

<b>Eierstrategi 2010</b>		
<b>Utredning av framtidig organisering av akuttkirurgisk/ortopedisk tilbud i Helse Midt-Norge</b>		
<b>Oppsummering av sluttrapport</b>	Status: <b>Foreløpig</b>	23.11.06

### **Sammendrag av prosjektgruppens anbefaling:**

Prosjektgruppen har utredet mulighetene for delt akuttberedskap i bløtdelskirurgi og ortopedi.

#### **Generelle vurderinger**

Prosjektgruppens generelle anbefaling:

- Det videreføres generellkirurgisk akuttberedskap ved alle sykehus.
- Det vil faglig sett være mulig å redusere akuttberedskapen i ortopedi på kveld/natt ved ett av sykehusene i hvert foretak. Det enkelte helseforetak bør selv avgjøre når på kvelden beredskapen skal opphøre. (For eksempel fra kl 20 til 07, eller fra kl 24 til 07).

Prosjektgruppen erkjenner at spesialiteten ortopedi og generell kirurgi har skilt lag, og at ortopeder som er utdannet i den senere tid ikke har formell kompetanse til å gå generellkirurgiske bakvakter. Det vises bl.a. til Statens Helsetilsyn sin tilsynsrapport av juni 06 (Blefjell sykehus). Prosjektgruppen peker derfor på et behov for å oppbemanne ved de minste sykehusene dersom disse skal ha full ortopedisk beredskap, fordi det vil bli nødvendig med separat vaktordning.

Prosjektgruppen legger i sin vurdering vekt på Legeforeningens utredning om lokalsykehus, som konkluderer med at også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anestesilogi, samt tilgang på laboratorietjenester og radiologi. Den samme utredningen sier at lokalsykehus som har ”ortopedi av betydelig volum” må ha akuttberedskap i ortopedi.

Det er dissens i gruppa knyttet til vaktberedskap innenfor kirurgi i HNR. Mindretallet mener at døgnberedskapen for både bløtdelskirurgi og ortopedi bør deles mellom sykehusene i Molde og Kristiansund. For å sikre framtidig rekruttering mener mindretallet at vaktbelastningen bør baseres på 5-6-delte vakter, mens flertallet i gruppa legger til grunn en 4-deling av vaktbelastning.

#### **Økonomiske vurderinger**

Prosjektgruppens beregninger viser at seksjonering av kirurgisk vaktberedskap gir til dels store økte kostnader sammenlignet med dagens beredskap. Økonomivurderingene tar for seg kostnadsreduksjoner på grunn av redusert beredskapsvakt, kostnadsøkning på grunn av transport av de som må henvende seg til et annet sykehus i perioden der det ikke er beredskapsvakt, og evt. konsekvenser for kapasitet og bemanning ved det sykehuset som skal motta flere pasienter på kveld/natt. Ansettelse av nye legestillinger er forutsatt finansiert av økt produksjon.

Gruppen har konkludert om hovedprinsipper, men er ikke enstemmig.