besparelser og som minimum skal man undgå, at opgaver bortfalder.

### **Samling af Medicoteknisk afdeling samt Indkøb og logistik**

Vedrørende medicoteknisk bistand er det vigtigt, at besparelser ikke ændrer serviceniveauet væsentlig, da specialiserede kompetencer (f.eks. fysiker) ikke findes på Regionshospitalet Randers.

Vedrørende indkøb og logistik har Regionshospitalet Randers tidligere efterspurgt performancemålinger af effekten af centraliserede indkøbsfunktioner og aftaler herunder, dvs. nøgletal for prisudvikling på aftalebelagte områder mv. Det er ikke lykkedes at få sådanne opgørelser. Der savnes datagrundlag for beslutninger om yderligere centralisering og tvang i brug af aftaler.

Regionshospitalet Randers lægger vægt på, at fusionen af de to afdelinger ikke fører til flaskehalse i forhold til de funktioner, som regionsforvaltningen varetager ift. ILM. Hospitalet har bl.a. brug, at der kan oprettes varer løbende i ILM på lokal foranledning, således at man undgår, at personalet bestiller uden om ILM og dermed uden om de garantier for korrekt prissætning, som ILM giver.

### **Ledelsesinformation / Ledelsesoverblik**

Tilslutning til fælles og flerdimensional ledelsesinformation/ledelsesoverblik. Dog er det vigtigt, at Regionen opprioriterer arbejdet med at stille grunddata til rådighed, som hospitalerne efterfølgende selv kan bearbejde og lave rapporter på i SAS.

Vigtigt at der ikke gennemføres besparelser på dette område, men at Regionen udvikler området.

### **Fysisk arbejdsmiljø**

Bruger i stedet forfinansierede timer, men trækningsret er formindsket.

Arbejdstilsynets lov/bekendtgørelser skal følges.

### **Outsourcing af Transport og logistik opgaver**

Lukning af indkøbskontor. Depot varer på et decentralt lager. Hvad giver det af leveringssikkerhed og fleksibilitet?

Organisationen er sat op til, at benytte central depot.

Ved en organisationsændring og en evt. lukning af indkøbskontor/depot skal reduktionen af ansatte udmøntes for Regionshospitalet Randers og ikke for Regionen.

Vedr. centralisering af de lokale vareforsyningsenheder på hospitalerne.

Generelt har hospitalet – i modsætning til på transportområdet – ikke været inddraget i arbejdet med optimering. Hospitalet anmoder om at blive inddraget i den videre udredning.

Regionshospitalet Randers er omfattet af scenarie 3 og har følgende kommentarer til dette forslag:

- Der fremgår ikke dokumentation for den samlede besparelser på 46 mio. kr. Det gælder dels forventning til prisreduktion på enten 4 eller 10 procent.  
Hvad siger erfaringerne fra andre sammenlignelige situationer, hvor leveringer er blevet centraliserede? Hospitalet har i øvrigt gentagne gange anmodet Indkøb og Logistik om oversigter og nøgletal for prisudviklingen på de centraliserede og aftalebelagte områder. Indkøb og Logistik afdelingen har ikke besvaret disse henvendelser. Der mangler således dokumentation og data for effekterne af centralisering både historisk set og i forhold til en fremtidig situation med én central leveringsadresse i regionen.
- Der er ligeledes ikke fremlagt dokumentation for reduktionen i de samlede udgifter til deponering som i forslaget forventes at blive reduceret fra 40 mio. kr. til ca. 20 mio. kr. Til orientering kan oplyses Regionshospitalet Randers har samlede lønomkostninger til depotfunktion på 1,4 mio. kr. i 2010. Dette beløb udgør i givet fald det maksimale, der kan trække i budget på Regionshospitalet Randers ved fuld centralisering. Heraf vil 0,7 mio. kr. skulle spares og resten skal så kunne dække regionsfunktioner og omkostninger til ekstern leverandør for Regionshospitalet Randers. Hospitalet ønsker ikke at lægge ryg til en model, hvor man som på IT området skal aflevere flere midler end der hidtil har været forbrugt!
- Vedr. reduktion i varelager fremgår det ikke om der er taget højde for, at varelager på afdelingsniveau må formodes at stige. Dette vil reducere engangsreduktionen væsentligt.

Generelt vedr. centralisering har Regionshospitalet Randers følgende forhold, som skal nævnes.

- Der skal tages højde for, at der i alle modeller skal være en central varemottagelse placeret fysisk på hospitalet.
- Der skal tages højde for beredskab ved behov for akut levering fx af sondeernæring, berigede drikke mv. som Regionshospitalet Randers har på depot.
- Det skal sikres, at eventuelle pakkefejl håndteres lige så smidigt og effektivt som nu.
- Det skal sikres, at service vedr. briksystem er lige så smidigt og godt som nu, dvs. der skal være fysiske tilstedeværelse på matriklen minimum én dag ugentligt.

- Hvis der bliver lukket for lokale aftaler og oprettelse af disse varer i ILM, vil der blive flere fritekst ordre hvilket så vil kræve flere ressourcer end briksystem.

### **Outsourcing af specifikke IT-opgaver**

Mobil support er overgået til Regionen. Hvad vil en reduktion i ansatte betyde for Regionshospitalet Randers? Administrationen er bekymret for, om serviceniveauet kan oppebæres ved outsourcing til ekstern leverandør, der ikke har kendskab til IT-understøttelse af et hospital 24/7.

Med venlig hilsen



Børge Bossen  
Formand



Helle Andersen  
Næstformand

**Høringssvar fra Afdeling for Folkeundersøgelser,  
Regionshospitalet Randers  
"Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland"**

Afdeling for Folkeundersøgelser (AF) ser samlet set med bekymring på de store konsekvenser, som den fremlagte omstillingsplan får for det samlede Region Midtjylland og i særdeleshed for Regionshospitalet Randers/Grenå. Nedenfor kommenteres udelukkende på de funktioner, som AF har en særlig interesse i.

Det fremgår af planen, at AF udbygger sine arbejdsområder med screening for mave-/tarmkræft, så afdelingen for fremtiden varetager koordinerende funktioner for brystkræft-, livmoderhalskræft- og mave-/tarmkræftscreening. Samling af de koordinerende opgaver for alle regionens kræftscreeningsprogrammer på et sted finder vi både rationel og visionær. AF har gennem de sidste år fået stor erfaring i tilrettelæggelse og drift af screeningsprogrammer, og det vil vi med fordel og med glæde kunne anvende til at iværksætte driften af endnu et screeningsprogram. Udvidelsen af AF's funktioner vil give mulighed for at styrke afdelingens spirende forskningsaktiviteter, der i særlig grad vægter udvikling af screeningsstrategier og vurdering af deres effekt, samt borger- og patientperspektivet på screeningsprogrammer. Endelig finder AF, at udvidelsen vil give mulighed for yderligere deltagelse i uddannelse af speciallæger i samfundsmedicin (administrative del), hvilket er et område, hvor der i øjeblikket mangler uddannelsespladser i Region Midtjylland.

Det fremgår yderligere af planen, at kirurgien på Regionshospitalet Randers tiltænkes udvidet med aktiviteter som følge af screening for mave-/tarmkræft, og det fremgår at den mammakirurgiske aktivitet skal udvides. Set fra AF's synspunkt giver det god mening for både drift, udvikling og kvalitetssikring, at der er mulighed for en tæt daglig kontakt mellem AF og de forskellige faser af kræftscreeningsprogrammerne. Fordelen i det tætte samarbejde gælder for alle involverede specialer – både kirurgi, patologi, klinisk biokemi og billeddiagnostik. Placering af yderligere screeningsrelateret kirurgi på Regionshospitalet Randers vil styrke muligheden for forskningssamarbejder om kirurgiske interventioner som følge af Region Midtjyllands kræftscreeningsprogrammer.

Afdeling for Folkeundersøgelser, 12. januar 2011



Dato 12. januar 2011

Berit Andersen

Overlæge, leder af afd.

Tel. +45 89 10 33 80

berand@rm.dk

Side 28

**Høringssvar fra anæstesiologisk afdeling vedr. Koncernledelsens oplæg af. 10. januar 2011 om omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland.**

**LMU fra anæstesiologisk afdeling afholdt møde vedr. ovennævnte den 11.01.11. Følgende emner blev drøftet og kommenteret:**

**Generelt.**

RRA er i forvejen landets **mest** produktive akuthospital med meget lave driftsomkostninger, hvorfor LMU undrer sig over, at RRA skal bære så stor procentvis en del af sparerunden samt yderligere krav om øget produktivitet.

**Vedr. forslag om lukning af pædiatrisk afdeling.**

LMU ser dette som en voldsom degradering af RRA. I henhold til Sundhedsstyrelsen anbefalinger kan man ikke som akuthospital undvære en døgnåben pædiatrisk- og neonatalafdeling. Fødsler bør kun foregå på hospitaler, hvor der er pædiatrisk assistance.

Hvis RRA kun skal have de forventeligt ukomplicerede fødsler, vil man ikke være gearet til de uforudset komplicerede fødsler med deraf følgende behov for den faglighed, som en pædiater/pædiatrisk sygeplejerske kan yde. Såfremt man skal afvente ankomst af specialist fra SKS, vil anæstesiologisk afd. komme til at stå med dårlige børn uforholdsmæssig lang tid, før faglig kompetence kan opnås. Dette binder den anæstesiologiske bagvagt i væsentlig grad, så andre funktioner som intensiv, akut sectio, traumer mm. vil komme til at lide under dette. Endvidere må man forvente en væsentlig øgning i antallet af transporter af dårlige børn, når man ikke har en børneafdeling til at tage sig af de syge børn. Ifølge Sundhedsstyrelsens specialeplan anbefales det, at der ikke foregår anæstesi af børn, hvis der ikke er pædiatrisk assistance. RRA vil således ikke kunne bedøve og operere akutte børn.

Dette er en væsentlig forringelse for børnefamilierne i Randers/Djursland området.

**Vedr. sammenlægning af friklinikker/dagkirurgi.**

LMU finder det fornuftigt at sammenlægge friklinikkerne på ét sted i regionen. Ligeledes finder vi det økonomisk fornuftigt at flytte det dagkirurgiske afsnit i Grenaa til dagkirurgisk afsnit i Randers.

**Vedr. omlægning af døgnbemandet lægebil på Djursland.**

LMU mener, det er en væsentlig forringelse for borgerne på Djursland med den begrundelse, at en ambulanceassistent og en paramediciner, som har en

efteruddannelse på 5 uger, langtfra har de samme kompetencer som en speciallæge i anæstesiologi. Endvidere må det påpeges, at en paramediciner ikke har kompetencen til at visitere/afslutte patienter på stedet, hvorfor det vil medføre væsentlig flere indlæggelser.

Besparelsen kunne findes ved evt. alternativt at nedlægge akutklinikken i Grenaa.

LMU forventer fortsat dialog og åbenhed i den videre proces.

Conny O. Elmstrøm  
Formand for LMU  
Anæstesiologisk afdeling

Pirkko Dinnesen  
næstformand for LMU  
Anæstesiologisk afdeling

**midt**  
regionmidtjylland

Side 30

### **Høringssvar fra LMU, Kirurgisk Afdeling.**

Samarbejdsudvalget i Kirurgisk Afdeling udtrykker undring over, at regionen ikke har udvist rettidig omhu i den økonomiske styring.

Regionshospitalet Randers skal fortsat have status som et af regionens 5 akuthospitaler, og lukning af to specialer, urologi og pædiatri, vil klart forringe husets funktion som akuthospital. Desuden vil andre afdelingers mulighed for at trække på læge- og sygeplejefaglige spidskompetencer indenfor de to specialer forringes, specielt i vagterne.

Samling af urologi og pædiatri i Skejby vil betyde store driftsenheder med de fordele og ulemper, der er forbundet hermed.

LMU udtrykker bekymring for, om den effektivitet, der er været på Regionshospitalet Randers, kan bibeholdes i en større driftsenhed.

Regionshospitalet Randers er et godt uddannelsessted med mange specialer. Lukning af to specialer vil påvirke yngre lægers uddannelse, og fra lægeside udtrykkes blandt andet bekymring om den uddannelse, der kan tilbydes læger i praksisforløb (AP-læger). Udbuddet af kliniske uddannelsespladser til elever, studerende indenfor de plejefaglige uddannelser, vil ligeledes blive forringet.

Lukning af to specialer vil påvirke akutindtaget på Regionshospitalet Randers.

LMU vil derfor foreslå, at regionen genovervejer beslutningen om etablering af fælles akut modtagelse med den omkostning, der er forbundet med anlæggelse og drift.

På vegne af LMU, Kirurgisk Afdeling.

Lis Smed  
Oversygeplejerske  
Formand

Rie Rytter  
Sygeplejerske  
Næstformand

Høringssvar fra ekstraordinært LMU-møde – Akut modtageafdeling  
Onsdag den 12.01. 2011

Til stede

|  |   |
|--|---|
| <a href="mailto:tommjens@rm.dk">tommjens@rm.dk</a> | ledende overlæge Tommy Midtgaard Jensen (formand)   |
| <a href="mailto:Marimoel@rm.dk">Marimoel@rm.dk</a> | Oversygeplejerske Marie Møller                      |
| <a href="mailto:Lisehans@rm.dk">Lisehans@rm.dk</a> | Lægeseekretær Lise Arbjerg, TR                      |
| <a href="mailto:mettsoer@rm.dk">mettsoer@rm.dk</a> | Sygeplejerske Mette Sand Sørensen, TR (næstformand) |
| <a href="mailto:suhesala@rm.dk">suhesala@rm.dk</a> | Overlæge Suheil Salamon                             |
| <a href="mailto:birthust@rm.dk">birthust@rm.dk</a> | Afdelingssygeplejerske Birte Husted (               |
| <a href="mailto:ingeespe@rm.dk">ingeespe@rm.dk</a> | Social- og sundhedsassistent Inge Espenen           |
| <a href="mailto:jespgrøe@rm.dk">jespgrøe@rm.dk</a> | sygeplejerske Jesper Grønlykke, SR                  |
| <a href="mailto:janegoet@rm.dk">janegoet@rm.dk</a> | serviceassistent Jane Götze                         |
| <a href="mailto:britchri@rm.dk">britchri@rm.dk</a> | Ledende lægeseekretær Britta Daugaard (referent)    |

Fraværende:

|  |  |
|--|--|
| <a href="mailto:Annbirkm@rm.dk">Annbirkm@rm.dk</a> | Sygeplejerske Ann Birkmann, SR (ikke tilstede) |
|--|--|

**Høringssvar fra Akutafdelingen, RRA's LMU til Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i RM.**

Vi ser det som noget positivt, at man fortsat **prioriterer** RRA som akuthospital, men vi er bekymret for, om vi reelt kan bevare vores status som akuthospital, når specialerne pædiatri, urologi, apopleksi og reumatologi flytter til Århus og der sker en reduktion af det obstetriske speciale.

Vi undrer os over, at RRA skal yde så store bidrag til besparelserne, i betragtning af, at vi er det mest produktive akuthospital i Danmark. Tilmed med høj patienttilfredshed.

Flere undersøgelser peger i retning af at 50% af alle akutte patienter udskrives til hjemmet allerede et døgn efter indlæggelsen. Ved at udskyde udbygningen af akutafdelingen med speciallæger i front, vil det påvirke effektiviteten negativt, hvilket medfører ekstrabelastning dels i sengeafdelingerne, dels i kommunerne



Ud fra rammer og udfordringer på omstillingsplanens pkt. 2.3 vedr. målsætning om kvalitet bekymrer det os, at der forventes høj faglig kvalitet, med **laveste mulige omsorgs-** og omkostningsniveau. Hvordan er det muligt uden at patienttilfredsheden lider under det?

De store besparelser kan resultere i en negativ påvirkning af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø.

Tidshorizonten for dette høringssvar har været meget kort, hvilket findes meget utilfredsstillende.

Venlig hilsen

Tommy Midtgaard Jensen  
Ledende overlæge

Mette Sand Sørensen  
sygeplejerske

**midt**  
regionmidtjylland

Side 33

### **Høringssvar fra Serviceafdelingen:**

Høringssvar 1.

Serviceafdelingens LMU ser positivt på en ny transportstruktur, hvor der kun vil være en koordinerende transportafdeling. Der kan dog være bekymring omkring, hvorvidt vi kan bibeholde den høje standard i kvaliteten uden forøget udgifter for Regionshospitalet Randers & Grenaa. Sker dette bør der gives kompensation herfor. Man kan overveje at kolde ambulancer bør være en del af den nye transportstruktur, da det har relation til udkørsel af hjælpemidler.

Høringssvar 2.

Der er lagt op til, at der indsamles prøver fra de praktiserende læger. Serviceafdelingen anbefaler at dette organiseres lokalt herfra i tæt samarbejde med klinisk biokemisk afdeling for at sikre den bedst mulige kvalitet. Dette bør ske inden man eventuelt overvejer, at koordinere det i den nye transportstruktur.

På vegne af LMU,

**Med venlig hilsen**

**Gitte Skjøttgaard**

Kontorassistent og Nærværskonsulent

## Høringsvar angående besparelser 2011 Patientkøkken og Kantine.

Patientkøkken og Kantine skulle i sidste sparerunde i 2010 spare 670.000 kr. Besparelsen kunne Patientkøkken og Kantine kun spare ved at øge indtægterne.

Patientkøkken fik i 2007 udarbejdet en rapport, som viste at Patientkøkken var det mest kosteffektive billigste køkken i Danmark. Vi øgede priserne i kantinen, da vi mente vi kunne finde besparelsen her. Det viste sig at vi mistede nogle kunder på grund af prisstigningen, så besparelsen på 670.000 kr. ikke blev indfriet. Derfor kommer vi ud af 2010 med et underskud.

Vores bekymring går på at vi yderligere mister kunder i kantinen i denne sparerunde p.g.a reducering af personalet på afdelingerne, samt pårørende. Derudover mister vi også indtægt fra afdelingerne på patientmaden. Trods manglende indtægter er vi nødsaget til at opretholde normeringen, da det skal samme antal medarbejdere til at røre i gryderne om der er 200 l sovs eller der 150 l sovs.

En ekstra udfordring er at der er varslet store prisstigninger på fødevarer. Prisfremskrivningerne til fødevarerbudget har gennem årene ikke fulgt den reelle pris, som fødevarerne koster.

## Referat af ekstraordinært LMU for Informationen, Fællesarkivet og Patienthotellet d. 10. 1. 2011

**Deltagere:** Formand /Hotelchef Merete Falkenfleth,  
Næstformand/ tillidsrepræsentant Minna K. Thomsen,  
Sikkerhedsrepræsentant Susanne M. Andersen,  
Daglig leder Jette Leerhøj, Informationen,  
Kvalitetskoordinator Ellen Haurdahl Mikkelsen  
Medarbejderrepræsentant Honorata Seland, Fællesarkivet  
og Medarbejderrepræsentant Lise Bjerring, Patienthotellet.



### Gennemgang af spareplan v. Merete Falkenfleth

Side 36

#### Bemærkninger fra Informationen:

Informationen forudser, at de vil få en funktion, der skal hjælpe med tilkald af pædiatere i vagterne. Funktionen vil kunne varetages på samme vis, som det p.t. sker med andre specialer.

#### Bemærkninger fra Fællesarkivet:

Fællesarkivet forventer en større arbejdsgang m.h.t. transport af journaler på de patienter, der skal "ud-af-huset" (RRA), indtil EPJ slår igennem, og der ikke længere skal bruges papirjournaler.

Hvis matriklen i Grenå skal afhændes, skal der bruges en del ressourcer på at foretage en oprydning i de mange gamle journaler, der ligger mange steder på hospitalet. Personalet i Fællesarkivet, RRA er i gang med at danne sig overblik over omfanget af, og hvordan denne opgave kan løses.

#### Serviceområdet:

Det forventes, at der igen både vil være omplaceringer og afskedigelser.

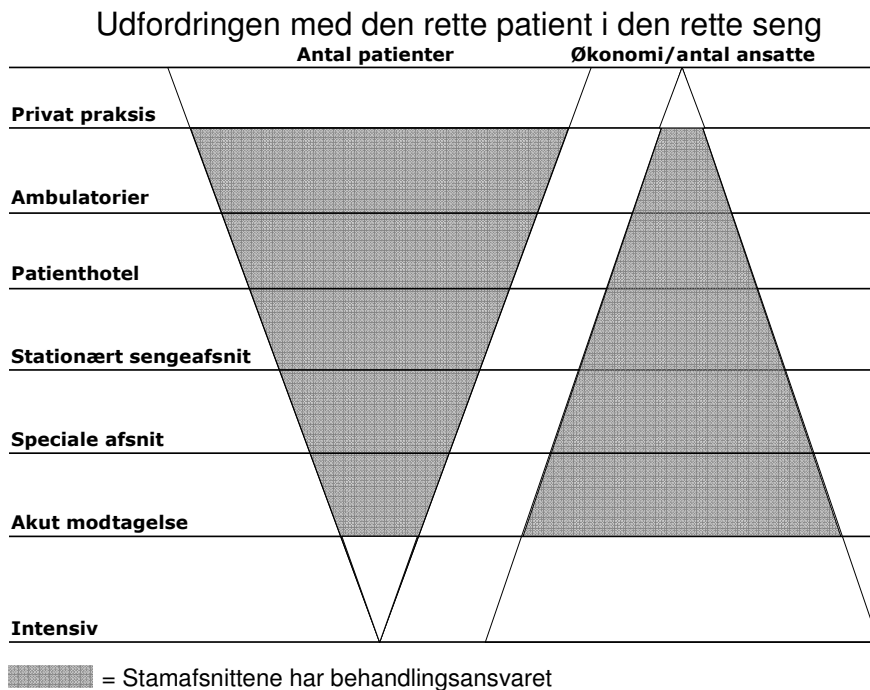
#### Generelle kommentarer:

Regionshospitalet Randers står for ca. 1/4 af besparelsen for hele Regionen. Dette finder personalet meget uforståeligt i betragtning af, at hospitalet lige er avanceret til at være Danmarks mest produktive akuthospital, så politikerne her allerede får mest for pengene. Hvorfor ikke gå den anden vej og i stedet udnytte hospitalets eksisterende kompetence til optimal drift bedre?

Der udtrykkes også en forundring over, at RM nu vælger at gå imod hidtidige planer om, at regionshospitalerne skal tage sig af basispatienterne, så Skejby kan have kapacitet til at være højt specialiseret. Man kan frygte, at Skejby's højere beredskab til mere komplekse patienter i det lange løb bliver dyrere for alle

basispatienterne, der jo så vil blive behandlet i et højere (for højt?) beredskab. Hvad bliver så den næste besparelse?

Se model, som blev anvendt ved inventeringen på RRA 2010:



Udfordringen for hospitalsvæsnets er kontinuerligt at skubbe patienterne op i hierarkiet.

For afd. G, B og PH går forslaget imod alle faglige anbefalinger og Sundhedsstyrelsens specialeplan om at have pædiatri ved alle landets fødesteder. (Sidste specialeplan er fra 22. dec. 10.)

Det både svækker og stækker 3 velfungerende, billige og velrenommerede afdelinger i Danmarks 6. største by. 3 afdelinger, der i 2007 blev akkrediterede som "Spædbarnsvenligt Sygehus" - det største fødested i Danmark, der har det kvalitetsstempel. En akkreditering vi, trods lavere krav i DDKM, stadig forsøger at leve op til.

Politikerne har også udnævnt RRA som spydspids for kvinde, barn området. En spydspidsfunktion vi så ikke kan opretholde.

For de større børn, der fortsat skal behandles på RRA, udtrykkes der stor bekymring. Børnene skal færdes i 'voksent' miljø og bliver hensat til stuer/afsnit, der er oprettet uden tanke for børns behov. Mulighederne/vilkårene for at have medindlagte forældre frygtes at blive forringede.

PH's medarbejdere føler med afd. B's personale, der gør et fantastisk godt arbejde, og som vi er meget glade for at arbejde sammen med. Det bliver et stort tab for hospitalet og forældre/børn, hvis afsnittet flyttes.

### **Konsekvenser for Patienthotellet (PH) ved nedlægning af Børneafdelingen:**

PH har gennemsnitlig 4-8 forældre boende, der har barn på neonatalafsnittet, samt barselskvinder med mere komplicerede forløb, men hvor de er ovre det akutte. Der udover har PH alle normale barselsforløb – primært 1. gangs fødende.

I gennemsnit kontakter PH ca. 5 x ugentligt C4 for faglig sparring eller tilsyn til babyer, der er ikke i forvejen er tilknyttet pædiatrisk afdeling. Det kan dreje sig om raske indlagte babyer, eller ambulante babyer, der kommer til hørescreening og/eller ammehjælp. Babyer, hvor hotelsygeplejersken observerer, at babyen er slap, har tabt sig, er begyndende gul eller på anden måde viser mistrivsel, der kan indikere tilstødte komplikationer.

Indimellem opleves også helt raske børn, der uvarslet bliver akut dårlige med respirationsstop, kramper m.m.

Hvis sygeplejerskerne/hospitalet mere sjældent ser disse børn, så kan man frygte, at de mister noget af deres kompetence til at agere i de situationer. Dette kan gå ud over patientsikkerheden.

Personalet på Patienthotellet forventer både at kunne og skulle fortsætte deres opdatering på ny viden i forhold 'spædbarnsvenligt sygehus'; en opdatering, der nu foregår i tæt samarbejde med B og G (vi har fælles dokumenter, patientinformationer, kurser osv. osv.). Spørgsmålet er, hvordan dette sikres med en evt. ny organisering.

Vi har set en benchmarking på fødsler og andre specialer, men kan også anbefale en på pædiatriområdet, inden beslutningen endeligt træffes.

#### **I øvrigt:**

Væksten i ambulante besøg skal nedsættes fra 5% til 3%.

Sammenholdt med nedlæggelse af senge giver det en kæmpe udfordring for ambulatorierne.

#### **Forslag, hvis besparelserne opretholdes:**

At "kun" D4 flyttes, så neonatal indsats og fødsler stadig hænger sammen på RRA.

At optageområdet revurderes og sikres politisk, så forældrene ikke selv vælger Skejby. Herved sikres, at RRA fortsat kan have en stor mængde fødsler, der kan sikre kvaliteten og afhjælpe belastningen på Skejby.

Til HMU

Regionshospitalet Randers

## Høringsvar vedr. Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland



LMU på Klinisk Biokemisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, anerkender det store arbejde, der ligger bag planen, og at der skal ske noget med sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.

Dato 17.05.2014

Sagsbehandler: /OBK

Overordnet er det med beklagelse, at pædiatrisk afdeling, urologisk afdeling og de vanskelige fødsler flytter fra Regionshospitalet Randers. Særlig beklageligt er det, da et af husets spydspidser netop er "kvinde – barn".

Side 39/42

Vi frygter, ved netop at fjerne disse områder, et problem i fremtiden med at rekruttere kvalificeret arbejdskraft, både pleje- og lægepersonale. Ligeledes ser vi det som en start på at afvikle Regionshospitalet som et akuthospital og som hospital på sigt.

Med den store reduktion er vi meget bekymret over det psykiske og fysiske arbejdsmiljø. Regionshospitalet Randers er landets mest effektive akuthospital, netop derfor er det meget svært at "stramme skruen" yderligere. Vi er bekymret over patienternes pleje og omsorg; bliver der den tilstrækkelige tid til kontakten med patienterne og de pårørende.

Det er med glæde vi ser, at cancerdiagnostik styrkes på hospitalet. I den forbindelse vil vi anbefale, at den fremtidige mave-/tarmkræft-screening placeres på Klinisk Biokemisk Afdeling, Regionshospitalet Randers, da vi har lang erfaring med analysering af fæcesprøver.

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. Med 168.000 ambulante rekvisitioner – og dermed blodprøver a 10 minutter - vil det betyde et ekstra normeringsbehov på ca. 1,5 bioanalytiker (der er kun regnet med, at der kommer 10% flere patienter fra de praktiserende læger). 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.

Bliver Klinisk Biokemisk Afdeling ikke kompenseret for det ekstra arbejde ved fjernelse af centrifugetillægget, ser vi med den skitserede besparelse på Klinisk Biokemisk Afdeling følgende udfordringer:

- Risiko for sen diagnostik i akutte situationer.
- Stuegang på hverdage kan først starte ved middagstid, hvis der skal være friske analysesvar til stede.
- U hensigtsmæssig patient-flow i ambulatorierne og i dagafsnittene, da Klinisk Biokemisk Afdeling ikke kan sikre hurtige svar på blodprøver.

Den foreslåede besparelse på Klinisk Biokemisk Afdeling er ikke forenelig med planerne om accelereret patientforløb.

På vegne af LMU på Klinisk Biokemisk Afdeling

Ole B. Kjeldsen  
Formand

Anna Larsen  
Næstformand



**Billeddiagnostisk afd. Regionshospitalet Randers' hørings svar  
vedr. Omstilling til fremtidens sundhedsvæsen i Region  
Midtjylland.**



Side 41

Indledningsvis vil vi gerne gøre opmærksom på, at vi ud fra den fremlagte spareplan, ikke kan udlede sikkert, hvilken betydning dette vil få for vores afdeling ( nogle undersøgelser vil forsvinde med specialerne og nye vil komme til – vi regner med status quo). Overordnet er sparekravet reelt og det vil vi naturligvis gerne være med til at føre ud i livet.

Vi vil dog gerne gøre opmærksom på, at vi finder det betænkeligt, at man på et akuthospital ikke skal kunne modtage akutte børn, her tænkes der naturligvis på vores traumefunktion. Herunder gør vi også opmærksom på, at fjernelse af pædiatrisk og urologisk sengeafsnit vil forringe vores yngre lægers mulighed for, at opnå radiologiske færdigheder indenfor netop disse specialer (eksempelvis nefrostomianlæggelser).

Når det så er sagt, har vi et punkt, vi gerne vil fremhæve: vi på Billeddiagnostisk afd. ser det som et must, at vores "nye ledelse", møder afdelingen og udfordringerne med et stort engagement. Dette fordi vi tidl. har fået omplaceret ledere, som ikke har formået at finde et engagement i vores afd..

Med alle disse sparekrav er det selvfølgelig, at vi meget hurtigt ønsker en afklaring på ovenstående, så vi kan få arbejdsro til at gå i gang med de nye udfordringer.

**Af nye udfordringer ser vi:**

- Mammografier, som vil overgå til RRA fra Vest, incl øget tilgang i antallet af pinninger.  
I den forbindelse vil vi gerne anbefale at vi i Randers laver et samlet afsnit " center of excellence for Mamma", hvor mammografi bør indgå som en del af afdelingen.
- Vi ønsker ydermere at de stillinger (1. sygeplejerske, 1. radiograf og 1 lægesekretær) vi har i Grenaa, overføres til Randers afsnittet, incl den nuværende produktion, af alm. knoglefotografering og åbent amb..
- Den udvidede åbningstid, for optimal udnyttelse af apparatur fra kl. 8 – 20, vil kræve en opnormering af alle faggrupper.
- Behandler sygeplejerskerne i Grenaa skal opgraderes til at kunne tage alle typer af knogle us., for at kunne udnytte akutklinikken optimalt.

- Ydermere kan vi også forudse en stigning i antallet af CT-colonografier, som er en tidsrøvende undersøgelse i forhold til de CT'er vi udfører for Urologerne i dag.

## **Udtalelse fra MED-udvalget ved Patologisk Institut, Regionshospitalet Randers vedrørende sparekrav tilknyttet omstillingsplan til fremtidens sundhedsvæsen i Region Midtjylland.**

MED-udvalget ved Patologisk Institut, Regionshospitalet Randers skal udtale sin skarpe kritik af den strukturelle ubalance, der findes i den gældende beregning af Statens bloktilskud til Regionerne, og som synes at betyde, at Region Midtjylland økonomisk har væsentlig dårligere udgangspunkt end de øvrige regioner. MED-udvalget skal samtidig udtale sin accept af, at koncernledelsen med omstillingsplanen forholder sig til den økonomiske ubalance, men MED-udvalget finder den fremlagte omstillingsplan ødelæggende for Regionshospitalet Randers som akuthospital.

Set i lyset af at Regionshospitalet Randers gentagne gange over de sidste mange år har befundet sig mellem de 10 mest effektive og produktive hospitaler i Danmark, og at Regionshospitalet Randers i omstillingsplanen fortsat har status af akuthospital, finder MED-udvalget det uforstandigt at lukke den relativt nyetablerede urologiske afdeling ved Regionshospitalet Randers og uacceptabelt at lukke den meget effektivt drevne pædiatriske afdeling, da disse funktioner er væsentlige for et akuthospital. Etableringen af akutte modtageafsnit forudsætter tilstedeværelse af akutte specialer herunder pædiatri, urologi, gynækologi / obstetrik og kirurgi.

Det vækker MED-udvalgets undren, at der er fremlagt et forslag, der tilsidesætter de af Regionsrådet udstukne retningslinjer hvad angår fordeling af spydspidsområder, hvor Regionshospitalet i Randers bl.a. fik opgaven tilknyttet kvinde-barn området. Med det nuværende forslag sker tilsyneladende en strategisk ændring uden at denne ændring ses i sammenhæng med hospitalsplanen for RM. Omstillingsplanen synes også at tilsidesætte koncernledelsens overordnede mål, at besparelserne skal understøtte hensynene til nærhed og tryghed for patienterne.

Det fremgår af omstillingsplanen, at sigtet i stor udstrækning handler om, at samle afdelinger / funktioner på færre enheder. I omstillingsplanen bibeholdes de 4 patologiske institutter i Region Midtjylland, formentlig fordi det ikke er fundet driftsøkonomisk rentabelt at sammenlægge nogle af afdelingerne, hvilket netop også var vurderingen og anbefalingen fra afdelingsledelserne på regionens patologiske institutter, da de i 2010 fremlagde specialets delrapport i forbindelse med det nylige udredningsarbejde vedrørende laboratoriesamordning i Region Midt.

I den fremlagte omstillingsplan er der imidlertid omstillinger, der indirekte berører specialet, og som føjer sig til en lang række af tidligere 'omstillinger' i forbindelse med implementeringen af bl.a. specialeplanen. Facitlisten over disse 'omstillinger' er lang og betyder, at mange kræft-operative indgreb nu er samlet i Århus. Undtagelserne er coloncancer og mammacancer, som Patologisk Institut i Randers gerne øger sin andel af, da institutter besidder den faglige kompetence, og hvilket også fremgår af bl.a. de kvalitetsrapporter, der er udarbejdet fra henholdsvis *Danish Colorectal Cancer Group* (DCCG, ref.

[http://www.dccg.dk/03\\_Publikation/02\\_arsrapport\\_pdf/revideret\\_aarsrapport\\_2007\\_2009.pdf](http://www.dccg.dk/03_Publikation/02_arsrapport_pdf/revideret_aarsrapport_2007_2009.pdf)) og *Danish Breast Cancer Group* (DBCG, ref.

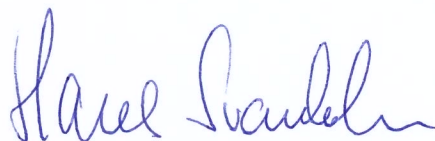
<http://www.dbcg.dk/PDF%20Filer/Kvalitetsindikatorrapport%202009%20WEB%20VERSION.pdf>).

For så vidt angår omstillingsplanens forslag om at omdanne Regionshospitalet Grenå til 'Sundhedshus' vil MED-udvalget henlede opmærksomheden på, at dette vil betyde, at


sygehuskapellet i Grenå med tilhørende kølerumsfaciliteter til opbevaring af afdøde personer døde på eller indbragt døde til Regionshospitalet Grenå, må skulle ændre status og bemanning. Dette for at sikre, at man også i Grenå fortsat vil have adgang til et (muligvis kommunalt drevet?) kølerum og kapel.

Afslutningsvis skal MED-udvalget tilkendegive, at man finder det urealistisk at tro på spareplanens generelle princip, at modtagende afdeling kan opretholde tilførte aktivitet for 25 % af DRG-værdien. Skulle det vitterligt være muligt at udføre en klinisk aktivitet til 25 % af DRG-værdien må det betyde enten at DRG-værdien generelt er for høj, eller det er et indirekte estimat af, at de resterende 75 % af DRG-værdien dækker over administrative bureaukratiske funktioner – hvilket i så fald er overraskende højt.

Randers d. 12.1.2011



Hans Svanholm  
Led. Overlæge  
Formand for MED-udvalget  
Patologisk Institut  
Regionshospitalet Randers



Niels Kristian Vedel Jensen  
Serviceass.  
Suppleant f. næstformand for MED-udvalget  
Patologisk Institut  
Regionshospitalet Randers