

Sluttrapport

Eierstrategi 2010

Utredning av framtidig
organisering av
akuttkirurgisk/ortopedisk tilbud i
Helse Midt-Norge

Dato: 11.12.2006

INNHold

1. Sammendrag	s. 3
2. Strategisk forankring	s. 3
3. Mål	s. 3
3.1 Effektmål	s. 4
4. Styling, organisering og arbeidsform	s. 5
5. Analyser/kartlegginger	s. 6
Sykehuset Namsos	s. 7
Orkdal sjukehus	s. 9
Kristiansund sykehus	s. 12
Molde sykehus	s. 13
Volda sjukehus	s. 16
5.1 Kommentarer fra referansegruppen	s. 19
5.2 Helsepolitiske føringer i forhold til lokalsykehusfunksjonen	s. 21
5.3 Faglige føringer i forhold til lokalsykehusfunksjonen	s. 21
5.4 Status i øvrige regionale helseforetak	s. 22
5.5 Internasjonale trender	s. 25
6. Prosjektgruppens vurderinger	s. 27
Sykehuset Namsos	s. 27
Orkdal sjukehus	s. 29
Helse Nordmøre og Romsdal HF	s. 33
Volda sjukehus	s. 37
7. Prosjektgruppens anbefalinger	s. 40
Sykehuset Namsos	s. 41
Orkdal sjukehus	s. 41
Kristiansund sykehus	s. 42
Molde sykehus	s. 42
Volda sjukehus	s. 42
8. Kommunikasjon, gjennomføring og evaluering	s. 43
9. Dissensnotat	s. 44
10. Referanser	s. 46

1. SAMMENDRAG

Målet med prosjektet er å innfri styrevedtaket fra Helse Midt-Norge 41/06 om å utrede delt beredskapsfunksjon innen kirurgi og ortopedi for sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda.

Prosjektgruppen har gått gjennom relevant internasjonal litteratur, og en har sett på utredninger/status i andre regionale helseforetak. En har gjort en grundig analyse av aktivitet på de ulike sykehusene, og en har forsøkt å beregne økonomiske konsekvenser ved endret beredskap.

Prosjektgruppen mener at dersom man tar bort bløtdelkirurgisk beredskap på vakttid, vil man i prinsipp ikke kunne ta imot øyeblikkelig hjelpasienter til innleggelse på dagtid. Reduksjon i ortopedisk beredskap er mindre problematisk, da disse pasientene hyppigere kan utsettes til endelig behandling på dagtid. Planlegging av dette kan utenom beredskapstid skje i samråd med vakthavende ortoped på annet sykehus. Ut fra faglige vurderinger foreslår prosjektgruppen følgende beredskapsordninger:

- Sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda bør ha bløtdelkirurgisk beredskap døgnet rundt.
- Molde sykehus bør ha ortopedisk beredskap døgnet rundt. For sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund og Volda kan den ortopediske vaktberedskapen opphøre et sted mellom kl 20-24 avhengig av aktivitet på det enkelte sykehus.
- Bortsett fra ett medlem, står prosjektgruppen samlet bak konklusjonene. Dette medlemmet har avgitt eget dissensnotat, som i hovedsak berører Helse Nordmøre og Romsdal HF. Dette dissensnotatet finner man bakerst i rapporten.

Økonomiske beregninger viser at reduksjon i vaktberedskap genererer betydelige transportkostnader. Innsparingene ved reduksjon av vaktberedskap klarer ikke å kompensere for utgiftsøkningen dette medfører. I tillegg kan man ikke redusere øvrig vaktberedskap lokalt, da andre fagområder også krever disse personellressursene i sin beredskap.

2. STRATEGISK FORANKRING

Helse Midt-Norges eierstrategi ble vedtatt med presiseringer av Styret 30. mai 2006 (sak 41/06). Som oppfølging av vedtaket har Helse Midt-Norges ledelse besluttet å opprette et program for gjennomføring av eierstrategien. I dette programmet opprettes en rekke prosjekter, hvorav dette utredningsprosjektet er ett.

3. MÅL

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

”Forlaget 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”

For å ivareta det regionale perspektivet opprettes ett felles utredningsprosjekt som skal ivareta Styrets vedtak. Prosjektets leveranse skal være et grunnlag for en endelig beslutning i Helse Midt-Norges styre. Utredningsprosjekter om fordeling av tilleggsfunksjoner skal bygge videre på resultatene av dette prosjektet.

Alle utredningsprosjekter skal levere en rapport som bygger på følgende aktiviteter:

- Kartlegge status på området; andres erfaringer (andre regioner, andre land, andre fag); felles nasjonale løp
- Definere handlingsalternativer
- Utrede kvalitetsforskjeller mellom alternativene
- Utrede økonomiske forskjeller mellom alternativene
- Anbefale alternativ; oppgi begrunnelse og hvordan denne kan etterprøves/måles, beskrive konsekvenser og endringsmessige utfordringer ved anbefalt alternativ
- Foreslå gjennomføringsplan
- Utvikle og samordne kommunikasjonstiltak/strategier i tråd med felles kommunikasjonsplan for eierstrategien.

Rapporten skal bygge på den vedtatte Eierstrategien og følgende oppgavefordeling vil være et utgangspunkt for utredningen:

HF	Sykehus	Ortopedi	Blotdelskirurgi
HNT	Namsos	0	x
	Levanger	x	x
STOLAV	Trondheim	x	x
	Orkdal	x	0
HNR	Kristiansund	x	0
	Molde	0	x
HSM	Ålesund	x	x
	Volda	x	0

3.1 EFFEKTMÅL

Våre foretaksdirektører har bl.a. sagt at de har følgende forventninger til Eierstrategien:

Astrid Eidsvik (Helse Sunnmøre HF):

- *”Gevinstane må ligge på kvalitetsida”*

Asbjørn Hofslie (Helse Nordmøre og Romsdal HF)

- *”Vi må finne løsninger som utnytter ressursene, sikrer høy kvalitet i de ulike deler av tilbudet”*

Arne Flaatt (Helse Nord-Trøndelag HF):

- *”først og fremst at vi treffer tiltak som styrker funksjonene som lokalsykehus”*

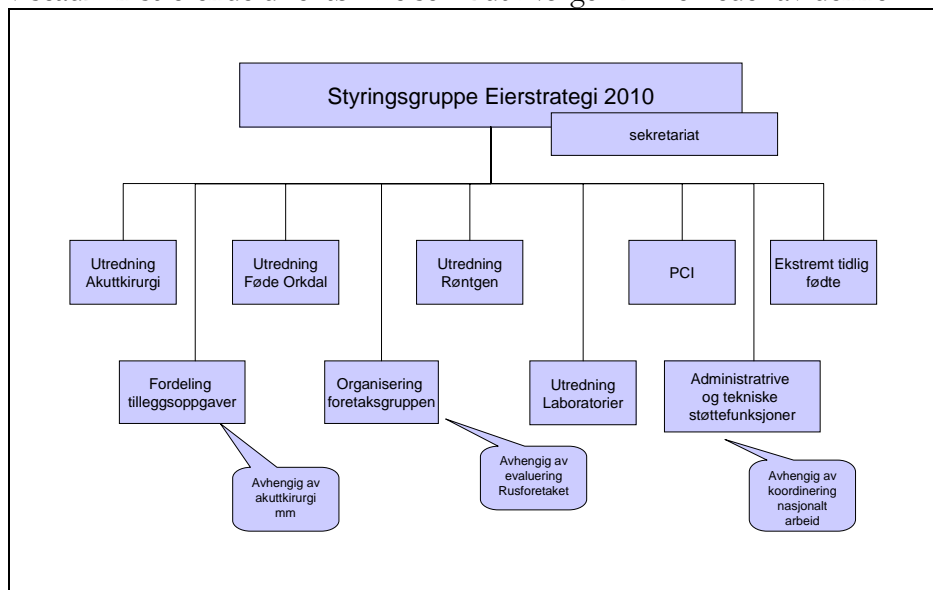
Gunnar Bovim (St. Olavs hospital HF):

- *”Dersom vi lykkes med dette arbeidet, vil spesialistbeholdet i Midt-Norge fremstå som godt koordinert og med høy kvalitet... Dessuten skal tilbudet være rasjonelt og effektivt drevet...”*

Prosjektgruppen sammenfatter disse forventningene til følgende: “Mer helse for hver krone”, altså bedre kvalitet uten økning av utgiftene.

4. STYRING, ORGANISERING OG ARBEIDSFORM

Prosjektet eies av Helse Midt-Norge RHF. Det er opprettet en styringsgruppe og visedministrerende direktør Helse-Midt-Norge RHF er leder av denne.



Prosjektplan ble innsendt 12.09.2006. Prosjektgruppen har underveis i arbeidet rapportert til Styringsgruppa for Eierstrategi 2010. Vi har hatt to rapporteringsperioder under prosjektarbeidet.

- Skriftlig rapport 18.10.2006. Rapporteringsmøte med Styringsgruppa 25.10.2006.
- Skriftlig rapport 23.11.2006. Rapporteringsmøte med Styringsgruppa 27.11.2006.

Det er innhentet opplysninger om endringsmessige utfordringer ved ulike scenario fra referansegruppe. Referansegruppen har bestått av avdelingssjefene for de mest berørte avdelinger ved de aktuelle sykehusene. Det har ikke kommet inn svar fra alle de berørte avdelingssjefer. Det er og sendt forespørsel til henholdsvis Ålesund sjukehus og Sykehuset Levanger med tanke på hvilke utfordringer de står overfor ved evt. endringer i beredskapen for Volda sjukehus og Sykehuset Namsos.

Prosjektgruppen ble oppnevnt av Styringsgruppa for Eierstrategi 2010 og har hatt følgende sammensetning:

- Kjell Griegel (HNT), spesialist i gen. kirurgi/ortopedi, overlege Sykehuset Namsos
- Frode Myrland (HNT), siviløkonom, økonomirådgiver Helse Nord-Trøndelag
- Anna-Catharina Hegstad (HNR), lege, avdelingssjef kirurgisk avdeling Molde/Kristiansund sjukehus
- Gunnar Dagslott (HSM), spesialist i ortopedi, overlege Volda sjukehus
- Ola Sæther (St Olav), spesialist i gen. kirurgi/karkirurgi, avdelingssjef kir. avd. St. Olavs hospital (inkl Orkdal sjukehus).

- Sigbjørn Lid (HSM) prosjektleder, spesialist i anestesi/intensivmedisin, overlege Volda sjukehus.

Prosjektgruppen har hatt 5 møter. Vi har hatt jevnlig korrespondanse på mail/telefon ved behov. Arbeidet ble påbegynt 04.09.2006 og sluttrapport levert 11.12.2006. Det er planlagt fremlegging av sluttrapport for Styringsgruppen 19.12.2006.

Styringsgruppen har bestått av:

Jan Eirik Thoresen	fagdirektør/viseadm. direktør i Helse Midt-Norge, leder
Astrid Eidsvik	administrerende direktør i Helse Sunnmøre
Asbjørn Hofslid	administrerende direktør i Helse Nordmøre og Romsdal
Gunnar Bovim	administrerende direktør St Olavs Hospital HF
Arne Flaatt	administrerende direktør Helse Nord-Trøndelag
Sveinung Aune	direktør organisasjon, personal og IT Helse Midt-Norge RHF
Mikael Momyr	Brukerutvalget i Helse Midt-Norge
Ansatterrepresentanter i styringsgruppen:	
Bern Muller	Foretakstillitsvalgt DNLF, Helse Nordmøre og Romsdal
Elise Vegsund	Foretakstillitsvalgt NITO, Helse Sunnmøre
Ellen Wøhni	Regionstillitsvalgt UNIO Helse Midt-Norge

5. ANALYSER/KARTLEGGINGER

Forutsetninger

Utgangspunktet for de videre økonomiske kalkylene tar utgangspunkt i aktiviteten for 2005. Der det ikke forelå splitt på kirurgi/ortopedi har vi benyttet S og M diagnoser for å trekke ut ortopediske pasienter.

Inntekter

ISF-inntekt og poliklinikkinntekt er ikke medregnet som verken negativt eller positivt tall. En forutsetter i beregningsmodellen at aktiviteten vil være uforandret og da blir ISF-inntektene og poliklinikkinntektene tilsvarende (reduerte inntekter på det ene sykehuset gir økte inntekter på det andre).

Transportkostnader

For pasienter som må fraktes i ambulanse til det andre sykehuset beregnes det en km pris på kr 15 pr km. Tilsvarende marginalkostnaden for ambulansetransport.

For frakt av polikliniske pasienter med drosje benyttes en sats på kr 10 pr km. Det beregnes en samkjøringsgrad på 1,2. Det estimeres at 50 % av de polikliniske pasientene fraktes med drosje og resterende kjører egen bil. Dette medregnes til en kostnad på kr 3 pr km.

Personellkostnader – gjennomsnittskostnader inkl. vaktkostnad

For overleger benyttes en timepris på kr 650 inkl. sosiale avgifter.

For assistentleger/turnusleger benyttes en timepris på kr 425 inkl. sosiale avgifter.

For spesialsykepleiere benyttes en timepris på kr 320 inkl. sosiale avgifter.

For sykepleiere benyttes en timepris på kr 290 inkl. sosiale avgifter.

Oppbemanning av legeressurser

Seksjonering av felles vaktberedskap innen kirurgi og ortopedi medfører økte vaktkostnader dersom man skal ha beredskap innen begge disse spesialitetene. Vi har kun medregnet økt vaktkostnad, ikke avlønning for ordinært arbeid. Økt lønnskostnad som følge av økt bemanning vil delvis kunne motveies av økt produksjon/inntekt (hvis etterspørsel) og redusert gjennomsnittlig timetall for legene.

Endring av bemanning på sengeposter

Endring av bemanning på sengeposter er i beregningene satt lik 0. Vi forutsetter at en eventuell nedbemanning av sengepost ved det ene sykehuset motveies av en tilsvarende oppbemanning ved det andre sykehuset.

SYKEHUSET NAMSOS

Beskrivelse av nåsituasjon

Vaktberedskap

Primærvakt kirurgi og ortopedi

Kirurgisk og ortopedisk avdeling har felles primærvakt. Primærvakten består av enten turnuslege (5) eller assistentlege (2-4). Aktiv vakt til kl. 01.00, passiv vakt deretter til kl. 07.00. Utrykning gjennomsnittlig 2 timer pr. natt.

Kirurgi

Spesialistvakt ved kirurgisk avdeling til kl. 19.00 og passiv vakt hjemme deretter til kl. 07.30.

Ortopedi

Spesialistvakt ortopedisk avdeling til kl. 20.00 og passiv vakt hjemme deretter til kl. 24.00, deretter ingen vakt.

Operasjon

Vakt for operasjonssykepleiere frem til kl. 01.30, deretter passiv vakt på vaktrom.

Anestesi

Vakt for anestesisykepleiere frem til kl 01.00, deretter passiv vakt på vaktrom. Primærvakten for leger har aktiv vakt til kl. 23.00, passiv vakt deretter. Sekundærvakt for leger har aktiv vakt til kl. 17.30, deretter passiv vakt.

Virksomheten ved kirurgisk og ortopedisk avdeling – øyeblikkelig hjelp

Kirurgisk avdeling (kirurgi og ortopedi) hadde i 2005 1.531 øyeblikkelig – hjelp innleggelser. Av disse hadde 63 % en bløtdelskirurgisk utskrivningsdiagnose, mens 37 % hadde ortopediske utskrivningsdiagnoser. Det ble utført totalt 2.721 ø-hjelp poliklinikk, hvorav 1.968 var ortopediske og 753 bløtdelskirurgiske.

Tabellarisk oppsummering av aktivitet Sykehuset Namsos

Namsos	ØYEBLIKKELIG HJELP								Sum	
	KL 08 - 16		KL 16 - 20		KL 20 - 24		KL 24 - 08			
	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT
Innleggelser	419	202	239	142	190	143	117	79	965	566
Innleggelser m/prosedyre	185	125	70	72	59	68	43	39	357	304
Fordeling Innleggelser	43 %	36 %	25 %	25 %	20 %	25 %	12 %	14 %	100 %	100 %
Innleggelser pr. døgn	1,1	0,6	0,7	0,4	0,5	0,4	0,3	0,2	2,6	1,6
Innleggelser pr uke	8,1	3,9	4,6	2,7	3,7	2,8	2,3	1,5	18,6	10,9
Poliklinikk									753	1 968
Poliklinikk m/prosedyre									62	152
Poliklinikk pr døgn									2,1	5,4

Alternativene

Eierstrategiens forslag

- Døgnberedskap for akutt kirurgi
- Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 16 og i helgene.

Alternativt forslag

- Døgnberedskap for akutt kirurgi
- Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 24

Økonomisk beregning

Eierstrategiens forslag – døgnberedskap for akutt kirurgi, ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 16 og i helgene.

Denne modellen forutsetter at det som er av akuttfunksjoner for ortopediske pasienter avvikles i Namsos etter kl. 16.00 på hverdager og hele døgnet i helgene. Sykehuset i Levanger blir da det eneste stedet med akuttfunksjon innenfor ortopedi i helseforetaket. Sykehuset i Namsos vil i dette tidsrommet kun foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til Levanger eller St. Olav.

Av antall innleggelser med prosedyre mellom kl. 16.00 og 24.00 blir 52 stk operert innen samme døgnet. Det er også naturlig å anta at en del av ø – hjelps innleggelsene med prosedyre mellom 24.00 og 16.00 blir operert i tidsrommet 16.00 – 24.00., totalt 109 stk. Av disse kan man anta at 75 % i dag blir operert mellom 16.00 og 24.00. Slik at man kan forvente at totalt 134 pasienter må fraktes til Levanger med ambulanse.

Hovedtyngden av ø – hjelp poliklinikk kommer inn etter kl 16.00. Det vurderes at 1.000 pasienter må til Sykehuset Levanger for behandling.

TABELL – EIERSTRATEGIENS FORSLAG FOR SYKEHUSET NAM SOS

Resultatendring Namsos	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Vaktreduksjon leger		1400
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akuttfunksjon		0
Sum resultatendring Namsos		1 400
Resultatendring Levanger	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Transport med ambulanse. Kr 15 pr km		-480
Transportkostnader for 1000 polikliniske pas. 50 % egen transport til kr 3 pr km, 50 % med drosje til kr 10 pr km		-1360
Sum resultatendring Levanger		-1 840
Resultat		-440

Oppsummering av Eierstrategiens forslag for Sykehuset Namsos

Beregningen viser at et kutt i den ortopediske beredskapen etter kl. 16.00 ikke er økonomisk lønnsom. Sparte vaktkostnader spises opp av forhøyede transportkostnader. Det foreligger også noe usikkerhet knyttet til kapasitet ved Sykehuset Levanger. En økning her vil uansett kun forverre det negative resultatet som vist over.

Alternativt forslag – døgnerberedskap for akutt kirurgi, ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 24.00

Alternativ 2 er lik dagens ordning på Namsos. Namsos har ikke ortopedivakt fra 24.00 – 07.00. Pasienter som må opereres innenfor dette tidsrommet blir sendt til Levanger alternativt til St. Olav ved alvorligere skader.

ORKDAL SJUKEHUS

Beskrivelse av nåsituasjon

Vaktberedskap

Primærvakt kirurgi og ortopedi

Kirurgisk og ortopedisk avdeling har felles primærvakt. Primærvakten består av enten turnuslege eller assistentlege. Aktiv vakt hele døgnet

Kirurgi

Spesialistvakt ved kirurgisk avdeling til kl. 20.00, deretter passiv vakt hjemme. .

Ortopedi

Spesialistvakt ortopedisk avdeling til kl. 20.00, deretter passiv vakt hjemme

Operasjonsteam/Anestesi

Vakt for operasjonsteam (2 operasjonssykepleiere og 1 anestesisykepleier) til kl 21.00, deretter hvilende vakt hjemme. Anestesilege har vakt til kl. 20.00, deretter hvilende vakt hjemme.

Virksomheten ved kirurgisk og ortopedisk avdeling – øyeblikkelig hjelp

Kirurgisk avdeling (kirurgi og ortopedi) hadde i 2005 1.826 ø – hjelps innleggelser. Av disse hadde 56 % en bløtdelskirurgisk utskrivningsdiagnose, mens 44 % hadde ortopediske utskrivningsdiagnoser. Det ble utført totalt 2.711 ø-hjelp polikliniske konsultasjoner, hvorav 2.230 var ortopediske og 481 bløtdelskirurgiske.

Tabellarisk oppsummering av aktivitet Orkdal Sykehus

Orkdal	ØYEBLICKELIG HJELP									
	KL 08 - 16		KL 16 -20		KL 20 - 24		KI 24 - 08		Sum	
	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT
Innleggelser	483	372	237	167	156	136	153	122	1 029	797
Innleggelser m/prosedyre	203	224	72	77	45	56	55	56	375	413
Fordeling Innleggelser	47 %	47 %	23 %	21 %	15 %	17 %	15 %	15 %	100 %	100 %
Innleggelser pr. døgn	1,3	1,0	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	2,8	2,2
Innleggelser pr uke	9,3	7,2	4,6	3,2	3,0	2,6	2,9	2,3	19,8	15,3
Poliklinikk									481	2 230
Poliklinikk m/prosedyre									16	47
Poliklinikk pr døgn									1,3	6,1

Alternativene

Eierstrategiens forslag

- Ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene
- Døgnberedskap for ortopedi

Alternativt forslag

- Døgnberedskap for akutt kirurgi
- Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 24

Økonomisk beregning

Eierstrategiens forslag – Ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene, døgnberedskap for ortopedi

Ingen vaktberedskap i bløtdelskirurgi medfører at alle ø- hjelps innleggelser med problemstillinger fra dette fagfeltet må transporteres til St. Olav. Pga at Orkdal er fullintegret med St. Olav, og at man planlegger avansert elektiv kirurgi, opprettholdes en vakt/visittid på 2,5 timer hver dag.

For 2005 ble det innlagt 1.029 pasienter ved avdelingen som øyeblikkelig hjelp. Av disse ble det utført prosedyre på 375, dvs. at hovedtyngden av pasientene ikke nødvendigvis krever operativ behandling, men innleggelse og observasjon/utredning. Det vurderes at alle ø – hjelps innleggelser innen kirurgi må fraktes til St. Olav.

Det vurderes at 50 % av alle polikliniske ø – hjelps pasienter må fraktes til St. Olav

TABELL – EIERSTRATEGIENS FORSLAG FOR ORKDAL SYKEHUS

Resultatendring Orkdal	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Vaktreduksjon leger		1200
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akutfunksjon		0
Sum resultatendring Orkdal		1 200
Resultatendring St. Olav	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Operasjonsstuene/Anestesi: Må økes med et team.	3	-1 650
Transport med ambulanse. Kr 15 pr km		-1 390
Transportkostnader polikliniske pas.		-120
Sum resultatendring St. Olav	3	-3 160
Resultat	3	-1 960

Oppsummering av Eierstrategiens forslag for Orkdal

Beregningen viser at et kutt i beredskapen for bløtdelskirurgi gir et negativt resultat på mnok 1,96. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold.

- Betydelige transportutgifter
- Oppbemanning på St. Olav
- Det foreligger usikkerhet knyttet til forutsetning om at nedbygging av senger ved det ene sykehuset vil være lik oppbemanning ved det andre. St. Olav har i tidligere utredning argumentert for at man må øke mer. Dette vil ytterligere forsterke det negative resultatet.

Alternativt forslag – Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl. 2400, døgneredskap for akutt kirurgi

Denne modellen forutsetter at det som er av akutfunksjoner for ortopediske pasienter avvikles i Orkdal etter kl. 24.00, og at St. Olav da blir det eneste stedet med akutfunksjon innenfor ortopedi i helseforetaket. Sykehuset i Orkdal vil i dette tidsrommet kun foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til St. Olav

I perioden 24.00 – 08.00 ble det i 2005 lagt inn 122 ø – hjelpspasienter. Av disse ble det foretatt prosedyre på 56 pasienter (50 stk innen 24 timer). NAFREG viser at det for 2005 ble operert 5 pasienter i perioden 24.00 – 08.00. Vi kan derfor forvente et begrenset omfang av overflytning av ortopediske pasienter fra Orkdal til St. Olav i perioden 24.00 – 08.00. Anslagsvis 5 – 10 pasienter hvert år. Det anslås at et tilsvarende antall poliklinisk ø – hjelp på natt må overflyttes til St. Olav

TABELL – ALTERNATIVT FORSLAG FOR ORKDAL SYKEHUS

Resultatendring Orkdal	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Vaktreduksjon leger		475
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akuttfunksjon		0
Sum resultatendring Orkdal		475
Resultatendring St.Olav	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Operasjonsstuene/Anestesi: Ingen		0
Transport med ambulanse. Kr 15 pr km		-15
Transportkostnader for 10 polikliniske pas. (Taxi 10 kr pr km.)		-9
Sum resultatendring St. Olav		-24
Resultat		451

Oppsummering av Alternativt forslag for Orkdal

Beregningen for et kutt i ortopedisk beredskap etter kl. 24.00 gir totalt sett en besparelse på mnok 0,45. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold

- Lavt antall pasienter som må overflyttes gir marginalt økte transportkostnader
- Reduksjon i antall vakttimer på natt
- Få eller ingen konsekvenser for St. Olav som innebærer kostnadsøkninger

KRISTIANSUND SYKEHUS

Beskrivelse av nåsituasjon

Vaktberedskap

Primærvakt kirurgi og ortopedi

Felles primærvakt for kirurgi og ortopedi bestående av turnusleger. Primærvakten har aktiv vakt hele døgnet.

Sekundærvakt kirurgi og ortopedi

Felles sekundærvakt for kirurgi og ortopedi bestående av assistentleger. Sekundærvakten har aktiv vakt til kl 21.00, deretter passiv vakt.

Kirurgi og ortopedi

Overlegene går i et felles bakvaktsystem. Vakt for overlegene fra kl. 18.00 til 20.00, deretter hvilende vakt hjemme til neste morgen. Passiv vakt mellom 16.00 og 18.00

Virksomheten ved kirurgisk og ortopedisk avdeling – øyeblikkelig hjelp

Kirurgisk avdeling (kirurgi og ortopedi) hadde i 2005 1.444 øyeblikkelig – hjelp innleggelser. Av disse hadde 63 % en bløtdelskirurgisk utskrivningsdiagnose, mens 37 % hadde ortopediske utskrivningsdiagnoser. Det ble utført totalt 4.264 ø-hjelp poliklinikk, hvorav 3.436 var ortopediske og 828 bløtdelskirurgiske.

Tabellarisk oppsummering av aktivitet Kristiansund Sykehus

Kristiansund	ØYEBLIKKELIG HJELP									
	KL 08 - 16		KL 16 - 20		KL 20 - 24		KI 24 - 08		Sum	
	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT
Innleggelser	434	287	181	131	149	81	139	42	903	541
Innleggelser m/prosdyre	211	173	75	71	46	46	44	30	376	320
Fordeling Innleggelser	48 %	53 %	20 %	24 %	17 %	15 %	15 %	8 %	100 %	100 %
Innleggelser pr. døgn	1,2	0,8	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4	0,1	2,5	1,5
Innleggelser pr uke	8,3	5,5	3,5	2,5	2,9	1,6	2,7	0,8	17,4	10,4
Poliklinikk									828	3 436
Poliklinikk m/prosedyre									224	1 067
Poliklinikk pr døgn									2,3	9,4

MOLDE SJUKEHUS

Beskrivelse av nåsituasjon

Vaktberedskap

Primærvakt kirurgi og ortopedi

Felles primærvakt for kirurgi og ortopedi bestående av turnusleger. Primærvakten har aktiv vakt hele døgnet.

Sekundærvakt kirurgi og ortopedi

Felles sekundærvakt for kirurgi og ortopedi bestående av assistentleger. Sekundærvakten har aktiv vakt hele døgnet.

Kirurgi og ortopedi

Overlegene går i et felles bakvaktsystem. Vakt for overlegene fra kl. 16.30 til 17.30, deretter hvilende vakt hjemme til neste morgen.

Virksomheten ved kirurgisk og ortopedisk avdeling – øyeblikkelig hjelp

Kirurgisk avdeling (kirurgi og ortopedi) hadde i 2005 1.845 øyeblikkelig – hjelp innleggelser. Av disse hadde 60 % en bløtdelskirurgisk utskrivningsdiagnose, mens 40 % hadde ortopediske utskrivningsdiagnoser. Det ble utført totalt 4.622 ø-hjelp poliklinikk, hvorav 3.761 var ortopediske og 901 bløtdelskirurgiske

Tabellarisk oppsummering aktivitet Molde Sjukehus

Molde	ØYEBLIKKELIG HJELP									
	KL 08 - 16		KL 16 - 20		KL 20 - 24		KL 24 - 08		Sum	
	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT
Innleggelser	535	281	231	181	190	138	157	132	1 113	732
Innleggelser m/prosedyre	250	171	104	101	68	75	44	59	466	406
Fordeling Innleggelser	48 %	38 %	21 %	25 %	17 %	19 %	14 %	18 %	100 %	100 %
Innleggelser pr. døgn	1,5	0,8	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	3,0	2,0
Innleggelser pr uke	10,3	5,4	4,4	3,5	3,7	2,7	3,0	2,5	21,4	14,1
Poliklinikk									901	3 761
Poliklinikk m/prosedyre									119	1 295
Poliklinikk pr døgn									2,5	10,3

Alternativene – Sees i fellesskap for Molde/Kristiansund

Eierstrategiens forslag

- **Kristiansund**
 - Ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene
 - Døgnberedskap for ortopedi
- **Molde**
 - Døgnberedskap for akutt kirurgi
 - Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 16 og i helgene

Alternativt forslag

- **Kristiansund**
 - Døgnberedskap for akutt kirurgi
 - Beredskap for ortopedi til kl 24
- **Molde**
 - Døgnberedskap for akutt kirurgi
 - Døgnberedskap for akutt ortopedi

Økonomisk beregning

Eierstrategiens forslag – døgnberedskap for akutt ortopedi, ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene i Kristiansund. Døgnberedskap for akutt kirurgi, ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 16 og i helgene i Molde

For Molde forutsetter denne modellen at det som er av akuttfunksjoner for ortopediske pasienter avvikes i Molde etter kl. 16.00, og at sykehuset i Kristiansund da blir det eneste stedet med akuttfunksjon innenfor ortopedi i helseforetaket. Sykehuset i Molde vil i dette tidsrommet kun foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til Kristiansund. Av antall innleggelser med prosedyre mellom kl. 16.00 og 24.00 blir 176 stk operert innen samme døgnet. Det er også naturlig å anta at en del av ø – hjelps innleggelser med prosedyre mellom 24.00 og 16.00 blir operert i tidsrommet 16.00 – 24.00, totalt 230 stk. Av disse kan man forvente at 75 % i dag blir operert mellom 16.00 og 24.00 (inkludert de som blir operert mellom 24.00 og 08.00). Slik at man kan forvente at 349 pasienter må fraktes til Kristiansund med ambulanse. Hovedtyngden av ø – hjelp poliklinikk kommer inn etter kl 16.00. Det vurderes at 50 % av de 1900 som kommer inn etter kl 16.00 må til Sykehuset Kristiansund for behandling. Resterende kan håndteres av turnusleger/ass. leger.

For Kristiansund innebærer modellen med ingen vaktberedskap i bløtdelskirurgi at alle ø – hjelps innleggelser med problemstillinger fra dette fagfeltet må transporteres til Molde. For 2005 ble det innlagt 903 pasienter ved avdelingen som øyeblikkelig hjelp. Av disse ble det utført prosedyre på

376, dvs. at hovedtyngden av pasientene ikke nødvendigvis krever operativ behandling, men innleggelse og observasjon/utredning. Det vurderes at 50 % av alle polikliniske ø – hjelp pasienter må fraktes til Molde, totalt 414 pasienter.

Alternativet vil kreve en oppbemanning ved begge sykehusene. Kostnader til vakt for dette alternativet vil være tilnærmet uendret, da man har et felles vaktsjikt i dag ved begge sykehus. Timebehovet for vakt vil være tilnærmet det samme for begge sykehus, forskjellen vil være hvor mange personer man fordeler dette timetallet på.

TABELL: EIERSTRATEGIENS FORSLAG MOLDE/KRISTIANSUND

Resultatendring Kristiansund	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Vaktreduksjon bløtdelskir. Medfører ingen endring da man har et felles vaktskikt pr i dag. Det totale vaktbehovet vil være det samme som i dag.		0
Endring prim/sek skikt. Kan vurderes		0
Transportkostnader ambulanse (kr 15 pr km)		-2032
Transportkostnader for polikliniske pas. 50 % egen transport til kr 3 pr km, 50 % med drosje til kr 10 pr km		-352
Sum resultatendring Kristiansund		-2 384
Resultatendring Molde	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Vaktreduksjon ortopedi. Medfører ingen endring da man har et felles vaktskikt pr i dag. Det totale vaktbehovet vil være det samme som i dag.		0
Endring prim/sek skikt. Kan vurderes		0
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akuttfunksjon		0
Transportkostnader ambulanse (kr 15 pr km)		-785
Transportkostnader for polikliniske pas. 50 % egen transport til kr 3 pr km, 50 % med drosje til kr 10 pr km		-808
Sum resultatendring Molde		-1 593
Resultat		-3 977

Oppsummering av Eierstrategiens forslag Molde/Kristiansund

Beregningen viser at et kutt i beredskapen for bløtdelskirurgi ved Kristiansund og et kutt i ortopedi ved Molde gir et negativt resultat på mnok 4,0. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold.

- Vesentlig økte transportutgifter
- Begge sykehus har i dag et felles vaktsjikt bestående av kirurger og ortopeder. Et kutt i ortopedi for Molde og kutt i bløtdelskirurgi ved Kristiansund vil ikke medføre en vesentlig endring av timebehov for vakt ift. dagens situasjon. Man vil for dette alternativet fortsette med et døgkontinuerlig overlegesjikt likt det man gjør i dag. Forskjellen vil være hva man tilbyr.

Alternativt forslag - døgnerberedskap for akutt kirurgi og beredskap for akutt ortopedi til kl 24 i Kristiansund. Døgnerberedskap for akutt kirurgi og døgnerberedskap for akutt ortopedi i Molde

Denne modellen forutsetter at det som er av akuttfunksjoner for ortopediske pasienter avvikles i Kristiansund etter kl. 24.00, og at Molde da blir det eneste stedet med akuttfunksjon innenfor ortopedi i helseforetaket. Sykehuset i Kristiansund vil i dette tidsrommet kun foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til Molde.

I perioden 24.00 – 08.00 ble det i 2005 lagt inn 42 ø – hjelpspasienter. Av disse ble det foretatt prosedyre på 30 pasienter (30 stk innen 24 timer). Det er rimelig å anta at hovedtyngden av disse ble operert etter kl. 08.00 neste dag. I beregning anslås 10 – 15 å bli operert i tidsrommet 24.00 – 08.00. Det anslås at et tilsvarende antall poliklinisk ø – hjelp på natt må overflyttes til Molde

Alternativet vil medføre en seksjonering av vaktberedskapen ved begge sykehus. Dette vil kreve en oppbemanning ved begge sykehusene. Kostnadsøkningen seksjoneringen innebærer (vaktkostnad) vil kunne motveies av at man kan slå sammen primær og sekundærsjiktet (ass.-/turnuslege) i hhv. Kristiansund og Molde. For Kristiansund har vi redusert den aktive tiden (passiv arbeidstid fra kl 01.00).

TABELL: ALTERNATIVT FORSLAG MOLDE/KRISTIANSUND

Resultatendring Kristiansund	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Merkostnad som følge av seksjonering av vakt, gen.kir døgntkontinuerlig, ort til kl 2400		-1255
Endring prim/sek skikt. Overgang til kun prim skikt, samt reduksjon av aktiv tid (passiv fra kl 0100)		2200
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akutfunksjon		0
Sum resultatendring Kristiansund		945
Resultatendring Molde	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Merkostnad som følge av seksjonering av vakt, døgntkontinuerlig ort og kir		-1 463
Endring prim/sek skikt. Overgang til kun prim skikt.		2 850
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akutfunksjon		0
Transportkostnader ambulanse (kr 15 pr km)		-27
Transportkostnader for 10 polikliniske pas. (Taxi 10 kr pr km.)		-9
Sum resultatendring Molde		1 351
Resultat		2 296

Oppsummering av Alternativt forslag Molde/Kristiansund

Beregningen for et kutt i ortopedisk beredskap etter kl. 24.00 i Kristiansund gir totalt sett en kostnadsreduksjon på mnok 2,3. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold

- Lavt antall pasienter som må overflyttes gir marginalt økte transportkostnader
- Overgang fra 3 sjikts vaktløsning til 2 sjikt gir betydelige besparelser. For Kristiansund har vi også redusert den aktive tiden for disse.
- Seksjonering av ortopedi og kirurgi ved hhv Molde og Kristiansund gir økte vaktkostnader ift. dagens situasjon med felles vakt på begge sykehus.

VOLDA SJUKEHUS

Beskrivelse av nåsituasjon

Vaktberedskap

Primærvakt kirurgi og ortopedi

Primærsjiktet består av turnusleger. Ass. legene går i et eget femdelt vaktstykke mellom primærvakt og bakvakt, hvilket betyr dette at 2/5 av alle vakter er 3-sjiktet (turnuskandidat-ass.lege-overlege) mens 3/5 av vaktene er 2-sjiktet (turnuslege-overlege). Primærvakten har aktiv vakt hele døgnet.

Kirurgi og ortopedi

Overlegene går i et felles bakvaktsystem som er femdelt. Vakt for overlegene frem til kl. 20.00, deretter hvilende vakt hjemme til kl. 07.45.

Operasjon

Vakt for operasjonssykepleier (1) frem til kl. 24.00, deretter passiv vakt på vaktrom.

Operasjonssykepleier 2 har hjemmevakt fra kl 22.00

Anestesi

Vakt for anestesisykepleiere frem til kl 24.00, deretter passiv vakt på vaktrom. Anestesilege har tilstedevakt til kl 21.00, deretter hvilende vakt hjemme.

Virksomheten ved kirurgisk og ortopedisk avdeling – øyeblikkelig hjelp

Kirurgisk avdeling (kirurgi og ortopedi) hadde i 2005 1.235 øyeblikkelig – hjelp innleggelser. Av disse hadde 61 % en bløtdelskirurgisk utskrivningsdiagnose, mens 39 % hadde ortopediske utskrivningsdiagnoser. Det ble utført totalt 2.157 ø-hjelp poliklinikk, hvorav 1.794 var ortopediske og 363 bløtdelskirurgiske.

Tabellarisk oppsummering av aktivitet Volda

Volda	ØYEBLICKELIG HJELP									
	KL 08 - 16		KL 16 -20		KL 20 - 24		KL 24 - 08		Sum	
	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT	KIR	ORT
Innleggelser	370	194	153	120	142	102	92	62	757	478
Innleggelser m/prosedyre	187	104	57	55	28	41	47	19	319	219
Fordeling Innleggelser	49 %	41 %	20 %	25 %	19 %	21 %	12 %	13 %	100 %	100 %
Innleggelser pr. døgn	1,0	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	2,1	1,3
Innleggelser pr uke	7,1	3,7	2,9	2,3	2,7	2,0	1,8	1,2	14,6	9,2
Poliklinikk									363	1 794
Poliklinikk m/prosedyre									125	533
Poliklinikk pr døgn									1,0	4,9

Alternativene

Eierstrategiens forslag

- Ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene
- Døgnberedskap for ortopedi

Alternativt forslag

- Døgnberedskap for akutt kirurgi
- Ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl 24

Økonomisk beregning

Eierstrategiens forslag – ingen beredskap for akutt kirurgi etter kl 16 og i helgene, døgnberedskap for akutt ortopedi

Ingen vaktberedskap i bløtdelskirurgi medfører at alle ø – hjelps innleggelser med problemstillinger fra dette fagfeltet må transporteres til Ålesund Sykehus. For 2005 ble det innlagt 757 pasienter ved avdelingen som øyeblikkelig hjelp. Av disse ble det utført prosedyre på 319, dvs. at hovedtyngden av pasientene ikke nødvendigvis krever operativ behandling, men innleggelse og observasjon/utredning. Det vurderes at alle 50 % av alle polikliniske ø – hjelps pasienter må fraktes til Ålesund Sykehus.

Døgnberedskap innen ortopedi vil kreve en oppbemanning av avdelingen med en overlege innen ortopedi.

TABELL: EIERSTRATEGIENS FORSLAG FOR VOLDA

Resultatendring Volda	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Ingen akuttberedskap for bløtdelskir. Medfører ingen endring da man har et felles vaktskikt pr i dag. Det totale vaktbehovet vil være det samme som i dag, dog fordelt på 4 ortopeder, ikke 5 i et felles.		0
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akuttfunksjon		0
Sum resultatendring Volda		0
Resultatendring Ålesund	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Operasjonsstuene/Anestesi: Må økes med et team.	3	-1 650
Transport med ambulanse. Kr 15 pr km		-1 360
Transportkostnader for 182 polikliniske pas. 50 % egen transport til kr 3 pr km, 50 % med drosje til kr 10 pr km		-123
Sum resultatendring Ålesund	3	-3 133
Resultat	4	-3 133

Oppsummering av Eierstrategiens forslag for Volda

Beregningen viser at et kutt i beredskapen for bløtdelskirurgi gir et negativt resultat på mnok 3,1. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold.

- Vesentlig økte transportutgifter
- Sykehuset Volda har felles 5-delt vaktberedskap, der 2 stk er rene bløtdelskirurger. En døgnkontinuerlig beredskap innen ortopedi vil kreve en oppbemanning med en ortoped. En døgnkontinuerlig beredskap innen ortopedi vil kreve det samme timebehovet for vakt som det man har i det felles vaktsjiktet pr i dag. Forskjellen vil være at man i stedet for å fordele timeantallet på 5 personer, fordeler det på 4 ortopeder.
- Sykehuset Ålesund har signalisert at man må oppbemanne med et ekstra operasjonsteam (i 8 timer av døgnet) dersom man skal overta all bløtdelskirurgisk ø-hjelp.

Alternativt forslag – ingen beredskap for akutt ortopedi etter kl. 24.00, døgnberedskap for akutt kirurgi

Denne modellen forutsetter at det som er av akuttfunksjoner for ortopediske pasienter avvikles i Volda etter kl. 24.00, og at Ålesund Sykehus da blir det eneste stedet med akuttfunksjon innenfor ortopedi i helseforetaket. Sykehuset i Volda vil i dette tidsrommet kun foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til Ålesund.

I perioden 24.00 – 08.00 ble det i 2005 lagt inn 62 ø – hjelpspasienter. Av disse ble det foretatt prosedyre på 19 pasienter (17 stk innen 24 timer). NAFREG viser at det for 2005 ble operert 1 pasient i perioden 24.00 – 08.00, mens det pr. september 2006 har blitt operert 4 pasienter i samme tidsperiode. Vi kan derfor forvente et begrenset omfang av overflytning av ortopediske pasienter fra Volda til Ålesund i perioden 24.00 – 08.00. Anslagsvis 5 – 10 pasienter hvert år. Det anslås at et tilsvarende antall poliklinisk ø – hjelpspasienter på natt må overflyttes til Ålesund.

En døgkontinuerlig beredskap innen kirurgi, samt en seksjonering av den felles vaktberedskapen vil kreve en oppbemanning av 1 stillingshjemmel i gen. kirurgi og 2 stillingshjemler i ortopedi (alternativt 1 ortoped og 2 gen. kirurger, siden den ene ortopedene også har generell kirurgisk spesialistkompetanse). Den økte vaktkostnaden vil motveies av at man kan slå sammen primær og sekundærsjiktet (ass./turnuslege), samt reduserer antall aktive timer (passiv tid fra 0100).

TABELL: ALTERNATIVT FORSLAG VOLDA

Resultatendring Volda	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Merkostnad som følge av seksjonering av vakt, gen.kir døgkontinuerlig, Ort til kl 2400		-1286
Endring prim/sek skikt. Overgang til kun prim skikt, samt redusert aktiv tid		1500
Operasjonsstuene/Anestesi kan ikke redusere bemanningen. De må opprettholde vakt på natt og helg for betjene annen akuttfunksjon		0
Sum resultatendring Volda		214
Resultatendring Ålesund	Bemann.- endring	Tall i hele tusen
Operasjonsstuene/Anestesi: Ingen		0
Transport med ambulanse. Kr 15 pr km		-18
Transportkostnader for 10 polikliniske pas. (Taxi 10 kr pr km.)		-12
Sum resultatendring Ålesund		-30
Resultat		184

Oppsummering av Alternativt forslag for Volda

Beregningen for et kutt i ortopedisk beredskap etter kl. 24.00 gir totalt sett en besparelse på mnok 0,18. Dette kan i stor grad forklares av følgende forhold

- Lavt antall pasienter som må overflyttes gir marginalt økte transportkostnader
- Seksjonering av ortopedi og kirurgi gir økte vaktkostnader ift. dagens situasjon med felles vakt. Kostnadsøkningen motveies av at man slår sammen primær og sekundærsjiktet og i tillegg reduserer antall aktive timer for disse.

5.1 KOMMENTARER FRA REFERANSEGRUPPEN

Det ble sendt ut brev til avdelingssjefene for kirurgi, ortopedi (evt felles kir/ort der det er slik organisering), anestesi, gynekologi, indremedisin og røntgen ved sykehusene i Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda. Vi ba de initiere en debatt internt på avdelingen og gi tilbakemelding på konsekvenser og endringsmessige utfordringer de foreslåtte alternativene vil ha for vedkommende avdeling. Vi har fått inn kommentarer fra følgende avdelingsjefer:

- **Namsos:**
 - Gynekologisk avd, Kirurgisk avd, Anestesiavd og ØNH-avd.
- **Orkdal/St. Olav:**
 - Kvinneklubben, Anestesiavdeling og Medisinsk serviceavd.
 - I tillegg har St. Olavs hospital gjennomført en egen intern utredning: “*Organisering av akuttkirurgisk beredskap ved Orkdal Sjukehus - Arbeidsgrupperapport: 25.09.2006*”. Vi har benyttet noe av materialet fra denne.
- **Molde/Kristiansund**
 - Avd for laboratoriemedisin, akuttavd, ØNH-Øye-Tann/kjeve, Med avd (et notat fra legene i Molde og et notat fra legene i Kristiansund), Gyn/føde avd, Nevrologisk avd, Radiologisk avd, samt et eget notat fra tillitsvalgte (NSF) ved Molde sykehus.
- **Volda:**
 - Akuttavdelinga, Medisinsk avd, Kirurgisk avd, Radiologisk avd og Kvinneklubben

Generelt er det kommet inn synspunkt om at en også må ta hensyn til serviceavdelingenes funksjoner/kapasitet når en endrer akuttberedskapen. Fra Nordmøre og Romsdal er det uttrykt bekymring over at hvis man velger å gå for forslaget i Eierstrategien, vil foretaket være det eneste i Helse Midt-Norge som ikke har et sykehus med beredskap både for ortopedi og kirurgi døgnet rundt. Dette vil kunne svekke kvaliteten av f. eks behandling av multitraumatiserte pasienter. Oppsummering forøvrig av svarene vi har fått inn blir følgende:

BORTFALL AV BEREDSKAP FOR ORTOPEDI:

- En slik løsning oppfattes generelt betydelig mindre problematisk enn bortfall av beredskap for bløtdelskirurgi faglig sett.
- Det foregår mye akutt ortopedibehandling utover ettermiddag/kveld og man er bekymret for betydelig økte transportutgifter dersom all akutt-ortopedi på vakttid skal transporteres til nabosykehuset.
 - Namsos-modellen (ortopedivakt til kl 24) synes interessant. Man må i så fall balansere klokkeslettet for bortfall av vaktberedskapen opp mot økte transportutgifter for å finne det optimale klokkeslett for vaktslutt.
- Større traumatologi (f. eks multitraume) er i prinsipp sentralisert til de større sykehusene i regionen. Det foregår en god del akuttbehandling av mindre traumer på de små sykehusene. Det er i tilbakemeldingene uttrykt bekymring for at bortfall av ortopediberedskap vil kunne medføre sentraliseringstendens også av de mindre skadde traumepasientene.
- Fra Nordmøre og Romsdal er det fra Med.avd og Nevrologisk avdeling spesielt påpekt at man er bekymret over at det gode samarbeidet mellom nevrologer og ortopeder vedr. ryggpasienter skal bli skadelidende dersom man samler ortopedien i Kristiansund.

BORTFALL AV BEREDSKAP FOR BLØTDELSKIRURGI

- Det er uttalt bekymring for hvilke negative konsekvenser dette vil kunne ha for utdanning (ass-leger/turnusleger) og ikke minst rekruttering.
- Kirurgisk vurdering vil ofte være viktig i utredning/diagnostikk og behandling av pasienter med uavklarte tilstander. Dette gjelder ofte eldre. De gynekologiske og

indremedisinske avdelingene mener på bakgrunn av dette at bortfall av kirurgisk beredskap vil kunne medføre dårligere kvalitet på tjenestene.

- Anestesiavdelingene påpeker at kirurgisk beredskap er viktig med tanke på intensivbehandling. Indremedisinske pasienter vil kunne ha behov for kirurgisk vurdering på vakttid. Mange av de små sykehusene har velfungerende intensivavdelinger som er viktige for den totale intensivkapasiteten i regionen. Kvaliteten på tjenestene vil kunne bli svekket uten kirurger i vakt og vil på sikt kunne medføre betydelig økt press på hardt belastede intensivavdelinger ved de større sykehusene.
- Man frykter betydelig økte transportutgifter

5.2 HELSEPOLITISKE FØRINGER I FORHOLD TIL LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN:

NASJONAL HELSEPLAN 2007-2010 ST. PRP. NR.1 (2006-2007)

Regjeringen slår fast at ingen lokalsykehus skal legges ned. Deres innhold må utvikles og omstilles på basis av godt faglig innhold, med hovedvekt på de store sykdomsgruppene hvor behandling og rehabilitering nær bosted er viktig. Både befolkningens behov for helsetjenester og den medisinskfaglige utviklingen gir et godt grunnlag for å utvikle livskraftige lokalsykehus.

Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner kjennetegnes ved at de tilbyr spesialisthelsetjenester til befolkningen i et spesifikt opptaksområde. Lokalsykehus skiller seg således f. eks. fra spesialsykehus, som har som hovedoppgave å ivareta nisjefunksjoner for elektiv virksomhet innen definerte fagområder. Lokalsykehus skal være reelle sykehus som skal ha et innhold ut fra befolkningens behov, og ut fra en oppgavefordeling der lokalsykehusenes tilbud er kvalitetsmessig forsvarlig og godt. De fleste som legges inn på sykehus, kan få sin behandling på lokalsykehusnivå. Det legges opp til å opprettholde et desentralisert sykehusstilbud.

Det er en stor utfordring for spesialisthelsetjenesten å gi syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet, kapasitet og kvalitet. Lokalsykehustjenestene må konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, der behandlingen krever en generell tilnærming, og ikke utpreget spisskompetanse. Dette er oppgaver som samlet sikrer lokalsykehusene som reelle sykehus.

Departementet vil følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede. Departementet mener det er viktig at sentrale aktører deltar i arbeidet og vil invitere representanter for helseforetakene, pasientorganisasjoner, berørte kommuner, næringsliv og faglige organisasjoner til å delta. For å sikre framdrift for helseforetakenes strategiprosesser, skal gruppens anbefaling foreligge tidlig i 2007.

5.3 FAGLIGE FØRINGER I FORHOLD TIL LOKALSYKEHUSFUNKSJONEN:

DEN NORSKE LÆGEFORENING (DNLF)

Etter drøftninger på Legeforeningens lederkonferanse i mars 2005 nedsatte Sentralstyret i juni 2005 en arbeidsgruppe med oppgave å utarbeide et problemnotat til Sentralstyret og en anbefaling om hva Legeforeningens syn burde være. Gruppen leverte i desember 2005 en grundig rapport som ble sendt på høring internt i Legeforeningen. Høringsrunden viste at det er en stor interesse i Legeforeningen for dette temaet. Nesten 40 grundige og omfattende høringsuttalelser

ble avgitt. Flesteparten av fylkesavdelingene og yrkesforeningene, flere regionsutvalg, samt mange spesialforeninger avga uttalelser. Høringsrunden viste stor støtte til problemnotatet, både til begrepsbruk, analyse og tiltakspunkter. Temaet ble diskutert på Legeforeningens lederkonferanse i mars 2006 og på årsmøtet til Yngre legers forening og Overlegeforeningen i april 2006. Arbeidsgruppens rapport, synspunktene i høringen og debattene internt i Legeforeningen har dannet grunnlag for foreningens politikk og synspunkter på lokalsykehusenes rolle.

Legeforeningens landstyre vedtok følgende resolusjon 10.05.2006:

”Lokalsjukehusfunksjonen må styrkast både på små og store sjukehus

Landsstyret i Legeforeningen vil uttale at lokalsjukehusfunksjonen må styrkast både på små og store sjukehus. Vi treng sjukehus som har kompetanse til å avklare uklare tilstandar og gi behandling for dei vanlegaste sjukdommane. Ein må stille faglege minimumskrav til sjukehus som skal ha akuttberedskap, indremedisin som einaste vaktspesialitet er ikkje godt nok.

Med den geografien vi har i vårt land, er det behov for desentraliserte og små sjukehus med nærleik til pasientane, men dette må ikkje gå ut over kvaliteten på behandlinga. Også dei minste sjukehusa med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi og tilgang til laboratorietenester og radiologiske tenester heile døgnet. Dei må stå i behandlingsskjeder der pasientar som treng meir spesialisert utgreiing og behandling blir identifisert, stabilisert og sendt vidare til rette instans.

Dei største lokalsjukehusa ligg i dei store byane. Også desse må organiserast slik at dei tar vare på ein god lokalsjukehusfunksjon med breddekompetanse i mottak og avklaring av pasientar med uklare sjukdomsbilde, og behandling av pasientar med samansette problem. Vi må derfor styrke spesialitetane i generell indremedisin og generell kirurgi.”

5.4 STATUS I ØVRIGE REGIONALE HELSEFORETAK:

De øvrige regionale helseforetak har og jobbet med problemstillingene vedrørende innholdet i lokalsykehusene. Tidsperspektivet er ulikt i de ulike foretak og noen utredninger pågår, mens andre ligger litt tilbake i tid.

HELSE ØST

Helse Øst har siden 2005 jobbet med utviklingen av helsetjenester sett i et langsiktig perspektiv. Styret i Helse Øst RHF, ledergrupper i helseforetakene, brukerråd, regiontillitsvalgte, Econ og SINTEF har deltatt i prosessen fra starten. Utredningsprosjektet har tittelen Helse Øst 2025. Prosjektgruppen har ikke klart å finne konkret informasjon om hvorledes Helse-Øst har tenkt å organisere akuttkirurgisk/ortopedisk beredskap. I høringsbrev fra juli 2007 står det under kapittel

i) Tjeneste- og strukturutvikling gjennom grader av desentralisering/sentralisering:

- I Helse Øst skal fremtidig utvikling bygge på en grunntanke om å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som bør sentraliseres.
- Forutsetninger er at riktig kompetanse finnes på riktig nivå i alle deler av behandlingsskjeden og at alle pasienter har tilgang til et godt nok akuttilbud.

Sykehuset Innlandet vedtok å iverksette funksjonsfordeling etter følgende mal fra 31.12.2003:

	Lillehammer	Gjøvik	Elverum	Hamar
Øye	Videreført poliklinisk tilbud samt vaktberedskap 5 dg i uka		Hovedsenter (ny)	
ØNH		Hovedsenter (ny)	Videreført poliklinikk og dagbehandling, vakt 4 dg i uka, så likestilt med Gjøvik	
Karkirurgi				Hovedsenter (ny)
Ortopedi	Hovedsenter	Elektiv ortopedi (ikke lenger akutt)	Hovedsenter (som tidligere)	
Urologi	Videreført poliklinikk og dagbehandling			Hovedsenter (ny)
Nevrologi	Hovedsenter (ny)		Videreført poliklinisk tilbud	
Gastro- enterologisk kirurgi	Kun elektiv gastro- enterologisk kirurgi	Hovedsenter (ny)		Hovedsenter (som tidligere)

Det nye sett i forhold til vårt prosjekt var at Gjøvik sykehus ikke lenger skulle ha akutt ortopedi og Lillehammer sykehus ikke skulle ha akutt bløtdelskirurgi. Tilsvarende arbeidsfordeling var etablert mellom Hamar og Elverum på et tidligere tidspunkt. SINTEF-Helse gjorde våren 2006 en evaluering av funksjonsfordelingen innen Sykehuset Innlandet iverksatt fra 31.12.2003 og rapporten vart fremlagt 18.05.2006. Hovedkonklusjonen fra SINTEF var følgende:

“Etter vår vurdering har vedtaket om funksjonsfordeling ikke ført til en omfattende og unødvendig sending av pasienter mellom Sykehuset Innlandets enheter. I de fleste tilfeller vet de som henviser hvor pasienten skal. En økt lekkasje ut av området til sykehus i Oslo eller i Trondheim har heller ikke skjedd. Vi har derfor ikke avdekket noen store avvik i forhold til hva som oppfattes som god medisinsk behandling som krever umiddelbare tiltak. Vi har imidlertid heller ikke kunnet spore noen tydelige forbedringer av det allerede eksisterende tilbudet, som følge av funksjonsfordelingen. Samlet sett har aktiviteten gått noe ned. Som en følge av dette har også det økonomiske forbruket steget svakere enn for de øvrige delene av Sykehuset Innlandet HF. Ønsket om å legge forholdene til rette for et mer robust fagmiljø er oppnådd for enkelte spesialiteter, men på litt lengre sikt synes det som dagens plassering av funksjoner kan virke mer negativt på flere spesialiteter.”

På basis av innspill fra berørte fagmiljøer innen kirurgi, ortopedi, indremedisin, pressgrupper utenfra og SINTEF-rapporten vedtok styret i juni 2006 en reversering av funksjonsfordelingen i Oppland slik at det fra 08.10.06 er både ortopedi og bløtdelskirurgisk beredskap ved begge sykehusene (Gjøvik og Lillehammer). Sykehuset Innlandet har beregnet å spare 2-3 mill pr år ved å reversere. En har ikke vurdert endring mellom Hamar og Elverum da disse sykehusene er ganske små (ca 60 000 hver i nedslagsfelt for indremedisin) og avstanden mellom sykehusene er kortere (vel 3 mil). De har hatt ordningene i 7-8 år, og det ligger ikke til rette bygningsmessig for reversering. Det planlegges dessuten full integrering av disse to enhetene.

SINTEF-evalueringen av Sykehuset Innlandet er, så langt vi har funnet, eneste uavhengige evalueringsrapport som går direkte inn i vårt prosjekt. Rapporten kan i sin helhet lastes ned fra Sykehuset Innlandet HF sine hjemmesider.

HELSE SØR

Helse Sør har gjennomført en utredning ”Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør” og rapport ble fremlagt i januar 2006. Rapporten er lite konkret med hensyn til organiseringen av akuttfunksjon innen kirurgi/ortopedi. Rapportgruppen skriver: *”Lokalsykehusene må tilfredsstillende kravene som utdanningssted for turnuskandidater og assistentleger. Dette er viktig av hensyn til vaktberedskap, og det legger også til rette for langsiktig rekruttering av spesialister til lokalsykehusene.”*

Helse Sør gjennomførte også et strategiarbeide i 2002 som ble kalt Resept 2006. Arbeidsgruppene som jobbet med problemstillingene innen kirurgi og ortopedi var relativt konkrete og kom blant annet med følgende anbefalinger:

- Den kirurgiske akuttberedskapen ved Mandal, Rjukan og Kongsberg overføres til nærmeste allsidige akutt sykehus
- Akuttfunksjon med vakt hele døgnet i ortopedisk kirurgi samles i 7 sykehus, mot 11 i dag.
 - Foreslåtte akuttmottak i ortopedisk kirurgi:
 - Sykehuset Buskerud, Drammen
 - Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
 - Sykehuset Telemark, Skien
 - Ringerike sykehus
 - Sykehuset Blefjell (Rjukan/Notodden/Kongsberg). Foreslår at akuttberedskapen for ortopedi samles på et sted.
 - Sykehuset Sørlandet skal ha to akuttmottak (Arendal/Kristiansand) og man foreslår å ta bort akuttberedskapen for ortopedi ved Lister Sykehus.

HELSE VEST

”Akuttfunksjoner i Helse Vest” ble utredet med rapport fra en arbeidsgruppe i desember 2002. Hovedkonklusjonene med tanke på vårt prosjekt var:

- Akuttfunksjonen i bløtdelskirurgi og ortopedi samles på ett sykehus i hvert helseforetak. Poliklinikker og dagkirurgien på sykehusene skal opprettholdes. Dette innebærer at de alvorligst syke blir behandlet på de store sykehusene, enklere behandling gis på lokalsykehusene.

Helse Vest har gjennomført forandringer innen Helse Førde. Fra 2005 ble all bløtdelskirurgi samlet ved Førde sentralsykehus slik at det ved sykehusene i Lærdal og Nordfjordeid kun skulle være ortopedisk vaktordning. Et unntak er at det i Lærdal opereres noe urologi, og de dagene det har vært operert urologi i Lærdal har urologen beredskap.

Forøvrig foreligger det ikke, så langt vi kan se, noen samlet strategi for lokalsykehusfunksjonen i Helse Vest.

HELSE NORD

Helse Nord la i februar 2003 frem rapporten ” Rapport om organisering av fremtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord.” Hovedkonklusjonen i rapporten med tanke på vårt prosjektarbeid er følgende:

- Det er ikke grunnlag i omfang og innhold av aktiviteten til å opprettholde akuttkirurgisk beredskap ved alle sykehus. Det må derfor skje en begrensning av akuttkirurgien i forhold til dagens ordning.
- Det må være et sykehus med full beredskap i hvert helseforetak.

Prosjektgruppen presenterte følgende modeller for fremtidig organisering:

- Helse Finnmark HF (Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus)
 - Utvalget finner det vanskelig å foreslå annet enn at begge sykehus opprettholder akutt kirurgisk beredskap. Hovedbegrunnelsen er de geografiske realitetene.
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
 - Utvalget foreslår ingen endringer
- Hålogalandsykehuset HF (Stokmarknes sykehus, Harstad sykehus og Narvik sykehus)
 - Utvalget finner at det ut fra volumbetraktninger og innholdet i øyeblikkelig hjelp virksomheten ikke er behov for tre akutt sykehus i Hålogaland HF. Isolert sett fremstår virksomhetsdata slik at Harstad sykehus nesten alene kunne ta hånd om all kirurgisk øyeblikkelig hjelp i foretakets opptaksområde.

- Vår prosjektgruppe kan ikke se at arbeidsgruppen fra Helse Nord konkretiserer fremtidig organisering noe nærmere.
- Nordlandssykehuset HF (Nordlands sentralsykehus og Lofoten sykehus)
 - Utvalget finner at det at det isolert sett ikke er behov for mer enn ett sykehus for akutt kirurgi i foretaket. Nordlandssykehuset i Bodø kan sannsynligvis uten større problemer overta all akutt kirurgi, men de geografiske og værmessige realitetene må likevel tillegges vekt. Utvalget foreslår at Helseforetaket må vurdere en modifisert rolle for Lofoten sykehus.
- Helgelandssykehuset (Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen)
 - Utvalget finner at det ut fra volumbetraktninger og innholdet i øyeblikkelig hjelp virksomheten ikke er behov for tre akutt sykehus i Helgelands sykehuset HF.
 - Vår prosjektgruppe kan ikke se at arbeidsgruppen fra Helse Nord konkretiserer fremtidig organisering noe nærmere.
 - Akuttkirurgien i Mosjøen ble vedtatt fjernet fra 1. november 2006.

Rapporten "Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord" ble utgitt i mai 2005. Formålet med rapporten er å få flere av spesialisthelsetjenestene utført nærmere der folk bor. Rapporten går mye på elektive funksjoner og er lite konkret med tanke på det prosjektet vi jobber med.

Styret i Helse Nord gav den 11.10.2006 følgende uttalelse: *"I debatten om lokalsykehusenes framtidig funksjon vil ikke Helse Nord kunne legge til grunn et perspektiv om at "alt skal være som det er". Helse Nord må aktivt forholde seg til endringer i teknologi og kunnskap slik at befolkningen sikres et moderne og godt tilbud. Det vil innebære dynamiske endringer i organisering og hvor tjenester ytes."*

5.5 INTERNASJONALE TRENDER

Sentralisering av sykehusene har vært sett på som et verdensomfattende fenomen. Dette har vært begrunnet med volum-kvalitetsbetraktninger, det å kunne skape større og robuste fagmiljø, men ikke minst har det vært motivert ut fra ønsket om økonomiske innsparinger.

Nærhet og tilgjengelighet har vært viktig for befolkningen i sin kvalitetsvurdering av helsetjenesten. Man har derfor siden årtusenskiftet sett en tendens til at trenden på mange områder er i ferd med å snu og at man kan se en økende tendens til desentralisering.

Det finnes en stor mengde internasjonale artikler om organiseringen av små sykehus.

Prosjektgruppen har erfart at det kan være vanskelig å finne relevans inn i vårt arbeid. Dette ut fra at geografien og de værmessige forhold i Norge på mange måter er særegen. Det er også et faktum at befolkningstettheten er vesentlig lavere her enn i andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Organiseringen av sykehusene i utlandet skiller seg ofte også fra våre hjemlige forhold og spesielt i engelsktalende land er det et stort innslag av allmennleger inne på sykehusene. Det er derfor vanskelig å trekke bastante konklusjoner.

En mye sitert artikkel er "Small hospitals outside the Netherlands and their orientation towards specific tasks and target groups" fra Universitair Medisch Centrum/Utrecht. Den omtaler organiseringen av småsykehus i følgende land: Storbritannia, Finland, Sverige, Irland, USA, Australia, Canada og New Zealand. Det kan imidlertid være vanskelig å trekke slutninger fra denne inn i vårt prosjekt da det er lite der som omhandler funksjonsfordeling mellom akutt kirurgi og ortopedi. Artikkelen beskriver dog følgende karakteristika:

- **Finland:**
 - ca 30 små sykehus (20000-50000 i opptaksområdet)
 - Sykehusene har alltid indremedisin og generellkirurgiske tjenester

- Andre spesialiteter varierer fra sykehus til sykehus
- **Sverige:**
 - Opprinnelig skulle alle sykehus dekke akuttmedisinske funksjoner (medisin + kirurgi) på 24t basis.
 - På bakgrunn av mangel på fagfolk har mange sykehus blitt redusert til å ivareta akutthjelp kun for medisinske problemstillinger, mens kirurgi ofte utføres kun som elektiv dagkirurgi.
- **Irland:**
 - Konseptet “store akuttsykehus” er velkjent i Irland. Disse sykehusene har “alle” spesialiteter, akuttmottak og intensivavdeling. I tillegg er der mindre “general hospitals” hvor en kombinasjon av varierende spesialiteter er til stede, men hvor det alltid gis tilbud innen “general surgery” og indremedisin. De små sykehusene gir ikke tilbud om langvarige kirurgiske prosedyrer. De behandler stort sett bare mindre traumatologi.
- **Canada:**
 - I Canada er det stor variasjon i hvordan de små sykehusene er organisert. Generelt kan man si at de små sykehusene er under press både pga økonomi og mangel på fagfolk. Små-sykehusene finner det vanskelig å fungere som uavhengige enheter, og det har blitt vanlig at de inngår allianser med større sykehus for å ha en pool av fagfolk å spille på.
- **New Zealand:**
 - Organiseringen blir svært ulik vår med sterkt innslag av allmennleger. Vanskelig å trekke ut noen spesiell relevans for vårt prosjekt.

Artikkelens generelle konklusjoner kan oppsummeres som følgende:

- **Viktige grunner for sentralisering har vært**
 - Mangel på personale
 - Kvalitetsbetraktninger (volum-kvalitet)
 - Muligheter for subspecialisering og super-specialisering i større sykehus
 - Mer effektiv bruk av dyrt utstyr
 - Økonomiske innsparinger

Artikkelforfatterne fortsetter med at selv om mange av grunnene for sentralisering av sykehusene fremdeles er til stede, er det en utvikling de seneste årene som går i retning av å gjenoppdage verdien av små desentraliserte sykehus.

- **Viktige grunner for desentralisering har vært**
 - Konseptet “big is beautiful” er under press
 - Kvalitet er ikke bare avhengig av volum, men også av hvordan tjenestene er organisert
 - Helhetsperspektiv krever en balanse mellom spesialisering og breddekompetanse
 - Mange ønsker behandling nærmest mulig bosted
 - Dette er særlig viktig for den eldre del av befolkningen og de med kroniske sykdommer
 - Moderne kommunikasjonsteknologi fremmer desentralisering

Royal College of Physicians (England) slo i rapporten “Isolated Acute Services” i 2002 fast at alvorlig syke pasienter burde innlegges i et sykehus med følgende fasiliteter:

- Akuttvakt i generell kirurgi
- Akuttmottak for ulykker
- Anestesilegevakt
- Intensiv avdeling

- Hjerterovervåkning

De slo videre fast at akuttmedisinske pasienter kunne innlegges i avdelinger uten muligheter for akuttkirurgi. Forutsetning for dette var imidlertid at pasienter, der behov for kirurgisk intervensjon var sannsynlig, ikke ble innlagt på slike avdelinger og at man hadde muligheter for å få gjennomført kirurgisk tilsyn umiddelbart hvis nødvendig.

Prosjektet “Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel” (England/2003) har som et av sine hovedbudskap at pasienter kan få trygg behandling i små sykehus. Dette forutsetter adekvate system for transport til større sentra om nødvendig.

Volum-kvalitets betraktninger har i mange sammenhenger blitt brukt som et viktig argument for å sentralisere sykehustjenester. Erfaringer fra både USA og Storbritannia viser at dette er riktig innen “major surgery” slik som hjertekirurgi, nevrokirurgi, levertransplantasjoner, visse typer kreftkirurgi og stor kar-kirurgi.

Gjennom de to siste tiår har det vært gjort et betydelig antall studier der man har forsøkt å måle volum-kvalitets-sammenhengen. Mange av disse, men ikke alle, viser en klar sammenheng mellom volum og kvalitet. Volum-kvalitets betraktningene er imidlertid noe av det mest kontroversielle tema i konfigurasjonsdebatten. Evidens må håndteres med forsiktighet da dette er et svært komplekst område som blir influert av mange variabler.

“Prosjekt 2020” omtaler de organisatoriske endringer som ble foretatt i Dalarna i Sverige midt på 1990-tallet. En av endringene var nedlegging av den akuttkirurgiske beredskapen ved Avesta og Ludvika lasarett. Nosyko AS gjorde i 2005 på oppdrag fra kommunene i Nord-Østerdal en vurdering av konsekvensene ved eventuell nedleggelse av akutt kirurgi ved Tynset sykehus. I den forbindelse innhentet de opplysninger fra Landstingsdirektør Ulf Hållmarker om erfaringer etter endringer i Dalarna. Hans hovedmomenter var følgende:

- Dårligere intensivberedskap
- Vanskeligere å gjennomføre en adekvat turnustjeneste for leger (må flytte til annet sykehus)
- Rekruttering av allmennleger til distriktet påvirkes negativt fordi sykehusets turnusleger ofte fungerer som en rekrutteringsbase til nærområdet
- Rekruttering av spesialister i indremedisin har blitt vanskeligere
 - Dagens spesialister som er utdannet på større sykehus, har vent seg til å ha bedre anestesiserisise og kirurgiske tilsynsmuligheter enn det man får til på et sykehus uten akuttkirurgisk beredskap.

Nosyko konkluderte med at det var en reell grunn til å frykte at nedleggelse av akutt kirurgi ville få negative følger for sykehusets drift og for tilbudet til befolkningen i området.

6. PROSJEKTGRUPPENS VURDERINGER

Tabellen nedenfor skulle danne grunnlaget for prosjektgruppens vurderinger:

HF	Sykehus	Ortopedi	Bløtdelskirurgi
HNT	Namsos	0	x
	Levanger	x	x
STOLAV	Trondheim	x	x
	Orkdal	x	0
HNR	Kristiansund	x	0
	Molde	0	x
HSM	Ålesund	x	x
	Volda	x	0

I tillegg til denne modellen som vi kaller Eierstrategiens forslag, har vi valgt å utrede en alternativ modell der alle sykehusene har bløtdelskirurgisk beredskap døgnet rundt, samt ortopediberedskap frem til kl 20-24. Dette blir nærmere omtalt senere.

SYKEHUSET NAMSOS

Sykehuset Namsos er lokalsykehus for Namdalen med tilgrensende kommuner i Sør-Trøndelag (Osen og Roan) og tilgrensende kommuner i Nordland (Bindal). Befolkningen i dette området er ca. 45 000. Tradisjonelt har kirurgi og ortopedi ved sykehuset dessuten hatt søknad fra en del tilgrensende områder i Sømna og Brønnøysund i Nord, og Snåsa og Steinkjer i sør. Avstanden til nærmeste sykehus Levanger er 120 km, og til St. Olav, Trondheim 200 km.

Avstanden til Namsos fra befolkningsområder i nord er 150 km til Rørvik og 200 km til Brønnøysund. Dette betyr at mange pasienter må reise 2-3 timer med bil før de kommer til sykehuset, og hvis de skal henvises nærmeste sykehus, må de regne ytterligere 2 timer. Altså må en befolkning på 10-20 000 reise 5 timer med bil eller ambulanse for å komme til nærmeste sykehus etter Sykehuset Namsos.

BEMANNING:

Sykehuset har besatt 6 spesialister (overleger) ved kirurgisk avdeling, og 5 spesialister (overleger) ved ortopedisk avdeling. Sykehuset har 2 utdanningsstillinger i generell kirurgi og 2 i ortopedi. Både kirurgisk og ortopedisk avdeling har de siste 5-10 årene hatt alle spesialiststillingene besatt, og det har ikke vært behov for innleie av vikar.

Ortopedisk avdeling har spesialist med barneortopedisk kompetanse som også har konsultasjoner ved Sykehuset Levanger. Avdelingen har ortopedisk spesialist med kompetanse i avansert arthroscopisk kirurgi, og spesialister med lang erfaring i protese kirurgi og ryggkirurgi.

Kirurgisk avdeling har spesialister med kompetanse i avansert laparoscopisk kirurgi.

VAKTPLANER:

Kirurgisk og ortopedisk avdeling har felles primærvakt. Primærvakten består av enten turnuslege (5) eller assistentlege (2-4). Aktiv vakt til kl. 01.00, passiv vakt deretter til kl. 07.00. Utrykning gjennomsnittlig 2 timer pr. natt. Spesialistvakt ved kirurgisk avdeling til kl. 19.00 og passiv vakt hjemme deretter til kl. 07.30. Spesialistvakt ortopedisk avdeling til kl. 20.00 (21.00) og passiv vakt hjemme deretter til kl. 24.00, deretter ingen vakt.

Ortopediske pasienter som etter kl. 24.00 må opereres blir sendt til Sykehuset Levanger eller St. Olavs Hospital.

Ortopediske pasienter som innlegges eller henvises sykehuset for vurdering etter kl. 24.00, blir vurdert av spesialistvakt i kirurgi eller per telefon til Sykehuset Levanger.

STØTTETJENESTER:

Både kirurgisk og ortopedisk avdeling har tilgang på anestesi, operasjons og intensivtjeneste døgnet rundt. Både røntgen og laboratoriet har døgkontinuerlig vaktberedskap.

ØYEBLIKKELIG HJELP TILSTANDER VED KIRURGISK OG ORTOPEDISK AVDELING (2005-tall):

- Til sammen innlegges 900 pasienter etter kl. 16.00, herav for ortopedi 350 pasienter.
- Til sammen innlegges 530 pasienter etter kl. 20.00 hvorav for ortopedi 220 pasienter.
- Til sammen innlegges 200 pasienter etter kl. 24.00 hvorav for ortopedi 80 pasienter.

ØYEBLIKKELIG HJELP HENVISNINGER TIL POLIKLINISK VURDERING OG BEHANDLING:

- Totalt behandles 2700 pasienter poliklinisk for øyeblikkelig hjelp tilstander, herav 1968 ortopediske pasienter. Det finnes ikke tall for når på døgnet disse pasientene er behandlet. Erfaringsmessig er det flere etter kl. 16.00 enn før kl. 16.00. For ortopedi er det derfor anslagsvis flere enn 1000 pasienter som behandles for øyeblikkelig- hjelp tilstander poliklinisk etter kl. 16.00.

HANDLINGSALTERNATIVER FOR SYKEHUSET NAMSOS:

ALTERNATIV MODELL (DØGNBEREDSKAP FOR AKUTT KIRURGI, INGEN BEREDSKAP FOR AKUTT ORTOPEDI ETTER KL. 24.00):

Dette alternativet beskriver dagens situasjon som har vært praktisert i ca. 2 år. Dette tilfredsstillende ikke legeföreningens anbefaling om døgnerberedskap i ortopedi ved stor elektiv aktivitet.

Beredskapen anslås likevel som forsvarlig fordi spesialist i generell kirurgi er i beredskap og Sykehuset Levanger kan konsulteres.

Konsekvensen for enkelte pasienter er at de må overflyttes eller henvises Sykehuset Levanger etter kl. 24.00. Dette kan for enkelte tilstander gi forsinket behandlingsoppstart, hvilket er uheldig. Dette angår få pasienter, i 2005 til sammen 5 pasienter.

Ved overgang til dagens beredskap oppnådde man en reduksjon i gjennomsnittlig arbeidstid pr. uke pr. overlege ved ortopedisk avdeling på 1,5 time. Denne reduserte beredskap har ikke hatt konsekvens for personell ved operasjonsavdelingen eller akuttavdelingen.

Denne reduserte beredskap har så langt ikke hatt negativ effekt på rekrutteringen til eller utdanningen ved avdelingen.

EIERSTRATEGIENS FORSLAG (DØGNBEREDSKAP FOR KIRURGI, INGEN BEREDSKAP FOR ORTOPEDI ETTER KL 16 OG I HELGENE):

Ingen beredskap for ortopedi vil ikke gi tilfredsstillende faglig forsvarlighet for pasienter som opereres på dagtid.

Ingen beredskap for ortopedi vil ikke gjøre det forsvarlig å motta 350 pasienter etter kl. 16.00, og man vil heller ikke kunne gi 180 av disse nødvendige behandlinger. Det vil heller ikke være faglig godt nok å vurdere og behandle ca. 1000 polikliniske pasienter etter kl. 16.00. Disse pasienter må behandles ved Sykehuset Levanger. De fleste av disse pasienter vil få en forlenget transport med bil eller ambulanse på ca. 2 timer hver vei. Kontroller og oppfølging etter akuttbehandlingen vil måtte foregå ved Sykehuset Namsos med fare for dårligere kontinuitet og samhandling.

Ingen ortopedisk beredskap vil i liten grad gjøre det mulig å redusere beredskap for anestesi, operasjon og intensiv pga behov for beredskap med tanke på kirurgi, fødselshjelp og akutte indremedisinske tilstander.

For primærhelsetjenesten i Namdalen vil dette medføre at kommunene i Namdalen må forholde seg til to sykehus også ved behandling av hyppige forekommende og enkle tilstander.

Lokalsykehusfunksjonen for disse pasienter vil derfor bli delt mellom to sykehus.

Utdanningskapasiteten for turnusleger og assistentleger vil bli betydelig redusert, og sykehuset vil neppe kunne beholde sin godkjenning for spesialistutdannelsen innen ortopedi.

Spesialiteten ortopedi i Norge omfatter både skadeortopedi og elektiv ortopedi. De fleste spesialister i ortopedi vil behandle tilstander innen det feltet de har sin spesialkompetanse, uavhengig om det er akutt eller elektivt. Ingen ortopedisk beredskap vil derfor bli oppfattet som negativt og reduserer rekrutteringsmuligheten til avdelingen.

ORKDAL SJUKEHUS

Orkdal sjukehus ble fusjonert med St. Olavs Hospital 010104. Fra 010105 ble hele virksomheten integrert med de fagorganiserte klinikkene på St. Olavs Hospital og totalansvaret for driften for de forskjellige enhetene ble tillagt klinikksefene.

For Kirurgisk klinikk betyr det at legespesialistene ved Orkdal Sjukehus er ansatt hos tilhørende fagavdeling på St. Olavs Hospital, med avdelingsoverlegen der som personal og fagansvarlig. Alle assistentlegene og turnuskandidatene er ansatt på Avdeling for gastrokirurgi.

Alle overlegene på Avdeling for Gastrokirurgi i Trondheim tjenestegjør ved Orkdal Sjukehus med en ukes rotasjon, og utdanningskandidatene i generell kirurgi tjenestegjør ved Orkdal Sjukehus med 6 måneders rotasjon.

Klinikk for Ortopedi og Revmatologi valgte å opprette en egen seksjon ved Orkdal Sjukehus med egen seksjonsoverlege som rapporterer til klinikksefen.

Sykepleiepersonalet ved sengepost B3 (26 vanlige fulldøgnsenger: 14 kirurgi og 12 ortopedi), operasjonsavdelingen og dagkirurgen er ansatt ved Kirurgisk klinikk, mens personalet ved sengepost A3 (14 femdøgnsenger: 7 kirurgi og 7 ortopedi, i tillegg 5 dagkirurgisenger felles for ort, kir og gyn.) og poliklinikken er ansatt ved Klinikk for Ortopedi og Revmatologi. Dette personalet rapporterer til respektive avdelingssykepleiere som rapporterer til Daglig leder ved Orkdal Sjukehus. Daglig leder rapporterer så videre til hver enkelt klinikksef.

OPPTAKSOMRÅDE:

Orkdal Sjukehus er lokalsykehus for 12 kommuner i Sør-Trøndelag og Rindal kommune i Møre og Romsdal, totalt 51.000 innbyggere. Flere kommuner på Nordmøre bruker også i stor utstrekning Orkdal Sjukehus som sitt lokalsykehus.

Både Klinikk for Ortopedi og Revmatologi og Kirurgisk klinikk overfører i tillegg et stort antall elektive operasjoner til Orkdal sjukehus (Kir.klin ca 700 pr. år) fra resten av Sør-Trøndelag fylke.

Klinikk for Ortopedi og Revmatologi overfører også mange øyeblikkelig- hjelp innlagte til operasjon på Orkdal.

BEMANNING:

Kirurgisk klinikk har 4 overleger ved Orkdal Sjukehus. En av disse har oppgave som koordinator, men personal-, fag- og økonomiansvar ligger hos avdelingsoverlegene i Trondheim. Avdeling for gastroenterologisk kirurgi har 3 overleger. En av disse stillingene roterer på ukeshvis med St.

Olavs Hospital. Avdeling for Urologi har en overlege, og denne tjenestegjør ved St. Olavs Hospital i to uker henholdsvis vår og høst pr. år

Klinikk for Ortopedi og Revmatologi har 4 overleger ved Orkdal Sjukehus. Alle har i dag fast tjeneste i Orkdal.

Alle legespesialist- og spesialsykepleierstillinger er besatt ved sykehuset. Sykehuset har i dag ingen vesentlige rekrutteringsproblemer.

VAKTPLANER:

Ordinær arbeidstid på hverdager er fra kl. 08:00 til 15:30.

	Aktiv vakt til kl.	Hvilende vakt til neste dag kl. 08:00
Primærvakt. (Ass.lege eller Turnuslege felles kir. og ort)	Hele døgnet	
Kirurgisk bakvakt (Generell kirurgi + gren)	20:00	Hjemme
Ortopedisk bakvakt (Spesialist i ortopedi)	20:00	Hjemme
Anestesiolog	20:00	Hjemme
Radiolog	16:00	Hjemme
Radiograf	Hele døgnet	
Bioingeniør	Hele døgnet	
Operasjonsteam spesialsykepleiere (2 operasjonssykepleiere og 1 anestesisykepleier)	21:00	Hjemme

Operasjonskapasiteten etter ordinær arbeidstid benyttes til å operere pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp, gjennomsnitt ca to operasjoner pr. dag. Strykprosenten på det elektive programmet på dagtid er derfor tilnærmet null.

EIERSTRATEGIENS FORSLAG (INGEN BEREDSKAP FOR AKUTT KIRURGI ETTER KL 16 OG I HELGENE, DØGNBEREDSKAP FOR ORTOPEDI):

Denne modellen forutsetter at det som er av akutfunksjoner for kirurgiske pasienter avvikles i Orkdal, og at sykehuset i Trondheim blir det eneste stedet med akutfunksjon innenfor kirurgi i helseforetaket. Orkdal Sjukehus vil da i høyden foreta mottak og stabilisering av akutte kirurgiske tilfeller før videre transport til Trondheim.

St. Olavs Hospital i Trondheim vil få i overkant av 1000 akutte pasienter ekstra hvis akuttberedskapen innenfor bløtdelskirurgi fjernes fra Orkdal. Av disse 1000 pasientene må 375 pasienter opereres.

FAGLIGE KONSEKVENSER

Dersom akuttberedskapen innen kirurgi avvikles, vil den postoperative beredskapen svekkes. Dette vil igjen legge begrensninger på hvilke operative inngrep som kan utføres i Orkdal og bidrar ytterligere til at det er vanskelig å overføre elektiv virksomhet fra Trondheim til Orkdal. Vurdering av postoperative komplikasjoner hos kirurgiske pasienter må da vurderes av ortoped og anesthesiologisk overlege med tanke på evt. overflytting til Trondheim for videre behandling. På bakgrunn av dette har man i de økonomiske beregningene for Orkdal sjukehus opprettholdt 2,5 t/dag for visittgang ved kirurg. Dette på bakgrunn av at man planlegger avansert elektiv kirurgi i Orkdal.

Indremedisinske pasienter trenger også hyppig kirurgisk tilsyn. Disse må i fravær av mulighet for kirurgisk vurdering og akutt kirurgi oversendes til Trondheim. Dette er en betydelig svekkelse av det akuttmedisinske tilbudet til de indremedisinske pasientene.

UTDANNINGSINSTITUSJON:

- Med. stud.: Vil sannsynligvis ikke ha noen betydning.
- Turnusleger: Vi er usikre på konsekvensene for turnuslegene. Må evt. ta deler av sin tjeneste i Trondheim
- Assistentleger: Sannsynligvis vil ass.leger i generell kirurgi få godkjent deler av sin utdanning ved Orkdal Sjukehus. Alternativt kan assistentlegene delta på like fot i primærvaktene ved St. Olavs Hospital og vil da få en fullverdig utdanning i gruppe I, Generell kirurgi.

BEREDSKAPSMESSIGE KONSEKVENSER

Sykehuset i Orkdal vil være uten akuttberedskap innen kirurgi og pasientene må overføres til Trondheim.

Vaktberedskap:

- Kirurgi: opphør av vaktberedskap for spesialist.
- Anestesi: Ingen endring. Anestesiologisk beredskap på ortopediske pasienter, nyopererte kirurgiske og medisinske pasienter må forefinnes.
- Operasjonsteam (opr. spl. og anestesipl.): Ingen reduksjon i vaktberedskapen
- Laboratoriet: Man tror ikke dette blir veldig merkbart for laboratoriet, det er den indremedisinske pasientene som krever mest på vakt.
- Røntgen: Kirurgiske ø.hj. utgjør ikke en stor del av aktiviteten på vaktene for røntgen, så det vil mest sannsynlig ikke få konsekvenser for deres vaktberedskap dersom kirurgisk akuttberedskap fjernes.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En endring av vaktberedskapen innenfor kirurgi ved Orkdal Sjukehus er ikke kostnadseffektiv. Det er mangel på senger og operasjonskapasitet på Kirurgisk Klinikk i Trondheim, så det blir behov for oppbemanning på sengeposter og operasjon/anestesi.

Det vurderes som usikkert om kostnadene ved en økning av sengekapasiteten ved universitetssykehuset i Trondheim motveies av kostnadsuttaket ved nedjustering av tilsvarende kapasitet ved lokalsykehuset i Orkdal.

ALTERNATIV MODELL (DØGNBEREDSKAP FOR AKUTT KIRURGI, INGEN BEREDSKAP FOR AKUTT ORTOPEDI ETTER KL 24):

Denne modellen forutsetter at akuttfunksjoner for ortopediske pasienter avvikles etter kl 24 i Orkdal og at Orkdal Sjukehus i høyden vil foreta mottak og stabilisering av akutte ortopediske tilfeller før videre transport til Trondheim.

Dette medfører at 122 ortopediske pasienter (2005-tall) må taes imot i Orkdal på natta uten at man har bakvakt i ortopedi. Disse må vurderes av turnuslege/ass-lege (evt kirurgisk bakvakt eller telefonkonsultasjon med ortoped ved St. Olav). Ved behov for operasjon (i løpet av natta) må pasienten overføres til St. Olav. Tall fra NAF-reg viser at dette i høyden vil dreie seg om 5-10 pasienter pr. år. Denne ordningen er velprøvd i Namsos.

FAGLIGE KONSEKVENSER

Man vil anta at det estimerte tallet på økning i pasienter (5-10 pas/år) ikke vil ha konsekvenser for St. Olavs hospital. Ordningen ansees som faglig forsvarlig, men kan være en merbelastning for de få pasientene som må flyttes. Vurdering av postoperative komplikasjoner hos ortopediske

pasienter om natten må vurderes av bløtkirurg og anestesilogisk overlege med tanke på evt. overflytting til Trondheim for videre behandling.
Fjerning av ortopedberedskapen vil ikke berøre det indremedisinske akutt-tilbudet.

UTDANNINGSSITUASJONEN:

Ingen endring

BEREDSKAPSMESSIGE KONSEKVENSER

Ved å ta bort vaktberedskapen for ortopedi etter kl 24:00 må det påregnes en beskjeden økning i overføring av øyeblikkelig-hjelp pasienter til ortopedien i Trondheim.

Vaktberedskap:

- Ortoped: Bortfall av bakvakt overlege kl. 24:00 til 08:00
- Anestesi: Ingen endring.
- Opr. team (opr. spl. og anestesipl.): Ingen endring.
- Røntgen: Ingen endring.
- Laboratoriet: Ingen endring.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En endring av vaktberedskapen innenfor ortopedi ved Orkdal Sjukehus vil sannsynligvis gi en innsparing på ca. en halv mill. kr.

EGET ALTERNATIV MODELL FOR ORKDAL PGA KORT REISETID TIL ST. OLAVS HOSPITAL: IKKE AKUTTKIRURGISK EL. ORTOPEDISK MOTTAK ETTER KL. 16.00

Pga kort avstand og ny, moderne veiforbindelse med kort transporttid, er det et eget alternativ for Orkdal Sjukehus som ikke er fullt utredet, men også vurdert medisinsk forsvarlig.

En forutsetning for dette alternativet er at det blir innført kun fødestue ved Orkdal Sjukehus og at primærhelsetjenesten oppretter en stasjonær primærlegevakt ved sykehuset fra kl. 16.00.

BEREDSKAPSMESSIGE KONSEKVENSER

Alt mottak av øyeblikkelig hjelp for kirurgi og ortopedi slutter kl. 16, og alle pasientene etter den tid overføres til Trondheim. Det blir kun bakvakter ved avdelingene. Bakvaktene har aktiv vakt til kl. 20 og kan da som før fullføre behandlingen av de allerede innlagte pasientene før også operasjonsstuen stenges kl. 21.

Etter kl. 16 vil det da ikke være noe primærvaktsjikt ved sykehuset. Etter kl. 20 kun bakvakter i ortopedi og kirurgi og ingen vakt for operasjonssykepleier etter kl. 21. På flere måter tilnærmet likt det vi i dag har ved Røros sykehus.

Reoperasjoner og andre operasjoner etter kl. 21 må da overføres til Trondheim.

FAGLIGE KONSEKVENSER

Legespesialisttjenesten må integreres ytterligere med fagavdelingene i Trondheim, og rotasjonsordningene må utvides. Dette er en forutsetning for å sikre rekrutteringen.

På Orkdal Sjukehus vil det på kveld, natt og helg bare bli primær vakt for medisinsk avdeling tilstede. Dette vil nå oftere kun være en turnuskandidat tilstede som ikke har mulighet for faglig konferanse.

I samarbeidet med medisinsk avdeling vil det etter kl 20:00 kun være mulighet for undersøkelse og konferanse med bakvakt i kirurgi, noe som kanskje kan gi større terskel for tilkalling. Pasientene som kommer vestfra etter kl 16 vil få ca 30 minutters lengre transportvei.

UTDANNINGSSITUASJONEN:

Dette er ikke avklart:

- Med. stud.: Vil sannsynligvis ikke ha noen betydning
- Turnusleger: Vil sannsynligvis ikke ha noen betydning. Det kan evt. lages et vaktssystem i tidsrommet kl.16:00 til 20:00 for operasjonsassistanse for turnuslegene.
- Assistentleger: Assistentlegene kan settes inn i primærvaktsjiktet i Kirurgisk klinikk i Trondheim og derved få en fullverdig gruppe-1 tjeneste i Generell kirurgi.

HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL KRISTIANSUND SYKEHUS - MOLDE SJUKEHUS

Helse Nordmøre og Romsdal HF; bestående av Kristiansund sykehus og Molde sjukehus, skal dekke helsetjenestebehovet for en befolkning på vel 114 000. Til sammen har sykehusene i foretaket ca. 480 senger. I hovedsak er disse fordelt på 177 ved Molde sjukehus, 108 ved Kristiansund sykehus, 149 innen psykiatri samt 34 senger ved Aure opptreningscenter. Helseforetaket er organisert i 13 avdelinger, hvorav de største avdelingene som kirurgisk avdeling, akuttmedisinsk avdeling, medisinsk avdeling, avdeling for fødsels hjelp og kvinnesykdommer samt radiologisk avdeling er organisert på tvers av sykehusene. Det er 75 km mellom sykehusene, dvs ca. 1 time kjøretid i ambulansse.

KIRURGISK AVDELING

Kirurgisk avdeling i Kristiansund har to sengeposter K01 og K02, en dagkirurgisk post samt poliklinikk. K01 har 24 senger fordelt på urologi, mage/tarmkirurgi, generell kirurgi og gynekologi. Når Barneavdelingen har stengt, blir også kirurgiske barn lagt på denne posten. Ortopedisk sengepost, K02, har 21 senger. Pasientgruppen omfatter pasienter som kommer for protesekirurgi på hofter, knær, og skuldrer samt pasienter som skal til rekonstruksjoner av korsbånd i kne, og kikkhullskirurgi i skuldre, knær, og ankler. Pasienter med rygglidelser legges inn for å få utført mikrokirurgisk fjerning av prolaps og avstivning med metallimplantat. Om lag 50 % av pasientene er øyeblikkelig hjelp, med diagnoser som brudd i lårhals, ankel, rygg, bekken, og ekstremiteter. Pasienter med flere bruddskader som krever mer omfattende kirurgi, blir også behandlet her. Det behandles i alt over 1000 ortopediske pasienter i året ved enheten.

Kirurgisk avdeling i Molde sykehus har to sengeposter, en dagkirurgisk post, kreftpoliklinikk samt kirurgisk poliklinikk. Kirurgisk avdeling A har hovedsakelig pasienter med sykdommer i mage og tarm, men også en del generell kirurgi og ortopedi. Avdelingen har totalt 26 senger, herav en barnestue med 3 senger. Kirurgisk avdeling B har i hovedsak pasienter fra ortopedisk seksjon og fra karkirurgisk seksjon. I tillegg kommer enkelte pasienter med urologiske sykdommer. Avdelingen har 25 senger. I tillegg til de to kirurgiske sengepostene leier avdelingen 5-7 senger ved sykehusets fellessengepost som benyttes til endokrinkirurgi og plastikkirurgi.

BEMANNING

På legesiden har man i Kristiansund:

- Overleger: 3 ortopeder (hvorav 1 også er spesialist i generell kirurgi)
2 urologer + 1 ubesatt stilling i urologi
1 generell kirurg

Assistentleger: 2 utdanningsstillinger i ortopedi
 2 utdanningsstillinger i generell kirurgi
 1 utdanningsstilling i urologi

Relevante fagsykepleiere: I Kristiansund er det tre ortopediske spesialsykepleiere.

På legesiden har man i Molde:

Overleger: 1 gastrokirurg + 1 ubesatt stilling i gastrokirurgi
 1 generell kirurg
 1 karkirurg
 1 plastikkirurg/endokrinkirurg
 1 ortoped (også spesialist i generell kirurgi)
 1 traumatolog

Assistentleger: 5 utdanningsstillinger i generell kirurgi
 1 utdanningsstilling i gastrokirurgi
 1 utdanningsstilling i ortopedi

VAKTPLAN

Både Kristiansund sykehus og Molde sjukehus har status som akuttisykehus med 24 timers beredskapsfunksjon innen kirurgi og ortopedi. Ved begge sykehus er det turnuslege- vakt hele døgnet. Ved Molde sjukehus har assistentlegene aktiv vakt hele døgnet, mens i Kristiansund har de passiv vakt fra kl. 21.00. Per dags dato har man felles bakvakt for ortopedi og kirurgi ved begge sykehus (se tidligere skissert vaktplan for nærmere detaljer).

Bakvaktsjiktet er planlagt seksjonert fra og med 1. januar 2007, da det fremover ikke vil være tilgang på dobbeltspecialister. Foretaket har allerede to ortopeder som ikke har formell generell kirurgisk kompetanse. I foretaket har vi 3 ortopeder i Kristiansund og 1 ortoped samt en traumatolog i Molde. Ingen av sykehusene vil kunne dekke opp et bakvaktsjikt i ortopedi ut i fra dagens bemanning. Tyngden av ortopediske inngrep utføres ved Kristiansund sykehus. Ut i fra bemanningssituasjonen samt bredden innen ortopedi, og at det allerede er en ortopedisk sengepost i Kristiansund med flere spesialsykepleiere i ortopedi, vil det ut i fra en faglig betraktning være naturlig å legge bakvakten i ortopedi til Kristiansund, dersom man går for en delt vaktberedskap i foretaket. Tyngdepunktet innen bløtdelskirurgi foregår ved Molde sjukehus. Ut i fra bemanningssituasjonen samt bredden innen generell kirurgi, vil det ut i fra en faglig betraktning være naturlig å legge bakvakten i bløtdelskirurgi til Molde sjukehus, dersom man går for en delt vaktberedskap i foretaket.

HANDLINGSLTERNATIVER

EIERSTRATEGIENS FORSLAG:

MOLDE SJUKEHUS:

- Døgnberedskap for bløtdelskirurgi
- Ingen vaktberedskap for ortopedi etter kl 16 og i helgene

KRISTIANSUND SYKEHUS:

- Døgnberedskap for ortopedi
- Ingen vaktberedskap for bløtdelskirurgi etter kl 16 og i helgene

Pasienter med behov for kompetanse innen ortopedi eller generellkirurgi vil måtte sendes til sykehus med den aktuelle bakvaktkompetansen. Hvor mange pasienter det er snakk om vil være avhengig av hvilke kriterier som settes for henholdsvis krav til ortoped eller bløtdelskirurg. Det

foreligger ingen klare kriterier for hvilke tilstander som kun kan behandles av ortoped eller bløtdelskirurg. Kriterier for seleksjon av pasienter vil måtte utarbeides. Stor grad av pasientflyt er lite ønskelig ut i fra hensynet til pasienten, og er dessuten kostbart.

Et argument som har blitt fremmet mot den aktuelle modellen er ivaretagelsen av traumepasienter. Ut i fra at fasilitetene på røntgen og anestesiresursene er bedre i Molde enn Kristiansund, samt at det er best tilgang på bløtdelskirurger, vil traumepasienter bli kanalisert til Molde. Foretaket har med dagens bakvaktordning kun hatt enten ortoped eller bløtdelskirurg i bakvakt. Ved behov har man tilkalt supplerende bakvakt. Det vil også være mulig å gjennomføre dette ved en delt vaktordning. Man vil kunne tilkalle ortoped fra Kristiansund og bløtdelskirurg fra Molde. Motargumentet har vært at det er stor avstand mellom de to sykehusene. Man har i lengre tid kun hatt to ortopeder i Molde. Disse har ikke hatt noen organisert beredskap, og har dermed ikke nødvendigvis vært tilgjengelig. Den aktuelle vaktmodellen vil i så måte være en forbedring sammenlignet med dagens vaktberedskap i forhold til traumepasienter, ved at man hele tiden ville ha en ortoped tilgjengelig i foretaket. Alvorlig multitraume pasienter går direkte til St. Olavs hospital. I forhold til traumepasienter er det viktig å ha en viss ydmykhet i forhold til den kirurgiske kompetansen man kan tilby ved lokalsykehus. Man vil ikke kunne tilby mer enn generellkirurgisk kompetanse. Hvorvidt man vil ha gastrokirurgisk – eller karkirurgisk kompetanse vil være avhengig av hvem som har vakt. I forhold til støttefunksjoner som intensivmedisinsk og radiologisk kompetanse er man godt rustet i Molde. Stabilisering av traumepasienter vil kunne ivaretas ved begge sykehus.

En vesentlig innvending mot en fullstendig delt vaktberedskap er de negative ringvirkningene manglende bløtdelskirurgisk vakt vil kunne få for medisinsk avdeling i Kristiansund, hvilket er en stor medisinsk avdeling med 35 senger. Kirurgisk beredskap er spesielt nødvendig for ivaretagelse av gastropasienter, både i forhold til vurdering og eventuell kirurgisk intervensjon. Et annet ankepunkt er oppfølgingen av pasienter operert på dagtid, forutsatt at man fortsetter med å operere ortopedisk pasienter i Molde, og kirurgiske pasienter i Kristiansund. Det vil være begrenset hvilke type inngrep man kan gjøre innen ortopedi og bløtdelskirurgi hvis man ikke har kvalifisert personell til å følge opp disse pasientene på kvelds- og nattes tid. Dagkirurgisk aktivitet vil kunne opprettholdes både innen ortopedi og bløtdelskirurgi på begge sykehus.

Effekten av modellen vil kunne bidra til å konsentrere kirurgi og ortopedi, slik at man får sterkere fagmiljø. Dette vil kunne virke positivt for rekruttering av spesialister, som har vært et problem i lengre tid i foretaket. Samling av spesialister gjør dessuten at miljøet blir mindre sårbar driftsmessig. En samling av spesialister bidrar også til at man vil kunne differensiere virksomheten i større grad enn det man gjør i dag. For kandidater som ønsker en så stor bredde som mulig i en utdanningssituasjon, vil den aktuelle modellen bli mindre attraktiv.

Kostnadmessig vil delt beredskap kunne generere utgifter pga pasienttransport. Å konsentrere fagområdene vil kunne virke kostnadsbesparende ved at man trenger mindre grad av duplisering av medisinskteknisk, og operasjonsteknisk utstyr. Videre vil man kunne arbeide mer effektivt/rutinert hvis man har en mer begrenset pasientkategori.

Ved den delte modellen vil man kunne drive uforstyrret elektiv ortopedi i Molde og elektiv kirurgi i Kristiansund, hvilket er en fordel pasientlogistisk. Man vil kunne få en jevnere drift på de allokerte sengepostene for elektiv ortopedi og kirurgi.

En generell betraktning i forhold til en fullstendig delt beredskap innen ortopedi og kirurgi er at man mister muligheten til en helhetlig pasientbehandling. Denne bekymringen kan imøtekommes ved at man sørger for å gjøre helsepersonell fra Kristiansund tilgjengelig for Molde og vice versa.

ALTERNATIV MODELL:

MOLDE SJUKEHUS:

- Døgnberedskap for bløtdelskirurgi
- Døgnberedskap for ortopedi

KRISTIANSUND SYKEHUS:

- Døgnberedskap for bløtdelskirurgi
- Ingen vaktberedskap i ortopedi etter kl 24

Dette er en modell som godt ivaretar faglige hensyn ved begge sykehus. Vi vil dessuten få ett sykehus som vil gi et bredt tilbud for traumepasienter ved at Molde har akutt beredskap for både ortopedi og kirurgi døgnet rundt. Modellen vil derimot bli vanskelig å få realisert ut i fra ressursmessige hensyn. Det vil kunne bli spesielt vanskelig å få etablert et bakvaktsjikt i ortopedi i Molde. Per dags dato er det kun 1 ortoped ved Molde sjukehus. I tillegg er det ansatt 1 traumatolog, som vil kunne konstitueres. For å få et oppegående vaktssystem (minimum 4-delt) må det rekrutteres 2 ortopeder til Molde, samt 1 ortoped og 1 bløtdelskirurg til Kristiansund.

VOLDA SJUKEHUS

Volda sjukehus er lokalsjukehus for søre Sunnmøre med opptaksområde for vel 42000 innbyggere (inklusive halve Hareid kommune). Medisinsk, Gynekologisk (inkl fødeavd) og Kirurgisk avdeling (inkl. ortopedi). Det er et velfungerende røntgen, lab og anestesi/intensivtilbud døgnet rundt. Kommunikasjonsmessige forhold vil endre seg på søre Sunnmøre de nærmeste årene. Eiksund-sambandet (2007) og Kvivsvegen (2010?) vil trolig medføre at Volda sjukehus kan få en økning i sitt reelle opptaksområde. Nærmeste sykehus er Ålesund Sjukehus (reisetid 1t 15 min inkl ferje) i nord og Nordfjord sjukehus (45 min inkl ferje) i sør. Ved Nordfjord sjukehus bedrives det ikke bløtdelskirurgi. For å få slik behandling må man i sørlig retning til Førde Sentralsykehus (ca 3t reisetid inkl 2 ferger).

BEMANNING:

Kirurgisk avdeling i Volda er en fellesavdeling med 23 senger, og har de siste par årene hatt en beleggsprosent på over 100 %. Det er 5 overlegestillinger i kirurgi knyttet til avdelingen, og disse er i dag besatt med:

- 2 generelle kirurger med grenspesialitet urologi
- 1 generell kirurg med spesialitet ortopedi
- 2 ortopeder

I tillegg er der 2 utdanningsstillinger i generell kirurgi, tellende for 2 år (gr. IIb).

VAKTPLAN:

Overlegene går i et felles bakvaktsystem som er femdelt. Primærsjiktet består av turnusleger. Da ass.legene går i et eget femdelt vaktssystem mellom primærvakt og bakvakt, betyr dette at 2/5 av alle vakter er 3-sjiktet (turnuskandidat-ass.lege-overlege) mens 3/5 av vaktene er 2-sjiktet (turnuslege-overlege).

Siden ortopedisk kirurgi ble egen hovedspesialitet i Norge, har det skjedd en gradvis tilpasning i vaktssystemene ved norske sykehus i retning av deling av beredskap på bakvaktnivå mellom ortopedi og bløtdelskirurgi. Ved de største sykehusene har denne utviklingen forplantet seg videre i vaktstjiktene og medført deling også på ass.legenivå og evt. turnuslegenivå.

Ved Volda sjukehus har der ikke skjedd utvidelser av antall overlegestillinger ved kirurgisk avdeling de siste 15 årene. Dette til tross for den generelle utvikling ved alle andre avdelinger med sammenlignbar aktivitet, hvor man gradvis har fått utvidelser av staben i takt med økte arbeidsoppgaver. Når skillet ortopedi/bløtdelskirurgi etter hvert har medført slike konsekvenser for vaktstruktur, som vi ser ved de fleste sykehus i dag, har dette imidlertid *ikke* skjedd i Volda. Antall overleger har vært for knapt til å kunne gjennomføre et realistisk vaktssystem som ivaretar beredskap i begge disipliner samtidig. Problemstillinger på vakt har vært løst delvis grunnet realkompetanse hos vakthavende, eller smidighet og velvillighet hos kolleger ved forespørsel. I tillegg har man hatt mulighet for å sende pasienter videre til Ålesund ved behov for ytterligere kompetanse.

HANDLINGSSALTERNATIVER:

På bakgrunn av den generelle utvikling når det gjelder spesialisering og seksjonering av vakt, er det urimelig å basere seg på at dagens vaktssystem skal overleve på sikt, både i forhold til formell kompetanse og realisme i vaktplanene.

Ut fra Helse Midt-Norge sin Eierstrategi 2010 er det gitt handlingsalternativer som skal være utgangspunkt for debatt i forhold til videre akuttberedskap innen kirurgi/ortopedi ved Volda sjukehus. Det framstår derfor ut fra overnevnte betraktninger **to** aktuelle alternativ som prosjektgruppen har konsentrert seg om i sin vurdering;

EIERSTRATEGIENS FORSLAG (INGEN BEREDSKAP FOR AKUTT KIRURGI ETTER KL 16 OG I HELGENE, DØGNBEREDSKAP FOR ORTOPEDI):

Dette handlingsalternativet bygger på Helse Midt-Norges Eierstrategi 2010.

Den største tyngden av operativ virksomhet ved Volda sjukehus når det gjelder *elektiv* drift, er ortopedi. Dette skyldes bl.a. at man per dags dato har 3 ortopeder i full stilling, og derfor har relativt god kapasitet til å drive denne type kirurgi. Størrelsen på sykehuset og muligheten for logistikkforbedringer er også tiltalende for å tenke videre ekspansjon når det gjelder seleksjon av driften.

En aktivitetsøkning innen ortopedi som forventes på bakgrunn av nåværende bemanningssituasjon, vil legge forholdene til rette for utdanningsstillinger i ortopedisk kirurgi. Eventuelt kan man tenke seg omgjøring av stilling(er) allerede eksisterende i generell kirurgi. En god grunnbemanning er nødvendig for å inneha nødvendig kompetanse for den akuttkirurgiske behandlingen. Større traumer vil som tidligere stabiliseres før de videresendes til Ålesund eller Trondheim, men ”det vanligste er vanligst” overalt. Dvs. at skadene som dominerer i antall ved alle sykehus; lårhalsbrudd, over- og underarmsbrudd, kneskader, luksasjoner, ankelbrudd osv. vil kunne behandles på en tilfredsstillende måte ved Volda sjukehus. For å ha en levedyktig vaktplan, må man derfor ta sikte på å rekruttere flere ortopeder. Som et minimum må det være 4-delt vaktplan. Uten å kunne tallfeste dette, er det vår oppfatning at økning i fagtilbudet øker etterspørselen og kompetansen i miljøet, slik at økte lønnsutgifter vil kompenseres av økt aktivitet. Dette har vi sett når det gjelder sist tilsatte urolog, som har ”dratt med” en stor portefølje med pasienter fra tidligere praksis ved sjukehus i Nordfjord. Dagens situasjon med 3 ortopeder og en evt. 3-delt vakt kan man ikke basere seg på. I tillegg må nevnes at en av

ortopedene er passert 60 år, og kan derfor velge å gå ut av vaktssystemet allerede på nåværende tidspunkt.

Ingen vaktberedskap i bløtdelskirurgi medfører at alle pasienter med problemstillinger fra dette fagfeltet må transporteres til Ålesund sjukehus. Ut fra bakgrunnstallene ble det i 2005 innlagt 757 bløtdelskirurgiske pasienter ved avdelingen som øyeblikkelig hjelp. 42 % ble operert, dvs. at hovedtyngden av pasientene ikke nødvendigvis krever operativ behandling, men innleggelse og observasjon/utredning. Behovet for opprustning for mottak av disse pasientene har blitt etterspurt relevante avdelinger i Ålesund. Men bortsett fra behovet for opprustning, har det vært vanskelig å få konkrete tilbakemeldinger som kan gi gode kostnadsberegninger. Selve transportutgiftene av pasienter har vært noe lettere å tallfeste ut fra tabellen under kap 5.

De vanligste akuttkirurgiske tilstander har blitt håndtert i Volda. Forsvinner dette tilbudet, vil det være vanskelig å se for seg at pasienter vil bruke sykehusets elektive tilbud innen bløtdelskirurgi, ikke minst pga. at dette tilbudet vil være svært begrenset. Det er vanskelig å se for seg at man vil kunne rekruttere generellkirurger til en avdeling som kun har elektiv drift med mindre inngrep som hernier, hemoroider, og evt. enkelte laparoskopiske inngrep, når størstedelen av abdominalkirurgien ikke bedrives i Volda. All gastrointestinal kreftkirurgi er allerede sentralisert til Ålesund da man per dags dato ikke har formalkompetanse ved avdelingen i henhold til tidligere vedtak om minimum 2 spesialister i gastrokirurgi ved slike avdelinger.

Det er for tiden 2 assistentleger bosatt i Volda, som har lagt løp i forhold til gastrokirurgi. Men disse kan tidligst forventes i drift som subspecialister om 4-6 år.

En stor del av den polikliniske kontrollaktiviteten på pasienter behandlet for gastrointestinalcancer, utføres i dag av ass.leger ved avdelingen. Med manglende satsing på bløtdelskirurgi, vil dette ikke kunne fortsette av faglige grunner. Det er iallfall vanskelig å se for seg at generellkirurger som ikke får primærbehandle pasienter for sin sykdom, likevel skal ha ansvaret for etterarbeidet som kontrollene er uttrykk for. Dette medfører igjen et større trykk på tilsvarende avdeling i Ålesund, noe det ikke er tatt høyde for.

Bortfall av akuttkirurgi vil imidlertid ha mindre betydning for den polikliniske ø-hjelp-beredskap, da disse i stor overvekt er mindre traumatologi og ortopedi.

Urologien er ikke med i denne betraktningen, men utgjør også en forholdsvis liten del av akutt kirurgien.

Bortfall av akuttkirurgitilbudet er det handlingsalternativet som bekymrer de andre avdelinger ved sykehuset mest. Grunnene er flere og avhengig av avdeling.

På medisinsk avdeling ser de for seg at mangelen på kirurgisk tilsyn på sine pasienter medfører et faglig tap. Det vil være større terskel å måtte sende pasienten helt til Ålesund for å få et slikt tilsyn, eksempelvis en uavklart buk. Det hender av og til at pasienter legges på medisinsk avdeling, og det viser seg etter hvert at de har en tilstand som krever operativ behandling.

Diagnostikken forsinkes ofte av at pasienten allerede er lagt på en annen avdeling, og når riktig diagnose er stilt, vil det ofte være viktig å få pasienten behandlet så raskt som mulig.

Akuttavdelingen/intensiv har også pasienter som vil kunne kreve kirurgisk tilsyn som ledd i behandlingen, noe som også vanskeliggjøres hvis pasienten må transporteres til Ålesund for dette.

Gynekologisk avdeling har også pasienter som dels diagnostisk er i grenseland mot gastrokirurgien, men også egne pasienter som får komplikasjoner som krever generellkirurgisk intervensjon.

Røntgenavdelingen fokuserer også på det som er et fellestrekk for de andre avdelingene, nemlig innsnevring av fagfelt, noe som gjør det mindre attraktivt i forhold til rekruttering av legespesialister og annet fagpersonell.

ALTERNATIV MODELL (DØGNBEREDSKAP FOR AKUTT KIRURGI, INGEN BEREDSKAP FOR AKUTT ORTOPEDI ETTER KL 24)

Dette alternativet bygger ikke på Eierstrategi for Helse Midt-Norge, men belyser behovet for at alle lokalsykehus skal ha vaktberedskap i akutt kirurgi jmf. Legeforeningens utredning.

Av de 5 overlegene som er ved kirurgisk avdeling i dag, er 3 generellkirurger (en ortoped og to urologer). For at en skal oppfylle kriteriet om døgnberedskap, må en her rekruttere flere kirurger, minst 1, for å oppfylle et minimumskriterium for vaktplan. Rekruttering vil uansett stå sentralt på bakgrunn av flere forhold. For det første er alle bløtdelskirurgene ved sykehuset rundt 60 år, og derfor i posisjon for å kunne trekke seg ut av vaktsystemet på kortere eller lengre sikt. For det andre er det slik at siden ortopedisk kirurgi utgikk som egen hovedspesialitet, har den generelle kirurgen blitt mer ”gastrokirurg”, og både *real*kompetanse, men ikke minst *formell* kompetanse vil ha betydning i forhold til videre aktivitet ved de ulike avdelinger som bedriver kirurgi. Skal man ha akuttkirurgisk beredskap, må man derfor ta sikte på at avdelingen på sikt får fagkompetanse som oppfyller kriteriene for abdominal kreftkirurgi, dvs. minst to spesialister i gastrokirurgi. For Volda sin del erkjennes vanskeligheten med å skaffe seg dette via vanlig utlysning. En har imidlertid hatt god erfaring med intern rekruttering av spesialister på sikt, gjerne med en eller annen lokal tilhørighet, da dette har hatt høyest suksessrate for kontinuitet. Det er som ovenfor nevnt, 2 ass.leger i gang med dette løpet, men de kan altså tidligst forventes ferdigutdannet om 4-6 år.

Ut fra Legeforeningens anbefalinger om opprettholdelse av akuttkirurgi ved fullverdige lokalsjukehus, samt Nasjonal Helseplan, er det derfor ut fra faglige grunner viktig å satse på en styrking av generell kirurgien, og dermed sikre 24 timers akuttberedskap ved sykehuset. Reelt sett vil dette bety en overgangsfase hvor man må akseptere en viss tilpasning av vaktordning innen kirurgi i samarbeid med Ålesund, før rekruttering har gitt tilfredsstillende lokal kompetanse i full bredde.

Man har sett ut fra ø-hjelpaktivitet i 2005/2006, at behovet for operativ behandling etter midnatt er lite innen ortopedi. Det meste har blitt håndtert tidligere på kvelden, og eventuelle bruddbehandlinger som krever operativ intervensjon, kan vanligvis planlegges til påfølgende dag. Av den grunn ser en for seg at det kan være realistisk å gjennomføre en vaktordning som skissert i dette alternativ. Da avsluttes ortopedisk beredskap en gang mellom kl 20-24, og videre beredskap ivaretas av aktuelle kirurg i vakt. I de tilfeller der det må interverneres snarlig, vil det likevel være tilstander som i så fall krever stabilisering for videre transport.

Ved en slik løsning vil man kunne ivareta fagmiljøene. Beredskapen vil kunne opprettholdes innen ortopedi og bløtdelskirurgi. Utdanningsaspektet når det gjelder videre- og etterutdanning av leger og andre helsearbeidere vil tilfredstilles, og ikke minst vil utgifter til transport mellom sykehusene kunne holdes på et akseptabelt nivå.

7. PROSJEKTGRUPPENS ANBEFALINGER

Ut fra gjennomgått dokumentasjon og tidligere utredninger mener prosjektgruppen at også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi. Dette prinsipp støttes av Legeforeningens utredning og av de forespurte fagmiljøer i Midt-Norge, konferer innspill fra referansegruppen. Utredningen fra Royal Colleges of Physicians, med tittelen “Isolated Acute Services” i 2002, støtter også at alvorlig syke pasienter bør innlegges i et sykehus med kirurgisk beredskap. Uten 24-timers kirurgiberedskap vil prinsippet om mulighet for snarlig kirurgisk vurdering, som nevnt i den engelske utredningen, kun være mulig å oppfylle for Orkdal sykehus ved overføring til St. Olav. For de andre

sykehusene vil avstanden/reisetiden være for lang etter prosjektgruppens mening. Vi mener at dette prinsipp også er i tråd med Nasjonal Helseplan som fremholder at lokalsykehusene skal være reelle sykehus som skiller seg klart fra nisjesykehus. Dersom man tar bort akuttfunksjonen i generell kirurgi fra et lokalsykehus, er prosjektgruppen redd for at man tar bort en av hjørnesteinene i sykehuset. På sikt vil det da være stor fare for at et slikt sykehus vil opphøre som et reelt lokalsykehus.

Forslaget i Eierstrategien vil For Helse Nordmøre og Romsdal HF medføre at det blir det eneste helseforetaket ikke har ett bredt sykehus med vaktordning i både kirurgi og ortopedi døgnet rundt. Dette mener prosjektgruppen er uheldig. Med våre geografiske og værmessige forhold kan man ikke basere seg på at f. eks større traumer fra dette foretakets opptaksområde alltid skal kunne transporteres til Ålesund eller Trondheim med helikopter i akuttfasen. Forslaget om delt beredskap vil etter prosjektgruppens mening også medføre økt "pasientlekkasje" fra dette foretakets nordlige og sørlige deler. Kirurgiske pasienter vil fra nordfylket trolig i større grad lekke til Orkdal/St. Olav og ortopediske pasienter fra Romsdal-regionen vil kunne lekke til Ålesund. Pasientstrømsanalyser har tidligere vist at pasientlekkasje er et problem for Helse Nordmøre og Romsdal, og det er grunn til å tro at dette vil kunne øke hvis man velger en organisering som foreslått i Eierstrategien.

Dagens ordning vil uansett på sikt ikke kunne fortsette. Vi må ta innover oss at spesialitetene generell kirurgi og ortopedi har skilt lag. Ortopeder som er utdannet i senere tid, etter den nye ordningen, har ikke formell kompetanse til å gå generellkirurgiske bakvakter. Det har Statens helsetilsyn sagt noe om i tilsynsrapport av juni 06 (Blefjell Sykehus HF).

Når det gjelder beredskap i ortopedi, viser vi til Legeforeningens rapport som sier at "lokalsykehus som har ortopedi av betydelig volum må ha ortopedisk akuttberedskap". Hva som menes med "betydelig volum" vil være gjenstand for skjønnsmessig vurdering. Våre analyser viser at det å fjerne akuttberedskapen i ortopedi der den allerede er etablert (f. eks Namsos), vil medføre økonomisk tap. Det å flytte pasientene til nabosykehuset vil koste mer enn det man sparer på å kutte vaktordningene fullstendig. Namsos-modellen, som nå synes å være velprøvd, fungerer godt. Man sparer litt på å kutte vaktordningen i ortopedi på natta, og det er svært få pasienter som må transporteres videre til nabosykehuset med denne type beredskap.

Med bakgrunn i dette ser prosjektgruppen derfor for seg en ordning der man beholder generell kirurgisk beredskap døgnet rundt på alle sykehus, mens man kutter beredskapen i ortopedi en gang mellom kl 20-24. Det absolutte tidspunkt for vaktoppør må hvert enkelt foretak definere ut fra en analyse der man balanserer økte transportkostnader mot reduserte utgifter i vaktberedskapen. Vi anser at det for alle burde være et sted mellom kl 20-24 avhengig av aktiviteten for det enkelte sykehus. For enkelthets skyld har våre analyser tatt utgangspunkt i at ortopedivakten opphører kl 24.

SYKEHUSET NAMSOS

I Eierstrategien er det foreslått at Sykehuset Namsos kun skal ha bløtdekirurgisk beredskap. De to sykehusene i Nord-Trøndelag har hver sin ortopediske avdeling. Ortopediske tilstander er blant de mest hyppige tilstander. Prognoser tilsier at disse tilstandene vil øke betydelig de kommende år. I Nasjonal helseplan er det en målsetting at slike tilstander skal behandles ved lokalsykehusene. Det er dessuten en målsetting at større og mer kompliserte tilstander skal vurderes og stabiliseres lokalt. Disse forhold krever tilstrekkelig lokal kompetanse og beredskap. Den geografiske avstanden mellom Sykehusene i Nord-Trøndelag gjør det nødvendig med en

ortopedisk avdeling på hvert sykehus. Dagens bemanning og rekruttering tilfredsstiller de forutsetningene en legger til grunn for dette.

Legeforeningens utredning forutsetter døgnberedskap ved stor elektiv aktivitet. Den elektive ortopediske aktivitet ved Sykehuset Namsos er tilnærmet halvparten av den totale elektive aktivitet ved Helseforetaket Nord-Trøndelag. Ortopedisk beredskap til kl. 24.00 må derfor anses som en minimumsberedskap for Sykehuset Namsos

Prosjektgruppen anbefaler derfor at dagens ordning med døgnberedskap for bløtdelskirurgi og beredskap for ortopedi til kl. 20-24 videreføres for sykehuset Namsos.

ORKDAL SJUKEHUS

I Eierstrategien er det foreslått at Orkdal kun skal ha ortopedisk akuttberedskap. Orkdal har i dag etablert beredskap for både ortopedi og kirurgi døgnet rundt. Ut fra både faglige og økonomiske vurderinger synes det lite hensiktsmessig å kutte kirurgisk beredskap fullstendig.

Prosjektgruppen anbefaler at man innfører en modell lik det man har i Namsos med døgnberedskap i bløtdelskirurgi og ortopedisk beredskap til kl 20-24.

Pga dette sykehusets nærhet til, og fulle integrasjon med St. Olav har man i interne utredninger i det lokale foretaket vurdert en egen alternativ modell. Denne modellen forutsetter at fødeavdelingen omgjøres til fødestue, noe som ennå ikke er bestemt. Prosjektgruppen er usikker på om denne modellen oppfyller forutsetningen i Eierstrategien om at alle lokalsykehus skal ha et kirurgisk tilbud. Vi har derfor valgt å ikke bygge videre på denne modellen.

KRISTIANSUND SYKEHUS

I eierstrategien er det foreslått at Kristiansund kun skal ha ortopedisk beredskap. Kristiansund sykehus har i dag etablert en felles bakvaktordning for ortopedi og kirurgi, der det enten er ortoped eller bløtdelskirurg på vakt.

Pga faglige vurderinger bør Kristiansund sykehus ha en bløtdelskirurgisk beredskap døgnet rundt. Ortopedisk beredskap kan etter prosjektgruppens oppfatning opphøre et sted mellom kl 20-24.

Det må altså etableres en 2-delt bakvaktordning ved Kristiansund sykehus. I prinsipp vil dette medføre ekstra kostnader, men disse kan langt på vei begrenses dersom man går over fra et tresjiktet til et tosjiktet vaktssystem, dvs at ass-legene flyttes inn i primærsjiktet. Man bør tilstrebe minst 4-delt vaktordning for overleger i begge disipliner. Kristiansund har i dag 3 ortopeder, og 3 bløtdelskirurger. En stilling i urologi er ubesatt. For å få en slik beredskap etablert, bør Kristiansund sykehus tilføres en ekstra stillingshjemmel i ortopedi, samt rekruttere inn en generellkirurg i den ubesatte urologstillingen.

Dissensnotat fra Anna-Catharina Hegstad, se mot slutten av rapporten

MOLDE SJUKEHUS

Molde sjukehus er i Eierstrategien foreslått med bare bløtdelskirurgisk beredskap. Ved sykehuset er det i dag etablert en felles bakvaktordning for kirurgi og ortopedi, der det enten er ortoped eller bløtdelskirurg på vakt.

Ut fra befolkningsgrunnlag, faglig infrastruktur og tilgang på støttefunksjoner mener prosjektgruppen at det ved Molde sjukehus bør etableres en bløtdelskirurgisk og ortopedisk beredskap døgnet rundt.

Det må altså etableres en 2-delt bakvaktordning ved Molde sykehus. I prinsipp vil dette medføre ekstra kostnader, men disse kan langt på vei begrenses dersom man går over fra et tresjiktet til et tosjiktet vaktssystem, dvs at ass-legene flyttes inn i primærsjiktet.

Man bør tilstrebe minst 4-delt vaktordning i begge disipliner. Molde har i dag 4 bløtdelskirurger, 1 ortoped og 1 traumatolog. 1 stilling i gastrokirurgi er ubesatt. Denne ubesatte stillingen kan evt omgjøres til en ortopedstilling og i tillegg må det tilføres en ny stillingshjæmme for ortopedi.

Dissensnotat fra Anna-Catharina Hegstad, se mot slutten av rapporten

VOLDA SJUKEHUS

Uansett valg av videre strategi, vil behovet for et fullverdig lokalsykehus framtvinge behovet for rekruttering og styrking av bemanningssituasjonen på overlegesiden ved kirurgisk avdeling i Volda. En må sannsynligvis også ta med i beregningen at den geografiske beliggenhet, framtidig kommunikasjon med Kvikvsveg og Eiksundsamband, vil føre til et sannsynlig økt aktivitetsnivå ved sykehuset. Av den grunn er det vesentlig at sykehuset er best mulig forberedt for dette i sin basisfunksjon og bemanning.

Pga faglige vurderinger bør Volda sjukehus ha en bløtdelskirurgisk beredskap døgnet rundt. Ortopedisk beredskap kan etter prosjektgruppens oppfatning opphøre et sted mellom kl 20-24.

Det må altså etableres en 2-delt bakvaktordning ved Volda sjukehus. I prinsipp vil dette medføre ekstra kostnader, men disse kan langt på vei begrenses dersom man går over fra et tresjiktet til et tosjiktet vaktssystem, dvs at ass-legene flyttes inn i primærsjiktet.

Man bør tilstrebe minst 4-delt vaktordning i begge disipliner. Volda har i dag 2 ortopeder, 2 bløtdelskirurger og en overlege som er spesialist både i generell kirurgi og ortopedi. Alle stillingshjemler er besatt.

For å få denne ordningen etablert bør Volda sykehus tilføres 3 stillingshjemler. (1 stillingshjæmme i gen. kirurgi og 2 stillingshjemler i ortopedi, alternativt 1 stillingshjæmme i ortopedi og 2 i gen. kirurgi siden den ene ortopeden også har generellkirurgisk spesialistkompetanse).

8. KOMMUNIKASJON, GJENNOMFØRING OG EVALUERING

KOMMUNIKASJON

Egen kommunikasjonsplan er laget for arbeidet i prosjektperioden. Denne planen forutsatte at prosjektarbeidet ble gjort kjent internt og eksternt, samtidig som det ble opprettet dialog i de lokale helseforetakene rundt de faglige vurderingene. Tilbakemeldinger i prosjektgruppen tyder på at involveringen har vært ulik i helseforetakene. Dette gjelder spesielt Helse Nordmøre og Romsdal HF. HNR har arbeidet synkront med regional utredning og lokale løsninger på samme område. Organisasjonen melder tilbake om for dårlig involvering og informasjon om det regionale arbeidet. Dette betyr at ekstra ressurser bør settes på kommunikasjonsarbeidet i HNR, og dialog med interne og eksterne grupper må gjøres systematisk, grundig og bredt. Prosjektgruppens anbefalinger innebærer en styrking av beredskap innen ortopedi og bløtdelskirurgi i regionen. Gruppen har foreslått minimumsløsninger i vaktordningene på faglig grunnlag. I prosjektgruppens løsning ligger styrking av kompetansen i fagmiljøene og en sterkere vekt på spesialistsjiktet i vaktordningene.

Kommunikasjonsplan for prosjektene som følger opp Eierstrategien bør være felles for alle prosjektene. Kommunikasjonsplanen bør fokusere både på tiden fram mot styrebehandling i RHF-styre, men også iverksettingen som skal skje i de lokale helseforetakene som følge av RHF-styrets vedtak.

GJENNOMFØRING

For å gjennomføre prosjektgruppens forslag må det gjøres et betydelig rekrutteringsarbeid. Med perspektiv mot 2010 bør det være mulig å ha mye på plass. Helse Midt-Norge må snarest prioritere stillingshjemler til de sykehusene (Kristiansund, Molde og Volda) som etter prosjektgruppens anbefaling må etablere en dobbel vaktordning (ortopedi + kirurgi). De lokale foretakene må, i alle fall i en overgangsfase, se om der kan finnes ubenyttede stillingshjemler som i så fall kan omgjøres. Rekrutteringsarbeidet må starte umiddelbart.

EVALUERING

En del av forslagene fra prosjektgruppen kan måles/etterprøves. Dette bør gjøres i løpet av en tre til fem års periode. Vi foreslår følgende parametere for evaluering:

- Grad av oppnådd rekruttering
- Omlegging av vaktordninger; har det skjedd etter intensjonen?
- Antall pasienter som må overføres til sykehus med døgnberedskap i ortopedi og hvilke diagnoser disse pasientene har.
- Transportkostnader for overførte pasienter.

9. DISSENSNOTAT FRA ANNA-CATHARINA HEGSTAD:

Prosjektgruppens medlem Anna-Catharina Hegstad har følgende kommentar til rapportens konklusjoner:

1. Medlemmet er enig i at den fremtidige organiseringen av kirurgisk beredskap må organiseres med selvstendige vaktlag innen generell kirurgi og ortopedi.
2. Medlemmet er uenig i at man 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.
3. Medlemmet mener at økonomiske, faglige eller rekrutteringsmessige konsekvenser av dette ikke er tilstrekkelig belyst.
4. Medlemmet 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.
5. Medlemmet 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.

ANNA-CATHARINA HEGSTAD LANSERER FØLGENDE SOM ALTERNATIV MODELL FOR HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL:

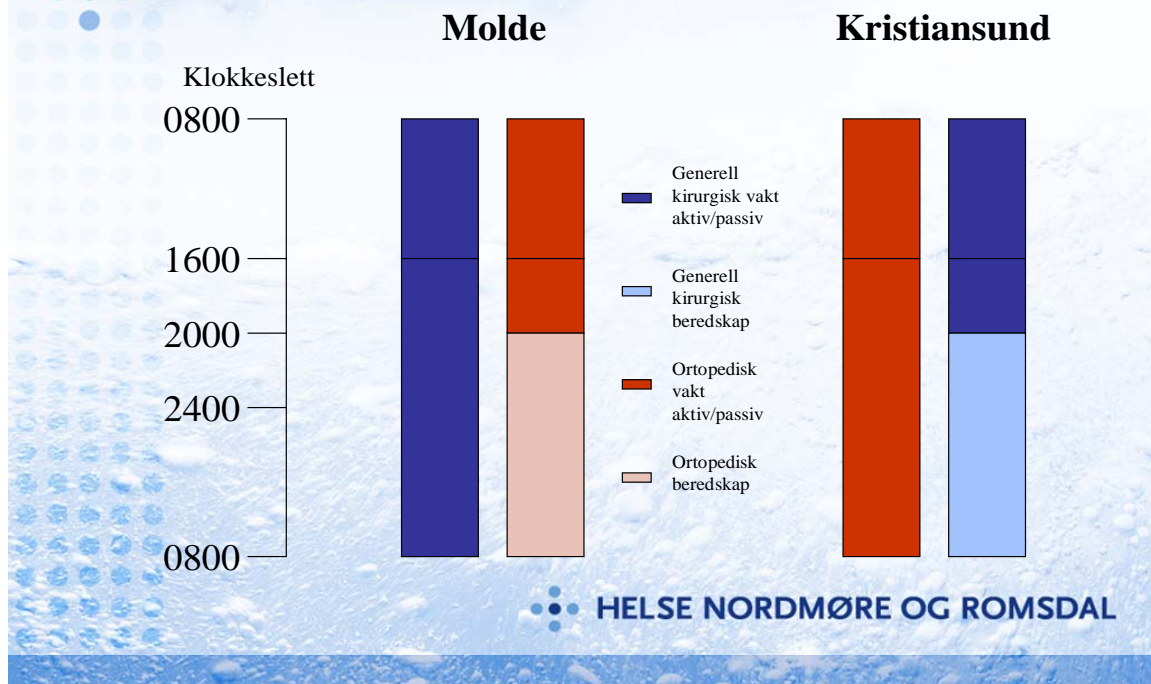
MOLDE SJUKEHUS:

- Døgnberedskap for bløtdelskirurgi
- Delvis vaktberedskap for ortopedi

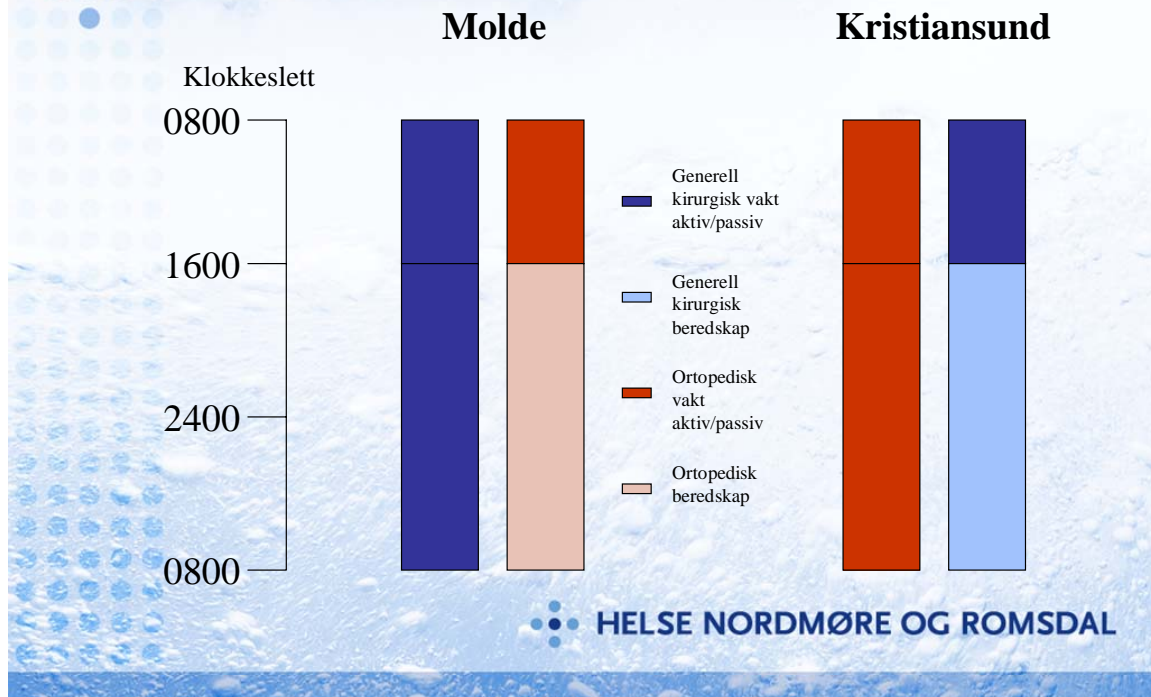
KRISTIANSUND SYKEHUS:

- Døgnberedskap for ortopedi
- Delvis vaktberedskap for bløtdelskirurgi

Modell A - hverdager



Modell A – helg og helligdager



Ut i fra de innvendingene man har hatt i forhold til delt vaktberedskap innen ortopedi og bløtdelskirurgi, har den overståtte modellen blitt lansert.

Det er flere fordeler med denne modellen. Ut i fra pasienthensyn vil vi få liten grad av pasienttransport mellom sykehusene, oppnå raskere behandling og sørge for bred kompetanse rundt pasienten. Vi vil kanskje bedre kunne ivareta utdanningen av generellkirurger i Kristiansund, og ortopedier i Molde. Kostnads- og personellmessig er denne modellen mer krevende enn Eierstrategiens modell. Hvorvidt vi vil kunne klare å rekruttere nok spesialister er usikkert. Det har de siste årene vært spesielt vanskelig å få tak i ortopedier til Molde sykehus.

10. REFERANSER

Innspill fra referansegruppen, svar fra andre sykehus/foretak vil bli gjort tilgjengelig på Virksomhetsportalen

- <http://virksomhetsportal.helsemn.no/sites/RHF-Eierstrategi/default.aspx>

Nasjonal Helseplan 2007-2010 St.prp. nr.1 (2006-2007)

- http://www.odin.no/filarkiv/292402/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf

Den norske lægeforening

- http://www.legeforeningen.no/asset/30892/1/30892_1.pdf
- <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=99307&subid=1>

Helse Øst

- http://www.helse-ost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=184&I=1699&mids=317
- Sykehuset Innlandet (inklusive SINTEF-rapport)
http://www.sykehuset-innlandet.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=503&I=7078

Helse Sør

- Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør
<http://www.helse-sor.no/innhold/styremoter/dokumenter/vedlegg%20sak%2005-2006%20lokalsykehusprosjektet.pdf>
- Strategiprosessen i Helse Sør –Resept 2006
http://www.helse-sor.no/resept2006/strategi_resept_2006.htm

Helse Vest

- <http://www.helse-vest.no/sw1908.asp>

Helse Nord

- Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord 2003
<http://www.helse-nord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHFs%20bilde-%20og%20filarkiv/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20om%20organisering%20av%20framtidig%20kirurgisk%20akuttberedskap%20i%20Helse%20Nord%2010.02.2003.pdf>
- Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord 2005
<http://www.helse-nord.no/category5929.html>

Internasjonale trender

- Small hospitals outside the Netherlands and their orientation towards specific tasks and target groups
http://www.bouwcollege.nl/Pdf/CBZ%20Website/English/Full%20Reports/english_small_hospitals.pdf
- Royal College of Physicians “Isolated Acute Services”
http://www.rcplondon.ac.uk/news/news.asp?PR_id=137
- Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel
http://www.sykehusplan.no/data/nhs_dms.pdf
- Erfaringer fra Dalarna i Sverige (Rapport fra NOSYKO AS: Vurdering av konsekvenser ved eventuell nedleggelse av akutt kirurgi ved Sykehuset Innlandet, divisjon Tynset (SI Tynset)
<http://www.tynset.kommune.no/default.asp?WCI=ViewNews&WCE=9210&DGI=143&Head=1>

Statens Helsetilsyn

- ”Rapport fra tilsyn med deler av helsetjenestetilbudet ved Blefjell sykehus HF, Kirurgisk klinikk” (sjå kap 5.2 avvik 1)
http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_8326.aspx