

Afdeling: Planlægning og Udvikling Udarbejdet af: Per Busk
Journal nr.: 07/118 E-mail: Per.Busk@regionsyddanmark.dk
Dato: 6. marts 2007 Telefon: 76631366

Region Syddanmarks hørings svar til Sundhedsstyrelsen vedr. "Gennemgang af akutberedskabet".

Hermed Region Syddanmarks hørings svar til Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet", som er godkendt på Regionsrådets møde den 5. marts 2007.

Regionsrådet vil indledningsvist gerne kvittere for, at Sundhedsstyrelsen har valgt en relativ lang høringsfrist. En frist som styrelsen for Region Syddanmarks vedkommende endda velvilligt har forlænget med en uge, hvilket har givet mulighed for en bredere inddragelse af relevante parter i udarbejdelse af regionens hørings svar. Regionsrådet i Region Syddanmark debatterede første gang Sundhedsstyrelsens rapport den 8. januar 2007, hvor man besluttede at indkalde til en bred faglig høring, således at Regionsrådet fik lejlighed til at høre de lokale fagpersoners syn på rapporten. Den faglige høring blev afholdt den 1. februar 2007 med deltagelse af repræsentanter fra regionens faglige specialeråd, kommunerne, patientforeninger og sygehusledelser. Herudover deltog Sundhedsstyrelsen ved Lone de Neergaard i høringen. En række input fra den faglige høring indgår i Regionsrådets hørings svar.

Fælles akutmodtagelse på hovedfunktion

Det væsentligste element i Sundhedsstyrelsens rapport om det akutte beredskab er efter Regionsrådets opfattelse anbefalingen af fælles akutmodtagelser. Regionsrådet tilslutter sig visionen om en opgradering af modtagelsen af akutte patienter, således at der på et sygehus, som modtager uselekterede akutte patienter døgnet rundt, er et team af speciallæger og andet sundhedsfagligt personale tilstede – klar til at diagnosticere og iværksætte behandling. Regionsrådet mener, at dette er en rimelig forventning, borgerne kan have til et akutmodtagende sygehus i dagens Danmark. Efter Regionsrådets opfattelse vil dette være en væsentlig kvalitetsforbedring i forhold til den nuværende akutmodtagelse på mange sygehuse, hvor den akutte patient uden for almindelig dagarbejdstid som oftest modtages af en yngre læge under uddannelse (reservelæge), som i særlige tilfælde kan tilkalde en mere erfaren læge (speciallæge), hvis lægen under uddannelse skønner, at der er et uopsætteligt behov herfor.

På baggrund af den faglige høring i Region Syddanmark, kan Regionsrådet tilslutte sig, at de nødvendige specialer med tilstedeværelse døgnet rundt i en fælles akutmodtagelse er: Intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesi. Sundhedsstyrelsens anbefaling af mulighed for akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi, vil herudover medføre behov for opgradering af akutsygehusenes beredskaber i radiologi og kardiologi. Regionsrådet kan desuden tilslutte sig anbefalingen om, at klinisk biokemi skal være repræsenteret på et akut-sygehus.

Regionsrådet kan endvidere - bl.a. på baggrund af den faglige høring - tilslutte sig Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at modtagelse af fødende forudsætter tilstedeværelse af speciallæge i gynækologi/obstetrik, samt at en fødeafdeling principielt bør ligge i tilknytning til en pædiatrisk afdeling med neonatalfunktion af hensyn til sikkerheden for børnene og for at begrænse antallet af overførsler mellem sygehuse.

I rapporten fra Sundhedsstyrelsen er det anført, at der kun er én indgang til sygehuset for akutte patienter. Regionsrådet opfatter dette som hovedreglen for de kommende akutsygehuse, men at det for særlige patientgrupper vil være muligt fysisk at indrette sig med flere indgange.

Regionsrådet noterer sig, at der ikke er stærk faglig evidens for anbefalingen om et befolkningsunderlag på mellem 200.000 – 400.000 indbyggere. Regionsrådet noterer sig endvidere, at Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at der i alle regioner er områder, hvor geografiske eller andre lokale forhold nødvendiggør specifikke løsninger.

Traumecenter niveau I

Regionsrådet noterer med tilfredshed, at der fortsat lægges op til, at der skal være 4 traumecentre på niveau 1 i Danmark. Regionsrådet ser frem til, at traumecentret på Odense Universitetshospital sammen med de øvrige traumecentre indgår et formaliseret samarbejde om fordeling af særlige patientkategorier og om fælles retningslinjer for behandling samt kvalitetsopfølgning.

Uddannelse af speciallæger

Uddannelse af speciallæger er af allerstørste betydning for den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet i en tid med speciallægemangel, herunder er det især vigtigt, at de yngre læger hurtigt kan opnå de kompetencer, der er foreskrevet i målbeskrivelserne for den enkelte speciallægeuddannelse, som det var forudsat i reformen af speciallægeuddannelsen. Regionsrådet vurderer, at organiseringen af akutmodtagelsen i fælles modtagelser med en række speciallæger i tilstedeværelse døgnet rundt vil være med til at understøtte de yngre lægers kliniske uddannelse.

Det præhospitale område

Regionsrådet mener, at oprustning af det præhospitale område er en nødvendig følge af oprettelsen af større, men færre akutmodtagelser. Vigtige elementer i oprustningen af den præhospitale indsats i Region Syddanmark er efter Regionsrådets opfattelse følgende:

Døgndækning med lægebiler skal udbygges og der skal ske en oprustning af behandleruddannelsen til niveau III (paramedicinere)

Oprettelse af landsdækkende lægehelikopter som supplement til den øvrige præhospitale indsats – især møntet på områder med lange afstande til nærmeste akutsygehus, øerne samt transporter til universitetshospitalet.

Anbefalingerne på det præhospitale område vil forhøje udgifterne i Region Syddanmark på sundhedsområdet. Af væsentlige økonomiske konsekvenser kan nævnes:

- merudgift på ca. 12 mio. kr. til etablering af/opgradering af døgndækkende lægebiler i henholdsvis Esbjerg-området og Svendborg-området
- merudgifter til uddannelse af paramedicinere alt efter, hvor mange steder, der skal være niveau 3-reddere

- udgifter til oprettelse af lægehelikoptere, estimeret til 17 mio. kr. for regionen, såfremt der på landsplan etableres 4 lægehelikoptere, som finansieres af regionerne efter befolkningstal
- herudover stigende udgifter til ambulancekørsel, estimeret til 20 - 30 mio. kr. pga. længere afstande til akut-sygehuse, udgifter til nye telefoni- og IT-systemer (beredskabssystemer) samt merudgifter til styrkelse og opgradering af AMK-funktionen.

Regionsrådet er endvidere enig i, at alarmcentralernes disponering af præhospital indsats bør understøttes med sundhedsfaglige kompetencer, fx via en udbygning af AMK-funktionen.

Lægevagtsordningen

Regionsrådet bakker op om etablering af ét landsdækkende telefonnummer til lægevagten. Dette vil lette adgangen for borgeren til lægevagten.

Med hensyn til forslaget om, at al henvendelse til sygehusvæsenet skal være lægevisiteret, har Regionsrådet følgende bemærkninger:

Der er i Region Syddanmark, såvel som i andre regioner en række ordninger, hvor borgerne enten henvender sig direkte eller visiteres af andet sundhedspersonale end læger. Der er tale om åbne skadestuer, åbne skadestuer eller sygeplejerske-visitation af henvendelser til skadestuerne. Ordningerne er velfungerende set ud fra borger-service, nærhed, kvalitet og økonomi. Der bør derfor efter Regionsrådets opfattelse ikke gennemføres en ensretning af dette område i Danmark med tvungen lægevisitation før end der er gennemført en langt mere dybtgående undersøgelse af fordele og ulemper herved.

Til illustration heraf er der i Region Syddanmark gennemført en konsekvens-beregning af forslaget om tvungen lægevisitation. Resultatet heraf er, at det for regionen vil medføre merudgifter på ca. 21 mio. kr. til lægevagtsordningen. Merudgifterne vedrører stigning i antallet af telefonkonsultationer og konsultationer. Spørgsmålet er, om det vil være muligt at gennemføre en afledt og tilsvarende besparelse i sygehusenes skadestuer.

Dertil kommer, at ordningen vil beslaglægge ca. 14 årsværk for praktiserende læger i regionen, hvilket skal sammenholdes med, at der er mangel på praktiserende læger i Region Syddanmark.

Driftmæssige konsekvenser af indførelse af fælles akutmodtagelser

Regionsrådet har derudover overvejet de driftmæssige konsekvenser af Sundhedsstyrelsens forslag om fælles akutmodtagelser. Den væsentligste driftmæssige konsekvens af dette vil være samling af de akutte patienter på færre sygehuse. Overvejselsen kunne så være, at der ville være stordriftsfordele ved en sådan centralisering af det akutte område. Efter Regionsrådets opfattelse vil dette næppe være tilfældet. Der er intet, som tyder på, at store sygehuse generelt set er mere produktive end fx mellemstore sygehuse. Der henvises til den seneste produktivitetsopgørelse i Danmark "Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, anden delrapport." (December 2006). Derimod er der meget som tyder på, at oprettelse af et antal fælles akutmodtagelser med tilstedeværelse af speciallæger døgnet rundt vil medføre et ressourceproblem i forhold til anvendelse af "knappe speciallægeressourcer", med heraf øgede udgifter til speciallæge-dækningen i vagttiden. Det må ligeledes forventes, at andre personalegrupper i højere grad vil være i tjeneste udenfor almindelig dagarbejdstid, med heraf følgende merudgifter til følge.

"Næsten speciallæger" vil – i lyset af ovenstående – have en naturlig placering i vagtarbejdet, idet det utvivlsomt vil blive nødvendigt delvist at basere sig på denne gruppe på grund af vakancer i

speciallægestaben, men langsigtet må det forudsættes, at de ansvarlige for akutfunktionen helt og fuldt matcher speciallægekompetenceniveauet.

Anlægsmæssige konsekvenser af indførelse af fælles akutmodtagelser

I Region Syddanmark modtages der i dag – i varierende omfang - akutte patienter på i alt 14 matrikler, henholdsvis Brørup, Esbjerg, Fredericia, Grinsted, Haderslev, Kolding, Middelfart, Odense, Svendborg, Sønderborg, Tønder, Vejle, Ærø og Aabenraa.

En samling af den akutte aktivitet således at befolkningsunderlaget følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger betyder, at den akutte aktivitet vil skulle samles på max. 6 sygehuse med akutmodtagelse, idet befolkningsunderlaget i Region Syddanmark er på ca. 1,2 mio. indbyggere.

Der er således tale om en meget stor reduktion i antallet af akutmodtagelser, med store anlægsmæssige konsekvenser til følge.

Regionsrådet har overvejet de anlægsmæssige konsekvenser af indførelse af fælles akutmodtagelser. Forslaget om samling af de akutte funktioner på færre sygehuse kan udmøntes på flere forskellige måder. Der er lavet overslag over forskellige alternativer med 4 - 6 akut sygehuse i regionen. Anlægsudgifterne ligger i spændet mellem 4,8 mia. kr. og 5,7 mia. kr. over en 5 års periode ekskl. udgifter til medicoteknisk udstyr og inventar. Beregningerne er baseret på udbygning af eksisterende sygehuse. Anlægsudgifterne vil være væsentligt højere, såfremt der bygges et nyt universitetshospital i Odense. Regionsrådet mener, at et nyt syddansk universitetshospital er en løsning, ud fra et bygningsmæssigt og udviklingsmæssigt perspektiv. Det nuværende Odense Universitetshospital er et bygningsmæssigt kompleks af ældre dato, med snævre udbygningsmuligheder. Sygehuset skal under alle omstændigheder gennemrenoveres og udbygges. Det er derfor nu muligheden er for at bygge et nyt syddansk universitetshospital ved motorvejen. Et universitetshospital, som vil være særdeles velbeliggende i forhold til at dække lands-landsdels funktioner for såvel Region Syddanmark, som andre dele af Danmark.

Modtagelse af selekterede akutte patienter

Regionsrådet har i sine overvejelser om den fremtidige tilrettelæggelse af akutbetjeningen i Region Syddanmark lagt til grund, at både ambulante patienter, subakutte patienter og selekterede akutte patienter inden for det intern medicinske område kan modtages på andre sygehuse end de fremtidige akutsygehuse. Et sådant sygehus kunne "danne par" med et akut sygehus. Det ene par-sygehus har en fælles akut modtagelse af uselekterede akutte patienter. Det andet par-sygehus skulle varetage ambulante behandlinger, dagkirurgi, daghospital og stationær aktivitet på de kirurgiske områder samt modtagelse af selekterede akutte medicinske patienter.

Dette vil fordrer et passende beredskab på sygehuset og de nødvendige støttefunktioner. Denne tænkning forudsætter et tæt fagligt, ledelsesmæssigt og organisatorisk samarbejde.

Det er Regionsrådets vurdering, at en sådan konstruktion – til trods for visitationsmæssige problemstillinger - kan være nødvendig, idet alene de anlægsmæssige konsekvenser ellers vil være uoverskuelige inden for en kortere årrække.

Psykiatri

Regionsrådet konstaterer, at rapporten ikke forholder sig til den fremtidige akutbetjening på psykiatriområdet. Regionsrådet tilslutter sig rapportens anbefalinger om, at der i den videre planlægning af akutområdet sker en samtidig afklaring af akutbetjeningen for det somatiske område såvel som for det psykiatriske område.

Det fremgår af rapporten, at den fremtidige akutbetjening i somatikken ikke kræver tilstedeværelse af speciallæger i psykiatri på matriklen døgnet rundt, hvilket i realiteten medfører, at psykiatriske afdelinger ikke nødvendigvis bør ligge samme sted som somatikken, og slet ikke pga. den akutte behandlingsopgave. Dette er i tråd med Region Syddanmarks opfattelse af, at afhængigheden i somatikken af tilstedeværelse af psykiatriske speciallæger i akutte situationer typisk er meget begrænset, og kan i langt de fleste tilfælde håndteres i form af tilsyn.

Psykiatriens og somatikkens akutte funktioner i regionen er i dag adskilt på forskellige matrikler i regionen, og det fungerer generelt uproblematisk. Somatikkens behov for psykiatrisk speciallægekspertise er oftest maksimalt en subakut tilgængelighed.

I forlængelse af anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen om - i den videre planlægning af akutområdet - at indtænke akutbetjeningen i psykiatrien, forventer Region Syddanmark at få mulighed for at kunne indrette akutbetjeningen i psykiatrien, så den passer til de regionale forhold og den overordnede regionale organisering af somatikken og psykiatrien i Region Syddanmark.

Tidshorisont for gennemførelse af fælles akutmodtagelse

Det er Regionsrådets opfattelse, at gennemførelse af en ny struktur på akutområdet i regionerne bør ske hurtigst muligt efter, at der er truffet beslutning. Sundhedsstyrelsen angiver en implementeringsperiode på op til 10 år. Dette er efter Regionsrådets opfattelse en urealistisk lang gennemførelsesperiode. Beslutningerne bør gennemføres hurtigst muligt og helst inden for 5 år, ellers vil ændringer blot ske af sig selv og på en ukoordineret måde. Den samlede anlægsøkonomi bør derfor være til rådighed inden for denne periode.

Med venlig hilsen

Carl Holst
regionsrådsformand