

**Kirurgi og fødselsomsorg  
i Helgelandssykehuset Mosjøen**

***Omstillingsprosjekt struktur***

**Sluttrapport fra prosjektgruppen**

**07.10.03**

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
2.1	Bakgrunn .....	5
2.2	Mandat og prosjektorganisering .....	6
2.2.1	Omstillingsprosjekt struktur – prosjektplan .....	6
2.2.2	Kommentarer fra prosjektgruppen .....	8
2.3	Arbeidsmetode og prosess .....	9
2.4	Omstillingstiltak for berørt personale .....	9
2.5	Behov for registrering av aktivitet .....	9
<b>3</b>	<b>Kirurgisk virksomhet uten kirurg i vakt etter dagtidens slutt</b> .....	<b>10</b>
3.1	Elektiv kirurgisk virksomhet med innleggelse .....	11
3.2	Elektiv dagkirurgi .....	12
3.3	Akutt kirurgisk virksomhet .....	13
3.4	Konsekvenser for indremedisinsk virksomhet .....	14
3.5	Spesielle bemanningsmessige utfordringer .....	14
<b>4</b>	<b>Overgang fra fødeavdeling til jordmorstyrt fødestue</b> .....	<b>17</b>
4.1	Nasjonale faglige retningslinjer .....	17
4.2	Organisatorisk plassering .....	17
4.3	Bemanning .....	18
4.4	Svangerskapsomsorgen .....	18
4.5	Seleksjonskriterier .....	19
4.6	Følgetjenesten .....	19
4.7	Ansvarsavklaring .....	20
4.8	Opplæring/kompetanseoppbygging .....	20
4.9	Informasjon til befolkningen .....	20
4.10	Elektiv gynekologisk virksomhet .....	21
<b>5</b>	<b>Andre oppgaver i Mosjøen</b> .....	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>Andre berørte tjenester</b> .....	<b>24</b>
6.1	Fullverdig fødeavdeling i Sandnessjøen .....	24
6.2	Prehospitaltjenester .....	24
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>26</b>
7.1	Helgelandssykehuset HF – styrevedtak 41/2003: Organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg .....	26
7.2	Prosjektplan .....	27
7.3	Bemanningen på de ulike fødestuene .....	28

## 1 Sammendrag

Med utgangspunkt i mandatet gitt av foretaksledelsen, har prosjektgruppen utredet konsekvenser av foretaksmøtets vedtak om å redusere akuttkirurgisk beredskap og omgjøre fødeavdelingen til fødestue ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Med utgangspunkt i befolkningens behov, har prosjektgruppen utarbeidet en prioritert liste over aktuelle aktiviteter i Helgelandssykehuset Mosjøen forutsatt de nye rammebetingelsene. Forslagene er samlet i følgende grupperinger:

- 1) Ny aktivitet som vil kreve operasjonsstuekapasitet/sengeplasser
- 2) Nye oppgaver i foretaket
- 3) Ny aktivitet som vesentlig kan foregå poliklinisk
- 4) Utvidelse av eksisterende aktivitet
- 5) Mindre aktuelle tiltak

Gruppen tilrår blant annet at det legges til rette for økt elektiv kirurgi i form av dagkirurgi både på nye fagområder og for større pasientgrupper i Helgelandssykehuset. Også innleggelse for kirurgiske pasientgrupper som ikke krever kirurgisk vaktberedskap, er foreslått. Eksempel på det sistnevnte er virksomhet knyttet til rekonstruktiv kirurgi, i hovedsak bukveggplastikker, mamma reduksjonsplastikker og begrenset rekonstruksjon etter mammacancer; alle områder med betydelige ventelister i dag. Det er allerede hentet inn positive uttalelser til en slik løsning både fra Radiumhospitalet og UNN.

For å løse situasjonen for akutte kirurgiske pasienter foreslår prosjektgruppen en modell med et nært samarbeid med primærhelsetjenesten med utgangspunkt i et felles akuttmottak (FAM). Ved behov mobiliseres et stabiliserings-/vurderingsteam ledet av vakthavende anestesilog og med bistand fra vakthavende personell både i primærhelsetjenesten og sykehuset.

Gruppens flertall vil understreke at de foreslåtte endringer i akutt-tilbudet totalt sett vil medføre et dårligere helsetilbud til befolkningen i området, kfr. avsnitt 2.2.2.

Det tilrås at den gynekologiske virksomheten i Mosjøen fortsetter som i dag når det gjelder polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi. Tjenestetilbudet kan eventuelt ivaretas av foretakets gynekologer gjennom etablering av styrte kliniske nettverk.

Den største utfordringen knyttet til omdanningen fra fødeavdeling til fødestue, knytter seg til opplæring og omstilling hos de ansatte ved fødeavdelingen. Det må derfor legges stor vekt på dette, og det tilrås derfor et omfattende program for hospitering ved ulike fødestuer og større fødeavdelinger både innenfor og utenfor foretaket. Det forutsettes at de nasjonale faglige retningslinjene for alle nivåer av fødselsomsorgen legges til grunn i Helgelandssykehuset. Rutiner for seleksjon og følgetjeneste, ansvarsforhold og økonomiske forhold må klarlegges nærmere. Nye retningslinjer og andres erfaringer vil danne et godt grunnlag som gjør at dette punktet ikke representerer den største utfordringen.

Samhandlingen med primærhelsetjenesten er avgjørende for å få finne gode løsninger innenfor de nye rammebetingelsene for Helgelandssykehuset Mosjøen. Dette gjelder både

samarbeid knyttet til et felles akuttmottak og samarbeid om en god svangerskaps- og fødselsomsorg.

Endringer i kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg vil berøre et stort antall ansatte. Det vil være svært viktig at arbeidet fram til gjennomføring av de planlagte tiltak fokuserer på arbeidsmiljømessige hensyn og informasjon til de ansatte. Det er behov for kompetanseutvikling både prehospitalt, hospitalt og i primærhelsetjenesten. Prosjektgruppen anbefaler at Helgelandssykehuset prioriteres i dette arbeidet og at dette blir et sentralt tema i den detaljerte gjennomføringsplan som skal utarbeides i neste fase i prosjektet som grunnlag for den forestående omstilling i Helgelandssykehuset Mosjøen.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn

”Omstillingsprosjekt Struktur” er tredje fase av en lengre utredningsprosess iverksatt av Helse Nord RHF høsten 2002. I fase 1 ble det utarbeidet rapporter fra to sentrale prosjektgrupper som utredet henholdsvis organiseringen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord. I fase 2 utredet lokale prosjektgrupper en nærmere konkretisering av løsninger basert på vedtak i styret i Helse Nord RHF og styrene i Helgelandssykehuset HF og Hålogalands-sykehuset HF. Endelige vedtak basert på disse utredningene ble fattet av foretaksmøtet i Helse Nord RHF 19. juni 2003.

Elementer som ble særskilt vurdert og inngår i foretaksmøtets samlede vedtak (fra referat fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF 19. juni 2003):

- Omgjøring av fødeavdeling til jordmorstyrt fødestue ved Helgelandssykehuset Mosjøen
- Omgjøring av kirurgisk akuttberedskap til generell kirurgisk beredskap på dagtid i kombinasjon med poliklinisk, dagkirurgisk og elektiv aktivitet som ikke krever kirurgisk døgnberedskap
- Styrket akuttkirurgisk beredskap, kompetanse og kapasitet i Helgelandssykehuset Rana, med parallelle vaktteam i ortopedi og bløtdelskirurgi
- Videreføring av kirurgisk akuttberedskap innen generell kirurgi ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Dette er nærmere utdypet i foretaksmøtets forutsetninger/sammenfattende vurderinger, og oppfølgingen av vedtak som ble truffet:

- Foretaksmøtet vurderer at det må skje en styrking av den akuttmedisinske beredskapen ved at de prehospitale tjenestene, i første rekke ambulansetjenesten, styrkes, og at dette kombineres med en økt akuttkirurgisk kapasitet og kompetanse gjennom oppretting av parallelle vaktteam i bløtdelskirurgi og ortopedi i et sykehus i hvert av helseforetakene (Rana i Helgelandssykehuset)
- Foretaksmøtet forutsetter at det skal opprettholdes og ivaretas en generell akuttkirurgisk beredskap i sykehuset i Sandnessjøen. Helseforetaket skal sikre at kirurger og ortopeder i vakt har realkompetanse i generell akuttkirurgi.
- Omgjøring av dagens kirurgiske akuttberedskap til generell, døgnkontinuerlig beredskap for vurdering og stabilisering av pasienter, samt poliklinisk, dagkirurgisk aktivitet, inklusive håndtering av enkel øyeblikkelig hjelp på dagtid ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Det skal fortsatt være døgnkontinuerlig vakt med legespesialister i indremedisin og anestesi.
- Foretaksmøtet forutsetter videre at personell med akuttmedisinske oppgaver i alle sykehusene trenes målrettet i skadehåndtering og stabilisering etter skader

Foretaksmøtet forutsetter at tiltakene ikke medfører en økning av oppgaver til kommunehelsetjenesten uten at dette er avklart på forhånd.

For foretaksmøtet var det en avgjørende forutsetning at sykehusreformen skal føre til bedre helsetjenester for befolkningen. Det er en klar forutsetning fra foretaksmøtet at overgangen til fødestue og endring av akutt kirurgisk beredskap ved Mosjøen sjukehus gjennomføres på en måte som oppfyller denne forutsetningen. Helgelandssykehuset Mosjøen skal bli en trygghetsskapende ressursbase for befolkningen i området.

## **2.2 Mandat og prosjektorganisering**

Nedenfor følger mandat og prosjektplan slik det er utarbeidet av ledergruppen i Helgelandssykehuset HF den 19. august 2003. Mandatet er senere også godkjent av Helse Nord RHF. Det er i prosessen gjort mindre endringer i den vedlagte prosjektplan (vedlegg 2). Kapittel 2.2.1 nedenfor er en direkte gjengivelse av det notat som ble behandlet i ledergruppen i Helgelandssykehuset HF den 19. august 2003. I kapittel 2.2.2 er det knyttet noen kommentarer til dette fra prosjektgruppen.

### **2.2.1 Omstillingsprosjekt struktur – prosjektplan**

Dette er en prosjektplan for ”Omstillingsprosjekt struktur” i tråd med saksframlegg og vedtak i foretaksmøtet i Helgelandssykehuset HF 1. juli 2003. Forslaget ble behandlet i ledergruppen i Helgelandssykehuset HF 19. august 2003. Det er planlagt oppstartmøte i Mosjøen både for styringsgruppe og prosjektgruppe 15. og 16. september 2003. Vi forutsetter at prosjektleder og prosjektsekretær umiddelbart starter arbeidet når prosjektplanen er ferdigbehandlet av administrasjonen i Helse Nord RHF. Denne saken distribueres også til AMU i Helgelands-sykehuset HF.

#### Oppdraget

Oppdraget har sin bakgrunn i en lengre prosess i Helse Nord RHF, Hålogalandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. De konkluderende vedtakene er gjort i:

Styremøtet i Helse Nord RHF 18.06

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 19.06

Foretaksmøtet i Helgelandssykehuset HF 01.07

Fra administrasjonen i Helse Nord RHF er det presisert at omstillingen av den kirurgiske akuttberedskapen i Mosjøen ikke forutsetter at det er kirurg på vakt etter dagtidens slutt. Fødeavdelingen omgjøres til jordmorstyrt fødestue.

Administrasjonen i Helgelandssykehuset HF forutsetter at vedtaket i styremøtet i Helgelandssykehuset HF 28.05 – punkt 4 og 5 – blir en del av oppdraget og prosjektets forutsetninger (vedlegg 1).

Med basis i disse grunnlagsdokumentene er mandatet gitt. Prosjektet skal forberede flest mulig forhold for å iverksette vedtakene, men selve implementeringen vil skje i en neste fase. Frist første fase er 20.10.

## Interessentene

Sentrale interessenter i prosjektet vil være: Helse Nord RHF, Helgelandssykehuset HF, eksternt engasjerte personer, primærhelsetjenesten, ambulansetjenesten, kommuner, media og befolkning.

## Prosjektgruppe

Anestesilege Helge Torgersen, Deloitte & Touche, prosjektleder  
Rådgiver Trude Grønlund, Helse Nord RHF, prosjektsekretær (operativ prosjektdeltaker)  
Avdelingsdirektør Arne Wilskow, Mosjøen  
Avdelingssjef pleie Torbjørg Paulsen, Mosjøen  
Avdelingsoverlege kirurgi Arnfinn Aronsen, Mosjøen  
Kst. avdelingsoverlege medisin Grete Mo, Mosjøen  
Avdelingsoverlege gynekologi Odd Andersen, Mosjøen  
Avdelingsjordmor føde Karin Nilsen, Mosjøen  
Kommunelege I Per Iver Øksne, Vefsn kommune  
Kommunelege Brit Blaunfeldt Petersen, Hattfjelldal kommune  
Sykepleietillitsvalgt Sissel Aanes, Mosjøen  
Avdelingssjef Margit Steinholt, Sandnessjøen

## Styringsgruppe

Ledergruppen Helgelandssykehuset HF  
Fagdirektør Einar Hannisdal, Helse Nord RHF  
Professor Odd Søreide, SINTEF/SMM  
Professor Pål Øian, leder Nasjonalt Råd for fødselsomsorg

## Fokuset

Styringsgruppen og prosjektgruppen skal i den innledende fasen ha fokus på den vedtatte omstillingen som skal gjennomføres i Mosjøen:

Omstilling av den kirurgiske akuttberedskapen  
Omstilling av fødselsomsorgen  
Samhandling og oppgradering mht. primærhelsetjenesten, ambulansetjenesten inkl. kompetansen

Parallelt og underveis skal styringsgruppen og prosjektgruppen klargjøre behovet for utviding, styrking og eventuell reorganisering av prosjektet med for eksempel tilgrensende prosjektaktiviteter ved hjelp av eventuelt andre personer og kompetanse – internt og eksternt. De aktuelle områdene som må klarlegges:

Klargjøring av fødesystemansvar  
Klargjøring av pasientstrøm, syketransport og sengekapasitet  
Oppgradering av ambulanser og sykehuslokaler  
Vurdering av driftsøkonomi, investeringsbehov, bemanningskonsekvenser og lover/avtaleverk  
Identifisering av elektiv kirurgisk virksomhet, muligheter for nye tjenester og telemedisinske løsninger

Planlegging av endringer i Mo i Rana og Sandnessjøen i tråd med vedtakene  
Utarbeiding av plan for iverksetting av endringer

Det utarbeides en mer detaljert prosjektplan med aktiviteter, frister og ansvarlige samt problemstillinger og momenter. Et foreløpig underlag til dette ligger vedlagt (vedlegg 2).

### Økonomien

Prosjekt- og omstillingskostnadene forutsettes dekt av Helse Nord RHF, herunder vikarkostnader, reise, opphold og konsulentbistand samt merkostnader knyttet til vurderinger og driftsomlegginger.

I tillegg til dette vil det være behov for at Helse Nord RHF i budsjettprosessen tar hensyn til følgende områder i et eget sentralt avsatt budsjett. Prosjektet skal bidra til å identifisere dette nærmere:

Primærhelsetjenesten, forsterket samarbeid, kompetansetiltak, investering i FAM/poliklinikk og utstyr

Ambulansetjenesten, økte driftskostnader, kompetansetiltak, investering i stasjon og utstyr

Telemedisin, ekstra pilotdriftskostnader, kompetansetiltak, investering i utstyr

Evt. økte kostnader i Mo i Rana og Sandnessjøen

Evt. kostnadsreduksjoner som et resultat av omstillingen må identifiseres nærmere slik at dette kan bidra til å delfinansiere kostnadsøkninger/inntektsreduksjoner på andre områder. Budsjettprosessen for 2004 må inntil videre baseres på dagens driftsmodell.

### Informasjonen

Informasjonssjefen Helgelandssykehuset HF har ansvar for eksternt informasjon i samarbeid med prosjektsekretæren og avdelingsdirektøren i Mosjøen. Et særtrykk av Helseforetaksnytt i A-format skal anvendes for å formidle informasjon på bred basis – både internt og eksternt.

Avdelingsdirektøren Mosjøen har ansvaret for å informere egne ansatte om prosjektets framdrift og resultater.

Personal/organisasjonssjefen har ansvaret for å identifisere delområder som må håndteres og evt. legges fram for AMU. Økonomisjefen har ansvaret for å identifisere delområder som må håndteres og evt. fanges inn i økonomistyringen.

## **2.2.2 Kommentarer fra prosjektgruppen**

Prosjektgruppen har lojalt fulgt mandatet og i forhold til dette sett på mange muligheter for løsninger og nye aktiviteter ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Prosjektgruppen, med unntak av representantene Torgersen og Grønlund, er av den oppfatningen at de nye overordnede rammene for Helgelandssykehuset Mosjøen totalt sett ikke representerer en forbedring av helsetjenesten til befolkningen i sykehusområdet og heller ikke bidrar til at Helgelandssykehuset Mosjøen fremstår som en trygghetsskapende ressursbase for befolkningen i området. Det pekes her spesielt på de konsekvenser det får for tilbudet til

befolkningen at det ikke er en kirurg i beredskap etter arbeidstidens slutt. De fleste av flertallets innsigelser ville vært borte med en kirurg i beredskap i Mosjøen.

Avdelingsoverlege Odd Andersen trakk seg fra gruppen pr 28. september 2003 med begrunnelse at han ikke ønsket å delta i et prosjektarbeid som han utelukkende oppfatter som en destruktiv prosess.

Prosjektgruppen vil påpeke at den svært korte tiden for prosjektet har virket begrensende på omfang og kreativitet i prosjektarbeidet. I oppstartsmøtet mellom styringsgruppen og prosjektgruppen var det enighet om nødvendige prioriteringer innenfor det relativt omfattende mandat som prosjektgruppen var gitt. Disse er nærmere gjengitt nedenfor. Kort fortalt har dette betydd at prosjektgruppen har konsentrert seg om å beskrive innholdet i det nye Helgelandssykehuset Mosjøen og en overordnet kvalitativ vurdering av konsekvensene av dette. Det betyr at det gjenstår mye arbeid, ikke minst når det gjelder å beregne de økonomiske konsekvenser av omleggingen. Heller ikke punktet om oppbygging av parallelle vaksjikt på Mo i Rana eller konsekvenser for ambulansetjenesten, er viet stor oppmerksomhet i arbeidet.

### **2.3 Arbeidsmetode og prosess**

Prosjektgruppen har i løpet av en 3 ukers periode gjennomført 4 gruppemøter. I de tre første møtene ble Helgelandssykehuset Mosjøens mulige oppgaver fremover drøftet, mens det fjerde møtet ble brukt til å gjennomgå denne rapport fra prosjektgruppen. Mellom møtene har prosjektgruppens medlemmer innhentet supplerende informasjon og gjennomført drøftinger i mindre fora. I det tredje møtet hadde prosjektgruppen besøk fra fødestua på Rjukan sykehus for å få høre om deres erfaring fra omstillingen fra fødeavdeling til fødestue.

### **2.4 Omstillingstiltak for berørt personale**

Endringer i kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg vil berøre et stort antall ansatte. Det vil kunne bli aktuelt med endret jobbinnhold, endrede arbeidsrutiner og endret bemanning ved flere avdelinger. Det er svært viktig at arbeidet frem til gjennomføring av de planlagte tiltak også fokuserer på arbeidsmiljømessige hensyn. Informasjon til arbeidstakerne og andre tiltak som gruppeprosesser, kurs m.v. må planlegges og gjennomføres snarest mulig.

### **2.5 Behov for registrering av aktivitet**

Det vil være av stor betydning for planlegging, dimensjonering og gjennomføring av ny driftsmodell at de nærmeste månedene kan benyttes til en nøyaktig registrering av forhold knyttet til aktivitet som har betydning for omleggingen. Det foreligger for dårlig dokumentasjon på omfanget av akutt poliklinisk virksomhet ved sykehuset. Videre er det ingen gjennomførte registreringer av ”observasjons”-pasienter, d.v.s. pasienter som til nå har vært innlagt i kirurgisk avdeling og observert fordi man har akuttberedskap, men som i den nye modellen i stor grad vil måtte sendes. Dette kan gjøres ved en enkel registreringsundersøkelse i kirurgisk avdeling, kirurgisk poliklinikk og intensivavdelingen.

Man kan også vurdere en registreringsfase hvor fødeavdelingen starter registrering av seleksjon av gravide etter prinsipper for fødestue (mens fødeavdelingen fortsatt fungerer som før) slik at en får registrert hvordan systemet vil fungere i praksis.

### 3 Kirurgisk virksomhet uten kirurg i vakt etter dagtidens slutt

Basert på de innledende avklaringer med styringsgruppen, valgte prosjektgruppen å benytte skjemaet/oppsettet under som rettesnor for prosjektarbeidet.:

Innholdsmessig utdypning (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Beskrivende kvalitativ vurdering (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Utdypet, detaljert og kvantitativ beskrivelse (hovedfokus neste prosjekt)	Kommentarer
Hvilke kirurgiske pasientgrupper kan behandles elektivt i sykehuset?	Hvem kan kontaktes ved problemer med nyopererte etter arbeidstid?	Nærmere om antall pasienter og konsekvenser for bemanningen	Konsekvenser for bemanningen avgjøres i stor grad av hvilke andre oppgaver helseforetaket og regionen tilfører Mosjøen
Hvilke kirurgiske pasientgrupper kan behandles akutt i sykehuset på dagtid med kirurg tilstede?	Hvem kan kontaktes ved problemer etter arbeidstid? Hvordan skal personalet trenes for dette? Hvem skal omfattes av treningen? Skal kirurgene inngå i vaktordningene i Rana/Sandnessj.? Må det etableres rotasjonsordninger for å sikre tilgang på anestesileger?	Nærmere om transportbehov og opprustning av ambulansetjenesten Nærmere om antall pasienter og konsekvenser for bemanningen	Det må avklares om tiltak er nødvendig utover det som naturlig følger av oppgradering av ambulansetjenesten med utstyr, fagbrev osv Tiltak utover BEST-programmet? Kan kirurgene fra Mosjøen bidra i opprustingen av vaktordningene i Rana? Bør også kirurgene i Sandnessjøen rotere for å opprettholde sin kompetanse?
Hvilke kirurgiske pasientgrupper kan behandles akutt i sykehuset på kveldstid uten kirurg tilstede?	Ved hvilket klokkeslett opphører kirurgens tilstedeværelse? Hvem skal lede den stabiliserende behandlingen? Anestesilege, indremedisiner, almenlege? Opplæringsbehov spesielt for primærhelsetjenesten?	Investeringer og driftskostnader ved eventuell opprettelse av FAM Nærmere om transportbehov og opprustning av ambulansetjenesten	Kan retningslinjer settes opp for hvem som skal inn til stabilisering og hvem som skal direkte til akuttkirurgisk sykehus?
Får dette konsekvenser for hvilke indremedisinske pasienter som kan behandles i sykehuset?		Nærmere om transportbehov og opprustning av ambulansetjenesten	

For å få en god driftsmodell i sykehuset er prosjektgruppen av den oppfatning at arbeidstidens slutt settes til kl 18 for kirurgene.

Det legges til grunn at det fortsatt skal være et variert tilbud for polikliniske konsultasjoner hos ulike spesialister. Gruppen fremmer også forslag om å utvide spekteret til å omfatte flere ulike spesialiteter (kfr kap 5).

### **3.1 Elektiv kirurgisk virksomhet med innleggelse**

Gruppen har vurdert hvorvidt det over hodet er mulig å utføre kirurgisk elektiv virksomhet med innleggelse uten døgnberedskap av kirurg, dvs uten kirurg i vakt i Mosjøen. Det forutsettes at vakthavende kirurg i Sandnessjøen og vakthavende ortoped i Mo i Rana til en hver tid må være tilgjengelige for drøfting av pasienter som er innlagt i Mosjøen.

Gruppen har konkludert med at pasienter med behov for bukveggsplastikker, mamma reduksjonsplastikker og begrenset rekonstruktiv kirurgi etter operasjon for mammacancer kan opereres i Mosjøen. Forespørsel til Radiumhospitalet og plastisk-kirurgisk avd. ved UNN har bekreftet at det her foreligger en nisje med et stort potensiale. Det er et stort udekket behov for denne tjenesten og behovet anses å være økende. Ventetiden for denne typen inngrep er for tiden svært lang. Disse pasientene vil ha behov for innleggelse for oppfølging, men ikke kirurg i vakt. Det har ikke latt seg gjøre å stipulere volum av denne typen kirurgi, og gruppen kan derfor ikke på nåværende tidspunkt beregne behov for antall senger.

Antall senger til kirurgiske pasienter vil også avhenge av hvorvidt det tas sikte på å tilbakeføre pasienter fra de øvrige enhetene i helseforetaket i den postoperative fasen. Gruppen vurderer det slik at de fleste pasienter nok vil ønske å bli værende på det sykehuset de er operert til de er ferdigbehandlet. Det er imidlertid tradisjon for å ta i mot tilbakeførte pasienter fra for eksempel Bodø og Tromsø når inngrepet er utført. Dette er for så vidt ikke basert på pasientens ønske, men på opererende sykehus' s kapasitet. Kreftpasienter har imidlertid ofte et ønske om å komme tilbake til lokalsykehuset for å være i nærheten av familien. En kirurgisk sengepost med erfarne sykepleiere vil kunne dekke et slikt behov for senger. Rehabilitering kan også være et område hvor tilbakeføring er aktuelt.

I dag blir noen pasienter fra tid til annen innlagt for utredning pga alder eller tilstand, kombinert med lange reiseavstander. Også denne pasientkategorien bør det være rom for i Helgelandssykehuset Mosjøen i fremtiden.

Intraabdominale inngrep kan etter gruppens vurdering ikke lenger utføres i Mosjøen. I 2002 ble det gjennomført 12 reoperasjoner på grunn av blødninger/ peritonitt. Slike komplikasjoner er ikke forutsigbare og gruppen anser det derfor for uforsvarlig å legge inn i rutinene at intraabdominelle inngrep skal gjennomføres i Mosjøen.

Mindre ortopediske inngrep vil kunne utføres da det svært sjelden oppstår komplikasjoner. Større ortopediske og kirurgiske inngrep, ikke minst på eldre pasienter, kan medføre komplikasjoner. Dette er ikke til hinder for at enkelte utvalgte pasientgrupper, med utvalgte diagnoser, kan opereres i Mosjøen.

Pasienter som i utgangspunktet har dagkirurgiske diagnoser, men som pga alder, allmenntilstand eller andre forhold krever innleggelse, bør kunne opereres som elektivt innlagte pasienter.

### **3.2 Elektiv dagkirurgi**

Elektiv dagkirurgi kan gjennomføres som i dag, men det må være mulighet for at enkelte pasienter kan innlegges til observasjon over natten, for eksempel pga for lang vei hjem, kvalme, uforutsett forsinkelse eller andre årsaker som ikke gjør pasienten i stand til å reise hjem.

Det ble gjennomført 765 dagkirurgiske inngrep i Mosjøen i 2002. De største diagnosegruppene var åreknuter, artroskopier, steriliseringer, hudbehandlinger, lyskebrokk og løsning av sammenvoksninger av nerver. Slike behandlinger kan fortsette i tillegg til for eksempel enkle laparoskopier, abrasio og chirurgia minor innen generell kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals og øye.

Prosjektgruppen har vurdert muligheten for at elektiv dagkirurgi for hele foretaket kan samles i Mosjøen. Foretaksledelsen må i så fall bestemme at et gitt antall dagkirurgiske prosedyrer i sin helhet skal utføres i Mosjøen. Totalt antall dagkirurgier i foretaket hittil i år er 2084. På årsbasis gir det ca. 3000 inngrep. Gitt den nødvendige bemanning, er operasjonsstuekapasiteten i Mosjøen tilstrekkelig til å kunne romme denne aktiviteten. Prosjektgruppen er imidlertid spørrende til om dette i et pasientperspektiv er den mest hensiktsmessige løsningen. Gruppen har i kapitel 5 fremmet en rekke forslag til tjenester som kan tilbys i Mosjøen og som er vel forankret i behovet i befolkningen. Gruppen er av den oppfatning at disse alternativene bør vurderes før det planlegges å samle all dagkirurgien i foretaket i Mosjøen

### 3.3 Akutt kirurgisk virksomhet

Det ligger som en forutsetning at mindre skadekirurgiske tilstander skal behandles i Mosjøen på dagtid når kirurg/ortoped er tilgjengelig på sykehuset. På dagtid vil også disse spesialistene være tilgjengelige for vurderinger både av polikliniske pasienter og inneliggende pasienter på indremedisinsk avdeling.

Utfordringen blir på hvilken måte Helgelandssykehuset Mosjøen skal involveres i akutte skader og akutte kirurgiske tilstander etter arbeidstidens slutt. Prosjektgruppen har drøftet dette og sett på samarbeidet med primærhelsetjenesten som en nøkkel i dette arbeidet. Det ble tidlig klart at det både fra sykehusets og primærhelsetjenestens side er et ønske om at legevaktslokalene for Vefsn kommune legges til sykehusbygningen og på den måten danner grunnlaget for et samarbeid om et felles akuttmottak (FAM).

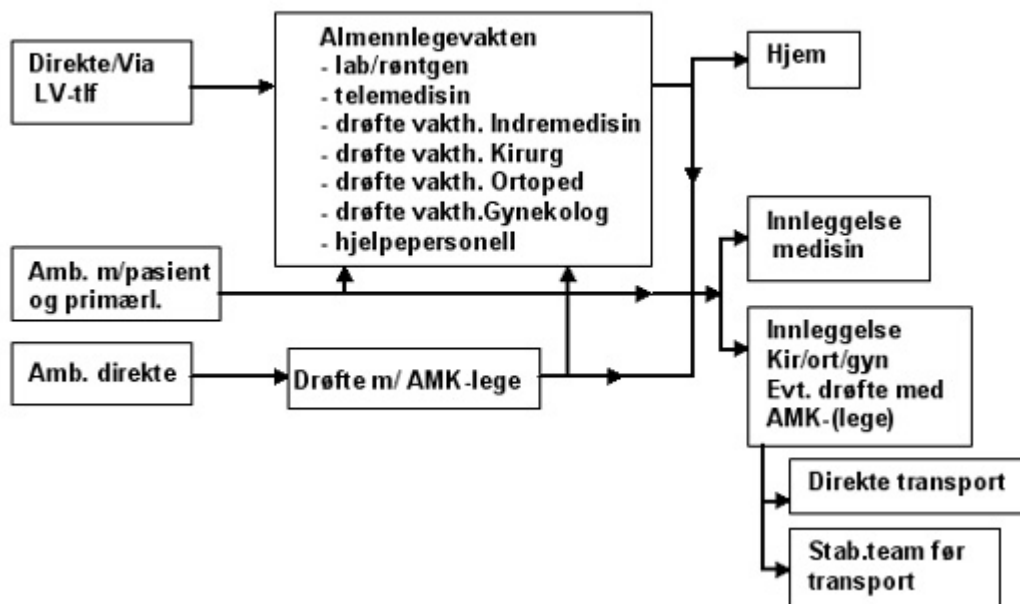
Akutte henvendelser til sykehuset kommer oftest gjennom en av tre kanaler:

- direkte oppmøte
- direkte via ambulanse
- via ambulanse fulgt av primærlege

I en vurdering av om pasienten skal via sykehuset i Mosjøen og hva som i så fall skal tilbys der, har prosjektgruppen funnet at nedenstående skisse kan være egnet til å beskrive dette nærmere. Skissen gjelder alle akuttmedisinske og akuttkirurgiske tilstander.

Pasienter som henvender seg direkte til sykehuset, evt etter først å ha kontaktet legevakt-telefonen, henvises til allmennlegevakten i sykehuset. Vakthavende allmennlege har der tilgang til støtte fra hjelpepersonell og sykehusets vaktordninger for røntgen og laboratorium. I tillegg vil han kunne konferere med vakthavende indremedisiner (Mosjøen), vakthavende bløtdelskirurg (Sandnessjøen), vakthavende ortoped (Mo i Rana) og vakthavende gynekolog/fødselslege (Sandnessjøen). Om nødvendig skal telemedisinske løsninger kunne tas i bruk i denne kommunikasjonen. Utfallet av denne undersøkelsen hos vakthavende allmennlege kan bli at pasienten sendes hjem, at pasienten innlegges indremedisinsk avdeling i Mosjøen eller at pasienten etter avtale med de nevnte spesialister skal overføres for innleggelse i Sandnessjøen eller Mo i Rana. I så fall kan en samtale med AMK-lege være ønskelig for å avklare om pasienten skal sendes direkte eller om stabilisering skal foretas før transport.

#### Prosedyre etter normal arbeidstid



Dersom stabilisering evt nærmere vurdering er nødvendig, aktiveres et dedikert team som er trent for oppgaven. Dersom hele eller deler av dette stabiliserings-/vurderingsteamet skal aktiveres, vil det kunne omfatte følgende personer:

- Anestesilege, leder
- Hjelpepersonell, legevakt
- Intensivsykepleier/anestesisykepleier
- Allmennlegevakten
- Turnuslege
- Ambulansepersonellet

Ved indremedisinske problemstillinger hos akutt kirurgiske pasienter, tilkalles også vakthavende indremedisiner. Teamet ledes av vakthavende anesthesiolog. Det må utarbeides prosedyrer for oppgavefordelingen mellom de andre ressurspersonene i teamet. Eventuelt behov for følge av pasienten under videretransporten avklares av vakthavende AMK-lege etter vanlige prosedyrer. Prosjektgruppen understreker at primærhelsetjenesten ikke skal ha noen rolle i følgetjenesten ved den videre transport fra Helgelandssykehuset Mosjøen til de andre driftsstedene i Helgelandssykehuset.

I tilfeller hvor primærlege, ambulansepersonell og AMK-sentralen, har kommet til at pasienten har en åpenbar kirurgisk tilstand, vil det være naturlig å transportere pasienten direkte til annet sykehus, med mindre en kommer fram til at det er nødvendig med stabilisering ved Helgelandssykehuset Mosjøen før videre transport.

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet skal den akutte kirurgiske virksomhet på dagtid begrenses til vurderinger og enkel skadekirurgi. Gruppen mener derfor at akutte kirurgiske henvendelser i dagarbeidstiden som ikke helt klart dreier seg om polikliniske vurderinger eller mindre dagkirurgiske inngrep, må følge akkurat de samme ovenfor beskrevne retningslinjer for tiden etter normalarbeidstid. Kirurg kan kontaktes på dagtid. Modellen forutsetter at FAM fungerer på døgnbasis.

### **3.4 Konsekvenser for indremedisinsk virksomhet**

Gruppen har vurdert diagnosegrupper der en i dag har et naturlig tett samarbeid mellom indremedisiner og kirurg. Det dreier seg i det alt vesentlige om abdominalproblematikk. I perioden 01.01.01 – 25.09.03 var det 3551 opphold i indremedisinsk avdeling Mosjøen (kfr kap 7.4). Ca 10 % av disse har diagnoser som nødvendiggjør et nært samarbeid mellom indremedisiner og kirurg. Flertallet av disse pasientene kan likevel vurderes og behandles i Mosjøen i og med at kirurg er tilstede for konsultasjon på dagtid. Vi står likevel igjen med et lite antall pasienter som må overføres til en indremedisinsk eller kirurgisk avdeling der det også er døgnkontinuerlig vaktordning med bløtdelskirurg.

### **3.5 Spesielle bemanningsmessige utfordringer**

Gruppen har diskutert mulig utvikling når det gjelder rekruttering og stabilisering av kirurger i Mosjøen i framtiden. Det er diskutert hvorvidt det vil kunne rekrutteres til å jobbe kun på dagtid eller om det vil være bedre for rekruttering og stabilisering at kirurgene i tillegg går vakter på en eller to av de andre driftsstedene i helseforetaket (Sandnessjøen og/eller Mo i

Rana). Konklusjonen avhenger blant annet av hva slags virksomhet som blir etablert innen elektiv kirurgi i Mosjøen. Behovet for å vedlikeholde kompetansen vil kunne ivaretas ved hospiteringer og perioder med opplæring/videreutdanning ved de store sykehusene som har spesialavdelinger på spesielle områder, for eksempel UNN og Radiumhospitalet på området plastisk kirurgi.

Det er også grunn til å anta at ulike kirurger vil ha ulike preferanser når det gjelder arbeidsinnhold. Noen vil kanskje foretrekke å jobbe konsentrert med elektiv virksomhet på dagtid og slippe alle vakter, mens andre foretrekker de utfordringer som døgkontinuerlig vaktberedskap innebærer. Andre igjen vil av sosiale hensyn primært søke den løsning der reising unngås for derved å slippe en for stor belastning for familien. Prosjektgruppen mener det er viktig at en i framtida må legge mer vekt på individuelle ordninger både arbeidsmessig og lønsmessig.

Ambulerende tjeneste innen de forskjellige delene av Helgelandssykehuset kan være aktuelt, men må i dag være basert på frivillighet, under henvisning til eksisterende tariffavtaler.

#### *Utdanningsstillinger i sykehus uten kirurgisk akuttberedskap*

Avdelingen i Mosjøen vil ikke lenger alene være godkjent for utdanningsstillinger i kirurgi. Basert på innspill fra tillitsvalgt YLF ved sykehuset, synes det klart at turnusleger heller ikke vil få godkjent tjeneste ved kirurgisk avdeling med de planlagte endringer. Turnustjenesten ved medisinsk avdeling vil kunne gjennomføres som tidligere.

Turnuslegene ved sykehuset har til nå hatt fellesvakt ved kirurgisk og medisinsk avdeling. I det videre arbeid bør utredes om det finnes løsninger der kirurgisk tjeneste dels kan utføres i Mosjøen, dels i Sandnessjøen og Rana for å oppfylle kravene til akuttkirurgisk erfaring.

Turnuslegene velger turnusplass for hele sykehustjenesten samlet, og dette valget skjer 4-6 mnd. før oppstart av tjenesten. Gjennomføringstidspunktet for endringer i akuttkirurgisk funksjon ved sykehuset må derfor avklares i god tid i forveien.

#### *Anestesiservice*

Dagaktiviteten er i dag og vil også i fremtiden være tilpasset 1 anestesilege. For fremtiden finner imidlertid prosjektgruppen det uakseptabelt med en 1-delt vaktordning for anestesilegen, spesielt i en situasjon der gruppen foreslår en tilleggsoppgave for anestesilegen som leder av stabiliserings-/vurderingsteamet. Det bør fortsatt være 1 anestesisykepleier i vakt. Denne sykepleieren vil både kunne fungere som en buffer for anestesilegen og vil kunne bidra i stabiliseringsteamet i tillegg til å kunne bistå i det økte behov for følgetjeneste for kirurgiske pasienter som skal videreføres til Sandnessjøen og Mo i Rana. Erfaringene med den nye driftsmodellen vil gi grunnlag for å vurdere om det i fremtidig vil være behov for anestesisykepleier i vakt. Prosjektgruppen er heller ikke fremmed for at denne funksjonen kan knyttes til intensivavdelingen/AMK-sentralen. Prosjektgruppen er dessuten av den oppfatning at det på foretaksnivå på sikt må etableres en ordning for anestesileger som sikrer flere anestesileger og derved flere til å dele på vaktbelastningen.

Når det gjelder den kompetansemessige siden ved Mosjøens nye rolle innen akuttkirurgi, er prosjektgruppen av den oppfatning av nøkkelpersoner i sykehuset inklusive primærhelse-tjenesten, må involveres i BEST-prosjektets kompetansebyggende program. Når det gjelder

ambulansepersonellet, er prosjektgruppen kjent med de planer som foreligger i Helse Nord både når det gjelder styrking av kompetanse og kapasitet. Det forventes at opptrappingsplanen prioriterer Mosjøen med tanke på de omlegginger som der nå skal gjennomføres.

## 4 Overgang fra fødeavdeling til jordmorstyrt fødestue

Basert på de innledende avklaringer med styringsgruppen, valgte prosjektgruppen å benytte skjemaet/oppsettet under som rettesnor for prosjektarbeidet:

Innholdsmessig utdypning (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Beskrivende kvalitativ vurdering (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Utdypet, detaljert og kvantitativ beskrivelse (hovedfokus neste prosjekt)	Kommentarer
Hvilke seleksjonskriterier skal legges til grunn?	Opplæringsbehov? Nye rutiner for samhandlingen med primærhelsetjenesten? Avklaring av ivaretagelse av systemansvaret? Er opplysningskampanjer nødvendig overfor befolkningen?	Nærmere om transportbehov og opprustning av ambulansetjenesten Nærmere om antall pasienter og konsekvenser for bemanningen	Kan kriterier utarbeidet andre steder overføres? Det må avklares om tiltak er nødvendig utover det som naturlig følger av oppgradering av ambulansetjenesten med utstyr, fagbrev osv
Skal det foregå elektiv gynekologisk virksomhet i Mosjøen? Omfang?	Skal gynekolog(er) i Mosjøen inngå som en del av avdeling i Sandnessjøen? Inngå i vaktordningen der?		

Omgjøring fra fødeavdeling til fødestue medfører et større ansvar for personalet som skal arbeide på fødestua. Den største endringen vil nok være i forhold til jordmødrenes ansvar. De vil trenge hospitering/kursing i forkant av omstillingen, og også senere som et ledd i å vedlikeholde kompetansen. Det vil også være nødvendig med veiledning til å forberede seg på den nye situasjonen de skal arbeide under. Brukerne må også raskt forberedes slik at kvinnene som planlegger å bli gravide, vet hva de har å forholde seg til. Samarbeidspartnerne må dras inn i omstillingsprosessen slik at informasjonen som gis til brukerne, blir lik uansett hvordan de gravide velger å få sin svangerskapsomsorg.

### 4.1 Nasjonale faglige retningslinjer

Gruppen forventer at Sandnessjøen bygges opp til en fullverdig fødeavdeling samtidig som fødeavdelingen i Mosjøen bygges om til fødestue. I dette legges til grunn at de faglige retningslinjer som *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* har tilrådd for fødeavdelinger blir fulgt ved fødeavdelingen i Sandnessjøen. Det vises til kap 6.1 senere i rapporten vedrørende dette.

### 4.2 Organisatorisk plassering

Sosial- og helsedirektoratet har i brev av 22.08.03 til Helsedepartementet klargjort hvordan de mener ansvarsforholdene for fødestuene skal være, herunder har de vurdert organiseringen av fødselsomsorgen.

I brevet står blant annet følgende:

”Fødestuene kan etter direktoratets mening organiseres på to måter innenfor foretakene:

*Som en enhet/seksjon innen fødeavdelingen/kvinneklinikken. Ledelse og ansvar organiseres gjennom de ordinære kanaler. Den nødvendige kompetansen innen gynekologi er sikret gjennom den ordinære linjeledelsen.*

*Fødestuen organiseres som en egen enhet/avdeling ved siden av eventuelle fødeavdelinger/kvinneklinikker. Fødestuen er lagt inn i foretakets linjeledelse, og den nødvendige kompetansen innen gynekologi sikres med medisinskfaglig rådgiver.”*

Gruppen mener at fødestua i Mosjøen bør være administrativt og driftsmessig organisert under Helgelandssykehuset Mosjøen, og at avdelingsoverlegen på fødeavdelingen i Sandnessjøen fungerer som medisinskfaglig rådgiver. Dette innebærer at fødestuen i Mosjøen ledes av avdelingsjordmor som i administrative spørsmål rapporterer til linjeledelsen i Mosjøen. I medisinskfaglige spørsmål rapporterer jordmor til medisinskfaglig rådgiver.

Interne kvalitetssystemer må på plass. Også her må det kunne hentes inn systemer fra andre fødestuer og tilpasse disse til forholdene i Mosjøen. Juridiske og formelle rutiner må etableres.

### **4.3 Bemanning**

Når det gjelder følgetjenesten er prosjektgruppen av den oppfatning at primærhelsetjenestens ansvar for dette opphører når den fødende er kommet til Mosjøen. Eventuell videre transport til fødeavdeling er helseforetakets ansvar.

I vedlegg 7.3 har avdelingsjordmor Karin Nilsen redegjort for bemanningen ved sammenlignbare fødetilbud. Det er fra fødeavdelingen kalkulert et merbehov på 2 stillinger blant annet for å kunne ivareta det økte behovet for følgetjeneste og hospiteringer. Denne beregningen forutsetter aktiv døgnkontinuerlig vakt med minimum 2 personer på hver vakt og bakvakt for følgetjeneste. Det er imidlertid argumentert for at fødeavdelingen allerede i dag ivaretar oppgaver for Vefsn kommune som gir grunnlag for forhandlinger om et endret økonomisk mellomvære mellom partene.

### **4.4 Svangerskapsomsorgen**

Et nytt opplegg for svangerskapsomsorgen må etableres blant annet for å sikre at de nye seleksjonskriteriene blir kjent og fulgt. Her kan det sannsynligvis hentes relevant informasjon fra andre fødestuer. Primærhelsetjenesten gjennom leger og jordmødre, må dras inn i omleggingen slik at man sammen blir enige om et godt opplegg for befolkningens svangerskaps- og fødselsomsorg og at alle får den samme nødvendige informasjon om hva forandringen innebærer for familiene.

## 4.5 Seleksjonskriterier

Brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 22.08.03 sier følgende:

*En fødestue i lokalsykehus uten særskilt beredskap for nødkeisersnitt, i prinsippet lik en fødestue utenfor sykehus. Seleksjonen av de fødende er den samme. Det må foreligge en avtale for tilkalling av lege i vakt hvis jordmor trenger medisinsk hjelp ved uventet dårlig fødende eller barn. Ved fødestuer utenfor sykehus vil kommunehelsetjenesten måtte ivareta dette. I sykehus har det til nå vært kirurgene som har ivaretatt dette, selv om det i prinsippet kan være andre. Hvis det skulle oppstå en nødsituasjon og behov for hastekeisersnitt, vil vakthavende kirurg ikke ha andre forpliktelser enn det som følger av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven. Hvis kirurg ikke er tilstede, eller ikke har kompetanse, vil den fødende bli overflyttet til nærmeste fødeavdeling, slik det gjøres ved alle vanlige fødestuer. Keisersnitt er ikke en del av tilbudet ved fødestuen, og sykehuseier har ikke forpliktelse til å sikre at kompetansen til å gjøre keisersnitt finnes. Seleksjonskriteriene for hvem som kan tilbys å føde ved fødestuen og hvem som må føde ved andre enheter må således være klarlagt.*

Seleksjonskriterier for hvem som skal tilbys fødsel på fødestua og hvem som skal føde ved andre nivåer, må derfor fastlegges. Kriteriene utarbeides i samarbeid mellom fødestua i Mosjøen og medisinsk faglig rådgiver. Det foreligger allerede gode retningslinjer fra andre fødestuer som kan brukes i dette arbeidet. Det må etableres klare retningslinjer for hvordan en kan ivareta ”bekymringsdamer”. Disse bør kunne diskuteres med tilstedeværende gynekolog på dagtid slik at en unngår at disse kvinnene blir kasteballer i det nye systemet.

I lys av diskusjonen rundt kirurgi for øvrig, må det etableres rutiner for hvor tidlig en kan ta tilbake kvinner etter keisersnitt når det ikke er kirurgisk beredskap på kveldstid. Det må også klargjøres hvem som skal ha ansvar for å undersøke de nyfødte på fødestua.

## 4.6 Følgetjenesten

Det er ønskelig at også følgetjenesten skal være tillagt fødestua og dermed helseforetaket. Kvinner som ikke er innom fødestua før de transporteres til fødeavdeling vil i utgangspunktet være kommunens ansvar, men som kommunelegene i gruppen påpeker, vil det bli for store avstander for en primærlege i vakt å følge kvinner helt til Sandnessjøen. Det må være like naturlig for foretaket å stille med følgetjeneste for disse pasientene som det vil være for andre pasientkategorier som ”omlastes” i Mosjøen før videre transport. I forbindelse med budsjettbehandlingen 2003 vedtok Stortinget at fødestuene skal være foretakenes ansvar. Det gjelder både fagansvar og ansvar for finansiering og drift. Hvorvidt dette totalansvaret også innbefatter det finansielle ansvaret for følgetjenesten er foreløpig ikke avklart, men Stortinget har bedt om å få seg forelagt en utredning om dette.

Gruppen mener at for å kunne ivareta følgetjenesten, er det nødvendig med jordmor i bakvakt ved et eventuelt behov for å overflytte fødende som allerede er i fødsel, dersom noe uventet oppstår underveis i fødselsforløpet. Fødestua i Tynset, som har den mest sammenlignbare enheten med Mosjøen både i antall gravide og fødende, har samme antall stillinger som Mosjøen, og de ivaretar bakvakt og det selges tjenester til kommunene.

Fødselsomsorgen i Hattfjelldal er organisert slik at følgetjeneste er ivaretatt. Hvis Grane og Vefsn kommuner skal følge "sine" fødekvinne, må de utvide sin tjeneste til full jordmorstilling. Det vil kunne være mer effektivt å samhandle med fødestua om denne tjenesten. Det er behov for å intensivere samarbeidet med kommunene, da det ikke vil være hensiktsmessig med to forskjellige følgesystemer, et for kommunene og et for fødestua.

Trygdeetaten må aktiveres da det fortsatt synes å være mange uavklarte spørsmål når det gjelder finansiering av transporter og opphold. Fra Lofotens prosjektperiode kan det se ut til at familier vil få langt større utgifter i forbindelse med fødsel så langt fra hjemmet; det være seg reiser så vel som opphold da lite dekkes av trygden.

#### **4.7 Ansvarsavklaring**

Anestesilege i beredskap må være inneforstått med ansvaret for stabilisering av syke nyfødte for transport. Det er fortsatt nødvendig at Bodø stiller med oppbakking av syke nyfødte slik som i dag.

Det må være avklarte ansvarsforhold før fødestua etableres. De juridiske sidene ved dette må tydeliggjøres slik at de er lett forståelige både for de ansatte og omverdenen.

#### **4.8 Opplæring/kompetanseoppbygging**

Fram til fødestua er et faktum, bør samtlige av de ansatte ha hospitert på ulike fødestuer i landet. Dette for å innhente mest mulig informasjon og for å etablere en trygghet for den omstillingen de skal gjennom.

Kontraktfestet rett/krav til minst 2 ukers hospitering ved fødeavdelinger minimum hvert 2. år for samtlige ansatte for å vedlikeholde fødselskompetansen, er viktig å etablere. Her må man kunne se på Helse Nord under ett slik at jordmødre/barnepleiere på større fødeavdelinger kan gå inn som vikarer på fødestua i disse periodene. Det er også en stor fordel at spesialistene på ei større avdeling kjenner til forholdene slik de oppleves mer perifert. Samtidig er det en styrke for de ansatte på fødestua å kjenne forholdene på den avdelingen kvinnene fra fødestua overflyttes til. Hospitering på sentral-/regionsykehus i perioder der det er garantert at en får mengdetrening på fødsler og nyfødtemedisin, er også ønskelig.

Kontraktfestet rett for jordmor med spesialitet i ultralyd til oppdatering av kompetansen er også av stor betydning.

Veiledning og hjelp, både i grupper og individuelt, til mental bearbeiding gjennom denne vanskelige prosessen, er nødvendig - gjennom hele prosessen og videre så lenge det er behov. Her må det hentes erfaringer fra andre fødestuer som har vært gjennom samme prosessen.

#### **4.9 Informasjon til befolkningen**

Informasjonsmøter overfor befolkningen må gjennomføres og også aktiv bruk av media vil være nyttig. Gjennom svangerskapsomsorgen må kvinnene få utførlig informasjon om tilbudene og om hvilke valg kvinnene har når de skal føde. Her kan det gjøres bruk av

erfaringer fra Brønnøy og Lofoten som er de nærmeste og som forholder seg til de samme samarbeidspartnerne som Mosjøen skal forholde seg til videre.

#### **4.10 Elektiv gynekologisk virksomhet**

Gruppen mener at det er et behov for en gynekolog på dagtid i Mosjøen. Forholdene ligger godt til rette for både poliklinisk virksomhet og dagkirurgi. Helgelandssykehuset sør for Korgfjellet har 3 gynekologhjemer. Dette bør utvides til 4 gynekologhjemer. Det kan være en mulighet at gynekolog ved Helgelandssykehuset Mosjøen bidrar i vaktordning i Helgelandssykehuset Sandnessjøen. For de som er ansatt i sykehuset i Mosjøen må dette baseres på frivillighet. Dersom gynekolog fra Mosjøen deltar i vaktordning i Sandnessjøen, må Sandnessjøens gynekologer dekke behovet for virksomheten på dagtid i Mosjøen.

## 5 Andre oppgaver i Mosjøen

Basert på de innledende avklaringer med styringsgruppen, valgte prosjektgruppen å benytte skjemaet/oppsettet under som rettesnor for prosjektarbeidet:

Innholdsmessig utdypning (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Beskrivende kvalitativ vurdering (hovedfokus dette prosjekt)	Konsekvenser og tiltak Utdypet, detaljert og kvantitativ beskrivelse (hovedfokus neste prosjekt)	Kommentarer
Hvilke oppgaver kan naturlig kanaliseres til Mosjøen for å avlaste helseforetaket og regionen?	Hvilke signaler foreligger fra foretaksledelsen og regionsledelsen?	Nærmere om transportbehov og opprustning av ambulansetjenesten Nærmere om antall pasienter og konsekvenser for bemanningen	Kfr mulig innhold i et nærsykehus/DMS Kan telemedisin muliggjøre en del alternativer?
Har primærhelsetjenesten oppgaver som naturlig kan legges til sykehuset?	Foreligger det signaler fra kommunene i regionen?		Kfr mulig innhold i et nærsykehus/DMS

Med utgangspunkt i befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, drøftet gruppen seg frem til følgende prioriterte liste over forslag til nye og utvidede aktiviteter som meget vel kan etableres i Mosjøen. Forslagene er gruppert i følgende hovedpunkt (i prioritert rekkefølge):

1. Ny aktivitet som vil kreve operasjonsstuekapasitet/sengeplasser
2. Nye oppgaver i foretaket
3. Ny aktivitet som vesentlig kan foregå poliklinisk
4. Utvidelse av eksisterende aktivitet
5. Mindre aktuelle tiltak

### **1) Ny aktivitet som vil kreve operasjonsstuekapasitet/sengeplasser**

**a) ØNH-aktivitet:** Dagkirurgisk aktivitet, enten ambulant virksomhet med base i Sandnessjøen, eller flytting av hjemmel fra Mo i Rana som ikke er i bruk i dag, alternativt søke opprettet ny hjemmel. Flytting av hjemmel med aktivitet fra Sandnessjøen har også vært foreslått. Egen nisje kan være snorkeoperasjoner (dagkirurgi), siden søvnapnoeutredning gjøres ved sykehuset.

**b) Rekonstruktiv kirurgi:** Forespørsel til Radiumhospitalet og plastisk-kirurgisk avd. ved UNN har bekreftet at det her foreligger en nisje med godt potensiale vedr. begrenset rekonstruktiv mammakirurgi etter operasjon for cancer, mamma reduksjonsplastikker samt bukveggplastikker. Disse pasientene vil ha behov for innleggelse for oppfølging, men ikke kirurg i vakt.

**c) Observasjonssenger:** Erfaring fra andre sykehus viser at innleggelser i medisinsk avdeling kan reduseres ved bruk av slike senger. M.h.p. økende sengebehov p.g.a. økende antall eldre i befolkningen, vil dette være et viktig tiltak. Kan evt. plasseres i, eller i tilknytning til, et FAM (felles akutt- mottak). Kan være av betydning i sammenheng med ”gråsonepasienter” mellom kirurgi og indremedisin.

### **2) Nye oppgaver i foretaket**

**a) Felles AMK-sentral:** Utredning om dette pågår, og vil ventelig behandles i styret for Helgelandssykehuset i november. Alle sykehus i foretaket er aktuelle kandidater, og dette vil

være en oppgave som kan tilføres Mosjøen som erstatning for redusert akuttberedskap. Etablering her vil kunne motvirke negative signaler om nedbygget beredskap i befolkningen.

**b) Ansvar for pasientreiser.** Dette ansvaret overføres til helseforetakene fra 1.1.04. Lokalisering til Mosjøen vil styrke sykehuset bemanningsmessig og kan kobles opp mot eksisterende gjestepasientfunksjon.

### **3) Ny aktivitet som vesentlig kan foregå poliklinisk:**

- a) Hud:** I dag har vi ikke et slikt tilbud i foretaket. Mosjøen er tildelt ansvar for denne funksjonen i vårt telemedisinprosjekt. Kan løses ved ambulerende spesialister, iallfall i første omgang. Helgelandsfunksjon.
- b) Geriatri:** Ikke noe tilbud i foretaket i dag. Foretaket bør søke om å bli tildelt hjemmel fra 2004. Rekrutteringsarbeid oppstartes. Kan benytte senger i medisinsk avdeling, for øvrig dag/poliklinisk tilbud. Samarbeid med Vefsn sykehjem/dagavdeling mulig. Helgelandsfunksjon med lokalisering til Mosjøen.
- c) Lærings- og mestringssenter:** Søknad om forprosjektmidler er sendt i regi av rehab/hab-avdelingen her. Noen aktuelle områder er diabetes, lungesykdommer, ryggskole, mage/tarmlidelser, nevrologiske lidelser. Samarbeid med rehabiliteringsavdelingen ved Vefsn sykehjem vil være aktuelt.
- d) Pediatri:** Stort behov for pediater i sykehusområdet. Foretaket bør søke om tildeling av hjemmel for 2004 med tjeneste i Mosjøen. Innlagte barn i medisinsk avdeling er aktuell målgruppe, videre tilsyn med nyfødte i fødestue. For øvrig poliklinisk virksomhet
- e) Revmatolog:** Dårlig kapasitet i foretaket og i fylket for øvrig. Bør kunne dekkes ved ambulerende tjeneste med kontordager i Mosjøen.

*Dette vil være avhengig av at den planlagte ombygging av poliklinikklokalene kan gjennomføres. Pr. i dag er arealene for poliklinisk virksomhet overbelastet.*

### **4) Utvidelse av eksisterende aktivitet**

- a) Nevrologi:** Ventetid på opptil 18 mnd. for uprioriterte henvisninger. 275 pasienter på venteliste. Økt kapasitet krever utvidet bemanning på tekniker og kontor (til sammen 1 stilling). Rekrutteringsarbeid med henblikk på fast nevrolog pågår.
- b) Øyepoliklinikk:** Kirurgisk kapasitet er rimelig god, men det er stort behov for økt poliklinisk virksomhet. Vil kreve bedre kontorforhold for øyelege
- c) Virtuell røntgenavdeling:** Arbeid igangsatt i foretaket og i Helse Nord for å få etablert dette. Krever en del investeringer i teknologiske løsninger.

### **5) Mindre aktuelle tiltak**

- a) Smertelindring/hospice:** Et slikt tilbud er etablert i distriktet ved sykehjemsenheten på Parken bo- og servicesenter, etablert bl.a. med sentrale prosjektmidler. Behovet er derfor ikke presserende pr. i dag.
- b) Smertebehandlingsklinikk:** Erfaring fra andre steder (Namsos, Bodø), har vist at dette er meget ressurskrevende og vanskelig å få i gang. Behovet er til stede, men vil bl.a. kreve spesielt interessert og motivert anestesilege i samarbeid med nevrolog o.a. Avhengig av fremtidig organisering av anestesilegefunksjon, vanskelig å planlegge på dette stadium.
- c) Arbeidsmedisinsk poliklinikk:** Uten tilgjengelig spesialist i arbeidsmedisin er dette lite aktuelt nå, ellers kunne dette vært en meget aktuell nisje.
- d) Tannbehandling i narkose/kjevekirurgi:** Det anses ikke sannsynlig å kunne rekruttere kjevekirurg. Øvrig behov sannsynlig for lite til å gi grunnlag for aktivitet av betydning.

## 6 Andre berørte tjenester

### 6.1 Fullverdig fødeavdeling i Sandnessjøen

Prosjektgruppen forutsetter at de nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorg også legges til grunn for oppbygging av en fullverdig fødeavdeling i Sandnessjøen.

Kravene til beredskap og bemanning ved fødeavdelinger er utformet slik i Statens Helsetilsyns faglige retningslinjer:

*En fødeavdeling skal inneha:*

- *Kontinuerlig vaktberedskap av spesialist i fødselshjelp. Kun unntaksvis kan spesielt utdannede kirurger inngå i denne vaktberedskapen*
- *Vaktberedskap av anestesipersonell med nødvendig erfaring til selv å kunne gi narkose eller epiduralbedøvelse ved forløsning samt gi nødvendig assistanse til nyfødt med problemer.*
- *Tilsynsordning av barnelege som sikrer barna undersøkelse ved barnelege før utreise av avdelingen.*
- *Nødvendig jordmorbemanning til å yte faglig forsvarlig jordmorhjelp til de fødende, barselkvinner og nyfødte. Bemanningen vil avhenge av antall forløsninger og må dimensjoneres til å kunne ta hånd om naturlige variasjoner i fødselstallet. En minimumsbemanning av jordmødre vil være 2-3 jordmødre på vakt, avhengig av avdelingens størrelse.*
- *Nødvendig bemanning av operasjonsavdeling slik at akutte keisersnitt kan utføres innen 30 minutter etter at det er klart at operasjon er nødvendig.*

En fullverdig fødeavdeling i Sandnessjøen er etter gruppens mening en fødeavdeling med kun gynekologer i vakt. I forhold til dagens bemanning vil det være behov for rekruttering av 1 gynekolog til, slik at det til sammen er 4 gynekologer i Sandnessjøen og Mosjøen som dekker både fødselsomsorg, gynekologiske operasjoner, dagkirurgi og poliklinikk på de to enhetene.

### 6.2 Prehospitale tjenester

Kvalitet og tilgjengelighet i den prehospitale behandlingsskjeden er viktige element i det totale akuttmedisinske tilbudet til Helgelandspasientene. Endringer i behandlingstilbud på et lokalsykehus, vil kreve nødvendige prehospitale tilpasninger.

Endring i beredskapen ved sykehuset i Mosjøen vil føre til lenger transportavstand for en del pasienter og et større transportvolum totalt sett. For utdypende informasjon omkring økt transportvolum og herav følgende kostnader, vises til rapport fra forrige fase. Det er i den nevnte utredningen og den regionale rapporten om kirurgisk akuttberedskap, stipulert et behov for etablering av en ny ambulanse i Mosjøen, og totalt 3 bemannede ambulanser i Sandnessjøen, hvorav en dagbil og en 2-bårebil som vil kunne dekke behovet for hjemtransport. Prosjektgruppen har imidlertid ikke kunnet gå mer konkret inn i dette før det er tatt stilling til hvilket tilbud som faktisk skal etableres i Mosjøen. Målsettingen er at tilbudet skal være godt og gi en bedre utnytting av ressursene i hele foretaket.

Det er vedtatt en sentralisering av 113-funksjonen. Det vises i denne sammenheng til gruppens forslag i kap. 5, pkt.2a.

Det er store ulikheter i kvalitet og kompetanse i ambulansetjenesten. Bare ca 30% av ambulansepersonellet har fagbrev. Det er behov for et systematisk oppfølging- og utviklingsarbeide i hele ambulansetjenesten med fokus på kvalitet og kompetanse. I den langsiktige oppbyggingen av kompetansen i ambulansetjenesten, forutsetter gruppen at styrking av kompetansen skjer først i de områder som blir mest berørt av de foreliggende endringer i den kirurgiske akuttberedskapen og fødselsomsorgen.

Det har i prosjektgruppens møter kommet forslag om utvidelse av transporttilbudet både i form av ambulanshelikopter og ambulansebåt. Prosjektgruppen har ikke gått nærmere inn i denne problematikken.

## **7 Vedlegg**

### **7.1 Helgelandssykehuset HF – styrevedtak 41/2003: Organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg**

Møtedato: 28. mai 2003

Styret i Helgelandssykehuset HF viser til føringer i Helse Nord RHF's styrevedtak i sakene 18-2003 og 33-2003 samt rapport fra arbeidsgruppen i helseforetaket. Styret vil gi følgende tilrådning til styret i Helse Nord RHF om den framtidige organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helgelands-sykehuset HF:

1. Sykehusenheten i Mo i Rana skal, i tråd med vedtak fra Helse Nord RHF, ha heldøgns kirurgisk akuttberedskap med vaktordninger innen ortopedi og generell kirurgi (bløtdelskirurgi). Sykehus-enheten skal ha fødeavdeling.
2. Sykehusenheten i Sandnessjøen skal ha heldøgns kirurgisk akuttberedskap med vaktordning innen generell kirurgi (bløtdelskirurgi). Sykehusenheten skal ha fødeavdeling.
3. Sykehuset i Mosjøen skal ha heldøgns kirurgisk akuttberedskap. Fødeavdelingen legges ned og fødestue etableres.
4. I tråd med saksframlegget vil også styret be om at Helse Nord RHF bidrar med menneskelige og økonomiske ressurser for å styrke tilbudet på Helgeland spesielt med fokus på sykehusenheten i Mosjøen og i dialog med foretaksledelsen:
  - a. Bidra til å avklare elektiv kirurgisk virksomhet i Mosjøen i sammenheng med den totale kapasiteten i helseforetaket og i regionen.
  - b. Tilføre nye tjenester som det kan være naturlig å lokalisere til Mosjøen der det i dag er under-dekning i helseforetaket og i regionen.
  - c. Finansiære bygningsmessige forbedringer i Mosjøen som kan sikre legevakt/felles akuttmottak og opprustning av poliklinikklokaler samt tilfredsstillende forhold for ambulansedrift.
  - d. Finansiære samarbeidsprosjekt med Nasjonalt senter for telemedisin slik at telemedisin kan tas aktivt i bruk – i første omgang øre-nese-hals pga. gjestepasientlekkasje og deretter knyttet til videre avklaring og styrking av fødselsomsorg og akuttberedskap.
5. Styret vil understreke det faktum at de økonomiske ressursene mellom helseforetakene i Nord-Norge er skjevt fordelt hvor Helgelandssykehuset HF kommer dårligst ut. Det forventes derfor at Helse Nord RHF bidrar aktivt i en vanskelig omstillingsfase for helseforetaket.

## 7.2 Prosjektplan

Aktiviteter	Frist	Ansvarlig
Prosjektplan – utkast til ledergruppen og prosjektdeltakere	14.08	JEF
Prosjektplan – innspill til foretaksdirektør	18.08	Alle
Prosjektplan – vedtak i ledergruppen	19.08	JEF
Prosjektplan – oversendelse til Helse Nord RHF	20.08	JEF
Informasjonsmøte – fylkeskommune	Uke XX	Helse Nord RHF
Informasjonsmøte - kommuner	Uke 37	AW
AMU-møte	09.09	JIP
Oppstartmøte – styringsgruppe og prosjektgruppe	15.09	HT/TG
Oppstartmøte – prosjektgruppe	16.09	HT/TG
Tillitsvalgtinfomøte	22.09	JIP
Prosjektgruppemøter		HT/TG
Styringsgruppemøter		HT/TG
Rapport – foreløpig utkast	06.10	HT/TG
Rapport – endelig utkast	08.10	HT/TG
Rapport – brukerutvalgsak og styresak	08.10	RE/FH
Brukerutvalgsmøte	15.10	RE
Informasjonsmøte - kommuner	Uke 42	AW
Styremøte	17.10	JEF
Rapport – ferdig versjon	19.10	HT/TG
Rapport – oversendes til Helse Nord RHF	20.10	JEF
Tillitsvalgtinfomøte	29.10	JIP
Rapport – oversendes til Helsedepartementet	01.11	Helse Nord
Prosjektplan – fase 2	10.11	HT/TG

Problemstillinger	Momenter
Akuttberedskap	Hvilke pasientgrupper skal behandles Elektiv kirurgi, inkl. ortopedi Arbeidsordninger for leger, sykepleiere og annet personale Sengepost, bemanning, videre bruk Operasjonsavdeling, bemanningsmessige konsekvenser Kvalifisering, spesielt innen håndtering og stabilisering av skader
Fødselsomsorg	Seleksjonskriterier Fødepoliklinikk Arbeidsordninger for jordmødre, inkludert beredskap for følgetjeneste Kvalifisering av jordmødre Endringer i forhold til dagens ordning med gynekolog/kirurg i vakt, og evt. følgetjeneste
Primærhelsetjeneste	Utvikling av felles akuttmottak (FAM), med rutiner og felles bruk av ressurser Retningslinjer ved akutt-kirurgiske problemstillinger og akutte situasjoner i fødselsomsorg Primærhelsetjenestens rolle i håndtering og stabilisering av skader Kvalifisering i forhold til punktene overfor
Ambulansetjeneste	<u>Bilambulanse</u> Endringer i transportbehov, og kapasitet Kvalifisering av personell <u>Luftambulanse</u> Endringer i behov og kapasitet
Annet	Nevrologi Øye-sykdommer Hudsykdommer Rehabilitering (må avklares i forhold til øvrige rehabiliteringsfunksjoner i foretaket). Lærings- og mestringssenter Telemedisinske løsninger som ikke omfattes av punktene ovenfor

### **7.3 Bemanningen på de ulike fødestuene**

Utarbeidet av avdelingsjordmor Karin Nilsen

#### **Rjukan:**

Som jordmor Lisbeth fortalte, så har Rjukan fødestue 3,5 jordmorstillinger og 4,9(?) barnepleier/hjelpepleierstillinger. Hjelpepleier går 3-skift. Jordmødrene har aktiv arbeid hver dag hele uken. Resten av døgnet har de hjemmevakt med 15 minutters utrykningstid.

De driver svangerskapskontroller og følgetjeneste i samarbeid med kommunene.

Rjukan har ca. 60 fødsler på fødestua og barsel for ca 85 – 100.

Jordmødrene har ikke bakvakt for hverandre, slik at når jordmor må følge en fødende til fødeavdeling, har kommunelege ansvar for fødestua, evt. at ei av de andre jordmødrene kontaktes, hvis noen er hjemme. Denne ordningen fungerer fordi de har så få fødsler.

Rjukan hadde også hjemmevakt før de ble omgjort til fødestue.

De har ellers akuttberedskap på sykehuset.

#### **Tynset:**

Tynset hadde ca. 170 fødsler for omlegging og har ca. 100 fødsler som fødestue. De er med i et prosjekt og tar derfor imot en del av førstegangsfødende.

De har 5,4 jordmorstillinger og 4,9 barnepleierstillinger. Barnepleierne går 3 – skift, mens jordmødrene går delvis aktiv, delvis vakt på vaktrom og delvis hjemmevakt. Jordmor har også bakvakt, som er tilgjengelig ved følge og vanskelige situasjoner på fødestua.

Også her har de samarbeid med kommunen og har ca. 1,1 stilling som dekker svangerskapskontrollene.

#### **Odda:**

Odda er ”forsterket fødestue” og selekterer derfor bar 1/3 av sine kvinner bort fra fødestua. De hadde ca. 150 fødsler før omlegging og har nå ca. 100.

Her er det 4 jordmorstillinger og ca. 4,5 barnepleierstilling. Barnepleierne går 3 – skift, mens jordmødrene har aktiv arbeid på dagtid hele uken og hjemmevakt resten av døgnet. De har bakvakt for følgetjeneste og vanskelig situasjoner på fødestua.

Odda har fast gynekolog på sykehuset samt full akuttberedskap.

#### **Brønnøy:**

Som Rjukan; ca 50 fødsler, har ikke bakvakt for jordmor, slik at fødestuen er kommunelegens ansvar når vakthavende jordmor må følge en fødende. Brønnøy har 9 stillinger, 4 jordmor og 5 barnepleier.

#### **Lofoten:**

Også Lofoten er ”forsterket fødestue” og har 170 – 200 fødsler i året. De har redusert sin bemanning med 1, 2 stilling etter omorganiseringen. De har nå 7,5 jordmorstillinger og 4,9 barnepleierstilling. Ingen hjemmevakter/bakvakter.

Lofoten selger jordmortjenester til kommunene rundt.

#### **Alta:**

Alta har ca. 120 fødsler. De har 6,7 jordmorstillinger og ingen barnepleiere. Aktiv arbeid fra 0800 til 2200 hver dag. Hjemmevakt på natt; da blir barselkvinnene passet av sykepleierne

fra helsesenteret for øvrig og jordmor blir tilkalt ved fødsel/følge. Jordmødrene har følgetjeneste.

### Svangerskapsomsorg for Vefsn kommunes gravide

Vefsn har ca. 200 gravide i året. De fleste av dem går til svangerskapskontroll hos jordmødre; enten i kommunen eller på fødeavdelingen som driver svangerskapspoliklinikk både for risiko- og normale svangerskap.

Kommunen har ½ jordmorstilling. Fra 1/1-03 til 1/10-03 har det vært et prosjekt på å øke denne stillingen til 80 %. Dette året vil hun komme opp mot 800 kontroller.

Jordmor har i tillegg til svangerskapskontrollene, barselkontroller og svangerskapskurs. Vefsn kommune har ikke følgetjeneste i.o.m .at de har hatt fødetilbud i sykehuset.

½ stilling dekker ikke behovet for svangerskapskontroller. Fødeavdelingen har 1000 – 1500 kontroller hvert år. Dette tilsvarer **minst 1,5 jordmorstilling** i kommunen.

I tillegg vil det bli behov for følgetjeneste som tilsvarer ca. **1,2 stilling**.

For å utnytte jordmorressursene mest hensiktsmessig, ser jeg det som mest fornuftig å legge følgetjenesten til fødestuen der vi må ha bakvakt for følgetjeneste uansett. Hvordan avtale vi kan komme fram til med Vefsn kommune og Grane, får vi komme tilbake til.

## **7.4 Samhandling indremedisin/kirurgi**

Listen nedenfor angir ICD-10-grupper av pasienter som indremedisinerne tradisjonelt behandler i nært samarbeid med kirurgene. Tallene viser antall innleggelses i indremedisinsk avdeling med disse diagnosene i perioden 01.01.01 – 25.09.03.

<b>C 25.0</b>	<b>Ca.caput pancreatis</b>	<b>3</b>
<b>C 25.4</b>	<b>Ca.pancreatis (endoc.)</b>	<b>1</b>
<b>C 18.6</b>	<b>Ca.coli desc.</b>	<b>3</b>
<b>C 18.7</b>	<b>Ca.coli sigm.</b>	<b>4</b>
<b>C 18.8</b>	<b>Ca.coli (overlap.)</b>	<b>1</b>
<b>C 18.9</b>	<b>Ca.coli, uspes.</b>	<b>24</b>
<b>K 81.0</b>	<b>Akutt cholecystitt</b>	<b>6</b>
<b>K 81.1</b>	<b>Kr.cholecystitt</b>	<b>1</b>
<b>K 81.9</b>	<b>Uspes.cholecystitt</b>	<b>1</b>
<b>K 26.0</b>	<b>UD, akutt med blødn.</b>	<b>8</b>
<b>K 26.3</b>	<b>UD, akutt uten bød./perf.</b>	<b>6</b>
<b>K 26.9</b>	<b>DU, uspesif.ak./kr./blødn./perf.)</b>	<b>52</b>
<b>K 25.0</b>	<b>UV, akutt med blødn.</b>	<b>11</b>
<b>K 25.1</b>	<b>UV, akutt med perf.</b>	<b>1</b>
<b>K 25.3</b>	<b>UV, uten blødn./perf.</b>	<b>9</b>
<b>K 25.9</b>	<b>UV, uspes.ak./kr./blødn./perf.</b>	<b>79</b>
<b>R 10</b>	<b>Magesmerter</b>	<b>73</b>
<b>K 92.0</b>	<b>Hematemese</b>	<b>17</b>
<b>K 92.1</b>	<b>Melena</b>	<b>21</b>
<b>K 92.2</b>	<b>Uspesif. GI-blødning</b>	<b>15</b>