

Region Midtjylland

**Region Midtjyllands hørings svar til Sundhedsstyrelsens rapport
"Gennemgang af akutberedskabet"**

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 27. februar 2007**

Punkt nr. 1

Til Regionsrådet

Slettet: Forretningsudvalget.
www.regionmidtjylland.dk

UDKAST

Høringssvar: Sundhedsstyrelsens rapport om akutberedskabet

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

Slettet: Bemærk at nedenstående udkast eventuelt skal revideres, da der fortsat indkommer høringssvar fra specialerådene, ligesom der fortsat kommer indlæg på hjemmesiden.¶

Slettet: 9

/RSJ

Sagsnr. 1-9-2-7

Side 1/11

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

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

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

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

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

Til grund for Region Midtjyllands høringssvar ligger således:

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



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

1. Ét landsdækkende telefonnummer til vagtlægeordningen

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

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

2. Al henvendelse til den fælles akutmodtagelse bør være visiteret

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

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

Med dannelsen af Region Midtjylland er der – udover erfaring med visitation via praktiserende læge/vagtlæge – tillige erfaringer med telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation i det tidligere Århus Amt. Region

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Såfremt der etableres en landsdækkende helikopterordning er Region Midtjylland af den opfattelse, at der bør etableres 4 helikopterberedskaber

med henblik på bedst mulig dækning af hele landet. Lægehelikopterne bør organisatorisk tilknyttes landets traumecentre. Lægehelikopterne bør ligeledes bemannes fra landets traumecentre, så der sikres den højeste grad af ekspertise og rutine.

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

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

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

midt

Slettet: alle præhospitale enheder

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

12. Den sundhedsfaglige bemanning af lægehelikoptere.

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

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

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

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

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

15. Vedligeholdelsesundervisning fx på sygehusene af ambulancepersonalet.

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

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

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

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

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

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

Region Midtjylland tilslutter sig overvejelserne om, at den akutte modtagelse af uselektrede patienter på hospitaler skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau. En sådan organisering og samling af akutmodtagelse internt på det enkelte hospital vil skabe rammerne for at vurdere, prioritere, stabilisere og diagnosticere de akutte patienter, samt foretage indledende behandling målrettet en række almindeligt forekommende akutte symptomer og sygdomstilfælde. En lang række patienter har mere end en sygdom og en tværfaglig diagnosticering er væsentligt mere hensigtsmæssig end den eksisterende monofaglige diagnosticering, der finder sted på specialeafdelingerne.

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

overflytninger mellem hospitaler og interne indlæggelser fra f.eks. ambulatorier.

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

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

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

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

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

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

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

Det er næppe ønskeligt, at flytte så stor en del af speciallægernes arbejdstid fra dagtid til vagt på grund af de konsekvenser det vil få for de opgaver, som speciallægerne skulle løse i dagtid. Særligt inden for det kirurgiske og

ortopædkirurgiske område kan det medføre øgede ventetider og en stærkt nedsat produktivitet på sygehusene.

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

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

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

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

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

I forlængelse af anbefaling 19 – og i sammenhæng med anbefaling 21 – bemærkes det, at Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig til sammenhængene mellem akutmodtagelser og eksempelvis operation af tarmkræft. Den faglige anbefaling som Regionsrådet har fået forelagt, viser entydigt, at der er en snæver sammenhæng mellem akutkirurgisk modtagelse og varetagelse af tyktarmskræftkirurgi. Det antages således, at Sundhedsstyrelsens udmelding

betyder, at der kan opereres tyktarmskræft de steder, hvor der fremover vil være akutmodtagelse.

20. Diagnostiske faciliteter

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

21. Befolkningsgrundlag på 200.000 – 400.000 for akutmodtagelse

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

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

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

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

Slettet: i forlængelse heraf

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

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

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

På baggrund af eksisterende viden om antallet af traumepatienter i Danmark er et kvalificeret skøn, at der årligt er 3000-5000 patienter af denne type i Danmark. Et patientunderlag af denne størrelse giver basis for 2 højt specialiserede traumecentre i Danmark. Med det planlagte akutcenter på Det Nye Universitetshospital i Århus etableres kapacitet og ekspertise til at

behandle det nødvendige antal traumepatienter på højeste niveau. På den baggrund finder Region Midtjylland, at den kommende specialeplanlægning skal sigte på, at der etableres et traumecenter på højeste specialiseringsniveau på Det Nye Universitetshospital i Århus.

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

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

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

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

28. Generel oplysningskampagne til befolkningen

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

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

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

Det må dog samtidig konstateres, at det i praksis sjældent lader sig gøre at operere med så lang en planlægningsfase, når det gælder meget voldsomme

strukturændringer indenfor hospitalsvæsenet. Ændringerne skal ske så hurtigt som det er fagligt og økonomisk muligt. Når en strukturplan er vedtaget vil de første effekter hurtigt kunne ses. Dels er der risiko for at patienterne vælger et hospital fra, dels er der (stor) risiko for, at medarbejderne på de involverede hospitalsenheder søger væk – også selv om tidshorizonten for ændringerne er 5 – 10 år.

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

Afsluttende bemærkninger

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

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

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

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

På vegne af Regionsrådet

Bent Hansen

Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
8800 Viborg

2. februar 2007

midt
regionmidtjylland

Høringssvar fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, til Sundhedsstyrelsens rapport: "Gennemgang af akutberedskabet", fra 21. dec. 2006.

Sundhedsstyrelsens rapport har været sendt i høring på de relevante afdelinger på hospitalet, herunder i hospitalets traumestyregruppe. Derudover har rapporten været drøftet i Hospitalsledelsen.

Hospitalsledelsen har på den baggrund følgende kommentarer til rapporten:

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus kan tilslutte sig de overordnede principper i akutrapporten, som ligger fint i tråd med Århus Sygehus planer for fremtidig akutmodtagelse, samt med planerne for det kommende Nye Universitetshospital i Århus
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus finder, at der på landsplan bør være to højtspecialiserede traumecentre med alle specialer, heraf det ene i Århus.
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus anbefaler, at der etableres en særlig, landsdækkende traumedatabase, med traumespecifikke data, eventuelt i Landspatientregistreret
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus finder, at der ikke alene bør stilles særlige uddannelseskrav til det personale der modtager traumepatienter, men også til det personale, der deltager i patientbehandlingen på operations-, intensiv- og sengeafdelinger
- Århus Universitetshospital, Århus sygehus finder, at det er vigtigt, at sygeplejegruppens specialfunktioner beskrives, og at der sikres de nødvendige kompetencer
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus finder at der bør etableres 4 lægehelikoptere med henblik på bedst mulig dækning af hele landet. Lægehelikopterne bør kunne operere hele døgnet, og bør bemannes med speciallæger fra traumecentrene, for at sikre størst mulig grad af ekspertise og rutine
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus finder, at de kommende lægehelikoptere bør være en integreret del af det præ-

hospitale beredskab i de enkelte regioner. Det vil derfor være naturligt, hvis det er den enkelte regions AMK, der disponerer lægehelikopteren, på sigt sammen med lægebiler, øvrige sundhedsfaglige præhospitale ordninger og ambulancer. Samtidig vil det, at flere AMK'er samarbejder (bl.a. med fælles it-system med overblik over ressourcerne) om disponeringen af lægehelikopterne give øget sikkerhed og fleksibilitet

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har gode erfaringer med en sygeplejebemandet skadestuevisitation, og finder, at denne model giver en række fordele. Det vurderes at være samfundsøkonomisk meget rentabelt - sygeplejerskernes modtager løn for vagt og med et månedligt tillæg. Derudover får patienterne sygeplejefaglig vejledning i behandling af skader allerede ved den telefoniske kontakt. Sygeplejerskerne har desuden godt indblik i hospitalernes infrastruktur og logistik, og kan sikre at patienterne til rette instans med kortest mulig ventetid. Da visitationssygeplejerskerne også arbejder i skadestuen, får de løbende opdateret deres viden om de nyeste behandlingsmetoder. Århus Universitetshospital, Århus Sygehus anbefaler derfor, at der arbejdes med en model, hvor sygeplejefaglig visitation til skadestuen integreres i visitationen af de akutte patienter – gerne via samme indgangsnummer som til lægevagten
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus anbefaler, at man arbejder med at inddrage de fremtidige regionale AMK'er i visitationen af de dårligste patienter, gerne som back-up funktion for læge, vagtlæge, alarmcentral og ambulancepersonale
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus vil i relation til akutrapportens visioner om anvendelse af telemedicin gøre opmærksom på, at det kommende tetra-net forventes at indeholde store begrænsninger for telemedicinske løsninger, båndbredden er ikke tilstrækkelig til f.eks. videokonferencer

midt
regionmidtjylland

Side 2/2

Med venlig hilsen

Anne Thomassen
Cheflæge

Kirsten Bruun
Chefsygeplejerske

Ole Thomsen
Hospitaldirektør

Sygehusledelsen

Anæstesiologisk Afdelings høringssvar på Sundhedsstyrelsens gennemgang af akut-beredskabet 2006.

Overordnet:

God og visionær rapport med mange gode elementer, der har fokus på hensigtsmæssige patientforløb, udnyttelse af tilgængelige ressourcer og strategisk udnyttelse af faglige kompetencer. Rapportens principper for dette ligger fint i tråd med Århus Sygehus planer for fremtidig akutmodtagelse. Desuden falder det fint i tråd med planerne ved udflytning til Skejby Sygehus.

Indgang til sundhedsvæsenet:

Det er vigtigt, at der er sammenhæng i patientforløbet fra første kontakt til læge, -lægevagt eller alarmcentral. Ved visitation af akutte patienter via praksis- eller vagtlæger skal der sikres tilgængelighed på døgnbasis og god kvalitet af visitationen. Det er vigtigt, at de visiterende læger er klædt på til opgaven.

Hvis visitationen af de dårligste patienter i Region Midt varetages af praktiserende læger, vil det være nødvendigt med back-up fra læger med rutine i akutte patientforløb og overblik over ressourcer, som eksempelvis en regional AMK kunne have.

For akut syge eller tilskadekomne, der ikke kan afsluttes af læge - lægevagt i primærsektoren, vil visitation via AMK sikre, at patienterne fordeles i forhold til tilgængelige ressourcer og gældende standarder. Via AMK kan en visiterende læge umiddelbart stille videre til den modtagende læge og det kan sikre, at modtagelsen er velforberedt, når patienten ankommer.

For de kritisk syge vil AMK-lægen være faglig og organisatorisk back-up for læge- vagtlæge, alarmcentral og ambulancepersonale fra første henvendelse til patienten modtages af relevant team i akutmodtagelsen. Det er derfor vigtigt, at alarmeringen på alarmcentralen overgår til sundhedsfagligt ansvarsområde.

midt
regionmidtjylland

Lægelig præhospital indsats:

Det bør anbefales, at der etableres ensartede præhospital lægelig indsats i hele landet. Denne indsats skal primært være landbaseret (lægebiler) og suppleres med lægehelikopter.

Det bør fremgå, at der skal beskrives en formel sundhedsfaglig skadestedsledelse (KOOL) og der skal uddannes sundhedspersonale, primært læger til at indgå heri.

En lægebil (og lægehelikopter) skal være bemanded med speciallæge (anæstesiolog) og specialuddannet ambulancebehandler.

Til dækning i tyndere befolkede områder kan der etableres enheder bestående specialuddannet ambulancebehandlere (niveau 2 +3) eller special uddannede sygeplejersker og ambulancebehandlere. Sådanne ordninger skal have back-up funktion fra de præhospital speciallæger.

Helikopterordning:

Vi kan tilslutte, at der etableres en lægehelikopterordning i tvær-regionalt samarbejde som supplement til de landbaserede præhospital tale ordninger.

Helikoptererne bør i lighed med de nuværende lægebiler være tilknyttet fagmiljøet ved traumecentrene (akutcentre) således, at der kan arbejdes efter ensartede standarder og den lægefaglige ekspertise udnyttes bedst muligt.

Helikopternes fysiske placering bør derimod være geografisk centralt i landet, således at tyndtbefolkede områder dækkes mest hensigtsmæssigt. Vi kan tilslutte os, at bemanningen af lægehelikopteren udgøres af en speciallæge (med stor præhospital erfaring) og en ambulancebehandler, som det kendes fra de eksisterende lægebilsordninger.

Specialiseret akutmodtagelse – traumecenter:

For specialiseret akutmodtagelse er betegnelsen traumecenter misvisende, da kun en mindre del af de patienter, der modtages er traumepatienter. Der har i mange år været fokus på traumepatienten med et godt resultat, rapporten burde pege på modtagelsen af den kritisk syge medicinske patient som et indsatsområde. Vi vil i stedet foreslå fælles akutmodtagelse på specialfunktionsniveau, da det dækker hele organisationen, hvoraf traumecentret kun er en del.

Kompetencer i akutmodtagelsen:

Modtagelsen af en akutpatient begynder, når alarmeringen modtages via AMK. Meldingen skal løbende kunne opdateres på patientens vej og indeholde de informationer, der kan sikre det rette modtageteam med de relevante kompetencer, når patienten når frem.

Kritiske specialer skal have tilstedeværelse af speciallæge på døgnbasis, og der skal sikres tilgængelighed af specialiserede sygeplejersker på tilsvarende niveau.

Sygeplejersker nævnes kun lidt i rapporten og da som en ensartet gruppe. Sygeplejerskerne er, som lægerne, specialiserede. Det burde fremgå, hvilke sygeplejersker der specifikt menes i de enkelte afsnit. Der er to grupper af sygeplejersker involverede i området. Begge specialuddannede grupper. Den ene er specialuddannede anæstesi-sygeplejersker med efteruddannelseskurser, alt efter funktion: PHTLS, ATCN, ALS, avancerede genoplivningskurser, beredskabskurser, teamkurser m.fl.

Akutsygeplejersker – den nye betegnelse for skadestuesygeplejersker:

Side 3/4

Gruppen af sygeplejersker, der bl.a arbejder med modtagelse af akutte patienter, er i gang med at etablere en specialuddannelse i DSR-regi. Efteruddannelseskurser, alt efter funktion, vil ligne de ovenfor nævnte. Der er også her behov for visitationskursus.

Det er vigtigt, at sygeplejegruppens specialfunktioner bliver beskrevet, og at der sikres de nødvendige kompetencer.

Samme krav til formel systematisk efteruddannelseskraft skal findes for de læger, der indgår i ovennævnte funktioner. Rapporten har en god pointe her, eventuelt skulle der være national standard eventuelt certificering af personalet. Kvaliteten af personalets kompetencer bør sikres med henblik på ensartet kvalitet i landet.

Anæstesisygeplejersker - nye arbejdsområder:

Vi kan anbefale, at anæstesisygeplejersker uddannes til at kunne for-tage interhospital transport af nogle patientgrupper samt uddannes til på sigt at deltage i præhospital indsats.

Telemedicinske faciliteter:

Rapporten har et afsnit om telemedicin. Det skal hertil bemærkes, at det kommende tetra-net forventes at indeholde store begrænsninger for telemedicinske løsninger, båndbredden er ikke tilstrækkelig til f.eks. videokonferencer.

Med venlig hilsen

Lone Winther Jensen
Ledende overlæge Ph.d

Anne Marie Ulrichsen
Specialeansvarlig sygeplejerske

Troels Martin Hansen
Overlæge

Birgit Eg
Oversygeplejerske

Ole Mølgaard
Overlæge

midt
regionmidtjylland

Dato 14.02.2007

Journalnr.

Ref. Lone Winther Jensen/besve

Direkte tel.89492879

lwjen@as.aaa.dk

Side 4/4

Frank Farso
Ledende overlæge, ortopædkirurgisk afd.

Erika F. Christensen
Overlæge, leder af Århus Traumecenter og AMK

Høringssvar til Sundhedsstyrelsens rapport: "Gennemgang af akutberedskabet 21. dec 2006".

(omtales nedenfor som "akutrappen")

Vi kan tilslutte os de overordnede principper i akutrappen. Det fremtidige akutberedskab vil med gennemførelsen af anbefalingerne levere højere kvalitet og en mere ensartet og ligelig indsats overfor borgerne. Vi ser det som afgørende vigtigt, at præhospital indsats, akut modtagelse og traumecenter ses som et sammenhængende område. Det akutte patientforløb tager sin begyndelse, når borgeren henvender sig til sundhedsvæsenet. Hele den akutte indsats, fra henvendelsen fra borgeren til patienten er diagnostisk afklaret behandlet, er en helhed. Ikke kun den diagnostiske og behandlingsmæssige indsats har betydning. Den samlede organisation skal virke hurtigt og smidigt på højt kvalificeret niveau for at opnå et godt resultat for den akutte patient.

Det er prisværdigt, at der er foretaget litteraturgennemgang. Den måde, som begrebet "evidensbaseret", anvendes af Sundhedsstyrelsen, er imidlertid ikke i overensstemmelse med tankegangen bag evidensbaseret medicin. Det drejer sig om at beskrive på hvilket evidens *niveau* man befinder sig – og *bedst opnåelige evidens*. Der er velunderbygget viden om effekt af traumecenter og traumesystemer i form af højere overlevelse, også fra Århus Traumecenter – på trods af, at der ikke findes og ikke kan tilrettelægges dobbeltblinde, randomiserede, klinisk kontrollerede undersøgelser af konceptet.

Vi har kommentarer til nogle punkter, hvor der er behov for præcisering og yderligere forbedringer:

Vedr. Traumecentre

Vi er enige med Sundhedsstyrelsens anbefaling om at de alvorligt kvæstede patienter skal på et af landets *to* højt specialiserede traumecentre på universitetshospitaler. Da der ikke findes en national database over svært kvæstede kan antallet af traumepatienter kun basere sig på skøn, og bedste skøn er at der 3000-5000 af den type patienter i Danmark. Derfor vil *to* traumecentre på højeste niveau være passende, og med det kommende akutcenter på Det ny Århus Universitetshospital vil det være muligt at modtage det nødvendige antal.

Vi er enige i anbefalingen af registrering i en national database. For traumepatienternes vedkommende er en registrering baseret på Landspatientregisteret dog ikke tilstrækkelig til belysning af kvalitet og resultater. Som det fremgår af bilagene til akutrappen findes der i dag ikke tal i LPR, der viser hvor mange svært kvæstede patienter, der er i hele landet. Det skyldes at dette forudsætter en særlig registrering og omfattende scoring af alle patientens læsioner. Dette foretages i øjeblikket kun på nogle af niveau-1 traumecentrene. Der er ikke viden om hvor mange af den type patienter, der i dag modtages og forbliver på de øvrige hospitaler.. Der er derfor behov for etablering af en særlig, landsdækkende traumedatabase.

Der savnes præcisering af at der ikke kun stilles særlige krav om uddannelse til det personale, der modtager patienten. Traumecenteret tager sig af hele traumepatientens forløb, så der stilles også uddannelsesmæssige krav til personale på operations, intensiv og sengeafdelinger.

Vedr. præhospital indsats

For at sikre sufficient behandling på ulykkestedet og undervejs, er det afgørende at der er lægelig præhospital indsats i et omfang, så hele landet dækkes. Derfor bør der være 4 lægehelikoptere - netop for at sikre en dækning af hele landet, og de bør kunne operere hele døgnet. Lægehelikopterne bør anvendes både til præhospital indsats og til interhospital transport. Lægehelikopteren skal bemannes med speciallæger fra traumecentrene for at sikre den højeste grad af ekspertise og rutine.

Det giver ikke tilstrækkelig sikkerhed og fleksibilitet, at kun én AMK skal forestå disponeringen af lægehelikopterne. Som minimum bør AMK på de to traumecentre disponere. Med den eksisterende informationsteknologi, kan det sagtens foregå koordineret.

Vedr. borgerens indgang til det akutte sundhedsvæsen:

Vi er tilhængere af et enstrengt system, hvor den første kontakt er til en læge. Vi ser det derfor som en væsentlig kvalitetsforbedring, at akutte patienter visiteres af læge. Men hvorfor skal det ikke også gælde for de alvorligst akut syge og tilskadekomne? Disse henvendelser sker til alarm 112, der fortsat betjenes af ikke-sundhedsfaglig alarmcentral operatører. For 112-opkalds vedkommende er det helt afgørende for både kvalitet og ressourceforbrug, at en sundhedsfaglig tredjepart kan deltage i samtalerne og beslutningerne på alarm 112. Både lægevagten og AMK skal have direkte kommunikation til alarm 112 - gerne fysisk, men i hvert fald virtuelt vha. informationsteknologi.

Venlig hilsen

Frank Farsø
Ledende overlæge, Ph.D, ortopædkirurgisk afd.

Erika F. Christensen
Overlæge, leder af Århus Traumecenter og AMK

Region Midtjylland
Sundhedsplanlægning
Skottenborg 26
8800 Viborg



Høringssvar fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, til Region Midtjylland vedrørende interne overvejelser i regionen i anledning af Sundhedsstyrelsens rapport: "Gennemgang af akutberedskabet", fra 21. dec. 2006.

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus har fremsendt et hørings-svar til Regionen med henblik på videresendelse til Sundhedsstyrelsen. Hospitalsledelsen finder derudover, at der er behov for at fokusere på de konsekvenser, rapportens anbefalinger vil få internt i Region Midtjylland i forbindelse med den samlede sygehusplanlægning.

Først og fremmest skal akutrapportens anbefalinger indtænkes i arbejdet med det Ny Universitetshospital. Akutrapportens anbefalinger får både konsekvenser for den fysiske planlægning, og for tanker omkring organisering af arbejdet med modtagelse og behandling af akutte patienter. Den igangværende debat vedrørende antallet af højtspecialiserede traumemodtagelser (1 eller 2), bør også tages med i overvejelserne vedrørende udflytningsplaner m.v. til Det Nye Universitetshospital.

Samtidig bør man ved implementering af anbefalingerne om et reduceret antal akutmodtagelser nøje overveje, hvordan disse forandringer kommer til at spille ind på patientstrømmene. Med andre ord: hvordan får vi patienterne til at vælge de behandlingssteder, som mest hensigtsmæssige kan varetage behandlingen. Erfaring fra tidligere ændringer i sygehusstrukturen viser, at der er betydelig risiko for at patienterne i forbindelse med lukning af akutte modtagelser orienterer sig mod andre sygehuse, end dem man egentlig havde planlagt skulle overtage opgaven.

Med venlig hilsen

Anne Thomassen
Cheflæge

Kirsten Bruun
Chefsygeplejerske

Ole Thomsen
Hospitaldirektør

Region Midtjylland

Att: Susanne Nyholm Andersen

Sundhedsplanlægning

Hørings svar vedr. Sundhedsstyrelsens akutrapport

I mail af 15. januar 2007 beder regionen Hospitalsenheden Horsens om at komme med bemærkninger til Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskab". Således foranlediget fremsendes nedenstående bemærkninger.



Generelt

Hospitalsenheden Horsens tilslutter sig de principper og synspunkter, som Sundhedsstyrelsen oplister for det fremtidige akutberedskab. Vi synes generelt, at der bør være en vis åbenhed i forhold til måden regionerne vælger at organisere og strukturere akutberedskaberne så længe anbefalingerne imødekommes.

Dato 14.02.2007

J.nr. 6006-2007-01300

Claus Lichtenstein Davidsen

Planlægningschef

cld@hs.vejleamt.dk

+45 7927 4414

Fil:993

Side 1/2

Vi er enige i opdelingen af akutberedskabet i det præhospitale beredskab, akutmodtagelser på sygehusene og højt specialiserede traume-centre, hvor Skejby bør udpeges som et af centrene.

Fælles akutmodtagelser

Hospitalsenheden Horsens er enige i, at den akutte modtagelse af patienter på hospitalerne skal ske gennem en fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau – også rent lokalemæssigt. Vi har allerede taget de første skridt i denne retning med etableringen af et generelt visitationsafsnit.

Vi er enige i, at de oplistede specialer bør være til stede i den fælles akutmodtagelse, og at der bør være speciallæger i tilstedeværelsesvagt i det omfang rapporten nævner. Dette vil kræve en omfattende omplacering af speciallæger og andre medarbejdergrupper.

Vi er enige i, at der ved akutte fødsler skal være adgang til neonathalfunktion.

De diagnostiske undersøgelser, som er anbefalet tilsluttet den fælles akutmodtagelse, vurderes at kræve omfattende ressourcemæssige omplaceringer.

Hospitalsenheden Horsens vil fremover bestræbe sig på at leve op til anbefalingen om et befolkningsgrundlag på mindst 200.000 indbyggere.

Oplysning og planlægning

Hospitalsenheden Horsens tilslutter sig, at der laves en generel oplysningskampagne til befolkningen for bl.a. at forklare, at de forholdsvis store justeringer af det akutte beredskab er nødvendige, og at de i sidste ende vil komme borgerne til gode.

Vi hæfter os ved, at planen skal gennemføres i løbet af en 5-10 årig periode, hvilket er en realistisk tidshorisont for så omfattende strukturændringer. Det er dog vigtigt, at de dedikerede institutioner kender deres fremtidige rolle og indplacering i sundhedsvæsenet på et meget tidligt tidspunkt, bl.a. for at kunne målrette og fremtidssikre det løbende udviklingsarbejde.

Med venlig hilsen

Niels Nørgaard Pedersen	Anna Birte Sparvath	Steen Friberg Nielsen
Hospitalsdirektør	Chefsygeplejerske	Cheflæge

midt
regionmidtjylland

Side 2/2

Region Midtjylland



Dato 30.01.07

Journalnr:

Sagsbehandler: Julie Relsted

8722 2130

Side 1/2

Sundhedsstyrelsens akutrapport Høringssvar fra Hospitalsenheden Silkeborg

På Hospitalsenheden Silkeborg har Sundhedsstyrelsens "Gennemgang af akutberedskabet" været sendt til høring i såvel Hoved-MEDudvalget som afdelingsledelseskredsen. På baggrund af bemærkningerne herfra har hospitalsledelsen følgende kommentarer til rapporten:

- Rapporten indeholder generelt en række spændende perspektiver for planlægningen af det akutte patientforløb.
- Anbefalingen om at hospitalernes optageområder bør være på 200.000 - 400.000 for at kunne modtage akutte, uselekerede patienter synes dog baseret på relativt ensidig dokumentation, og det er således betænkeligt, at
 - Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig til, at kvaliteten af den interne medicinske udredning (og behandling) af de uselekerede medicinske patienter, ikke er ligefrem proportional med optageområdets størrelse, men at kvaliteten "når et maksimum" med et optageområde på op mod 200.000, hvorefter den ligefrem er faldende.
 - Tilsvarende er der i relation til fødselsområdet ikke evidens for, at større enheder medfører højere faglig kvalitet. I den forbindelse bemærkes at der i dag ikke kan påvises forskel i dødelighed for børn, der overflyttes fra hospital uden neonatalafdeling i forhold til børn, der fødes på et hospital med neonatologer.
 - I forhold til anbefalingerne omkring størrelsen på hospitalernes optageområder er det betænkeligt, at Sundhedsstyrelsen hverken har inddraget de praktiske erfaringer, man har hø-

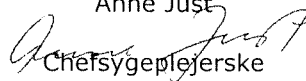
stet på de tværfagligt specialiserede, mellemstore sygehuse (jf. blandt andet sammensætningen i Sundhedsstyrelsen ekspertgrupper, som fortrinsvist består af fagfolk fra de monofagligt specialiserede, største sygehuse i landet), eller de praktiske erfaringer, man har draget omkring stordriftsulemper af hospitaler i udlandet.


- Omkring uddannelse er det nødvendigt, at konsekvenserne og planerne for at sikre et godt fremtidigt grundlag for uddannelse af yngre læger i langt højere grad samtænkes med planerne for akutbetjeningen

midt
regionmidtjylland

Venlig hilsen

Lisbeth Holsteen Jessen
Hospitalsdirektør

Anne Just

Chefsygeplejerske

Christian Møller-Nielsen

cheflæge

Side 2/2

Region Midtjylland
Regionshuset Viborg
Postboks 21
8800 Viborg

Hospitalsenheden Vest

Hospitalsledelser
Hospitalsdirektør/Cheflæge
Gl. Landevej 61
7400 Herning
Tlf.: 9927 2710
Fax: 9927 6305
www.regionmidtjylland.dk

Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens gennemgang af akutberedskabet

Hermed fremsendes samlet høringssvar fra Hospitalsenheden Vest vedr. Sundhedsstyrelsens gennemgang af akutberedskabet, dec. 2006.

Hospitalsledelsen har sikret, at samtlige afdelingsledelser i hospitalsenheden er gjort bekendt med materialet og muligheden for at bidrage med høringssvar.

Høringssvaret fra Hospitalsenheden Vest er delt op i to afsnit. Første afsnit omhandler hospitalsledelsens bemærkninger. Andet afsnit er en opsummering af de høringssvar, der er indkommet fra afdelingsledelserne. Afdelingsledelsernes høringssvar er vedlagt i kopi.

Hospitalsledelsens høringsbemærkninger

Indledningsvis skal det bemærkes, at hospitalsledelsen finder Sundhedsstyrelsens materiale som gennemarbejdet og velargumenteret. Evidensen i en del af materialet kan der formentlig sættes spørgsmålstegn ved, ligesom det i visse sammenhænge kan være tvivlsomt om udenlandske erfaringer kan overføres til danske forhold. Efter hospitalsledelsens opfattelse ændrer det imidlertid ikke ved, at de foreliggende anbefalinger/krav overordnet giver et godt grundlag for den videre og nødvendige planlægning for at sikre en forbedret modtagelse og behandling af de akutte patienter.

Hospitalsledelsen tager i disse bemærkninger ikke stilling til de konsekvenser en implementering af Sundhedsstyrelsens oplæg vil medføre for Hospitalsenheden Vest, men skal blot anføre, at det i en relativ lang overgangsperiode vil være nødvendig at inddrage begge store matrikler (Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Herning) i akutmodtagelsen, hovedsageligt betinget af de fysiske rammer.

midt
regionmidtjylland

Dato: 2. februar 2007
Journal nr. 2007010135A
Sagsbehandler: PØJ/åz
E-mail: supoj@ringamt.dk

Side 1/3

Hospitalsledelsen kan ikke umiddelbart vurdere hvilket befolkningsgrundlag, der er det mest optimale for et akut modtageområde. Da det er et krav, at der skal være speciallægedækning i tilstedeværelsesvagt i et udvidet omfang end hidtil kendt, skal enhederne have et noget større befolkningsgrundlag end de nuværende.

Det vil imidlertid (formentligt) være hensigtsmæssigt i forbindelse med en implementeringsplan – og herunder i Region Midtjylland - at overveje allerede fra starten at gøre enhederne så store, at det er realistisk, at man kan bemane funktionerne frem for efter kort tid igen at skulle justere i strukturen med de betydelige usikkerheder, det vil medføre. Det kan derfor – med mindre andre forhold taler imod – være hensigtsmæssigt om man fastlægger kravet til optage-område til 300.000 indbyggere for dermed at sikre, at funktionerne kan bemandes med det nødvendige antal speciallæger og det øvrige personale.

Efter hospitalsledelsens opfattelse er strukturreformen en historisk chance for at etablere et tidssvarende, kvalitetssikret og et formentligt - for en betydelig årrække - fremtidsikret akut behandlingssystem, der kan matche patienternes behov og som på en bedre og mere effektiv måde kan gøre gavn af det dygtige personale, der findes i systemet.

Forudsætningen for en så radikal ændring er imidlertid, at der sikres et robust og velfungerende præhospitalssystem. En helikoptertjeneste med helikoptere, der kan transportere patienter, kan være et supplement til et landsdækkende landbaseret system med korte responstider bemandede med kvalificeret personale. Med den foreslåede placering af helikopterne vil disse kun i særlige tilfælde kunne frembyde en markant fordel (øerne, yderdistrikter), idet indsatsen i det væsentlige alene vil komme til at bestå i kvalificeret transport af særligt syge patienter.

Hospitalsledelsen vil foreslå, at der i forbindelse med udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel skal ske en tæt monitorering af den akutte indsats og de resultater, der opnås.

Hospitalsledelsen finder Sundhedsstyrelsens forslag til de formelle krav til de akutte modtagehospitaler fornuftige og fagligt anbefalelsesværdige. Det skal samtidig bemærkes, at kravene er ambitiøse og at det vil kræve en betydelig indsats at nå den endelige implementering. Der vil være knyttet ret betydelige omkostninger til implementeringen med bl.a. ændringer i de fysiske rammer til etablering af akutmodtagelser og i et vist omfang tilvejebringelse af fysiske rammer til sengepladser mv.

Hospitalsledelsen er af den opfattelse, at implementeringstiden skal være så kort som muligt og maksimalt 5 år.

Afdelingsledelsernes høringsbemærkninger

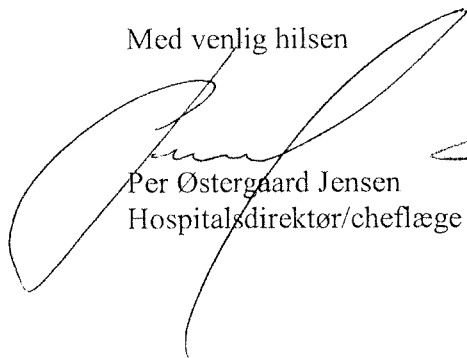
Samtlige afdelingsledelser i Hospitalsenheden Vest har haft mulighed for at bidrage med høringssvar. Der er i alt indkommet svar fra 3 afdelinger.

Af de tre svar er de to af meget detaljeret teknisk karakter.

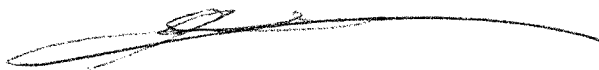
Fra afdelingsledelsen, Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro er der indkommet et mere omfattende svar, som vedlægges i sin helhed.

På grund af den korte svarfrist har det ikke været muligt at forelægge sagen for Hospitalsenheden Vest's HMU.

Med venlig hilsen



Per Østergaard Jensen
Hospitalsdirektør/cheflæge



Henning Vestergaard
Direktør



Ida Götke
Chefsygeplejerske

Bilag:

Høringssvar fra Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro

Skema "Høring vedr. akutberedskab - Regionshospitalet Vest" af 1. februar 2007

Oversigt i tabelform

Afdelingsledelsen

Tlf. 9912 5701
Fax 9912 5702

Lægårdvej 12
7500 Holstebro

Hospitalsledelsen
Hospitalsenhed Vest
Ledelsessekretariatet
Regionshospitalet Herning
7400 Herning

Vedr. "Gennemgang af akutberedskabet"



Dato: 29. januar 2007
Sagsbehandler: IC, BO

Afdelingsledelsen (AL), Medicinsk afdeling Holstebro har nedenstående bemærkninger til Sundhedsstyrelsens rapport med ovenstående titel.

AL vælger alene at kommentere på akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau, idet vi ikke anser det for sandsynligt, at man vil overveje at etablere traumecenter på højtspecialiseret niveau ud over de allerede eksisterende traumecentre. Forhold vedr. den præhospitale funktion er vanskelige at kommentere men må tilpasses modellen for den akutte sygehusmodtagelse.

Ved gennemgang og vurdering af anbefalinger haves dette citat fra rapporten in mente vedrørende evidensen i anbefalingerne:

"Det må imidlertid konstateres, at der i sekundærlitteraturen (oversigtsartikler, meta-analyser, MTV-rapporter mv.) er meget lidt evidens vedrørende konsekvenserne af forskellig organisering af det præhospitale beredskab og akutmodtagelse...

Ekspertgruppen og Sundhedsstyrelsen har således sammen på mange områder måttet træffe beslutninger om krav og anbefalinger baseret på en kombination af sundhedsfaglig og administrativ viden og ekspertvurderinger."

"Gennemgang af akutberedskabet" fokuserer mest på akutmodtagelsen af uafklarede patientgrupper i medicinske og kirurgiske specialer inkl. gynækologi og obstetrik samt parakliniske støttefunktioner. I mindre grad nævnes de forskellige specialer, der har behov for akutfunktion fra medicin og kirurgi.

AL mener helt klart, at der eksisterer det nødvendige patientvolumen og de relevante specialer (som er til rådighed i dag) til en akutfunktion på Regionshospitalet Holstebro. Inden for det medicinske område er der i Holstebro spicialefunktion for Hospitalsenhed Vest i hæmatologi, nefrologi (herunder dialyse) og lungemedicin (inkl. bronkoskopifunktion med otologisk afsnit som back up) samt basisfunktion i endokrinologi, geriatri og kardiologi.

Med etableringen af Medicinsk Visitations Afsnit (MVA) findes allerede et afsnit til uselekterede, uafklarede medicinske patienter. Skadestuefunktionen/akutmodtagelsen har allerede et godt samarbejde med alle specialer om skadestuepatienter. Der er ligeledes et godt samarbejde med Afsnit for Intensiv Terapi.

Røntgenafsnit, blodbank og laboratorium er tilgængelig og har det nødvendige udstyr.

De specielle forhold omkring fødsler vil vi ikke kommentere.

Der er nogle funktioner der er afgørende for at bevare akutfunktionen på Regionshospitalet Holstebro:

- Der skal være **parenkymkirurgisk akutfunktion** på matriklen
- Der skal kunne udføres **ekkokardiografi** også i vagttiden. Af rapporten fremgår faktisk ikke noget om, at der skal være kardiologer til stede, men det vil være at foretrække med tilstedeværelse i dagtid på hverdage og på tilkald i vagten. Det kunne løses ved, at de 2 læger, som er i Holstebro og de 3 læger i Ringkøbing (i alt 2 kardiologer ((non invasive)) og 3 sygehuslæger) dannede en "ekkovagt" i Holstebro, og ekkokardiografen i Holstebro opdateres til at kunne sende telemedicinsk online til Herning eller Skejby mhp. supervision af speciallæger i kardiologi.
- Aktuelt er der rekrutteringsproblemer i bagvagten i Holstebro - vi har aktuelt 3 speciallæger (afdelingslæger), men i sommeren 2008 kommer 2 hovedudd. læger retur fra Århus til det sidste år inden de er speciallæger (i 2009), og i efteråret 2009 returnerer yderligere en hovedudd. læge (speciallæge i 2011). Når den akutte funktion på Regionshospitalet Ringkøbing lukkes, kunne det måske være en fordel, at enkelte af sygehuslægerne (de 2 der kan ekkokardiografere) flyttede til Medicinsk Afdeling Holstebro frem for til Medicinsk Afdeling Herning, som aktuelt ikke har rekrutteringsproblemer og alle stillinger besat.
- Medicinsk akutfunktion **er støtiefunktion** for kirurger, urologer, ortopædkirurger, anæstesi- og intensiv afsnit, neurologer, øjenafdeling, øre-næse-hals afdeling, dialyseafsnittet, stabilisering af børn før videretransport til pædiatrisk afsnit Herning, hjertestopberedskab m.m

På det lange sigt (10 år) må man nødvendigvis samle alle hospitalfunktioner i Hospitalsenhed Vest på én matrikel i det vestjyske område og med den mest hensigtsmæssige geografiske placering.

Det vurderes ikke at være muligt at huse alle hospitalsopgaver på én af de to matrikler i Herning eller Holstebro ved om- og tilbygning; der eksisterer hverken fysiske eller tidssvarende rammer hertil.

Den øgede lægelige specialiseringsgrad vil på sigt kræve flere speciallæger end i dag til at udføre de samme akutopgaver.

Den store udfordring ligger således i at få Hospitalsenhed Vest til at fungere frem til, der er en langsigtet løsning med samling af alle hospitalsopgaver på én matrikel.

Med venlig hilsen

Inge Christensen
ledende overlæge

Bodil Overgaard
ledende oversygeplejerske

01.02.07/Bente Lønstrup

Høring vedr. akutberedskab - Regionshospitalet Vest

Vagtstatus

Hospital	Speciale	Speciallægenes vagtstatus
Herning	Intern medicin	Beredskabsvagt
	Intern medicin: Kardiologi	Beredskabsvagt
	Kirurgi	Vagt udenfor tjenestestedet + beredskabsvagt hvis 1. reservelæge er i bagvagt
	Ortopædkirurgi	Vagt udenfor tjenestestedet + beredskabsvagt hvis 1. reservelæge er i bagvagt
	Anæstesiologi	Tilstedeværelsesvagt
	Diagnostisk radiologi	Vagt udenfor tjenestestedet
	Gynækologi	Tilstedeværelsesvagt
	Pædiatri	Vagt udenfor tjenestestedet + beredskabsvagt når 1. reservelæge er i bagvagt
Holstebro		
	Intern medicin	Beredskabsvagt
	Intern medicin: Kardiologi	Beredskabsvagt
	Kirurgi	Vagt udenfor tjenestestedet + beredskabsvagt hvis 1. reservelæge er i bagvagt
	Ortopædkirurgi	Vagt udenfor tjenestestedet + beredskabsvagt hvis 1. reservelæge er i bagvagt
	Anæstesiologi	Tilstedeværelsesvagt
	Diagnostisk radiologi	Vagt udenfor tjenestestedet
	Gynækologi	Tilstedeværelsesvagt
Ringkøbing	Intern medicin	Vagt udenfor tjenestestedet
	Ortopædkirurgi	Beredskabsvagt
	Anæstesiologi	Tilstedeværelsesvagt i Herning passer Ringkøbing
	Diagnostisk radiologi	Vagt udenfor tjenestestedet i Herning passer Ringkøbing

Fodnote: Der er lægelig bemanding på de afdelinger der i skemaet er svaret ja i kolonnen på matriklen

Hospital	speciale	på matriklen	Vagt på matriklen		antal speciallæger
			døgnvagt *	speciallæge **	
Regionshosp. Herning	intern medicin	Ja	Ja	-	8
	intern medicin: kardiologi	Ja	Ja	-	7
	kirurgi	Ja	Ja	-	5
	ortopædisk kirurgi	Ja	Ja	-	8
	anæstesiologi	Ja	Ja	X	11
	diagnostisk radiologi	Ja	Ja	X	9
	klinisk biokemi	Ja			
	intensiv niveau 2 eller over	Ja			
	røntgen døgnmulighed	Ja			
	CT døgnmulighed	Ja			
	UL døgnmulighed	Ja			
	gynækologi	Ja	Ja	X	13
	pædiatri	Ja	Ja	-	7

** Rådigheds eller tilstedeværelsesvagt

Hospital	speciale	på matriklen	Vagt på matriklen		antal speciallæger
			døgnvagt *	speciallæge **	
Regionshosp. Holstebro	intern medicin	Ja	Ja	-	13
	intern medicin: kardiologi	-	-	-	
	kirurgi	Ja	Ja	-	6
	ortopædisk kirurgi	Ja	Ja	-	9
	anæstesiologi	Ja	Ja	X	9
	diagnostisk radiologi	Ja	Ja	X	9
	klinisk biokemi	Ja			
	intensiv niveau 2 eller over	Ja			
	røntgen døgnmulighed	Ja			
	CT døgnmulighed	Ja			
	UL døgnmulighed	Ja			

Dækkes fra Herning (udtjeneste)		Ja	Ja	X tilstedev.	5
		-	-	-	

gynækologi
pædiatri

** Rådigheds eller tilstedeværelsesvagt

Hospital	speciale	på matriklen	Vagt på matriklen		antal speciallæger
			døgnvagt *	speciallæge **	
Regionshosp. Ringkøbing					
	intern medicin	Ja	X	Rådighedsvagt	1
	intern medicin: kardiologi	-	-	-	
	kirurgi	-	-	-	
	ortopædisk kirurgi	Ja	X	Rådighedsvagt	4
	anæstesiologi	Ja	-	-	
	diagnostisk radiologi	Ja	-	-	
	klinisk biokemi	-	-	-	
	intensiv niveau 2 eller over	Nej	-	-	
	røntgen døgnmulighed	Ja	-	-	
	CT døgnmulighed	-	-	-	
	UL døgnmulighed	-	-	-	
	gynækologi	-	-	-	
	pædiatri	-	-	-	

** Rådigheds eller tilstedeværelsesvagt

Regionshospitalet

Viborg

Hospitalsledelsen

Heibergs Allé 4

Postboks 130

DK-8800 Viborg

Tlf. +45 8927 2727

Fax 8927 3450

post.sygehusviborg@sygehusviborg.dk

Til Region Midtjylland.
att. Susanne Nyholm.
Sundhedsplanlægning.
Skottenborg 26,
8800 Viborg.

**Høringsvar vedr. Sundhedsstyrelsens rapport vedr.
"Gennemgang af det akutte beredskab".****midt**
regionmidtjylland


Region Midtjylland har i mail af 15. januar 2007 bedt om hospitalernes bemærkninger til Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af det akutte beredskab".

02-02-2007
J.nr. 20-6100-7601-1-07
Hanne Dalgaard/-
Dir. tlf. 8927 2564
hanne.dalgaard@
sygehusviborg.dk
Side1/1

Hospitalsledelsen og afdelingsledelserne ved Regionshospital Viborg, Skive, Kjellerup har drøftet rapporten, og hæfter sig især ved kravene til de fælles akutmodtagelser. På baggrund heraf er man i færd med at beskrive organiseringen af sådan fælles akut modtagelse ved Regionshospitalet Viborg.

Hospitalets øvrige kommentarer til rapporten vil blive videregivet af hospitalets repræsentanter i de forskellige arbejdsgrupper, der er nedsat i forbindelse med planlægningen af, hvilke hospitaler, der skal have akut modtagelse.

Med venlig hilsen
P. h. v.



Jens Anton Dalgaard
hospitalsdirektør.

Region Midtjylland

Modt.: 5 FEB. 2007

Mail modtaget tirsdag d. 6. februar 2007

Høringssvar fra Regionshospitalet Randers

Akutrapporten har været sendt i høring hos afdelingsledelserne ved Regionshospitalet Randers. Herefter har hospitalsledelsen været i dialog med afdelingsledelserne.

I udgangspunktet er de fleste afdelingsledelser enige i forslaget fra Sundhedsstyrelsen.

Ved Regionshospitalet Randers har vi nogle meget velfungerende akutmodtagelser, som er placeret på forskellige geografiske steder på matriklen. Organkirurgisk afdeling har således i flere år haft en af disse akutmodtagelser, og afdelingsledelsen stiller sig skeptisk til, hvorvidt en samlet stor akutmodtagelse kan komme til at fungere professionelt bedre end den, de allerede har i dag. Konsekvensen af denne betænkelighed er, at dersom vi på Regionshospitalet Randers skal ændre geografien og organiseringen af disse forskellige akutmodtagelser, vil det være et uomgængeligt krav, at resultatet ikke skal være dårligere end de forhold, vi har i dag.

Endvidere vil vi understrege, at tilstedeværelsesvagt af speciallæger i alle de nævnte specialer vil være vanskeligt at gennemføre. Derfor foreslår vi, at man kan løse dette ved, at de ældste yngre læger / afdelingslæger skal kunne have tilstedeværelsesvagt med en overlæge i tilkaldevagt som mulighed i stedet for tilstedeværelsesvagt af en overlæge i vagtperioden.

Venlig hilsen
Morten Noreng
cheflæge

Mail modtaget mandag d. 5. februar 2007.

Høringssvar fra Århus Universitetshospital, Skejby

Undskyld, vi ikke har svaret, men det skyldes faktisk, at vi ikke har kommentarer til rapporten, udover at vi synes, det er nogle fornuftige overvejelser, der ligger til grund for rapporten. Med andre ord kan vi fuldt ud tilslutte os rapportens ordlyd.

Med venlig hilsen

Hospitalsledelsen
Århus Universitetshospital, Skejby

Fuldmægtig Susanne Nyholm Andersen
Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland

Heibergs Allé 4
Postboks 130
8800 Viborg
Tlf. 8927 2500

Hørings svar til Region Midtjylland

Klinisk Mikrobiologi og det akutte hospitalsbedredskab.

Sundhedsstyrelsen har udsendt "Gennemgang af akutberedskabet, 2006" med høringsfrist den 1/3-07.

Region Midtjylland har nedsat 3 arbejdsgrupper til behandling af problematikken vedrørende akutsygehuse i regionen. Høringsfrist for specialeråd er den 2/2-07.

Sundhedsstyrelsen foreslår en række specialer repræsenteret på "matriklen" ved akut modtagelse, såsom intern medicin, ortopædkirurgi, parenkymkirurgi, anæstesiologi, radiologi og klinisk biokemi. Klinisk mikrobiologi og infektionsmedicin skal være rådgivende (ikke nødvendigvis ved fremmøde).

Op til 20 % af akutte medicinske og pædiatriske patienter indlægges med infektioner. Jævnfør bilag 4, tabel 15 på side 26 og tabel 16 på side 27, hvoraf det fremgår, at der var dobbelt så mange patienter, der henvistes med en indlæggelsesdiagnose indenfor "infektions- og parasitære sygdomme" faktisk endte med at få en aktionsdiagnose indenfor dette område. Dette skyldes bl.a., at diagnostik af bakterielle og virale infektioner i de sidste år er blevet meget mere kompleks pga. nye og hurtigere, men dyre analyser. Det kræver indsigt at anvende de nye og dyre diagnostiske metoder relevant og økonomisk.

Tilsvarende kræver behandling med antibiotika og antivirale midler i dag specialviden pga. et stort udvalg af ofte bredspektrede og dyre stoffer og en samtidig stigende forekomst af multiresistente bakterier, som kun kan behandles efter nøje planlagte doseringsregimer.

Selv meget overskuelige instrukser kan ikke erstatte en mikrobiologisk/infektionsmedicinsk speciallæges ekspertise. Visse infektionssygdomme er blandt de allermest akutte og dødelige tilstande i medicinen. De bør diagnosticeres og behandles korrekt fra starten ved hjælp af tidlig mikrobiologisk rådgivning samt akut diagnostik, f.eks. mikroskopi, udsåning og hurtigttests ved en vagthavende bioanalytiker.

Allerede ved indlæggelsen inden start af antibiotikabehandling bør der tages tilstrækkeligt relevant prøvemateriale fra til mikrobiologisk diagnostik, da analyser, der kræver dyrkning af levende bakterier, ikke kan foretages senere pga. antibiotikapåvirkning. Dette materiale kan senere anvendes til yderligere analyser.

Patienterne krav på at få en moderne infektionsbehandling af høj, ensartet kvalitet.

Isolation af patienter pga. MRSA og ESBL (multiresistente bakterier) bør foregå ensartet i hele regionen, så patienterne problemfrit kan flyttes fra

midt
regionmidtjylland

14-02-2007
Side 1/2

Overlæge Jørgen Prag
joergen.prag@sygehusviborg.dk
Tlf. dir. 8927 2043

sygehus til sygehus og undersøges paraklinisk uden forsinkelse eller diskrimination fra ukyndigt personale.

Forslag fra Midtjyllands klinisk mikrobiologiske specialeråd vedr. akutberedskabet:

Klinisk mikrobiologi er et døgndækkende medicinsk speciale, og til akutberedskabet hører både diagnostisk rådgivning, behandlingsforslag og akut undersøgelse af inficeret materiale.

Akut mikrobiologisk indsats:

1. Regional akut aften-nat rådighedsvagt ved klinisk mikrobiologisk speciallæge. (Evt. sammen med Region Nordjylland)
2. Akut laboratoriediagnostik ved døgndækkende bioanalytikervagt og efter rådgivning fra klinisk mikrobiolog

14-02-2007
Side 2/2

Opsøgende nærrådgivning med tilstedeværelse i dagarbejdstiden på alle akutsygehuse:

1. Opsøgende rådgivning og evt. visitering ved daglig tilstedeværelse ved morgenkonferencer på relevante infektionstunge afdelinger, f.eks. akutmodtageafdeling og intensivafdeling
2. Opsøgende rådgivning knyttet til analyserekvisitioner og fund i analysemateriale indsendt til eget laboratorium og visitation af prøver til andre regionale mikrobiologiske laboratorier og Statens Seruminstitut
3. Oplæring af alle yngre læger under uddannelse på akut modtageafdeling i basale principper for infektionsdiagnostik og antibiotikabehandling på "matriklen"

Overlæge Jørgen Prag
joergen.prag@sygehusviborg.dk
Tlf. dir. 8927 2043

På baggrund af ovenstående foreslås følgende specifikke tilføjelser til akutberedskab rapporten:

Side 32 punkt 6.2.1 og i sammenfatningen side 35 bør tilføjes:

Følgende faciliteter bør tilbydes døgndækkende

- Konventionelle røntgenundersøgelser
- CT scanning
- Ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi
- Akutte operationsfaciliteter
- Laboratorieanalyser – klinisk biokemi
- **Akutte mikrobiologiske laboratorieanalyser – og akut klinisk mikrobiologisk rådgivning**

Jørgen Prag
Ledende overlæge
Formand for Region Midtjyllands klinisk mikrobiologiske specialeråd

midt
regionmidtjylland

På vegne af specialerådet for Klinisk Immunologi skal jeg som formand svare på høringen om Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet".

Specialerådet for Klinisk Immunologi glæder sig over initiativet til gennemgangen af det akutte beredskab.

Præhospital indsats:

Klinisk Immunologi har marginal betydning for den præhospital indsats, hvorfor anbefalingerne ikke skal kommenteres.

Fælles akutmodtagelse:

Tilstedeværelse af Klinisk Immunologi i forbindelse med akutmodtagelser er ikke krævet i rapporten. Patienter med større blødninger vil i nogle tilfælde kunne behandles kausalt i den fælles akutmodtagelse.

Hæmostatisk behandling af massiv blødning er en væsentlig funktion både i forbindelse med traumer og sygdomme med større blødninger. Klinisk Biokemi er foreslået repræsenteret ved hospitaler med akut modtagelse, men kan ikke forventes at kunne rådgive om adækvat transfusionsmæssig substitution med blodkomponenter og -derivater i den akutte situation. Klinisk Immunologi bør derfor være repræsenteret ved hospitaler med akutmodtagelser. Der bør desuden være mulighed for transfusionsrådgivning og rådgivning om koagulationsmæssig substitution på speciallægeniveau.

Traumecenter:

Traumecentre bør ifølge rapporten have speciallæger i Klinisk Immunologi i rådighedsvagt, hvilket skønnes at være en fagligt velbegrunnet anbefaling. På grund af mangel på speciallæger i Klinisk Immunologi vil det på Århus Universitetshospital være vanskeligt at opfylde kravet. Klinisk Immunologisk Afdeling har p.t. ét vagttag med reservelæger i uddannelsesstillinger, mens speciallæger ikke er vagtgående.

Specialerådet for Klinisk Immunologi vil anbefale en snarlig lokal drøftelse af problematikken, så optimal behandling af patienter med massiv, livstruende blødning kan sikres i Region Midtjylland.

Med venlig hilsen,

Bjarne Møller, formand for specialerådet for Klinisk Immunologi
Ledende overlæge
Klinisk Immunologisk Afdeling
Århus Universitetshospital - Skejby

Vedrørende Sundhedsstyrelsens rapport om akutmodtagelsen.

1.2.1007

Regionspecialerådet i Intern Medicin i Region Midt ønsker at fremsætte følgende kommentarer til politikerne i Region Midt vedrørende Sundhedsstyrelsens rapport om Akutberedskabet. Regionspecialerådet finder det nødvendigt med et større og bedre forarbejde omfattende en vurdering af alle de alvorlige spørgsmål rapporten rejser, men som lades ubesvaret. Specielt anses risikoen for forringelse af kvaliteten af akutmodtagelse og udredning for den interne medicinske ofte multisyge patient, af uddannelse og rekruttering inden for specialer, der isoleres og for utilsigtede sygehushukninger at være betydelig på de mellemstore, tværfagligt specialiserede sygehuse.

Det gøres opmærksom på, at pga. den korte tidsfrist, fremsender Regionspecialerådet et midlertidigt høringssvar til Region Midt. Regionspecialerådet arbejder videre på høringssvaret med henblik på fremsendelse af det endelige til Sundhedsstyrelsen

Hvis Sundhedsstyrelsens anbefalinger efterleves, vil dette medføre en betydelig omlægning af det danske sundhedsvæsen, specielt hvad angår opdelingen i akutte- og ikke-akutte sygehuse. Omlægninger som Sundhedsstyrelsen selv beskriver som en "revolution". I betragtning heraf finder Regionspecialerådet, at rapporten har alvorlige mangler og efterlader spørgsmål, som burde være vurderet i forbindelse med rapporten.

Sammensætningen af ekspertgruppen er skæv uden kliniske repræsentanter fra de mindre og mellemstore tværfagligt specialiserede sygehuse, og generelt efterlyses en bredere synsvinkel i rapporten, hvilket til dels kan hæge sammen med sammensætningen af ekspertgruppen.

Regionspecialerådet er grundlæggende enig i, at sygehuse må have en vis minimumsstørrelse for at kunne sikre en vedvarende faglig kvalificeret udredning og behandling.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger omkring størrelsen af optageområderne er imidlertid ikke evidensbaseret. Der foreligger tvært imod bl.a. danske undersøgelser (f.eks Sundhedsstyrelsen egne beregninger), der tyder på, at "mellemstore" sygehuse er de mest effektive. Der foreligger også europæiske undersøgelser fra sammenlignelige lande, der tyder på reduceret stordriftsfordele, når sygehuse når en vis størrelse (omkring 400 senge). Det er endvidere en kendsgerning, at antallet af forskellige interne medicinske speciallæger er størst på de mellemstore, tværfagligt specialiserede sygehusafdelinger, hvilket alt andet lige forventes at forbedre den akutte- og ikke-akutte udredning af de ikke selekterede medicinske patienter. Det synes således usandsynligt, at sammenhængen mellem kvalitet/effektivitet og størrelse er ligefrem proportional, men sandsynligt, at kurven knækker allerede ved et optageområde mellem

150.000-200.000. Overvejelser og analyser omkring dette burde være en afgørende del af Sundhedsstyrelsens rapport.

Opdelingen i akutte- og ikke-akutte sygehuse vil medføre risiko for u hensigtsmæssige patientforløb. Der kan ikke skelnes skarpt mellem akut og ikke-akut udredning og behandling, og i mange tilfælde strækker udredningen af akut indlagte patienter sig over uger. En flytning af en akut indlagt patient fra en akut-afdeling til en ikke-akut-afdeling vil ud over patientens oplevelse af personaleskiftet medføre ekstra ressourceforbrug for det nye personale og risiko for tab af information. Disse ekstra flytninger samt konkret vurdering af fordele og ulemper for udredningsforløbene på både de nuværende tværfagligt specialiserede mellemstore sygehuse og de monofagligt specialiserede afdelinger på de (meget) store sygehuse burde være en del af Sundhedsstyrelsens rapport. Der er næppe tvivl om, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger vil styrke akutbehandling og den akutte udredning på de meget store, monofagligt specialiserede sygehuse, mens det synes at være en reel risiko for, at det sker på bekostning af kvaliteten på de tværfagligt specialiserede sygehuse og derved påvirke kvaliteten af udredning og behandling af de meget store grupper af medicinske patienter, der enten er uafklarede, har flere diagnoser eller lider af ”almindelige” diagnoser som f.eks rygerlunger mmm. Rapporten burde forholde sig til denne problemstilling.

Samling af al akutmodtagelse i samme lokaler på et akut-sygehus synes kun at være en fordel, hvis alle speciallægerne er tilsted i disse lokaliteter (eller i umiddelbar nærhed heraf). Det kan være relevant at forsøge at samle specialerne på meget store, monofagligt specialiserede sygehuse eller sygehuse, hvor forskellige specialer befinder sig på forskellige matrikler. Det synes dog ikke umiddelbart at være en fordel på de mellemstore, tværfagligt specialiserede sygehuse, hvor de forskellige specialer i forvejen er let tilgængelige. Der synes ikke at være oplagte faglige grunde til at medicin og ortopædkirurgiske patienter eller fødende skal modtages i samme rum. En præcisering af baggrunden for disse overvejelser i relation til både de (meget) store monofagligt specialiserede og de mellemstore, tværfagligt specialiserede sygehuse burde være en del af Sundhedsstyrelsens rapport.

Visse patientgrupper, f.eks patienter med apoplexi, myokardieinfarkt, fødende og cancerpatienter med åbne indlæggelser bør forsat indlægges direkte på specialeafsnittene.

Ved at begrænse akut-behandlingen til kun halvdelen af sygehusene fragmenteres uddannelsen yderligere, og vil kræve at alle læger i medicinsk uddannelse (studenter, turnuslæger, AP-læger, introduktionslæger og læger i hoveduddannelser) i en periode skal være på både akutte og ikke-akutte sygehuse. Dette vil medføre yderligere stillingsrotationer og risiko for forringet uddannelse. Dette burde være drøftet i Sundhedsstyrelsens rapport.

Nogle specialer har haft alvorlige rekrutteringsproblemer på de afdelinger, der har isoleret sig fra den interne medicin – f.eks reumatologi, hvor fortrinsvis de afdelinger, der har bevaret integrationen i intern medicin kan rekruttere til specialet. Det forsøges nu flere steder, at få specialet tilbageintegreret i intern medicin for at forbedre rekrutteringen. En opdeling af specialerne på forskellige matrikler vil medføre en alvorlig risiko for at forringe

rekrutteringsmuligheder for de isolerede specialer. Overvejelser og analyser omkring dette burde være en afgørende del af Sundhedsstyrelsens rapport.

Tilstedeværelsesvagt hos speciallægerne i stedet for rådighed fra hjemmet vil f.eks. på en dag med 8 timers normaltids efterfulgt af vagt fra kl. 16-08 med 4 timers effektiv arbejde og 12 timers ubelastet rådighed medfører yderligere 8 timers afspadsering pr vagt. En analyse af, hvor mange fuldtids speciallægestillinger denne ændring medfører, burde i tider med stor speciallægemangel være en naturlig del af Sundhedsstyrelsens rapport. Kun herved vil man have et fornuftigt grundlag for at drøfte, hvorvidt denne omlægning er den mest hensigtsmæssige udnyttelse af de nuværende speciallægeressourcer.

Rapporten anbefaler, at der skal være intern mediciner i afdelinger, der modtager akutte patienter. Der nævnes imidlertid intet om, hvorvidt denne anbefaling omfatter alle 9 medicinske grenspecialer eller om blot én speciallæge i f.eks. intern medicin:reumatologi opfylder kravet. Det præciseres heller ikke, om speciallægerne skal være ansat i afdelingen eller om det er tilstrækkeligt at kunne tilkalde disse (eventuelt fra andet matrikelnummer).

Det anføres, at man skal kunne lave ultralydsscanninger inkl EKKO, men ikke om dette skal være af kardiologisk speciallæge, anden læge eller eventuel blot af en tekniker (ikke-læge). En præcisering heraf samt en vurdering af konsekvenserne af anbefalingen burde være en afgørende del af Sundhedsstyrelsens rapport.

Regionspecialerådet finder det hensigtsmæssigt, at alle 9 medicinske specialer er samlet omkring den akutte medicinske, ofte multisyge patienten med flere diagnoser indtil patienten er færdigudredt og kan flyttes på en monospecialiseret afdeling.

Regionspecialerådet i Intern Medicin finder Sundhedsstyrelsens rapport indeholder mange relevante overvejelser, men også at rapporten nogle steder er overfladisk uden at have vurderet alvorlige, sandsynlige konsekvenser, hvis anbefalingerne føres ud i livet. Regionspecialerådet anbefaler derfor, at man integrerer en vurdering af de rejste spørgsmål og udarbejder en revideret rapport.

På vegne af Regionspecialerådet i Intern Medicin i Region Midt
Ulrich Fredberg, formand.

Akutberedskab i Region Midt

Det kæbekirurgiske specialeråd har flg. hørings svar vedr. organisering af akutberedskabet i Region Midt:

Da Kæbekirurgisk Afdeling, Århus Sygehus er tæt integreret i regionens traumecenter ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, vil specialerådet anbefale at den kæbekirurgiske akut-vagtfunktion i fremtiden alene er beliggende her. Af hensyn til det øvrige akutberedskab og de decentrale skadestuer vil den kæbekirurgiske visitation af ansigts- og kæbefrakturer samt andre akutte tilstande fordelagtigt dækkes fra den døgnbemandede enhed, der ligger i tilknytning til traumecentret. Specialerådet finder at en af de første opgaver vil være at formidle denne organisation ud til de akutmodtagelser/skadestuer, der i fremtiden vil være fordelt i regionen. Det anbefales at der hurtigst muligt optages kontakt med disse, således at modtagne kæbekirurgiske patienter på disse steder (ansigts- og kæbeskadede, infektioner mm.) konfereres med vagthavende på Kæbekirurgisk Afdeling efter samme standarder som eksisterer på, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Den teknologiske udvikling i form af digital røntgen og billedkommunikation (MMS, mm.) vil således kunne understøtte og forbedre den akutte modtagelse af kæbekirurgiske patienter på regionens øvrige skadestuer/akutmodtagelser til optimering af patientforløb.

Med venlig hilsen

John Jensen, Ledende Overtandlæge, Lektor, Ph D

Formand for Kæbekirurgisk Specialeråd, Region Midt

Århus 2007-02-09

Til Region Midtjylland

Høringsvar ang. "Gennemgang af akutberedskabet" fra Sundhedsstyrelsen.

Det lungemedicinske specialeråd er enig i princippet om kvalitet frem for nærhed, og Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at samle den akutte modtagelse på færre geografier, med lettere adgang til speciallæger i vagt.

Med hensyn til akut modtagelse af de lungemedicinske patienter bør det sikres, at disse modtages på et hospital med fuld anæstesiologisk bistand og med mulighed for behandling med Non Invasiv Ventilation.

Lungemedicinske patienter der skal behandles med Non Invasiv Ventilation, bør på sigt behandles på et lungemedicinsk afsnit.

M.v.h.

Jens L. Frandsen

Formand for det lungemedicinske specialeråd
Overlæge på medicinsk afd. M-1
Randers Regionshospital

Mail modtaget d. 2. februar 2007

Høringssvar fra Kristian Emmertsen, formand for Specialrådet for Kardiologi i Region Midtjylland

Akutrapporten er mig bekendt.

Kardiologer har bemærkninger til rapporten vedr behov for kardiologisk speciallæge i vagt på akutte modtageafdelinger. I rapporten står at der på 24- timers basis skal kunne udføres ekkokardiografi hvilket efter vores opfattelse er upræcist. Kun kardiologer behersker ekkokardiografi. Via Dansk Kardiologisk Selskab argumenteres der derfor for at rapporten omformuleres på dette punkt.

Som tidligere anført deler jeg heller ikke opfattelsen at ÉN og kun een indgang for alle akutte patienter til et medicinsk+ kirurgisk visitationsafsnit er hensigtsmæssigt på en større sygehusenhed. Især når man betænker at hensigten hermed er at en stor del af patienterne skal forblive i visitationsafsnittet i både 2 og 3 døgn mhp at undgå afdelingsskift. Hvis man tænker på et stort centralsygehus med et optageområde på 250.000 indbyggere har de vel omtrent 30 akutte medicinske og 30 akutte kirurgiske indlæggelser i døgnet (du har formentlig mere præcise tal herfor), og det akutte visitationsafsnit skal vel så dimensioneres til 120 senge eller lignende, hvilket uvægerligt vil føre til subspecialisering (abdominalkirurgisk afsnit, ortopædkirurgisk afsnit, medicinsk afsnit, kardiologisk afsnit, intensivt afsnit) for at få overblik i en meget urolig afdeling hvor patienterne ryger ud og ind i stort tal. Og så har vi skabt et hospital i hospitalet. Hvem varetager ledelsesansvaret?- f.eks for det ortopædkirurgiske afsnit i det blandede modtageafsnit. Tanken om den multidisciplinære indsats over for de diagnostisk uafklarede patienter er jo god, men jeg tror det multidisciplinære drukner i en så stor organisation.

Hellere ser jeg derfor at forud visiterede patienter går direkte til relevant afdeling, medens diagnostisk uafklarede går til et fælles modtageafsnit.

Sundhedsstyrelsen debatoplæg nævner muligheden for direkte visitation til specialafdeling men fremhæver ellers den fælles indgang, hvilket også synes at være den fremherskende opfattelse i akutgruppen i RM, i hvert fald blandt forvaltningsrepræsentanterne. Og her er det kardiologiske specialråd altså uenig.

Mvh

Kristian Emmertsen

Overlæge dr.med.,
Hjertemedicinsk afdeling,
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus

Mail modtaget d. 6. februar 2007.02.14

Høringssvar fra Ole Steen Nielsen, formand for Specialerådet for Klinisk Onkologi i Region Midtjylland.

Jeg har haft materialet rundsendt i rådet. Onkologien bliver ikke berørt af dette beredskab og der er ingen indvirkninger fra side.

Ole Steen Nielsen

Ledende overlæge
Onkologisk afdelinge
Århus Universitetshospital

**Brugerrådet for Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter og
Ambulatorier.**

Børge Rasmussen
Formand.

8660 Skanderborg den 23. 01. 07.
Mågevej 5, tlf. 86520227, rmh17f

Region Midtjylland,
Regionsrådet,
Skottenborg 26,
8800 Viborg.

Vedr. offentlig høring om det akutte beredskab, den 06. 02. 07 i Viborg.

I dagspressen har jeg læst, at der skal afholdes ovennævnte offentlige høring.

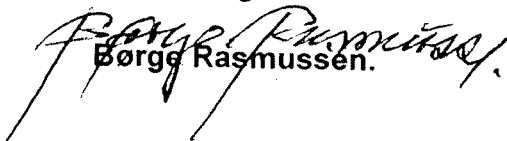
Emnet har min store interesse, men jeg har desværre ikke mulighed for at deltage.

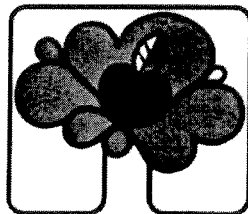
Som frivillig i sundhedsarbejdet, herunder formand for Brugerrådet, gennem mange år og som tidligere beredskabschef i 40 år har forholdene omkring akut beredskabet og den Præhospitale indsats optaget mig meget.

Kunne jeg deltage i høringen, ville jeg have forelagt vedlagte notat. Det er mit håb at notatet vil kunne indgå i debatten.

Optages der et referat af høringen, ser jeg gerne et sådan tilsendt pr. post.

Med venlig akut hilsen


Børge Rasmussen.



Skanderborg
Sundhedscenter

Region Midtjylland

Modt: 24 JAN. 2007

BRUGERRÅDET FOR SKANDERBORG
SUNDHEDSCENTER OG AMBULATORIER
v/ Børge Rasmussen
Mågevej 5 . Tlf. 86 52 02 27

Brugerrådet for Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter m.v.
Børge Rasmussen 8660 skanderborg, den 01. 02. 07.
Formand. Mågevej 5, tlf. 86520227. rms27f

Møde d. 06. 02. 07. kl. 17,00-19,30 i Region midt, Skottenborg 26, Viborg.
NOTAT.

Emne : " Det akutte beredskab," Hvor langt skal vi have til Skadestuen ?

I områder uden Sygehus og Skadestue må borgernes beredskab varetages ud fra følgende :

- * Bekendtgørelse af 6. december 2000 om " Præhospital indsats."
- * Århus Amts Sundhedsplan, vedtaget den 01. 03. 05. Afsnit 6.3.stk. 5, Præhospital plan / Palliativ plan.

For f. eks. Skanderborg - området må beredskabet omfatte :

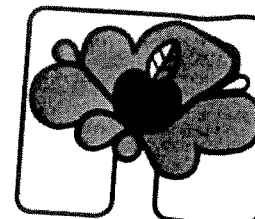
- * Ambulancereddere skal have trin 3 uddannelse jfr. bekendtgørelsen.
- * Der etableres i yderområder lægebiler eller udrykningslæger.
- * Ved lang responstid for ambulancer herunder situationer med "tom ambulancestation" tilkaldes nærmeste Brand - og redningsstation, der indgår som " Nødbehandler," i tiden indtil ambulance / lægebil er fremme.
- * Brandvæsenet afgår til skader med fastklemte og med båd til indsøredning.
- * Der tilbydes Kursus i Førstehjælp til skolernes afgangsklasser.
- * De praktiserende læger har " Åben skadestue " i deres åbningstid.
- * Uden for lægernes åbningstid, etableres i lokalområderne visiterede sygeplejerske betjente " Skadeklinikker " på f. eks. plejhjem, der har aftale med lægevagten. Lægevagten kan have aftalt konsultation samme sted.
- * Der etableres i Regionen dækkende Hospice eller Palliative team.
- * Der indgås aftaler med militæret om :
 - Helikopter hjælp.
 - Bæltekøretøjer under storm - vand - og snesituationer.
- * Sundhedscentre med sygehusbetjente ambulatorier, udbygges efter behov i lokalområderne.

Ovenstående til gavn for borgerne i lokalsamfundet uden akut sygehus

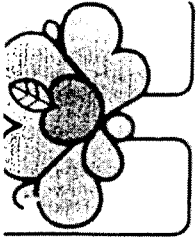
Med venlig akut hilsen

Børge Rasmussen.

BRUGERRÅDET FOR SKANDERBORG
SUNDHEDSCENTER OG AMBULATORIER
v/ Børge Rasmussen
Mågevej 5 . Tlf. 86 52 02 27



Skanderborg
Sundhedscenter



Skanderborg Sundhedscenter

Brugerrådet for Skanderborg Sundhedscenter og Ambulatorier.

Brugerrådets mærkesager :

- * Kontakt med områdets befolkning omkring sundhed og sygdom, navnlig i forbindelse med de funktioner, der er etableret på Sundhedscentret.
- * Fastholde og udbygge de funktioner, der er på Sundhedscentret, herunder ambulatorier, bloddonertapning samt Sundhedscentrets administration.
- * Samarbejde med Amts- og Byråd gennem Kontaktudvalget for Sundhedscentret.
- * Samarbejde med sygehusledelsen på Silkeborg Centralsygehus.
- * Gode kollektive trafikforbindelser mellem Skanderborg og Silkeborg.
- * Samarbejde med Aktivitetsudvalget for Sundhedscentret, for at fremme oplysningsarbejdet om sundhedsfremme og forebyggende aktiviteter.
- * Fremme anvendelsen af Sundhedscentrets lokaler til sundhedsfremmende oplysningsarbejde.
- * Fastholdelse af sundhedscafeen på Sundhedscentret.
- * Etablering af aflastningssenge i Skanderborg.
- * Etablering af lokal visiteret sygeplejebejnt " Skadeklinik " på en døgn-plejehospital med aftalt besøg af vagtlægen.
- * Udvidet konsultationstid hos de praktiserende læger.
- * Oplysningsmateriale om Sundhedscentrets og Aktivitetsudvalgets tilbud.
- * Samarbejde med foreninger, der arbejder med sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter.
- * Fortsat udbygning af den præhospitale indsats, herunder førstehjælp, alarmering, ambulanceberedskab (responstider, totaltid, telemedicin), lægeambulance, fastklemte, indseredning og nødbehandling.
- * Optagelse i Sundhedsplan for Århus Amt
- * Kontingent til Brugerrådet :
Personligt kr. 25,00 - Husstand kr. 50,00. - Firma kr. 100,00.
- * Hæftet " Skanderborg Sygehus 1784 - 1988 " koster 35,00 kr. Kan købes i Skanderborg boghandel, Sundhedscentret og formanden for Brugerrådet.

mærke019

- * Der er udsendt en husstandsomdelt pjese der der beskriver sundhedscenterets tilbud. Pjecen bliver løbende revideret.
- * Der er udarbejdet et hæfte " Skanderborg Sygehus 1784 - 1988 " .
- * I det omfang det er muligt gives der vejledning til enkeltpersoner om det ret så komplicerede sundhedssystem, herunder forhold der kan ændres eller forbedres. Mange har medvirket til at ovennævnte er lykket, det er Amt - og Byråd, foreninger og enkeltpersoner. Men Brugerrådet mener også, at have efterladt et varigt og stort fingeratryk på forløbet efter sygehusets lukning den 31. december 1988.

En ny situation.

I september 2002 melder Amtsrådet ud med omfattende spareforslag inden for bl.a. sygehusområdet. Nogle borgere i Odder anmoder Brugerrådet om hjælp til at etablere en " Støtteforening for Odder Centralsygehus, " som er i farezonen. " Det lykkes hurtigt at få en forening dannet. Der afholdes borgermøder, underskriftindsamlinger, demonstrationer. Anstrengelserne påvirker kun i ringe grad Amtsrådets oprindelig beslutning. I Amtsrådets møde den 3. december 2002 vedtages en omfattende spareplan. For Centralsygehusene i Grenå og Odder betyder det, at alle akutte funktioner overføres til sygehusene i Århus, Randers og Silkeborg. Sygehusene bliver til dagsygehuse. De åbne skadestuer bliver til sygeplejevisiterede skadestuer, der skal ringes før besøg. Nærhedsservicen på Sundhedscentret i Skanderborg skal fortsætte uændret, men driftsansvaret overtages af Silkeborg Centralsygehus fra foråret 2003. " Hospice uden mure " skal ligeledes fortsættes uændret med smerteklinik. 14 års godt samarbejde med Odder Centralsygehus ophører i foråret 2003.

Udrykningslægeordningen nedlægges og erstattes af yderligere en døgnlægeambulance, der er heretter to lægeambulancer i Århus - og Djurslandsområdet.

Det understreges at der er " Frit sygehusvalg. "

I Brugerrådets høringsvar til Amtet i forbindelse med besparelserne er det foreslået, " At den af Byrådet godkendte " Nødbehandlerordning " udført af Brand - og redning i Skanderborg bringes til udførelse, og

At der uden for de praktiserende lægers konsultationstid etableres en lokal visiteret sygeplejebejnt " Skadeklinik " på en af kommunens døgnplejehospitaler og bejnt af den faste døgnsygeplejerske. Til Skadeklinikken kan knyttes aftalt besøg af vagtlægen. Brugerrådet er af den opfattelse, at vi i den vanskelige situation har været med til at sikre indflydelse på de trufne beslutninger i positiv retning.

Der er endnu ting, som ikke er blevet gennemført selv om der er brugt mange kræfter, her kan nævnes :

- * I 1992 indføres en ny central vagtlægeordning. Skanderborg - området og Amtets 4. største bysamfund er uden lokal vagtlægekonsultation. Etablering af en lokal vagtlægekonsultation er endnu ikke lykket. Brugerrådet har dette som et meget stort ønske. Byrådet støtter sagen meget positivt og vil stille lokale til rådighed. Etablering af en lokal " Skadeklinik " kan være en løsning.
- * Udvidet konsultationstid hos de praktiserende læger.
- * Yderligere styrkelse af ambulanceberedskabet og den præhospitale behandling, herunder en " Nødbehandlerordning. "
- Etter Sygehuslukningen i 1988.
Befolkningen i Skanderborg- området har idag med resignation indstillet sig på at leve i et sygehusomt område.
Megen bitterhed og harme kunne være undgået, såfremt Amtet i samarbejde med f. eks. Støtteforeningen forud for lukningen, havde udarbejdet en handlingsplan. Planen skulle give en beskrivelse af de foranstaltninger, som idag ved mange gode kræfters indsats er opnået til gavn for borgerne, og derved bøde på ulemperne ved sygehuslukningen. Dette er nu fortid, og Brugerrådet ønsker at se positivt fremad. Brugerrådet vil fortsat arbejde på, at fastholde det opnåede og en fortsat udbygning af Nærhedsservicens ambulatorier med tilbud så flest mulige kan behandles lokalt på Skanderborg Sundhedscenter ud fra

" For hvis skyld har vi et sundhedssystem "

Børge Rasmussen.

10år8977

Brugerrådet for Skanderborg Sundhedscenter og Ambulatorier.
(Indtil 29. maj 1991 Støtteforening for Skanderborg Sygehus.)

Fra Sygehus (1784 - 1988) til Sundhedscenter (1993).

Støtteforeningen for Skanderborg Sygehus holdt stiftende generalforsamling den 16. marts 1988 med det formål:
 " at medvirke til bevarelse af Skanderborg Sygehus som et lokalsygehus med et højt serviceniveau ved blandt andet afholdelse af møder og informationsvirksomhed af forskellig art ".
 Det lykkes ikke støtteforeningen at bevare sygehuset, en lokal avis skrev efter lukningen, den 31. december 1988 :
 " Men hverken protester, demonstrationer, støtteforeninger, aktionskomiteer, partifæller, personale, tonsvis af læserbreve, rapporter, konsekvensberegninger eller noget som helst andet formåede at få det 18 personer store flertal til at skifte standpunkt. Slaget om sygehuset har stået mellem politikere og befolkningen. Bagefter er det svært at se, hvem der er den største taber.

Måske er det i virkeligheden vort folkestyre . "

Det er for Brugerrådet, gennem forhandlinger, møder og information lykkes at medvirke til, at opnå :
 • Bevare sygehusets hovedbygning til sundhedsformål, selv om bygningen var sat til salg i 1989.

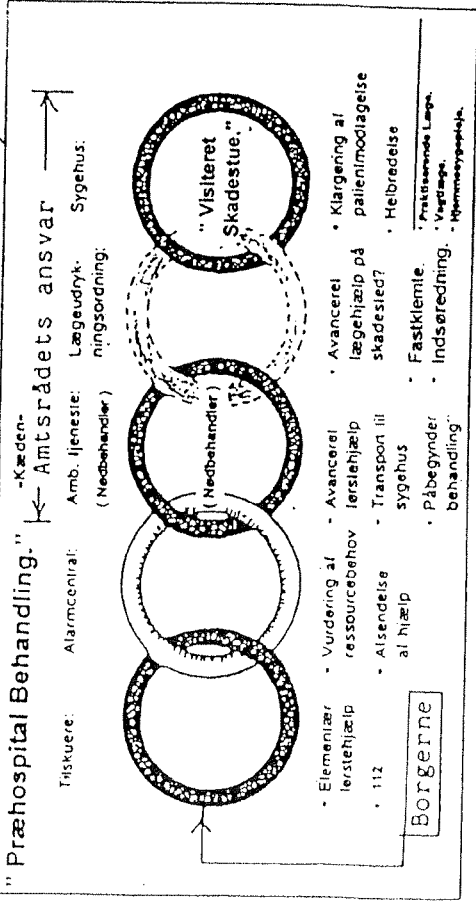
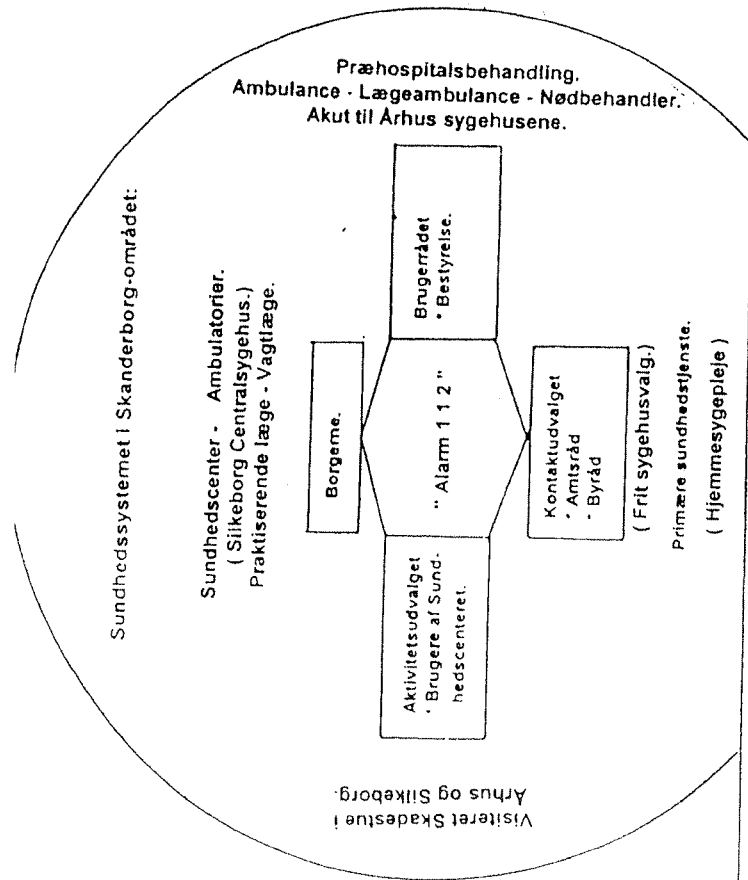
- Etablering af et Sundhedscenter og en sygehushæmslig Nærhedsservice, udgift ca. 16 mill. kr. og indvidet den 31. august 1993. Nærhedsservicen betjenes af Odder Centralsygehus, som en " Forpost " .
- Der er løbende tilført Nærhedsservicen nye funktioner, bl. a. medicinsk ambulatorium åbningstidene er eget og blodonertapningen er bevaret. I 2002 tages en " Aben røntgenlinik " med teleoverførelse til Odder Centralsygehus i brug.
- Skadestuen på Odder Centralsygehus er anerkendt, som " Aben skadestue " .
- Der blev givet støtte til Folkestyrelisten, liste Ø, som gav indflydelse i Amdsrådet i en svær overgangsperiode.

Ved en meget positiv forhandling med Amtets sygehusudvalg den 9. april 1990, lykkes det at få aftalt et fremtidigt forhandlingsforløb om alle lokale forhold vedrørende Sundhedscenteret og Nærhedsservicen. Der etableres et politisk " Kontaktudvalg " med repræsentanter fra Amt - og Byråd samt Brugerråd. Endvidere et " Aktivitetsudvalg " for brugerne af Sundhedscenteret for at udvikle og understøtte sundhedsfremmende og forebyggende initiativer.

- Der er opnået forståelse for vigtigheden af at udbygge Præhospitalsbehandlingen. Efter flere henvendelser til Sundhedsministeren er det lykkes at få først en " Ambulancebekendtgørelse " og i 2000 " Bekendtgørelse om Præhospitals indsats m. v. " Der foreskrives en længere uddannelse af ambulancepersonalet så de kan udføre forskellige former for behandling, herunder betjening af hjerteudstyr m. v. Endvidere bedre radioudstyr med kontakt til sygehuset og på sigt Telemedicin mellem ambulance og sygehus.
- Amtet har tiltrådt, at der ved ulykker og akut sygdom kan deltage Udrykningslæger / Ambulancelæger.

Der er aftale om at brandvæsenet deltager i alle udrykninger med fastklemte personer og ved indsædning. I situationer med lang ventetid på ambulance indføres en " Nødbehandlingsordning, hvor brandvæsenet kan yde førstehjælp.

- Der er etableret en ny fælles elektronisk alarmcentral, 112, for hele Aarhus Amt, der giver kortere alarmitid til beredskabet.
- Amtet yder tilskud til, at de ældste skoleklasser kan tilbydes kursus i førstehjælp. Der er fra lægelig side anerkendelse af " Lægmands indsats ved bl. a. hjertestop. "
- Der er opnået en tæt kontakt med Odder Centralsygehus vedrørende Nærhedsservicen og fastholdelse af patientunderlaget til sygehuset. Sygehuset burde hedde Centralsygehus Syd.



Kontingent: Personligt kr. 25,00 - Husstand kr. 50,00 - Firma kr. 100,00.

Hæftet " Skanderborg Sygehus 1784 - 1988 " Koster 35,00 kr. Kan købes hos Skanderborg Boghandel, Administrationen på Skanderborg Sundhedscenter og Børge Rasmussen. brf500

HØRINGSSVAR FRA DET REUMATOLOGISKE SPECIALERÅD VEDR. DET AKUTTE HOSPITALSBEREDSKAB

Sundhedsstyrelsen har udsendt "Gennemgang af akutberedskabet, 2006" med høringsfrist den 01.03.2007.

Region Midtjylland har nedsat tre arbejdsgrupper til behandling af problematikken vedr. akutsygehuse i regionen. Høringsfristen for specialerådene var sat til den 02.02.2007, dvs. samme dag som anmodningen blev fremsat.

Sundhedsstyrelsen foreslår en række specialer repræsenteret på "matriklen" ved akutmodtagelse, så som intern medicin, ortopædkirurgi, parenkymkirurgi, anæstesiologi, radiologi og klinisk biokemi.

Reumatologi har siden 1982 været et intern medicinsk subspecialer, som er placeret på alle større sygehuse med akut modtagelse af uselektede intern medicinske patienter. Foruden en faglig begrundelse, har der også været en uddannelsesmæssig og rekrutteringsmæssig begrundelse for at integrere reumatologien som en del af intern medicin, og i regionen forefindes det på alle basissygehuse og den højt specialiserede enhed:

- Regionshospitalet Holstebro: 4 normerede ovl., 3 ansatte ovl., 1 afdelingslæge, 2 introlæger, 1 hoveduddannelseslæger, 1 uklassificeret
- Regionshospitalet Viborg: 6 normerede ovl., 2 ansatte ovl., 1 afdelingslæge, 2 hoveduddannelseslæger, 2 introlæger, 3 uklassificerede
- Regionshospitalet Silkeborg: 8 normerede ovl., 5 ansatte ovl., 1 afdelingslæge, 2 hoveduddannelseslæger
- Regionshospitalet Randers: 3 normerede ovl., 2 ansatte ovl., 1 afdelingslæge
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus Nørrebrogade: 5,4 normerede ovl., 5,4 ansatte ovl., 0,5 afdelingslæge, 6 hoveduddannelseslæger, 2 introlæger, 1 uklassificeret

Der er forskelle mellem de enkelte afdelinger i, hvordan lægerne indgår i akutberedskabet, men generelt forholder det sig som nedenstående:

- Ved HSE-enheden indgår uddannelsessøgende læger i akut MVA-vagt og afdelingens speciallæger (overlæger) danner en selvstændig beredskabsvagt til dækning af akutte inflammatoriske led-, bindevævs- og vaskulitsygdomme, herunder landsdelsfunktionen samt forespørgsel vedr. akut indlæggelse i modtageafsnit af patienter med især ryg- og ledproblemer
- Ved basissygehuse indgår uddannelsessøgende læger på lige fod med andre speciallæger i dækningen af akutte intern medicinske vagtberedskaber og speciallægerne kan indgå i beredskabsvagt på lige fod med speciallægerne fra de andre subspecialer under intern medicin

Denne struktur med reumatologien som en integreret del af intern medicin ved alle sygehuse med akutmodtagelse af uselektede medicinske patienter har været etableret siden 1980'erne. De faglige begrundelser er, at akutte medicinske bevægeapparatsproblemer, uafklaret feber og dårlig almentilstand, udbrud i autoimmune sygdomme m.fl. er et kvantitativt betydende problem i akutte modtageafsnit og reumatologen har en bred intern medicinsk uddannelse, herunder særlig ekspertise i hurtig afklaring og behandling af de nævnte sygdomsgrupper. Den uddannelsesmæssige begrundelse er, at faget reumatologi beskæftiger sig med multiorgansygdomme, og det er nødvendigt at sikre de uddannelsessøgende bred intern medicinsk erfaring for at fastholde kvalitet i undersøgelse og behandling af reumatologiske patienter. Endelig er der en rekrutteringsmæssig begrundelse, idet det reumatologiske speciales synlighed sammen med de øvrige intern medicinske grenspecialer har givet mulighed for at tiltrække flere yngre læger.

FORSLAG FRA DET REUMATOLOGISKE SPECIALRÅD FOR REGION MIDTJYLLAND VEDR. AKUTBEREDSKABET

Reumatologi fortsætter uændret som en del af det døgndækkende intern medicin

- Uddannelsessøgende reservelæger indgår i den akutte intern medicinske vagt sammen med lægerne fra de øvrige subspecialer i intern medicin
- Speciallægerne (overlæger, afdelingslæger) kan indgå i beredskabsvagt på lige fod med andre intern medicinske subspecialer ved basissygehuse, og ved HSE-enheden en selvstændig beredskabsvagt som hidtil

Subakutte reumatologiske tilsyn i dagarbejdstiden på alle akutsygehuse medvirker til hensigtsmæssige patientforløb

- På speciallægeniveau og/eller uddannelseslægeniveau undersøges patienter i akutte modtageafdelinger og på andre afdelinger mhp. undersøgelses- og behandlingsplan, evt. overflytning til reumatologisk afdeling

Hurtig afklaring, evt. allerede i modtagelsesafsnit og hurtig tilrettelæggelse af hensigtsmæssige patientforløb er vigtigt for de mange akutte patienter med ryg-, led-, og almene problemer, autoimmune sygdomme m.fl., og her har den bredt uddannede reumatolog ekspertise at byde på

Speciallægeuddannelse og rekruttering til reumatologien fremover

- Det er afgørende med uddannelse i at håndtere sygdomme i de forskellige organsystemer, da multiorgansygdomme præger specialet. Det er vigtigt at kunne håndtere komplicerede medicinske behandlingsstrategier ved disse sygdomme. Dette tilgodeses bedst ved at 2 år af hoveduddannelsen foregår inden for bred intern medicin og med deltagelse i det akutte vagtberedskab, således som det er tilfældet nu

Rekrutteringen til faget sker bedst, hvor der er flere yngre læger med interesse for "brede" intern medicinske problemstillinger

KONKLUSION

Ovennævnte faglige, uddannelsesmæssige, rekrutteringsmæssige begrundelser er uændret til stede mht. at placere reumatologien ved alle større sygehuse med akutmodtagelse. De mange akut indlagte patienter med uafklaret feber og dårlig almentilstand, ryg- og ledproblemer samt naturligvis autoimmunsygdomme, håndteres bedst af den reumatologiske specialist i et tæt samarbejde med andre intern medicinske grenspecialer.

Et overblik over diagnoserne på de akut indlagte medicinske patienter er naturligvis afgørende for, hvad der er en hensigtsmæssig deltagelse fra de enkelte subspecialer under intern medicin. For at undgå uhensigtsmæssige patientforløb er det vigtigt at reumatologen og andre grenspecialer kan lægge plan for de akutte patienterne eller modtage dem på egne afdelinger allerede næstfølgende dag.

Kristian Stengaard-Pedersen
professor, overlæge, dr.med.
formand for Det Reumatologiske Specialråd for Region Midtjylland

Akutberedskab - hørings svar fra pædiatri.

I gennemgangen fra Sundhedsstyrelse står:

*Ved fødsler skal der desuden være gynækologi og obstetrik samt pædiatri.
Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader, bør pædiatri
være repræsenteret på matriklen.*

Vi kan fuldt tilslutte os at der skal være pædiatri på de steder hvor der modtages børn nyfødte såvel som ældre.

Ved fødsler skal der desuden være speciallæge i gynækologi og obstetrik samt pædiatri.

Følgende specialer bør have speciallæge i tilstedeværelsesvagt: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi og anæstesiologi. Såfremt gynækologi og obstetrik og pædiatri er på matriklen, skal de have tilstedeværelsesvagt.

Vi er enige i at der optimalt bør være speciallæger i pædiatri i tilstedeværelsesvagt ved modtagelse af nyfødte samt ved modtagelse af medicinsk syge børn.

På Traumecentre kræves:

Tilstedeværelsesvagt af speciallæger fra specialerne: anæstesiologi, gynækologi og obstetrik, intern medicin, intern medicin: kardiologi, kirurgi, thoraxkirurgi, ortopædkirurgi og pædiatri.

Vi mener ikke tilstedeværelsesvagt af speciallæge i pædiatri er absolut nødvendig ved modtagelsen af traume patienter. Ved traumer hos børn varetages den akutte indsats primært af anæstesiologer og kirurger. Der bør være speciallæger i pædiatri i rådighedsvagt. Mulighed for pædiatrisk speciallægebistand vil være væsentlig i forløbet, men vi finder ikke at det er absolut nødvendigt med pædiater i modtagelsen.

Forretningsudvalget for specialerådet i pædiatri, februar 2007

Det regionale specialeråd i endokrinologi har følgende kommentarer til rapporten "Gennemgang af akutberedskabet" udarbejdet af SST.

Vi noterer med tilfredshed, at speciallæger i intern medicin:grenspeciale får en central rolle i akutberedskabet. Vi mener, at speciallæger i intern medicin vil være velegnede til at varetage ledelsen af disse store akutte modtagelser, hvor størstedelen af patienterne indlægges under et kompleks billede af flere intern medicinske og sociale problemstillinger, mens kun et ganske lille mindretal er karakteriserede ved egentlige "emergency" tilstande.

Det skal understreges, at mange speciallæger i intern medicin:endokrinologi ikke har varetaget akut modtagefunktion i en kortere eller længere periode.

Disse speciallæger i intern medicin:endokrinologi samt speciallæger udelukkende i endokrinologi, har brug for kompetenceudvikling, såfremt de skal indgå i akutberedskabet.

Vedr. præhospitalsindsatsen

Vi er enige i at det er vigtigt at få beskrevet hvorledes forskellige patientkategorier optimalt visiteres til undersøgelse og behandling ved vagtlæge, i den akutte modtagelse eller ved subakut ambulant funktion den efterfølgende dag. Det regionale specialeråd i endokrinologi forventer at blive indbudt til at deltage i arbejdet med at beskrive visitationsstrategier for sygdomme indenfor det endokrinologiske speciale.

Vedr. den akutte modtagefunktion

I rapporten anslås, at der vil være behov for én akut modtagefunktion pr. 200-400.000 indbyggere. Det vil i region midtjylland med 1.200.000 indbyggere svare til 3-6 akutte modtagefunktioner.

I 2005 var der 177.493 akutte indlæggelser på regionens sygehuse heraf ca. 71.000 (40%) akutte indlæggelser på de medicinske afdelinger. Dette svarer til 65 medicinske indlæggelser pr. døgn pr. akut modtagefunktion ved indførelse af 3 akutte modtagefunktioner i regionen. Blandt de medicinske specialer modtager det endokrinologiske speciale det næsthøjeste antal akutte indlægger (tabel 10 i bilag), og vi vil derfor foreslå at speciallæge i intern medicin:endokrinologi bør være tilgængelige, men ikke nødvendigvis tilstede ved de akutte modtagefunktioner (punkt 6.2.1).

Vedr. betydning af oprettelse af akutmodtagefunktion for endokrinologisk specialistfunktion

Det fremgår ikke klart, hvorledes de akut indlagte medicinske patienters logistisk skal fordeles efter de første 24 timer. Skal disse patienter flyttes til stationære afsnit på akut sygehuset eller til sygehuse uden akut funktion? Skal alle patienter vurderes af speciallæge inden der tages stilling til det postakutte forløb? På grund af den manglende præcisering er det vanskeligt at vurdere konsekvenserne af forslaget for den endokrinologiske specialefunktion i regionen. Vi savner en beregning/vurdering af antallet af speciallæger i intern medicin:endokrinologi, der skal inddrages i den akutte modtagefunktion i regionen og hvor stor en del af deres arbejdstid, der vil blive brugt i den akutte modtagefunktion. Den ambulante funktion er en af kerneydelserne for den endokrinologiske speciallæge. Vi mener derfor, at det er bydende nødvendigt at foretage pålidelige beregninger af, hvorledes

oprettelse af disse akutte modtagefunktioner vil påvirke de endokrinologiske dagfunktioner. Hvor mange speciallæger i endokrinologi kommer til at mangle i dagtid til diagnostik og behandling af indlagte og ambulante endokrinologiske patienter? Sidstnævnte gruppe må forventes at vokse i forhold til nuværende niveau, da det i rapporten forudsættes, at flere patienter ved henvisning til subakut ambulat vurdering førstkomende hverdag, vil kunne undgå indlæggelse.

En betydelig ændring af speciallægenes arbejdsfunktioner fra de nuværende overvejende endokrinologiske specialistfunktioner i retning af mere uspecifik intern medicin modtagefunktion vil påvirke ikke alene kvaliteten af det endokrinologiske behandlingstilbud men også de fremtidige muligheder for rekruttering og uddannelse af speciallæger i endokrinologi. Det foreslås derfor, at man fokuserer på at sikre tilgængelighed af intern medicinsk: endokrinologiske speciallæger fremfor tilstedeværelse af disse, da dette sandsynligvis vil medføre en uheldig udhuling af specialistfunktionen i dagtiden, hvor hovedparten af diagnostik og behandling indenfor vores speciale foregår.

Vedr. sikring af gode patientforløb

Vi mener, at der indenfor det endokrinologiske speciale – ligesom indenfor andre specialer – findes grupper af patienter med hyppig indlæggelsesbehov, hvor et hensigtsmæssigt patientbehandlingsforløb vil indebære en direkte visitation til endokrinologisk sengeafdeling uden forudgående indlæggelse på den akutte modtagefunktion.

Det drejer sig bl.a. om personer med brittle diabetes og Addisons sygdom. Vi vil foreslå at der for patienter i denne kategori fortsat er mulighed for direkte indlæggelse på sengeafdelinger med stor ekspertise i disse sygdomme og specifik kendskab til de pågældende patienter – altså en form for "åben indlæggelse i egen afdeling".

Bente Lomholt Langdahl, formand

på vegne af forretningsudvalget for det regionale specialeråd i endokrinologi

Mail modtaget d. 15. februar 2007.

Høringssvar fra det infektionsmedicinske specialeråd ang. akutfunktion

-----Høringssvar som modtaget fra Lars Østergaard-----

"For at et hospital i fremtiden kan have akut modtagefunktion skal der være døgndækning af speciallæge i infektionsmedicin. Dette skyldes, at mellem 25% og 33% af alle akutte indlæggelser er patienter med feber uden anden klar specialepræference. I praksis vil det sige 2 overlæger i infektionsmedicin (ferie, kurser, afspadsering osv). Da der ikke aktuelt er uddannet det nødvendige antal infektionsmedicinere, kan samarbejdsaftaler mellem de enkelte sygehuse være en midlertidig løsning".

Venlig hilsen

Lars Østergaard, specialerådsformand i infektionsmedicin

Ledende overlæge, lektor, dr.med., PhD
Lars Østergaard
Infektionsmedicinsk afd. Q
Skejby Sygehus
8200 Århus N
Tlf.: 8949 8300
Fax: 8949 8310
e-mail: OES@sks.aaa.dk

Lars Ostergaard, MD, PhD, DMSc
Medical director, A/Prof.
Dept. of Infectious Diseases
Aarhus University Hospital
Skejby Sygehus
DK-8200 Aarhus N
Denmark
Ph.: +45 8949 8300
Fax: +45 8949 8310
e-mail: OES@sks.aaa.dk

Mail modtaget d 15. februar 2007

Høringssvar fra Specialerådet for klinisk biokemi

Rapporten om Akutberedskab har været sendt i skriftlig høring i Specialerådet for klinisk biokemi. Specialerådet noterer sig, at det klinisk biokemiske speciale på relevant vis er indtænkt i den fremtidige plan for akutberedskabet. Der anbefales, at specialet skal findes fysisk på matrikler med traumecentre samt fælles akutmodtagelser, og at specialet skal kunne kontaktes, også selvom fremmøde ikke er påkrævet. Specialerådet er enig i dette og skal understrege, at der vil være et specielt behov for vagthold inden for trombose og hæmostase. Det vil kunne dækkes gennem etablering af en (bi)regional eller national vagtdækning (telefon). I region Midt har klinisk biokemisk afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby, ekspertviden inden for dette område.

Specialerådet har i øvrigt ingen kommentarer til rapporten.

Med venlig hilsen
Ebba Nexø

Kontaktoplysninger:

Professor Ebba Nexø
Klinisk biokemisk afdeling, AS
Århus Universitetshospital
8000 Århus C
Telf: 8949 3083

12.02.2007

Kommentar til notat om Sundhedsstyrelsens akutrapport og udfordringer i forhold til Region Midtjylland.

De overordnede **mål** for Det Radikale Venstre (RV) er:

Kvalitet, det betyder, at den kvalitet, vi tilbyder borgerne i det offentlige sundhedsvæsen er på højde med den kvalitet, som de andre lande, vi normalt sammenligner os med, tilbyder deres borgere. Det betyder også, at vi skal tilstræbe, at alle borgere uanset hvor de bor og uanset deres økonomiske forhold får behandling og pleje af samme høje kvalitet. Ved kvalitet forstår vi den faglige kvalitet, fastlagt ved målinger.

Godt arbejdsmiljø, det betyder, at vores personale skal føle sig trygge i forholdet til patienterne ved, at de har en uddannelse og en erfaring, som gør dem i stand til at varetage de opgaver, de pålægges og at de arbejder i et team, hvor de kan støtte og supervisere hinanden. Det betyder også, at arbejdet ikke må være så presset og uberegneligt, at det går ud over den nærmeste familie. Det betyder ligeledes, at personalet ikke må tvinges til at yde en så lav faglig kvalitet, at det er stressfremkaldende. Dette forhold er formentlig hovedårsagen til den tiltagende afvandring fra det offentlige sundhedsvæsen.

Nærhed, de sundhedstilbud, som uden at det går ud over kvalitet og arbejdsmiljø, kan ligge tæt på borgeren, skal så vidt muligt imødekomme ønsket om nærhed. **Men nærhed må ikke gå forud for kvalitet og et godt arbejdsmiljø.** Det betyder, at vi fra radikal side, er helt indstillet på at samle specialer og spidskompetencer på færre matrikler. Vi er også indstillet på at gøre det så hurtigt, det er muligt. Det er vi, fordi man ved af erfaring, at begynder man først at samle specialerne, siver personalet hurtigt fra de specialer, som skal flyttes, selvom det er engang ude i fremtiden. **Men en samling af akutte funktioner på færre matrikler må ikke betyde, at arbejdstempoet bliver urimelig højt, eller at patienterne føler sig behandlet på samlebånd.** For at opnå befolkningens tillid til samlingen af akutfunktionerne skal der udarbejdes dokumentation for, at den øgede afstand faktisk forbedrer kvaliteten i behandlingen og at flere overlever med færre efterfølgende skader.

Anbefaling 2: Al henvendelse bør være visiteret og bør ske via 112 og praktiserende læge/vagtlæge.

Fra radikal side i Region MJ er der opbakning til denne visitationsform. Den har fungeret godt i Ringkøbing og Viborg Amter og vi ser derfor ikke nogen grund til, at denne visitationsform ikke kan indføres og fungere tilfredsstillende i resten af landet. (RV i Reg. Hovedstaden har dog et andet syn på denne løsning). Fra radikal side vil vi gerne støtte ønsket om modellen, hvor sygeplejersker bistår de praktiserende læger med visitationen. **Men** vi forstår PLO's bekymring. Vi har derfor i bestyrelsen i det *radikale kommunale netværk* besluttet, at kræve, at de sygeplejersker, som skal involveres i dette arbejde har en videreuddannelse svarende til *nurse practioner/advanced practice nursing*, som i Storbritannien, Nordamerika, Australien o.a. lande. (Sygeplejerskolen i Viborg er langt fremme med planlægningen af en uddannelse i avanceret sygeplejepsaksis: diagnosticering,

medicinordination, ordination af behandling, henvisning af patienter til andre professionelle faggrupper og indlæggelse på hospital).

Anbefaling 4+5:

I forlængelse af svaret på anbefaling 2, er vi enige i, at alarmcentralerne også skal betjenes af sundhedsfagligt personale. **Det er vist, at høj faglig kompetence helt ude i yderste led giver højere kvalitet og færre fejludstillinger.** Desuden er personalet på alarmcentralerne systemets ansigt over for borgerne og patienterne. Det er i dette første møde tillid og mistillid til vores sundhedsvæsen bliver skabt.

Anbefaling 9 – 13. Helikopterordning

Fra radikal side er vi ikke overbevist om helikopterløsningen, men ser den som en handel med borgerne, når man vil samle akutbehandlingen på færre enheder. Det er en meget dyr løsning og vi ville kunne få mange ambulancer for det helikoptererne kommer til at koste. Ved at øge kompetencerne hos redderne, sygeplejerskerne og lægerne og mulighederne for at starte endnu mere behandling op i ambulancerne, kan vi måske få mere kvalitet til flere patienter for pengene end vi får ved helikopterordningen. Helikoptererne vil sandsynligvis blive brugt i stadig flere situationer, når vi først har dem. Det betyder, at det ikke kun bliver til øboer og svært traumatiserede patienter. Denne udvidelse af patientkategorierne bliver dyr, da en helikopterflyvning koster flere gange så meget som en ambulancetransport. Havde vi kunnet holde os til de to grupper, ville det være naturligt, at helikoptererne stod på traumecentrene, men kriterierne vil skride og derfor ser vi, at stationeringen bliver i lufthavnene. For Midtjylland må det blive Karup, som ligger mest centralt. Afstandene bliver store og derfor skal der defineres en øvre grænse for afstanden til akut behandling. Hvis denne grænse overskrides, er et helikoptertilbud uundgåeligt. Sammenlægningen af akutfunktionerne på færre matrikler med længere afstande for mange af borgerne **må ikke resultere i, at en mængde borgere med rette føler sig snydt ved at få en 'fjern, teoretisk kvalitet' i bytte for 'nærhed på et lavere niveau'.**

Anbefaling 18

RV er enige i, at al modtagelse af **uselekterede akutte** patienter skal gennem fælles akutmodtagelse. Undtaget er som nævnt, og det er vi enige i, børn, fødende, hjertepatienter, åbne indlæggelser mfl.

Vi er enige i, at de kommende år vil kræve store investeringer i ombygning og nye bygninger. Hovedstaden har set skriften på væggen og er begyndt at overveje et nyt sygehus på Amager. Lignende overvejelser mener vi, Region MJ skal have. Her tænker vi på den vestlige del af regionen. I øjeblikket er der fire større sygehuse placeret i Viborg, Silkeborg, Herning og Holstebro, som betjener borgerne vest for Århus. Sygehuse skal kunne fungere samlet i en årrække, men der bør ligge en plan for et nyt topmoderne sygehus, som kan betjene borgerne i den vestlige del af regionen med samme kvalitet på **mindst** hovedfunktionsniveau. Et niveau, som borgerne i den østlige del i løbet af de nærmeste år vil kunne nyde godt af pga udbygningen af Skejby Sygehus.

Anbefaling 19

Vi er fra radikal side enige i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Vi vil gerne påpege, **at den akutte patient er både den mest syge og den mest sårbare patient. Den akutte patient kan ikke vælge. Denne patient skal have den højst mulige ekspertise til at varetage den første vurdering.** Vi er helt enige i, at vi ikke fremover kan bemande 7-8 uselekterede akutmodtagelser. Faktisk mener vi, uden at have de nøjagtige tal for det nuværende og fremtidige antal speciallæger i regionen, at 5 akutmodtagelser er i overkanten og 4 akutmodtagelser i hele regionen er realistisk og ønskeligt. Vagtbyrden vil med 4 akutmodtagelser med en hensigtsmæssig normering blive rimelig for personalet og kvaliteten vil dermed øges. Vi er nødt til at satse på, at vi har mindst seks speciallæger på hver specialafdeling. Antallet af akutte modtagelser må baseres på muligheden for at bemande dem på betryggende vis. Vi vil gerne igen minde om det, vi skriver som indledning til dette afsnit: **den akutte patient er både den mest syge og den mest sårbare.....** Borgerne har krav på, at de i denne situation mødes med kompetence og tryghed, fordi personalet føler sig kompetente og dermed trygge.

Sygeplejerskebetjente skadestudier

Når vi ikke ubetinget bakker op om sygeplejerskebetjente skadestudier, er det, fordi danske sygeplejersker ikke har den ovenfor nævnte videreuddannelse i avanceret klinisk praksis. En anden grund er, at danske sygeplejerskers grunduddannelse i mange år har været mangelfuld på det patofysiologiske (sygdomslære) område og at der først nu er ved at blive rettet op på denne mangel. Denne mangel findes ikke i engelske o.a. landes grunduddannelse af sygeplejersker. De har således både en grunduddannelse og en videreuddannelse, som kvalificerer dem til at fungere selvstændigt inden for flere specialer, herunder hele akutområdet. Det er dokumenteret, at sygeplejersker med en videreuddannelse i avanceret klinisk praksis yder pleje og behandling til befolkningen på et højt kvalitativt niveau. Vi vil ikke fra radikal side acceptere, at speciallæger erstattes af sygeplejersker, som ikke har de fornødne kvalifikationer. Det kan vi ikke byde borgerne og heller ikke sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne skal ikke presses til ydelser, der overstiger deres individuelle kompetencer. Den akutte patient skal for at føle sig tryk vide, at det sundhedspersonale, hun eller han møder i denne situation, er kompetente.

Vi må gøre det helt klart over for borgerne, hvad en skadestudie er og hvad borgerne kan forvente og især ikke forvente, at en skadestudie kan klare. Desuden skal sygeplejerskerne sikres en passende opbakning i vanskelige og overraskende situationer.

Ambulancer som skadestudier

En mulighed for at komme borgerne i møde er ved at skadestudien kommer ud til patienten. Ambulancer kan indrettes til at imødekomme flere former for akutbetjening. Dette område ser vi gerne udviklet og tilpasset de forskellige behov borgerne i Region midt vil få ved sammenlægning af de akutte funktioner.

20. Befolkningsgrundlag 200.000 – 400.000

Århus har 300.000 som befolkningsgrundlag på hovedfunktionsniveau + højt specialiserede funktioner. Resten af regionen har hovedfunktionsniveau + enkelte spidsfunktioner. I forlængelse af vores svar på anbefaling 19, så kommer vi til følgende resultat: Århus skal have den ene akutmodtagelse. Der bliver herefter plads til 3 til resten af regionen med et patientgrundlag på ca. 300.000 til hver. Vi ved, det er drastisk, men når vi skal vægte kvalitet for både borgerne og personalet og da ingen af delene kan ses isoleret, så er det det, vi må arbejde for 300.000. Det vil i det meste af regionen være omkring det dobbelte af det grundlag, vi baserer os på i øjeblikket.

Vi mener, at diskussionen om stordriftsfordele og –ulemper skal være balanceret. Vi bliver i dette dokument kun spurgt om ulemper. Men som påpeget i vores svar til punkt 18 og 19, så mener vi, at sammenlægningen af specialer og akutmodtagelser sikrer, at vi har tilstrækkeligt med kvalificeret personale, til at vi kan dække vagterne trygt og kvalificeret. Samtidig kan vi sikre, at vi har tilstrækkeligt personale i dagarbejdstiden, så der kan afspadsreses og personalet kan videre- og efteruddannes.

Økonomi

Vi er fra RV bevidste om, at omlægningen på kort sigt vil være udgiftskrævende og at vi skal ombygge i bygninger, som ikke skal bestå i et længere perspektiv. Derfor er det vigtigt med en langsigtet plan. Da vi har en plan for øst-regionen, er det vest-regionen, som nu har behov for en langsigtet plan.

Der skal i de kommende år investeres løbende i nyt udstyr. Alt andet lige vil det være af betydning, at det ikke skal ske på flere matrikler, idet flere specialer på færre matrikler kan udnytte fælles udstyr. Vi skal dog ikke forvente, at nyt udstyr, selvom det er nødvendigt, er tilstrækkeligt til at rekruttere personale. Den erfaring har man gjort i Norge. Rekruttering af personale kræver et arbejdsmiljø, uddannelse og udvikling samt infrastruktur og meget mere er medtænkt.

Skal der opretholdes vagtlag og skaffes speciallæger til mange matrikler, bliver det kostbart og det er heller ikke hensigtsmæssigt, at vi fylder de tomme personalestillinger udelukkende med udenlandske læger og sygeplejersker. Vi ved fra Storbritannien, som har en lang og åben tradition for at modtage udenlandsk sundhedspersonale, at der er en grænse for, hvor mange et team kan tage samtidig med, at man bevarer den faglige kultur og kan varetage uddannelsen og udviklingen i specialet/afdelingen. Vi er dog åbne for at modtage udenlandsk sundhedspersonale, så længe vi sikrer, at det er fra lande, som har en overskudsproduktion. Vi vil ikke være med til at løse vores mangel på sundhedspersonale ved at skabe mangel i lande, som alt andet lige har større sundhedsproblemer, end vi har her i landet. Vi bliver nødt til at fokusere på og løse vores egne arbejdsmiljøproblemer, hvis vi vil standse afvandringen til vikarbureauer, privat sektor og tidlig pension.

Sammenfatning

- Øgning af kvaliteten i den akutte funktion
- Øgning af kvaliteten i de elektive og ambulante funktioner, der derved bliver lettet for den akutte byrde
- Øget tryghed for den akutte patient med færre fejlbehandlinger
- Bedre arbejdsmiljø gennem opkvalificering og anstændige normeringer
- Mere indflydelse på egne vilkår for fagpersonalet i frontlinien
- Sygeplejerske baserede klinikker, men med den fornødne videreuddannelse og lægelig opbakning.