

Budgetforligspartierne 2024

Region Midtjylland



Høringssvar: Politisk Sparekatalog 2024

På vegne af Specialerådet for Anæstesiologi indgives hermed høringssvar til Politisk Sparekatalog 2024, som er sendt i høring d. 6/11-2023.

Dato 20.11.2023

Niels Dalsgaard Nielsen

Tlf. 2283 8334

Mail nidnil@rm.dk

Specialerådet for Anæstesiologi vil indledningsvis bemærke, at vi finder det stærkt uhensigtsmæssigt, at et omfattende og betydningsfuldt dokument som regionens sparekatalog sendes i høring med en svarfrist på bare 2 uger. Dette har forhindret flere af vores medlemmer i at bidrage til høringen, ligesom det gør det vanskeligt at fremskaffe data til at underbygge faglig argumentation og afdække foreslag til alternative besparelsesmuligheder.

Specialerådet for Anæstesiologi har følgende kommentarer samt et alternativt besparelsesforslag til det politiske sparekatalog.

Kommentar: Nedlæggelse af 4 akutlægebiler

Den foreslåede nedlæggelse af 4 akutlægebiler (forslag 2.1, s. 29) vil - som det også anføres i sparekataloget - medføre et øget pres på de tilbageværende 6 akutlægebiler. Dette vil medføre flere afledte effekter, som vi ikke mener, at der er taget tilstrækkeligt højde for i sparekatalogets redegørelser:

- Da flere af de akutlægebiler, der foreslåes lukket, udfører en væsentlig del af regionens overflytning af intensivpatienter mellem hospitalerne, vil en sådan lukning uværgerligt medføre en længere ventetid på overflytning af patienter mellem regionens intensivafdelinger. Dette vil yderligere belaste den i forvejen pressede intensivkapacitet og i værste fald være til fare for patientsikkerheden.
- En af de væsentligste funktioner for den præhospital akutlæge er visitation af kritisk syge patienter. Hvor ambulancepersonale i langt de fleste tilfælde skal transportere patienterne til det nærmeste hospital, kan en præhospital akutlæge visitere patienten direkte til det hospital, der har de fornødne kompetenser til at behandle en given akut tidskritisk tilstand. En væsentlig reduktion af det præhospital lægelige

beredskab vil uvægerligt medføre, at flere patienter transporteres til nærmeste sygehus, for herefter at skulle flyttes videre til et sygehus med de nødvendige kompetencer. Dette vil unødigt belaste regionens akutmodtagelser og Præhospitalet, ligesom det ikke er optimalt ud fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

- Et væsentligt argument er for at nedlægge akutlægebilerne i Lemvig, Ringkøbing, Silkeborg og Grenå er, at disse 4 akutlægebiler har en lav aktivitet. Dette er imidlertid ikke sandt hvad angår akutlægebil Silkeborg, der har lige så høj aktivitet som akutlægebilerne i Randers, Viborg og Herning (se tabel). Derudover bidrager selv lav-aktivitets-bilerne sandsynligvis med en betydelig patientsikkerhedsmæssig gevinst for de borgere de betjener. Journalgennemgang af de patienter, som er tilset af disse akutlægebiler viser, at der for en væsentlig dels vedkommende var behov for lægelig anæstesiologisk assistance.
- Akutlægebil på Djursland foretager langt de fleste patienttransporter ud af regionen - ture der typisk tager 8-10 timer. Hvis denne opgave skal overtages af regionens øvrige akutlægebiler medfører det således, at en given akutlægebil vil skulle forlade sit dækningsområde en hel dag, hvilket vil medføre væsentlige forringelser af lægebilsdækningen i dette område.
- Som argument for nedlæggelsen akutlægebiler anføres, at Region Midtjyllands har langt flere lægebiler pr. indbygger end de øvrige regioner. Denne sammenligning er imidlertid problematisk, da akutlægebilerne i Region Midtjylland har en udvidet opgaveportefølge i forhold til de andre regioner bl.a. i form af at forestå patienttransporter mellem hospitalerne, at udskifte slanger i luftrøret (tracheostomituber) på patienter med hjemmerespirator samt på forsøgsbasis at afslutte patientbehandling i hjemmet mhp. at forebygge indlæggelse. Desuden anvender Region Syddanmark og Region Sjælland andre lægebemandede enheder i forbindelse med patienttransporter og skift af tracheostomituber, hvilket gør en direkte sammenligning af antallet af akutlægebiler yderligere misvisende. Endelig kan det oplyses at Region Syddanmark har budgetteret med en 7. akutlægebil i Haderslev-området.
- Det anføres (s. 31), at den forventede reduktion af ALB'er medfører en reduktion sv.t. 18 lægeassistentstillinger. Heri er dog ikke indberegnet, at den medfølgende øgede aktivitet sandsynligvis medfører, at nogle akutlægebiler ikke længere kan bemannes med døgnvagter, men at vagten må deles til effektive vagter. Dette vil medføre behov for flere lægeassistenter pr. bil og vil således reducere den påtænkte økonomiske gevinst.
- Nedlæggelsen vil belaste de i forvejen belastede høj-aktivitets-biler. Dette vil yderligere forværres, da disse biler fra marts '24 forventeligt vil blive yderligere belastet i nattetiden, når den nye erstatning for vagtlægens kørende nattevagt udrulles.

Akutlægebilernes gennemsnitlige belastning i 2022

Akutlægebil	Kørsler pr. døgn (gns., antal)	Belastning pr. døgn (gns., timer)
Grenaa	2,8	3,2
Herning	6,3	6,8
Holstebro	4,2	4,3
Horsens	7,5	6,7
Lemvig	1,5	1,6
Randers	6,1	5,2
Ringkøbing	2,7	3,1
Silkeborg	6,0	6,3
Viborg	5,9	6,0
Aarhus	12,6	8,4

Endelig finder vi det bekymrende, at 3 af de 4 akutlægebiler, der foreslåes nedlagt, er placeret i udkanten af Danmark, hvor borgere har lange transportveje til sygehuset.

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler på baggrund af ovenstående, at beslutningen om at nedlægge 40 % af regionens akutlægebiler genovervejes, og at den planlagte nedskæring reduceres.

Kommentar: Lægelig bemanning på Center for Planlagt Kirurgi

Et væsentligt tilgrundliggende antagelse for den planlagte besparelse på Center for Planlagt Kirurgi er, at der ikke er behov for tilstedeværelse af anæstesiologiske speciallæge om natten i hverdage (forslag 1.4, afsnit 2, s. 23). Dette forudsætter dog, at patienter med svære følgesygdomme opereres på andre hospitalsmatrikler. En sådan ordning vil medføre, at der vil være op til 26 nyopererede ortopædkirurgiske patienter (ASA 1-3¹, primært alloplastik- og rygpatienter) på Center for Planlagt Kirurgi, som vil skulle passes af sygeplejersker uden reel mulighed for at tilkalde akut lægelig assistance i tilfælde af at der opstår en pludselig kritisk forværring i patientens tilstand. Patienter, der lige har gennemgået større kirurgi, er i væsentligt øget risiko for behandlingskrævende forværring af deres tilstand på grund af bl.a. blødning samt alvorlige bivirkninger til stærk smertestillende medicin. Specialrådet for Anæstesiologi finder ikke, at det er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt - til trods for den påtænkte selektion af patienterne - at en så stor gruppe nyopererede patienter ikke har adgang til akut assistance fra en anæstesiologisk speciallæge. Endvidere frygter vi, at den foreslåede ordning vil medføre usikkerhed i sygeplejegruppen på Center for Planlagt Kirurgi med risiko for personaleflugt.

1 ASA-klassifikationen beskriver sværhedsgraden af patienternes følgesygdomme. En patient med ASA 1 er rask, mens en patient der er ASA 3 f.eks. kan have kronisk obstruktiv lungesygdom eller tidligere blodprop i hjerte eller hjerne.

De skitserede foreslag til afhjælpning af den manglende anæstesiologiske vagtdækning, vurderes ikke at kunne sikre den nødvendige patientsikkerhed:

- **Mulighed for rådgivning fra Regionshospitalet Viborg:** Hvis en patient bliver pludseligt kritisk syg, er det ikke tilstrækkeligt at det vagthavende sygeplejepersonale kan konferere med en anæstesilæge i Viborg. For at sikre behandling af en tilstrækkelig kvalitet må den behandlingsansvarlige anæstesilæge nødvendigvis kunne undersøge patienten fysisk samt evt. foretage nødvendige livreddende interventioner. Vi kan desuden informere om, at Operation og Intensiv (anæstesiologisk afdeling) på Regionshospitalet Viborg ikke er blevet adspurgt om varetagelsen af denne opgave, og at anæstesilæger herfra ikke kan tage ansvar for behandlingen af patienter, som de ikke kender, på andre hospitalsmatrikler.
- **Kontakt til den opererende kirurg:** Den patientansvarlige kirurgi vil i nogen udstrækning kunne vejlede i smertebehandling og afhjælpning af mindre komplikationer, men ved pludselig kritisk sygdom er det som ovenfor anført nødvendigt, at der omgående kan tilkaldes en speciallæge i anæstesiologi. Endvidere vil det give en ikke medregnet meromkostning, hvis kirurgerne i et væsentligt omfang skal stå telefoniske til rådighed udenfor almindelig arbejdstid.
- **"112-kald" ved særlige situationer:** Det er ikke udspecificeret i sparekataloget, hvorvidt man med "112-kald" mener tilkald af almindelig ambulance eller tillige tilkald af akutlægebil. En patient med pludselig kritisk sygdom efter kirurgi, vil ikke nødvendigvis kunne stabiliseres til transport af paramedicinere eller ambulancebehandlere. Det ligger endvidere ikke indenfor denne faggruppes hovedkompetence, at behandle komplikationer til kirurgi. Med den påtænkte nedlæggelse af akutlægebil Silkeborg vil nærmeste akutlægebil i Viborg (såfremt den er ledig) have mindst 25 minutters kørevej til Center for Planlagt Kirurgi.

Den planlagte nedlæggelse af anæstesiologisk tilstedeværelsesvagt vil endvidere utvivlsomt medføre, at et antal patienter med ikke-kritisk forværring af deres tilstand i vagten må flyttes til andre hospitalsmatrikler mhp. behandling eller vurdering. Dette vil belaste både regionens øvrige kirurgiske sengeafsnit foruden Præhospitalet.

På baggrund af ovenstående vil Specialrådet for Anæstesiologi på det kraftigste opfordre til, at der fortsat skal være anæstesiologisk tilstedeværelsesvagt på Center for Planlagt Kirurgi, i det tidsrum, hvor der er nyopererede patienter indlagt.

Kommentar: Nedlæggelse af NISA-pladser i Silkeborg

Den foreslåede reduktion og flytning af NISA-funktionen (Neuro Intensive Step-down Afsnit) fra Silkeborg til Viborg (Forslag 1.4, afsnit 2.2, s. 24) skønnes at have væsentlige afledte effekter, som der ikke er redegjort tilstrækkeligt for i sparekataloget .

NISA konceptet i Silkeborg er udviklet gennem de seneste 15 år, med det unikke formål at iværksætte tidlig neurorehabiliterende behandling af patienter med alvorlig erhvervet hjerneskade og samtidigt behov for intensivterapi. Afsnittet har landsdelsfunktion for Vestdanmark, men modtager patienter fra hele Danmark. Den højtspecialiserede behandling foregår i et tværfagligt sammenspil, hvor den intensive terapi med med respirator og kredsløbsunderstøttende behandling aftrappes samtidig med at den højtspecialiserede neurorehabilitering trappes op. Dette medfører, at patienterne kan få maksimalt udbytte af den neurorehabiliterende behandling i den tidlige fase af deres sygdom, hvilket sandsynligvis

er væsentligt for det endelige funktionsniveau. Behandlingen er yderst tværfaglig, og kræver selvsagt viden om såvel intensiv terapi og neurorehabilitering, hvorfor den kræver et tæt samarbejde mellem personale fra NISA og Hammel Neurocenter. Det er illusorisk at tro, at en sådan funktion blot kan flyttes til en anden af regionens travle intensivafdelinger uden væsentlig tab af værdifuld kompetencer. Den planlagte besparelse medfører endvidere en kapacitetsreduktion på 45 % (fra 5,5 til 3 NISA-pladser), hvilket uvægerligt vil betyde øget ventetid for denne kritisk syge patientgruppe.

På baggrund af ovenstående vil Specialrådet for Anæstesiologi opfordre til, at Regionsrådet genovervejer beslutningen om at flytte NISA-pladsene fra Center for Planlagt Kirurgi i Silkeborg

Kommentar: Afledt belastning af Præhospitalet

Hvis Center for Planlagt Kirurgi som foreslået skal udskrive eller overflytte alle patienter inden fredag kl. 21 (Forslag 1.4, Afsnit 2, s. 23), må det antages, at der ganske hyppigt vil være patienter, der ikke som planlagt kan udskrives til hjemmet, og som derfor vil skulle overflyttes til andre af regionens sygehuse. Vi er bekendt med, at man i forbindelse med planlægning af operationsprogrammet på Center for Planlagt Kirurgi vil forsøge at afvikle de største operationer først på ugen, således at disse patienter sandsynligvis kan udskrives inden weekenden. Det er imidlertid vores klare erfaring, at selv ved relativt ukompliceret kirurgi på patienter uden alvorlige følgesygdomme, vil der være en væsentlig andel af patienterne, der ikke kan udskrives som planlagt. Dette kan f.eks. skyldes blødning/sivning fra operationssåret, stærke smerter eller kraftige bivirkninger til stærk smertestillende medicin. Dette vil antageligt medføre en ikke uvæsentlig belastning af regionens øvrige sygehuse (særligt opvågningsafsnit og ortopædkirurgiske sengeafsnit) samt Præhospitalet (som skal transportere patienterne fra Silkeborg).

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler, at det inkluderes i sparekatalogets redegørelse, at den planlagte weekend-lukning af Center for Planlagt Kirurgi må antages at medføre en væsentlig øget belastning af dele af det øvrige regionale sundhedsvæsen i weekenderne.

Kommentar: Tungere kirurgiske patienter til andre sygehuse

Den planlagte ændring af visitationskriterierne for patienter til operation på Center for Planlagt Kirurgi (Forslag 1.4, Afsnit 2, s. 23) vil alt andet lige medføre en større belastning af regionens øvrige ortopædkirurgiske afdelinger samt de betjenende anæstesiologiske afdelinger og ikke mindst Hjerne-Rygkirurgisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, der vil skulle modtage et større antal ASA 3- og 4-patienter² til planlagt ryggkirurgi. Da der årligt opereres ca. 900 ASA 3- og 4-patienter på Center for Planlagt Kirurgi er der tale om en væsentlig belastning af regionens øvrige hospitaler. Dette vil presse de i forvejen presse sengeafdelinger og - frygter vi - forværre problemerne med at rekruttere og fastholde sygeplejesker.

2 ASA-klassifikationen beskriver sværhedsgraden af patienternes følgesygdomme. En patient med ASA 3 kan f.eks. have kronisk obstruktiv lungesygdom eller tidligere blodprop i hjerte eller hjerne mens en ASA 4-patient har livstruende følgesygdommen som nylig blodprop i hjerne- eller hjerte eller svært hjertepumpesvigt.

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler, at der - før der træffes afgørelse om ovenstående - foretages en grundig undersøgelse af, hvor mange "tunge" patienter regionens øvrige hospitaler vil blive tilført, og om der er kapacitet til at løfte denne yderligere opgave.

Kommentar: Nedlæggelse af radiologi-vagt i Gødstrup og Viborg

I foreslaget om nedlæggelse af den radiologiske tilstedeværelsesvagt på regionshospitalerne i Gødstrup og Viborg (Forslag 2.4, s. 36) har man undladt at forholde sig til, hvilke konsekvenser forslaget vil have for patienter med behov for akutte undersøgelser, der kræver tilstedeværelse af en radiolog, som f.eks. akut ultralydsundersøgelse, samt anlæggelse af ultralydsvejledt dræn i brysthulen (pleuradræn) eller nyrebækkenet (nefrostomi) mv. Såfremt der ikke længere vil være en radiolog tilstede, vil disse patienter skulle transporteres til andet hospital for at få den relevante undersøgelse eller procedure foretaget, hvilket yderligere vil belaste Præhospitalet og forsinke patientbehandlingen. Desuden forringer man samarbejdsmulighederne mellem klinikere og radiologer under undersøgelser og diagnosticering af kritisk syge patienter som f.eks. traumepatienter, akutte medicinske patienter osv.

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler, at der - før der træffes afgørelse om nedlæggelse af de radiologiske tilstedeværelsesvagter - foretages en grundig undersøgelse af omfanget af de afledte konsekvenser ved denne besparelse.

Kommentar: Lukning af IT-systemer

Specialrådet for Anæstesiologi undrer sig over, at man ved besparelsesforslag 3.1.b (s. 43) anslår at kunne spare 10 mio. kr. årligt ved at nedlægge en række IT-systemer, når man ikke er i stand til at udpege et eneste system, der kan reduceres eller lukkes.

Hvis man vælger at nedlægge eksisterende IT-systemer bør man endvidere medregne en væsentlig produktionsnedsættelse på de berørte afdelinger som konsekvens af langsommere eller mindre velfungerende løsninger.

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler, at der foretages en grundig undersøgelse af besparingspotentialer på IT-området før sådanne besparelser medtages i regionens budget.

Alternativt besparelsesforslag: Lægemidler til speciallægepraksis

Privatpraktiserende speciallæger får fra regionen dækket udgifter til lægemidler på den såkaldte positivliste. Denne liste omfatter bl.a. alle anæstesiologiske lægemidler brugt af privatpraktiserende anæstesiologer. De privatpraktiserende speciallæger indkøber imidlertid lægemidlerne på almindelige apoteker og betaler derfor en langt højere pris end den pris regionen har forhandlet hjem. Denne udgift dækkes af regionen.

Specialrådet for Anæstesiologi anbefaler, at der foretages en nærmere undersøgelse af besparingspotentialiet ved at forsyne praktiserende speciallæger med lægemidler på positivlisten direkte fra Regionsapoteket fremfor at skulle betale den dyrere pris til de almindelige apoteker.

Med venlig hilsen

Niels Dalsgaard Nielsen
Formand, Specialrådet for Anæstesiologi