

d. 5. sept. 2017

Jeg vil begynde med at pege på nogle områder, hvor vi i SF mener, at der er besparelsesmuligheder. Først og fremmest besparelser, som ikke generer nogen.

Vi mener, at vi skal se stort på reglerne omkring kontrastvæsken og fortsætte med at lave den efter egen opskrift. At nogen – højere oppe i systemet - laver regler, som er uhensigtsmæssige – både ift. kvalitet og pris – skal vi påtale på rette sted. Og vi skal ikke følge regler, som ikke er fornuftige eller som i dette tilfælde slet ikke giver mening.

Lægerne skal ikke bare give patienterne mulighed for at fastholde et bestemt præparat, når det ikke er absolut nødvendigt. Hvis et mærke kan erstattes af et billigere og det er fagligt ok, så skal der ikke være noget valg. Hvis der er tale om tilskudsmedicin og en vis egenbetaling, så vælger patienterne den billigste, hvis det er muligt/fagligt forsvarligt. Borgerne skal også have den billigste (forsvarlige) medicin, i de tilfælde, hvor andre vælger for dem. Selvfølgelig skal vi sikre, at patienterne forstår, hvad det er, der sker, så de er trygge ved behandlingen.

Hvis der er hold i snakken om, at vi i RN er hurtigere til at tage ny dyr medicin i brug end tilfældet er andre steder – specielt i RH, så skal vi måske stræbe efter en holdningsændring. Det er et politisk ansvar at beslutte hvor hurtige eller hvor large vi skal være på området - og ikke lægerne der skal træffe den beslutning.

Vi har sagt det i mange år og vi siger det igen. Det er ikke rimeligt, at gravide selv kan bestille et kejsersnit. Et kejsersnit skal udelukkende foretages efter en faglig vurdering. At vi nu også hører om, hvordan kejsersnit kan påvirke senere graviditeter/fødsler i negativ retning gør det endnu mere uforståeligt, at vi hvert år tillader op mod 100 kvinder i RN at vælge kejsersnit, bare fordi de gerne vil - det er ikke i orden. Vi mener, at

den praksis skal ophøre. (Tale med andre regioner om, hvordan vi fremover håndterer disse ønsker.)

Vi mener også, at der stadig er penge at hente ved bedre vagtplanlægning og koordinering. Fælles vagter – både afd. imellem og på tværs af matriklerne er en mulighed, som skal afsøges.

Skulle der være en enkelt eller to specielt favorable ansættelsesaftaler tilbage blandt nordjyske læger, så skal vi måske også have snakket lidt om dem.

Der er vist også stadig belæg for at forlange, at "man" tager op til vurdering, hvad der skal til for at undgå dobbelt undersøgelser, to gange klargøring til operation eller for mange unødige kontroller efter sygehusbehandling. Samtidig bør vi differentiere ydelserne på svangerområdet – ikke alle har de samme behov.

På de små sygehuse har vi set og hørt om, hvordan fokus på et givent område har højnet kvaliteten for patienten og dermed nedsat udgifterne til behandling. Det er på tide, at disse tiltag også implementeres på Universitetshospitalet i Aalborg. Det er her de mange patienter er og det er her det rykker. Ikke flere forklaringer om, at det er for svært, for stort, for specielt osv. Hvis risikoen for tryksår er mindre i Thisted end i Aalborg, så er det fordi, man har bestemt sig for, at det skal være sådan. Det er et spørgsmål om ledelse og kultur og ikke et spørgsmål om specialer.

Når vi gennemgår kataloget med opdriftsforslag, så vil der højst sandsynligt være muligt at skære lidt til, så ønskerne ikke bliver helt så

dyre som foreslået og så må vi jo se, om vi ikke kan få enderne til at nå sammen.

---

Som den økonomiske situation er, så har vi kun ganske få og små ønsker til næste års budget.

Kompetencecentret, som så småt begynder at tage form, har som minimum brug for ½ mio. ekstra til tolkebistand. Vi ved endnu ikke så meget om, hvordan situationen er og hvor langt folk omkring centret kan se, men har de brug for en mio. mere, for at komme godt i gang, så mener vi, at de skal have det.

Palliationen er et område, som vi i mange år har fundet underprioriteret. Der mangler midler til området, men der mangler måske i endnu højere grad fokus, retning, planlægning, struktur osv. Måske der i virkeligheden også mangler interesse for palliation, hvis den ikke lige tilbydes på Hospice. Vi igen påpege, at der er brug for struktur og retning på palliationsområdet. Palliationen skal ud i hjemmene og den skal ud i afdelinger på sygehusene. Det er ikke kun de, som er heldige at få en billet til Hospice, som skal nyde godt af den viden som bl.a. findes ift. smertelindring. Vi skal have et afsnit/en afdeling i Aalborg og ikke bare nogle løse senge hist og pist – de forputter sig tydeligvis i alt det andet. Og det kan ikke vente til vi flytter ud i Aalborg Øst. Vi vil gerne lægge 1 1/2 mio. oveni den mio., som foreslås i kataloget og så vil vi snart se nogle resultater.

Psykiatrien i RN er efterhånden kommet godt med. Eller den er i al fald på nuværende tidspunkt på et niveau, som vi bedre kan være tjent med end tilfældet tidligere har været.

Lægemanglen er ikke længere helt uoverskuelig. Ventetiden – både til udredning og behandling er blevet kortere. Mange nye tiltag har givet bedre kvalitet i behandlingen. Vi er alvorligt bange for, at 2 pct. besparelser, som vil svare til ca. 15. mio. i Psykiatrien, plus de øvrige der skal findes – det er vist tre mio. vi taler om - vil sparke Psykiatrien så langt tilbage, at vi ikke kan forsvare det. Så mange millioner kan ikke hentes, hvis vi skal undgå sengelukninger eller nedlæggelse af et eller flere udkørende/opsøgende teams og personalenedskæringer.

Vi har – altså ikke bare SF, men de fleste andre partier – i årevis sagt, at Psykiatrien skal opprioriteres, at Psykiatrien skal sidestilles med Somatikken og vi har ønsket, at der skulle blive plads til udvikling og forbedring. Hvis vi ikke finder en løsning der gør, at vi – mere eller mindre - kan friholde Psykiatrien for besparelser, så klinger det hult, det vi i årevis har sagt.

Lene Linnemann - SF