

Eierstrategi 2010		
Utredning av framtidig organisering av akuttkirurgisk/ortopedisk tilbud i Helse Midt-Norge		
1. Oppsummering av sluttrapport	Status:	15.12.06
2. Sekretariatets vurdering	Godkjent for utsending	

1 Prosjektets mål:

Prosjektets overordnede mål er å innfri styrevedtaket i sak 41/06 punkt 3 om akuttkirurgisk tilbud som følger:

”Forslaget om delt beredskapsfunksjon innen akuttkirurgi utredes som egne prosjekt for følgende sykehus: Namsos, Orkdal, Molde, Kristiansund og Volda.

Både de faglige, økonomiske og beredskapsmessige konsekvenser må synliggjøres. Brukermedvirkning og involvering av de ansatte ivaretas i det enkelte HF”

2 Sammendrag av prosjektgruppens arbeid:

2.1 Referanser:

Prosjektgruppa har oppsummert de internasjonale erfaringene på området. Det mest vanlige er at akuttberedskapen er sentralisert til de litt større sykehusene. I Sverige har flere av lokalsykehusene nå bare indremedisinsk beredskap, mens akutt kirurgisk beredskap er mer sentralisert. I Finland har alle lokalsykehusene beredskap både i indremedisin og generell kirurgi.

I Norge finnes det eksempler på fordeling av kirurgisk beredskap både i Helse Øst og Helse Vest. I Helse Innlandet har det vært en funksjonsdeling mellom Lillehammer og Gjøvik, der Lillehammer hatt døgnberedskap i ortopedi, men bare dag-beredskap i generell kirurgi, mens Gjøvik har hatt det omvendte.

I Helse Førde er den generell kirurgiske beredskapen sentralisert til Førde sentralsykehus, mens sykehusene i Nordfjordeid og Lærdal kun har ortopedisk vaktberedskap.

2.2 Kvalitet:

Generelle vurderinger:

Prosjektgruppen har lagt avgjørende vekt på anbefalingene i en utredning utført av Legeforeningen om akuttberedskapen ved lokalsykehus, og anbefaler derfor to viktige prinsipper:

1. Det videreføres generell kirurgisk 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).

2. Det bør være ett sykehus i hvert HF som har døgnberedskap i både generell kirurgi og ortopedi, for å kunne ta imot større skader.

Prosjektgruppen erkjenner at spesialiteten ortopedi og generell kirurgi har skilt lag, og at ortopedier 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 ortopedisk beredskap, fordi det vil bli nødvendig med separat vaktordning.

Prosjektgruppen har derfor ikke kommet med en egen kvalitetsvurdering av eierstrategiens alternativ der noen sykehus ikke har generellkirurgisk beredskap.

2.3 Økonomi:

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.

Forutsetningene knyttet til vaktordninger i de ulike alternativene er forskjellige. Eierstrategiens alternativer og gruppas forslag til alternativer er derfor ikke direkte sammenlignbare mht antall personer som inngår i vaktordning og tidspunkt for kutt i beredskap.

3 Prosjektgruppens anbefalinger:

De økonomiske vurderingene for de ulike alternativene viser:

Namsos sykehus:

Som i dag, med ortopedivakt fra 08:00 til 24:00. Ingen økonomiske endringer.

Orkdal sykehus:

En reduksjon av vaktberedskap i ortopedi fra døgnvakt til vakt fra 08:00 til 24:00 vil gi en besparelse på 0,45 mill.

Kristiansund sykehus: (flertallets anbefaling)

Her foreslås reduksjon av vaktberedskap i ortopedi fra døgnvakt til vakt fra 08:00 til 24:00. Døgnvakt i generell kirurgi. Det foreslås å gå fra 3 sjikt til 2 sjikt vaktordning. Dette vil gi en innsparing i forhold til dagens ordning på ca 0,9 mill.

Molde sykehus: (flertallets anbefaling)

Her foreslås det døgnvakt i både generell kirurgi og ortopedi, noe som resulterer i en oppbemanning i Molde med en ny stillingshjemmel. Det foreslås å gå fra 3 sjikt til 2 sjikt vaktordning. Prosjektgruppen mener dette vil gi en innsparing i forhold til dagens ordning på kr 1,3 mill.

Volda sjukehus:

Her foreslås det døgnvakt i både generell kirurgi og ortopedivakt fra kl 08:00 til 20-24 om kvelden. Samtidig foreslås overgang fra 3-sjikt til 2-sjikt vaktordning. Dette vil medføre at Volda sykehus må få tilført 3 stillingshjemler.

På grunn av endring av vaktstilt, og at legenes ordinære lønn forventes å oppveies av økt produksjonsinntekter, forventer gruppen at omleggingen vil gi en innsparing i forhold til dagens situasjon på 0,18 mill.

Alle alternativene bygger på 4-delt vakt.

3.1 Dissens:

Det er dissens i gruppa knyttet til vaktberedskap innenfor kirurgi i HNR.

Mindretallet, overlege Anna-Catharina Hegstad fra HNR er uenig i at en over tid kan basere seg på 4-delte vaktordninger. For å sikre fremtidig rekruttering bør vaktbelastningen baseres på 5-6-delte vakter. Dette vil medføre behov for et betydelig antall nye kirurger ved flere av sykehusene, spesielt i Helse Nordmøre og Romsdal.

Hun mener at økonomiske, faglige eller rekrutteringsmessige konsekvenser av dette ikke er tilstrekkelig belyst.

Hun vil også fremheve at dersom flertallets syn blir valgt som løsning for fremtidig kirurgiske beredskapsordninger i Midt-Norge, må vurderingene av hvordan beredskapen skal organiseres ved det enkelte sykehus overlates til det enkelte helseforetak.

Hun kan på denne bakgrunn ikke slutte seg til flertallets konklusjoner, men mener at eierstrategiens forslag om delte vaktordninger kan være hensiktsmessig innen enkelte HF-er.

Hun presenterer i tråd med dette følgende forslag for sykehusene Molde og Kristiansund:

Molde Sykehus:

Døgnvakt innen generell kirurgi + Ortopedivakt fra kl 08:00 til kl 20:00 på hverdager, til kl 16 i helg.

Kristiansund sykehus:

Døgnvakt innen ortopedi + Vakt innen generell kirurgi fra kl 08:00 til kl 20:00 på hverdager, til kl 16 i helg.

4 Sekretariatets vurdering:

Prosjektgruppen har gjennomført en betydelig analysedel med bl.a. produksjon fordelt over døgnet på de ulike sykehusene. Videre er det innhentet oversikter over stillingshjemler og rekruttering ved de aktuelle sykehusene. Prosjektgruppen har i tillegg innhentet uttalelser fra de kliniske avdelingene som er berørt. Det er grunn til å berømme prosjektgruppen for et omfattende kartleggings- og analysearbeid.

Prosjektgruppen er enig om at en i framtiden vil ha problem med å rekruttere kirurger som kan delta i felles vaktordning. Prosjektgruppa forutsetter derfor behov for seksjonering på alle sykehus.

Prosjektgruppa har støttet seg på rapport utarbeidet av Legeforeningen, og en uttalelse vedtatt i Legeforeningens landsstyre 10.05.06, og anbefaler generell kirurgi på alle sykehus.

Alternativet fra eierstrategien bryter med prinsippet fra Legeforeningen, og prosjektgruppa har i sin utredning av dette alternativet vært lite løsningsfokuserende. Det fins i dag flere sykehus i Norge som har slik beredskap, og både i Norge og Sverige finnes det lokalsykehus som bare har indremedisinsk spesialisert akuttberedskap.

Sekretariatet er kritisk til en del av de premisser som er lagt til grunn for flertallets anbefalinger. Dette gjelder særlig når det gjelder vaktordninger.

Det er i dag et økende problem å rekruttere til fag med høy vaktbelastning. Vi tror det i framtiden som et minimum må tilbys 5 delt vaktordning, noe som igjen vil påvirke behovet

for nye legestillinger, og dermed også de økonomiske beregningene. En økning i antall nye legestillinger i det omfanget prosjektgruppen anbefaler vil dessuten forverre rekrutteringssituasjonen for det kirurgiske fagområdet.

Det er videre tvilsomt om det finnes nye oppgaver til det antall legestillinger det her er snakk om, og resultatet vil da kunne bli lavere effektivitet ved de små sykehusene.

Både rekrutteringsspørsmålet og mulighetene for kapasitetsutnyttelse er etter sekretariatets vurdering viet for liten plass i rapporten.

I økonomiberegningene er det lagt en forutsetning om at lønnskostnadene for dagaktiviteten for de nye legestillingene skal oppveies av økte produksjonsinntekter. Det er videre forutsatt at de nye legestillingene ikke skal medføre behov for støttefunksjoner eller andre personellgrupper.

Sekretariatet vurderer ikke dette som realistiske forutsetninger. Det vil ikke følge økte rammer med en slik produksjonsøkning, og dermed må de økte kostnadene dekkes innenfor 40 % av DRG, eller tilsvarende for poliklinikk. Sykehusene rapporterer i dag om langt høyere marginalkostnader enn dette.

Sekretariatet vurderer det lite sannsynlig at en økning med for eksempel 3 stillingshjemler i Volda ikke skal medføre behov for ekstra kostnader knyttet til støttefunksjoner.

Prosjektgruppen har som nevnt lagt seg på et prinsipp om at ett sykehus i hvert foretak bør ha døgnberedskap i både bløtdels kirurgi og ortopedi. Dette for å ha et sykehus som kan håndtere traumer. Som hovedprinsipp synes dette å være fornuftig, men det må være rom for tilpassninger basert på lokale forhold, reiseavstand til neste sykehus med traumetilbud og den faktiske rekrutteringssituasjonen.

5 Sekretariatets oppsummering:

1. Prosjektgruppen har foretatt en omfattende kartlegging av den kirurgiske virksomheten ved lokalsykehusene i Helse Midt-Norge
2. Flertallet har basert sine anbefalinger på vaktordninger som det er vanskelig å rekruttere til. Stabilitet i stillingene er en viktig forutsetning for god kvalitet.
3. En del av forutsetningene som er lagt til grunn for de økonomiske beregningene synes lite realistiske. Dette gjelder antall leger som er nødvendig for stabil vaktordning, at legelønningene skal oppveies av økte produksjonsinntekter, og at det ikke vil bli behov for økte støttetjenester rundt nye legestillinger.
4. Etter sekretariatets vurdering er det derfor knyttet stor usikkerhet til deler av de økonomiske beregningene som prosjektgruppa bygger sine anbefalinger på.