



Saksfremlegg til sak 0036/03, saksnr 03/01812

Organisering av fødselsomsorgen og akuttkirurgisk beredskap i Hålogalandssykehuset

1 Innledning

1.1 Generelt

Foretaksdirektøren viser til Helse Nord RHF's prosjektarbeid vedrørende organisering av fødselsomsorg og akuttkirurgi i regionen og vil i dette saksfremlegg drøfte hvordan disse fagområdene skal organiseres i Hålogalandssykehuset. Saksfremlegget hviler på den forutsetning at styrets medlemmer er vel kjent med sakens fakta og bakgrunn. Foretaksdirektøren vil således i stor grad henvise til dokumenter styret allerede har fått oversendt og kun gjengi innhold fra disse der det ansees som særlig relevant for sammenheng og forståelse. De mest sentrale referanser er:

- a. Sosialkomiteens innst. S. nr. 300 (2000-2001) *Om akuttmedisinsk beredskap* (<http://www.stortinget.no/inns/inns-200001-300.html>)
- b. NOU 1998: 9 *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*
- c. Helse Nord's styresak nr 78 -2002 *Orienteringssak om igangsetting av prosjektene vedr organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg* (http://www.helse-nord.no/Filer//3/2002-08-29_13-36-13_styremte28AUG2002protokollstyreleder.doc)
- d. Helse Nord's styresak nr 18 -2003 *Rapportene om kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg - videre arbeid og oppfølging* (http://www.helse-nord.no/Filer//3/2003-02-18_20-00-35_styresak18-2003akuttkirurgiskberedskap-fdselsomsorgFHH-KIF.doc)
- e. Helse Nord's styresak nr 33 -2003 *Framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg - høring* (http://www.helse-nord.no/Filer//3/2003-05-23_13-17-26_styrevedtakfdeogkirurgi10.04.2003.doc)
- f. HHFs styresak nr 0064/02 *Prosjekt Ny Ledelse* (styremøte 25 nov 02 der virksomhetsideen ble vedtatt) (<http://www.hhf.no/doc/protokoll251102.doc>)
- g. Helse Nord's styresak nr 109 *Tolkning av vedtak fattet i styret ved Hålogalandssykehuset vedr. tjenestetilbudet* (http://www.helse-nord.no/Filer//3/2002-12-31_10-19-06_styremte12DES2002protokollstyreleder.doc)
- h. Helse Nord RHF's rapporter om akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg
- i. HHFs styresak 0017/03 *Akuttkirurgi og fødselsomsorg* (behandling av mandatet)
- j. Virksomhetsplan HHF 02-07 "Fra 3 til 1"
- k. Rapport fra HHFs egen prosjektgruppe
- l. Referat fra referansegruppen i HHFs siste møte (anbefaling)

I tillegg er alt av høringsuttalelser til Helse Nords og HHFs rapport, den offentlige debatt om temaene, samt ”motmeldinger” og andre innspill fra internt og eksternt hold en viktig del av det samlede vurderingsgrunnlag. Ovenstående referanser vil for enkelthets skyld bli gitt bokstavhenvisninger i fremlegget.

1.2 Saksbehandling

Det vises til styrevedtakene i Helse Nord RHF i sakene 78-2002, 18-2003 og 33-2003 jfr ref c-e, og styrevedtak i HHF i sak 17-2003, ref i. Saken har i h t Helse Nords vedtak i ref c vært utredet i 2 faser, først i regionale faggrupper og deretter i prosjektgrupper i Helgelandssykehuset og Hålogalandssykehuset.

Med utgangspunkt i nasjonale føringer startet Helse Nord RHF høsten 2002 utredninger om fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Nord-Norge. På grunnlag av rapportene fra prosjektet la styret i Helse Nord RHF føringer for det videre utredningsarbeid i regi av HHF. Foretaksledelsen nedsatte deretter en prosjektgruppe som skulle utrede alternative modeller for organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i HHF. Rammene for arbeidet er nedfelt i styrevedtak i Helse Nord og HHF.

Prosjektgruppens rapport har vært ute på høring i tiden 9 – 30 mai 03. Parallelt med høringen har foretaksledelsen gjennom flere møter behandlet forslagene i rapporten. Foretaksdirektøren vil understreke at dette er en meget vanskelig sak, der det i hele prosessen har vært foretatt vanskelige avveininger mellom forståelige krav til nærhet, tilgjengelighet og trygghet for befolkningen på den ene siden, og hensynet til en fremtidsrettet utvikling der vi ivaretar faglige og utdanningsmessige krav, samt trender i medisinsk utvikling på den andre. Foretaksledelsen har gjennom grundige drøftinger arbeidet seg frem til en anbefaling der disse hensyn er forsøkt balansert på en god måte. HHFs ledergruppe står bak de vurderinger og anbefalinger som fremkommer i dette saksfremlegg.

1.3 Høringsuttalelsene

./A

Det er til sammen kommet inn 11 høringsuttalelser i saken (vedlegg A) fra interne og eksterne bidragsytere. Foretaksledelsen vil gi honnør for gode innspill, avgitt innen en høringsfrist som må erkjennes å ha vært i korteste laget. De høringsinstanser som har uttalt seg ønsker en utvikling basert på videreføring av dagens struktur.

1.4 Prosjektgruppens arbeid

I ref k fremgår en detaljert beskrivelse av prosjektgruppens sammensetning, mandat, metode og resultater. Det legges ikke skjul på at det har vært til dels betydelig uenighet internt i gruppen både i forhold til de føringer som har ligget til grunn og de anbefalinger som gruppen har kommet frem til. Prosjektgruppen har levert en meget grundig utredning av de ulike modeller, modellkombinasjoner og varianter av begrenset kirurgisk akuttberedskap, i tråd med mandatet. Foretaksdirektøren vil gi sterk anerkjennelse til gruppen for deres intensive og store arbeid innenfor de begrensede tidsressurser de har hatt til disposisjon.

HHF/Harstads rolle har vært definert i mandatet; dvs. at denne enheten skal ha akuttberedskap i både bløtdelskirurgi og ortopedi (spesialisert, seksjonert beredskap), samt fødeavdeling. utfordringene for gruppen har derfor vært å utrede tilbudet for

akutt kirurgi og fødselsomsorg ved de andre divisjonene. Prosjektgruppens medlemmer har ulikt syn på hvordan denne utviklingen skal håndteres. Halve prosjektgruppen (9 av 18 medlemmer) har anbefalt at HHF skal organisere disse funksjonene gjennom en videreutvikling av dagens løsninger, dvs med full akuttkirurgisk beredskap og fødeavdeling på alle tre divisjoner. Den andre halvparten av gruppen har delt seg i to anbefalinger. 7 av medlemmene har anbefalt at foretaket har full seksjonert beredskap ved divisjon Harstad, mens de to andre divisjoner utvikles i hhv satsing på bløtkirurgi og ortopedi. Det var uenighet blant gruppens medlemmer om organisering av fødselsomsorgen under dette alternativ, fra fortsatt å beholde fødeavdeling (1 medlem) til modifisert fødestue etter den såkalte Lofotmodellen (5 medlemmer). Det siste medlemmet av disse 7 ønsket ikke å uttale seg om fødselsomsorgen. De siste 2 medlemmene av prosjektgruppen anbefalte en samling av akuttkirurgisk beredskap på to av divisjonene og utvikling av en rent elektiv enhet ved den tredje. Fødselsomsorgen ville i dette alternativ innebære fødeavdeling ved to av divisjonene og en jordmorstyrt fødestue ved den elektive enheten. Ingen av gruppens anbefalinger har tatt stilling til geografi, dvs sagt hvilke enheter som eventuelt skulle utvikle seg i hvilken retning. Gruppen har imidlertid listet opp styrker og svakheter ved de forskjellige alternativer, hvilket gir et godt grunnlag for å treffe noen valg.

De ulike løsningsforslag er vurdert ut fra kriterier som tilgjengelighet, faglig kvalitet, rekruttering, utdanning, samarbeid og kostnadseffektivitet. Prosjektgruppen har bidratt sterkt til å belyse sakskomplekset og har på en meget god måte utfyllt de regionale rapporter. Den stramme tidsrammen for prosjektet har gitt klare begrensninger for omfanget av utredningsarbeidet, noe mange av medlemmene har uttrykt misnøye med.

1.5 Saksfremleggets oppbygning

Fremlegget er bygget opp slik at det i kapittel 2 redegjøres for de mest sentrale føringer og krav som er gitt fra hhv nasjonalt og regionalt hold, samt relevante styrevedtak i HHF. Det blir deretter i kap 3 gitt en drøfting av foretaksledelsens vurdering av de mest relevante faktorene som vil påvirke valg av løsninger. Så gis det i kapittel 4 en beskrivelse av mulige løsningsmodeller, før det konkluderes og anbefales i kapittel 5.

2 Bakgrunn

2.1 Nasjonale føringer og krav

Sykehusstrukturen i Norge, herunder fordeling av oppgaver og funksjoner mellom sykehus og behandlingsnivåer, har vært debattert i mange sammenhenger de senere år. Dette har særlig hatt sin begrunnelse i hensynet til kvalitet på tjenestene, bedre ressursutnyttelse og ønsket om å gi et mer likeverdig helsetilbud til befolkningen. Et område som har hatt særlig fokus de siste årene er den akuttmedisinske kjeden, fra kommunehelsetjenesten, via ambulansetjenesten og inn i sykehusene. Helse Nord og HHF har allerede utredet og delvis iverksatt en del endringer innenfor ambulans- og nødmeldetjenesten. Nå er det naturlig å vurdere de to andre feltene som har vært diskutert de senere år, dvs organisering av akuttkirurgisk virksomhet og fødselsomsorg.

2.1.1 Akuttkirurgisk beredskap

Stortingets behandling av St.meld. 43 (1999-2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap”, jfr referanse a, gir klare signaler om at en rasjonalisering innen den kirurgiske akuttberedskap er ønskelig. I Stortingets behandling av denne i ref b, Sosialkomiteens Innstilling S. nr. 300 (2000-2001) *Om akuttberedskapen*, heter det bl a:

”Flertallet viser til at forholdene for kirurgisk beredskap i sykehus er annerledes enn indremedisinsk beredskap. Særlig ved enkelte små sykehus utføres det få øyeblikkelig hjelp inngrep på kvelds- og nattetid, slik at den omfattende kirurgiske beredskapen sjelden er i bruk. Flertallet har merket seg at Regjeringen har stilt krav til de regionale helseutvalg om å gå gjennom dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehusene. I denne sammenheng vil flertallet peke på behovet for å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen. Der forholdene ligger til rette for det kan sykehusene skille mellom den indremedisinske og kirurgiske beredskapen. Flertallet vil peke på at små sykehus kan ha indremedisinsk beredskap selv om de ikke har en kirurgisk beredskap. Komiteen mener det er nødvendig med en viss legevaktberedskap ved alle sykehus for å kunne ta seg av brudd og enkle skader og gi nødvendig stabilisering før videre transport til et annet sykehus. Erfaringene viser at de fleste øyeblikkelig-hjelp operasjoner gjelder enklere skader, og at en slik beredskap vil kunne ta hånd om svært mange av de som trenger kirurgisk øyeblikkelig hjelp”.

Bakgrunnen for slike uttalelser har primært vært problemstillinger knyttet til kvalitet, rekruttering og kostnadseffektivitet, jfr ref b der dette er grundig redegjort for.

I tråd med St.meld. 43: ”Akuttmeldingen” er hensynet til behovet for å øke kapasiteten innen indremedisinske og geriatriske tjenester noe av bakgrunnen for å redusere innsatsen innenfor kirurgisk beredskap. Det vises også her til ref a hvor det heter bl.a. følgende:

”Komiteen har merket seg at det i tiden framover vil bli flere øyeblikkelig hjelp innleggelses og økt press på de indremedisinske avdelingene. Komiteen mener derfor det ikke må foretas noen endringer når det gjelder den akuttmedisinske beredskapen i indremedisin ved sykehusene....”

I forarbeidene til Lov om helseforetak m.m. fremkommer en klar forventning om at de regionale helseforetakene skal gjøre en ny vurdering av dagens oppgavefordeling i regionene. Dette fremkommer tydelig i Ot.prp.nr.66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.* I kap 2.2.1 ”Behov for reformer” fremgår følgende:

”Det synes å være tiltagende faglig enighet om at kvaliteten på enkelte helsetjenester kan forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehus slik at det nås et minstevolum på aktiviteten. Dette viktige hensynet til kritisk volum må likevel balanseres mot hensyn til landets spesielle geografi og avstander. Det vil slik sett være viktig å understøtte en gjennomføring av mange av de forslagene som ligger i det regionale samarbeidet. Det foretas fremdeles mange operasjoner ved sykehus med for dårlig pasientgrunnlag til at ferdigheter og kunnskaper kan opprettholdes på godt nivå.”

2.1.2 Fødselsomsorgen

Både i mediedebatten og i enkelte høringsuttalelser har det vært reist spørsmål om kravene om 4-500 fødsler i Helsetilsynets veiledning er å betrakte som absolutte og fikserte størrelser. Det vises her igjen til ref b hvor det bl.a. heter:

”Komiteen har merket seg at kravene til vaktberedskap for å opprettholde en fødeavdeling på et faglig forsvarlig nivå for ulike personellgrupper, er relativt omfattende...

Komiteen mener derfor det er nødvendig å differensiere fødeavdelingene med hensyn til hvor og hvilke kvinner som bør henvises til fødeavdelinger med bredere kompetanse, og at det skal foregå en seleksjon av fødende....

Komiteen vil understreke at det overordnede mål for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et desentralisert fødetilbud, og at den skal holde en god og forsvarlig standard....

Komiteen mener at fødselsomsorgen må differensieres, og at den skisserte nivåinndelingen må gjøres gjeldende, ikke bare veiledende, for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen. Komiteen fremmer følgende forslag:

Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens Helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen”.

Et enstemmig Storting vedtok ovennevnte i 2001. Helsetilsynets nivåinndeling begrunnes med at det bør være et visst volum på virksomheten for at fagpersonalets kompetanse skal opprettholdes. I den anledning er det verd å merke seg at det er den samlede systemkompetanse, dvs volumet for alle involverte som er viktig, ikke bare hensynet til den enkelte gynekolog som mange har påpekt i uttalelser til Helse Nord og HHF.

De angitte volumgrensene er dog ikke å oppfatte som absolutte. Som Sosialkomiteen og en rekke av høringsuttalelsene påpeker skal særlig hensynet til avstander og geografi gis vekt når dette vurderes. Avsnittene nedenfor beskriver nivåene nærmere:

- Kvinneklinikk - skal ha minimum 1.500 fødsler per år
Kvinneklinikkene vil kunne motta og behandle alle fødende. En Kvinneklinikk forutsettes å ha høy beredskap med tilstedevakt av både gynekolog og anesthesiolog, samt utstyr og fasiliteter som gjør det mulig å utføre operativ forløsning i løpet av 15 minutter. Ved samme institusjon må det være en nyfødtavdeling med kontinuerlig vaktberedskap og nødvendig kompetanse til respiratorbehandling av nyfødte.
- Fødeavdeling - skal ha minimum 400 - 500 fødsler per år
Fødeavdelingene vil kunne motta de fleste fødende og kunne gi operativ fødselshjelp, men vil måtte overføre til kvinneklinikk fødende med alvorlige komplikasjoner eller de fødende der det er forventet behov for behandling av det nyfødte barn ved nyfødtavdeling.
- Fødestue - minimum 40 fødsler per år
Fødestuene vil kunne motta fødende uten spesielle komplikasjoner og hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte. En fødestue har kontinuerlig beredskap av jordmor.

Foretaksledelsen vil påpeke at Helse Nord også opererer med en ”modifisert fødestue” – den såkalte Lofotmodellen. Denne er grundig beskrevet i Helse Nord's rapporter. Kort fortalt er dette en jordmorstyrt fødestue i lokalsykehus, der det finnes beredskap

for å utføre akutt operativ forløsning av barnet. Årsaken til at denne varianten ble valgt i Lofoten når man nedla fødeavdelingen, var avstanden og reisetiden til Bodø.

En tradisjonell fødestue gir et tilbud til ca 35% av de fødende, mens en modifisert fødestue gir et tilbud til ca 65-70% av de fødende. Prosjektgruppen er enig om at en modifisert fødestue er faglig og kvalitetsmessig å foretrekke fremfor den vanlige fødestuen i et foretak med våre avstander, dersom det ikke er mulig å opprettholde fødeavdelinger ved alle tre divisjoner.

2.2 Helse Nord RHF's regionale føringer

Problemstillingene knyttet til akuttkirurgi og fødselsomsorg skal i følge Helse Nords strategidokument følges opp av det enkelte helseforetak gjennom konkrete tiltak for endringer. Her er det på sin plass å minne om flg vedtak i Helse Nords styre 18.06.02 om strategidokumentet for Helse Nord, der det står følgende:

”Vår målsetting er å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet, tilgjengelighet og utdanning ivaretas. Helse Nord vil:

- *Prioritere tiltak som er av størst nytte og sørge for at disse blir effektivt organisert*
- *Stille krav om samordning av ressurser innen helseforetak og ta ansvar for slik samordning mellom helseforetak*
- *Gjennomgå organiseringen av akuttberedskapen innen helseforetak (med særlig fokus på fødselsomsorgen og kirurgien) med sikte på å optimalisere løsningene med hensyn til kvalitet og kostnadseffektivitet”*

Dette er konkret fulgt opp gjennom vedtak i Helse Nords styre 28 aug 2002 (ref c) der Helse vedtok å iverksette et utredningsarbeide om *”Organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord”*. Følgende rapporter, jfr ref h, er resultat av dette arbeidet; *”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”*, *”Fødselsomsorg i Helse Nord”* og *”Avstander og reisetider – en delrapport om organisering av framtidig fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”*. Disse rapporter konkluderte med at den kirurgiske akuttberedskap kunne konsentreres til divisjon Harstad i HHF. Fødselsomsorgen kunne organiseres med fødeavdeling i HHF Harstad og fødestue ved en eller øvrige divisjoner. De samme konklusjoner ble trukket med hensyn til organiseringen på Helgeland.

Helse Nord behandlet rapportene i sitt styremøte den 24 feb 2003 i sak 18- 2003 (ref d) *”Rapportene om kirurgisk akutt beredskap og fødselsomsorg – videre arbeid og oppfølging”*. Styret fattet følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF vurderer de avgitte rapporter om organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg som relevante og nyttige premisser for det videre arbeid med disse problemstillinger. I tråd med reformens forutsetninger forutsettes et helhetlig regionalt perspektiv lagt til grunn i det videre arbeid med denne saken.

.....

Alternativet med opprettholdelse av dagens tilbud innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg er kjent og trenger ingen utredning. Styret i Helse Nord RHF vil derfor i sin utredningsbestilling til de aktuelle foretak anmode om at noen av de alternativer som er skissert i rapportene blir særlig fokusert. Dette skal ikke utelukke noen alternativer i forhold til endelig beslutning. Styret vil likevel anmode om at utredning

av det mest ytterliggående alternativet – som innebærer å sentralisere både akutt kirurgi og fødeavdeling til bare ett sykehus i hvert foretak - blir gitt lavest prioritet.

I styrets vedtak lå også at de mest ytterliggående alternativ innen fødselsomsorg ikke var aktuelle, men at det skulle være et fødetilbud ved alle enheter også i fremtiden (enten fødestue eller fødeavdeling).

Styret i Helse Nord RHF behandlet den 10 apr 2003 sak 32-2003 ”Fremtidig organisering av akuttberedskap og fødselsomsorg – høring” (ref e). Helse Nord RHF valgte på bakgrunn av reaksjonene i høringsuttalelsene å modifisere styrevedtaket fra 24 feb 03 vesentlig. Styret ”anbefaler at de lokale arbeidsgruppene i slutføringen av sine utredninger legger til rette for at samtlige enheter har delvis kirurgisk akuttberedskap”.

Avslutningen av arbeidet i HHFs prosjektgruppe har dermed basert seg på en utredning av alternativer der det som et minimum skal være en form for akuttkirurgisk beredskap og et fødetilbud ved alle de tre divisjonene i HHF i fremtiden.

2.3 Styrevedtak Hålogalandssykehuset – mandat og gjennomføring

2.3.1 Mandat til prosjektgruppen i HHF

Styret i Hålogalandssykehuset HF vedtok i styremøte 18 mar 2003 (ref i) mandat for prosjektgruppen i HHF. Det henvises til referansen for nærmere detaljer.

Prosjektgruppen har i det alt vesentlige løst sitt oppdrag i h t mandatet. Tidsmessige problemstillinger har medført at enkelte forhold ikke har vært belyst godt nok, som f eks hvilke andre tilbud som bør utvikles i HHF dersom det gjennomføres endringer i akuttkirurgi og fødselsomsorg. Dette vil imidlertid i stor grad ivaretas av flere prosjekter i regi av Helse Nord, f eks ortopediprojektet, Næringsutredningen og geriatrisprosjektet, som alle skal avgi innstilling i l a 2003.

2.3.2 HHFs virksomhetside og Helse Nord's tolkning

Styret i HHF vedtok i møte 25 nov 2002 (ref f) flg virksomhetside for HHF i virksomhetsplanen 2003-2007 (HHF ”Fra 3 til 1”):

”Leverer basistjenester ved våre tre enheter, medisinsk og kirurgisk akuttberedskap, samt fødetilbud på samme måte som i dag, innenfor rammen av Helse Nord's bestemmelser. Dette suppleres med mer spesialiserte tilbud der funksjonene er fordelt ut fra enhetenes ulike konkurransefortrinn. Dette tilbys brukere både innenfor og utenfor vårt primære opptaksområde.”

Helse Nord behandlet dette vedtaket i styremøte 12 des 2002 (ref g). Da referansen kun inneholder det protokollerte vedtak blir saken gjengitt i sin helhet:

”Formål og sammendrag

Formålet med denne sak er å orientere styret om vedtak fattet av styret i Hålogalandssykehuset. Vedtaket, som gir rom for tolkning, kan av enkelte tolkes til å

være i strid med vedtak fattet av RHF-styret. Saken omhandler også informasjon om administrasjonens håndtering av saken.

Bakgrunn/fakta

Under behandling av sak 0064/02 fattet styret i Hålogalandssykehuset følgende vedtak:

” Pkt. 2 Virksomhetsidé

- Leverer basistjenester ved våre tre enheter, medisinsk og kirurgisk akuttberedskap, samt fødetilbud på samme måte som i dag, innenfor rammen av Helse Nords bestemmelser. Dette suppleres med mer spesialiserte tilbud der funksjonene er fordelt ut fra enhetenes ulike konkurransefortrinn. Dette tilbys brukere både innenfor og utenfor vårt primære opptaksområde.”

Styrets vedtak kan tolkes på to måter:

1. Styret vedtar å opprettholde nåværende organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg som en langsiktig virksomhetside.
2. Styret vedtar å opprettholde nåværende organisering av tjenestetilbudet første halvår av 2003, inntil styret i Helse Nord RHF har gjort vedtak om eventuell ny organisasjonsstruktur.

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt igangsettingen av to prosjekt som skal utrede organiseringen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord. Mandatet for dette arbeidet tilplikter gruppene bl.a. å utrede hvordan organiseringen av tjenestetilbudet innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg kan tilpasses Stortingets vedtak om Akuttmeldingen og faglige retningslinjer for fødselsomsorg. Dagens situasjon er ikke helt i tråd med Stortingets vedtak.

Vurdering

Administrasjonen i Helse Nord RHF har tilskrevet foretakslederen, etter at pressen har hatt oppslag som tydelig viser at styremedlemmene i Hålogalandssykehuset gir ulik tolkning av vedtaket. I dette brevet henviser vi til de igangsatte prosjekter som skal vurdere framtidig organisering av tjenestetilbudet innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg og sier at vi forutsetter at vedtaket i Hålogalandssykehuset fortolkes iht. p 2. Siden vedtaket kan tolkes, ber vi også helseforetaksdirektøren forsikre seg om at prosjektgruppenes medlemmer fra Hålogaland i akuttkirurgi og fødselsomsorgsgruppene har den fortolkning som samstemmer med p.2 i vårt brev.

Konklusjon

Styret i Hålogalandssykehuset har fattet et vedtak som kan skape uklarhet om arbeid med funksjonsfordeling i Helse Nord. Mandatet for de to gruppene som utreder framtidig organisering av tjenestetilbudet, er ikke fortolkningsbart. Styret i Hålogalandssykehuset HF forutsettes å lojalt følge opp RHF-styrets arbeid med funksjonsfordeling.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar vedtak i styret i Hålogalandssykehuset HF til orientering, og er tilfreds med den administrative avklaringen som er gjort.”

Dette vedtak ble senere forelagt styret i HHF som tok vedtaket til orientering i sitt møte 28 jan 2003. Foretaksledelsen har i sitt arbeid med saken lagt Helse Nord styrevedtak til grunn, slik Helse Nord har forutsatt at også HHFs styre vil gjøre.

3 Drøfting av faktorer

Det er en rekke faktorer som innvirker på valg av løsninger innenfor disse fagområdene. I mandatene fra Helse Nord fremgår det at løsningene skal vurderes spesielt i forhold til:

- Kvalitet (faglighet, funksjonsfordeling, personelltilgang, personellutvikling)
- Tilgjengelighet (herunder nærhet og trygghet)
- Samarbeid (primærhelsetjenesten, indremedisin, mellom divisjonene)
- Økonomi og kostnadseffektivitet

Disse faktorer drøftes nedenfor.

3.1 Kvalitet

3.1.1 Aktivitetsutvikling

I samtlige referanser som behandler aktivitetstallene innen akuttkirurgi er det allmenenighet om at det er relativt lave volum. HHFs prosjektgruppe har fremstilt dette grundig i tabellarisk form:

Tabell 3.1 Antall ø-hjelps innleggelser ved kirurgisk avdeling (som inkluderer gynekologi) 2002.

Ø-hjelps innleggelser 2002		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Totalt
I dag	Totalt	1503	1192	1114	3809
	Per døgn	4,12	3,27	3,05	

Som en ser omfatter denne aktiviteten 3-4 innleggelser per døgn i 2002. I tillegg kommer den polikliniske aktiviteten, som gir disse tallene:

Tabell 3.2 Antall ø-hjelps konsultasjoner innenfor gyn, føde og kirurgi ved Narvik og Stokmarknes sykehus i 2002.

Ø - HJELP KONSULT. 2002	Stokmarknes		Narvik	
	Totalt	Av dette dagtid hverdager	Totalt	Av dette dagtid hverdager
Kirurgi	2106	1263	2231	1601
Gyn	212	185	171	155
Føde	665	435	561	522
Totalt	2983	1883	2963	2278

Som en ser er det betydelig antall som pasienter som får akuttkirurgisk poliklinisk behandling. Majoriteten av dette gjennomføres på dagtid hvilket betyr at mindre endringer i akuttberedskapen, der det er tilstedeværelse på dagtid av kompetente fagfolk, vil redusere befolkningens ulemper med økt reisetid vesentlig.

Innenfor fødselsomsorgen har HHF følgende tall i 2002:

Tabell 3.3 Fødsler 2002

Fødsler i 2002		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Totalt
I dag	Totalt	392	333	260	985
	Per døgn	1,07	0,91	0,71	2,70

Utviklingen så langt i 2003 tilsier at fødselstallene i foretaket synker ytterligere. Dersom en ikke justerer for effekten av at fødeavdelingen i Harstad holdes stengt fem uker i sommer er prognosen for tallene slik at Narvik omtrent ligger på samme nivå som i 2002, Stokmarknes ligger på ca 310 fødsler og Harstad på ca 350.

Dersom den akuttkirurgiske beredskap reduseres vesentlig ved en eller to av divisjonene, vil dette gi HHF (ved div Harstad) ett volum- og kvalitetsmessig høyverdig akuttilbud. Det vil imidlertid innebære en meget omfattende flytting av pasienter, som medfører store ulemper for befolkningen og uakseptable økonomiske kostnader. Foretaksledelsen mener derfor vi må søke etter modeller der disse ulemper og kostnader blir minst mulig, samtidig som vi best mulig ivaretar nasjonale og regionale krav til organisering.

3.1.2 Utvikling i kirurgifaget

Et viktig utgangspunkt for å vurdere endringer i organiseringen av den kirurgiske akuttbereidningen knytter seg til sentrale utviklingstrekk innen den kirurgiske spesialistutdanningen. Den kirurgiske virksomheten ved våre lokalsykehus har gjennom hele etterkrigstiden vært opprettholdt av bredt utdannede generelle kirurger som behersket både bløt og hard (ortopedisk) kirurgi, og som i tillegg påtok seg operative oppgaver innen fødselsomsorgen. Disse kirurgene hadde en omfattende utdanning, med et høyt antall inngrep innenfor avdelinger med bredt ansvar, lange arbeidsuker og en langvarig tjeneste som underordnet lege ved større sykehus før de tiltrådte overlegestillinger ved mindre sykehus. HHF/Stokmarknes og HHF/Narvik er typiske eksempler på dette der meget faglig dyktige og oppofrende overleger med bred generell kirurgisk basis har ivare tatt akuttvirksomheten gjennom mange år og med lange arbeidsdager. Denne situasjonen vil HHF fortsatt kunne nyte godt av i noen tid fremover, men i et bredere perspektiv er det liten uenighet om at denne generasjonen av kirurger er på vei ut, og erstattes i økende utstrekning av kirurger med mer spesialiserte faglige profiler, jfr prosjektrapportens pkt 3.1.

Fødselshjelp blir etter hvert helt overtatt av gynekologene og i Helsetilsynets utredning fra 1997 – *Faglige krav til fødeinstitusjoner* (hovedelementer gjengitt og drøftet i ref a, b og h) – heter det at kirurgers deltakelse i fødselsomsorgen er å anse som unntak som over tid bør avvikles. Kirurgirapporten fra Helse Nord RHF og HHFs prosjektgruppe legger også dette til grunn. Igjen er imidlertid situasjonen den at HHF, med sin nåværende bemanning, vil ha kirurger som også er villig til å ta del i fødselshjelpen. Det er liten grunn til å tro at dette vil være tilfellet når disse etter hvert forlater tjenesten.

I 1997 ble ortopedi utskilt som egen kirurgisk spesialitet. Det vil således i nær framtid bli behov for tre vaktordninger i de operative fagene, der man hittil har klart seg med én vaktordning for generelle kirurger.

Utviklingen av kirurgifaget er internasjonal og selv om det kan være et ønske om å skreddersy lokal kompetanse, må også sykehusene i vår region forholde seg til den kompetansen som den norske spesialistutdanningen gir innenfor de kirurgiske fagområdene. I dag har mange nyutdannede ortopeder bare ett års tjeneste innen generell kirurgi og ortopediske inngrep er ikke lenger obligatoriske i utdanningen innen dette feltet.

Det foregår nå en diskusjon på nasjonalt plan om spesialistutdanningen innen kirurgi, der 2 utredninger, én fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, og én utredning fra Den norske lægeforening, er sendt ut på parallell høring. Legeforeningen går inn for å opprettholde spesialiteten generell kirurgi som basis for spesialistutdanning av kirurger, mens utredningen fra Nasjonalt Råd går inn for at den generelle kirurgien skal ivaretas av spesialiteten gastrokirurgi (mage-tarmkirurgi). Det er imidlertid lite som tilsier at tendensen med økt spesialisering kommer til å snu. Den store utfordringen er å sikre at grunnstammen i utdanningen dekker generell vaktkompetanse og at generell kirurgi (bløtdelskirurgi) også inneholder enklere ortopedi, slik at dette kan ivaretas innenfor denne generelle vaktkompetansen.

Ovennevnte faglige utvikling representerer en så betydelig utfordring i forhold til behovene og forutsetningene ved våre sykehusenheter, at det er nødvendig å vurdere noen mulige strategiske tilpasninger til denne faglige virkelighet. Dagens lokalsykehus vil vanskelig overleve dersom en ikke satser bevisst på å utvikle de enkelte enhetene i tråd med den antatte framtidige utvikling. Det anses derfor som nødvendig for helseforetaket å møte den framtidige utfordringen med å tilby seksjonert akutt kirurgisk beredskap, dvs både innen bløtdelskirurgi og ortopedi. Det vil ikke være grunnlag for å opprettholde fullverdig kirurgisk akuttberedskap innenfor alle tre fagfelt, ved alle tre enheter i et langsiktig perspektiv. Årsaken til det er at aktiviteten totalt sett vil være for lav til å sysselsette et så stort antall kirurger på en meningsfull måte, samtidig som det er helt urealistisk å tro at det vil være mulig å rekruttere så mange kirurger til HHF.

3.1.3 Personelltilgang

HHF har i mange år slitt med betydelige rekrutteringsproblemer innenfor de aller fleste fagfelt. Styret er vel kjent med denne problemstillingen, jfr f eks pediatri, radiologi, ortopedi, gynekologi og anesthesiologi som har vært drøftet ved forskjellige anledninger i 2002. En viktig faktor i rekruttering av leger er at vi kan tilby en faglig meningsfylt hverdag. Dette kan eksemplifiseres ved våre problemer med rekruttering av gynekologer. Små fødselstall gir en marginal faglig utfordring og det viser seg at majoriteten av gynekologer ønsker å arbeide ved større fødeavdelinger, helst også med en godt utbygget barneavdeling med fullverdig pediatertjenester. Dette greier vi ikke å tilby ved noen av divisjonene i dag, men vi kan utvikle foretaket i denne retningen dersom det gjøres mindre endringer innen fødselsomsorgen.

En annen viktig faktor for rekruttering av nye leger er en noenlunde velordnet arbeidstid. Tradisjonen med at overlegene er på jobb nærmest til enhver tid, også i helgene, enten i aktiv eller passiv vakt, må vi erkjenne er på vei ut. Yngre leger der

også partneren er i fullt arbeid er ikke interessert i en slik arbeidssituasjon. Også av den grunn bør HHF innrette seg på fremtidige endringer dersom vi ønsker å være konkurransedyktige.

Dersom spesialistutdanningen og nasjonale faglige krav fremtvinger seksjonert beredskap, vil rekrutteringsproblematikken bli uhåndterlig. Det vil i så fall bety at vaktposisjoner som i dag dekkes av til sammen 3-4 kirurger og gynekologer i Narvik og på Stokmarknes i dag, vil måtte av erstattes av minimum 3-4 ortopeder, 3-4 bløtkirurger og 3-4 gynekologer på hver av divisjonene i fremtiden. Det er etter foretaksledelsens syn utopi å tro at HHF kan rekruttere det nødvendige antall spesialister for å opprettholde full akuttberedskap, herunder fødselshjelp, i et slikt scenario. Ved å gjøre noen små strategiske grep nå, tror foretaksledelsen at vi vil være langt bedre rustet til å møte denne utfordringen i årene fremover.

3.1.4 Helseforetakets status som utdanningsinstitusjon

I dag er de tre divisjonene alle godkjent som utdanningsinstitusjon for et varierende antall spesialiteter og på ulike nivå. Det er hevet over tvil at uten slik godkjenning vil rekrutteringsproblematikken bli enda mye vanskeligere enn nå. Dette vil antagelig også ha negative konsekvenser for rekrutteringen til primærhelsetjenesten i vårt opptaksområde. Det vises for øvrig til rapportene for detaljer.

HHF understreker betydningen av at de endringer som gjøres enten gir den enkelte divisjon fortsatt utdanningsstatus, eller aller helst at det iverksettes nye godkjenningsordninger slik at helseforetaket gis slik status. Med det siste menes at yngre leger under spesialisering kan fullføre denne gjennom å tjenestegjøre ved flere av HHF's divisjoner i fremtiden. Dette vil ha mange positive effekter. Det forutsettes at Helse Nord og nasjonale myndigheter ivaretar denne problemstillingen i de videre prosesser, jfr Helse Nord's kirurgirapport.

3.1.5 Funksjonsfordeling

Prosjekt Ny Ledelse fase 1 beskrev det strategiske grunnlag for HHF's fremtid, jfr ref i. Det er allmen enighet om hovedprinsippet som styret her har vedtatt, nemlig at vi skal ha basistilbud ved alle tre divisjoner, supplert med mer spesialiserte tilbud ved den enkelte divisjon, basert på de fortrinn de har. Dette er helt i tråd med Helse Nord's og nasjonale føringer til utviklingen spesialisthelsetjenesten, der det er påpekt at vi må gå fra en situasjon der "alle gjør alt" og med vekslende kvalitet, til en fremtid der vi i større grad deler på oppgavene og spesialiserer tilbudet. Dette vil være sterkt medvirkende til å øke den faglige kvaliteten, samtidig som det er åpenbare ressursmessige gevinster, f eks det faktum at det i vårt foretak kan investeres i dyrt kirurgisk utstyr av en spesiell type ved én divisjon i stedet for tre.

Situasjonen på våre tre divisjoner i dag er den, i likhet med de fleste sykehus i landet for øvrig, at akuttvirksomheten er til stort hinder for å avvikle en velfungerende og effektiv elektiv (planlagt) virksomhet. Det er hevet over tvil at dette er en avgjørende faktor når det gjelder ventelistesituasjonen i landet som helhet, i Helseregion Nord og i vårt foretak. Det er kun en liten del av den tilgjengelige operasjonskapasitet som settes av til å behandle ventelistepasienter, fordi akuttvirksomheten tar en urettmessig stor andel. Planlagt virksomhet må i tillegg ofte vike fordi akutte tilfeller i noen situasjoner naturligvis må gis øyeblikkelig prioritet.

Den kanskje vesentligste årsak til å gjøre endringer innen akuttkirurgisk beredskap finner vi her. Foretaksledelsen har derfor brukt mye tid på å finne løsninger der endringer i akuttkirurgisk virksomhet kan omsettes i økt elektiv aktivitet. Dette vil være meget positivt for våre pasienter og andre brukere gjennom redusert ventetid og økt kvalitet, samtidig som ulempene søkes minimert. Disse problemstillingene har også prosjektgruppen behandlet på en god måte, noe som reflekteres i en del av de modelleksemplene som er beskrevet. Foretaksledelsen finner eksemplene og rasjonalet bak disse meget interessante og mener at varianter av disse kan være en god måte å utvikle foretaket på for å få til en god og riktig funksjonsfordeling.

3.2 Tilgjengelighet

3.2.1 Reiseavstander

Dette tema er meget grundig behandlet og dokumentert i Helse Nords og egen prosjektgruppes rapporter, herunder justeringer av de opprinnelige avstands- og tidsberegningene. Foretaksledelsen har stor respekt for de avstander som er i dette foretaket, sammenlignet f.eks. med avstandene på Helgeland. I dette ligger ikke bare avstandene i kilometer, men også det faktum at værforhold og veistandard må telle med. I den forbindelse er det interne forskjeller i foretaket, der flertallet av befolkningen i Ofoten og Sør-Troms i det alt vesentlige har gode helårsforbindelser til divisjon Harstad, innenfor en tidsramme på 1-2 timer. Vesterålens befolkning har derimot fortsatt en til dels langt dårligere veistandard der begge veiforbindelser under visse forhold om vinteren blir stengt av skred. Reisetiden til divisjon Harstad er under gode forhold 2 - 3 1/2 time.

Vi erkjenner at det – rent faglig sett – ikke synes å være noe i veien for å operere med betydelig lengre avstander enn i dag innenfor akuttkirurgi og fødselsomsorg. Det er svært mange steder i dette land der dette er tilfelle uten at det kan påvises noen negative helsemessige konsekvenser av dette. Likevel skal man ha respekt for at de løsninger som velges i fremtiden av folk flest sammenholdes med de tilbud som er i foretaket i dag. Da blir reiseavstandene for andre deler av landet relativt uinteressante og kan ikke brukes som målestokk. Foretaksledelsen har derfor søkt å finne løsninger der disse hensyn balanseres slik at de endringer vi foreslår gir foretakets brukere høyverdig akuttkirurgisk kvalitet og fødselsomsorg, samtidig som konsekvensene av forlengede reisetider imøtekommes for folk flest.

3.2.2 Nærhet og trygghet

Disse forhold er nært forbundet med foregående punkt. Hålogalandssykehuset HF vil ivareta kravene til medisinsk forvarlighet og en vil søke etter løsninger som kommer befolkningens behov for opplevelse av trygghet i møte.

Den indremedisinske akuttberedskap, som omfatter langt større volum og gjennomgående ivaretar mer tidskritiske pasientgrupper, er ikke omfattet av den pågående omstillingsprosess. Det vises også til ref a, jfr det som er sitert i pkt 1.4.1 over. Kravet om trygghet og nærhet vil gjennomgående være større hos pasientgrupper som trenger hyppig innleggelse i sykehus, slik som f.eks. eldre, kronikere, kreftpasienter, geriatriske pasienter og innen psykiatri og rehabilitering.

HHF har i hele prosessen lagt sterk vekt på at indremedisinsk akuttberedskap, som betjener store deler av disse gruppene, ikke skal påvirkes negativt av de endringer som foreslås, men at man i samarbeid med Helse Nord og de utredninger som der foregår (jfr bla Nærpsykehuset), skal styrke og videreutvikle vår kapasitet innen dette særdeles viktige felt. Forsiktige endringer i akuttkirurgisk beredskap kan skape rom for slike forbedringer.

Dersom en velger en omlegging til fødestuer er det mange som har påpekt behov for følgetjenester. Ansvar for følgetjenesten til fødeavdeling påhviler foretaket i de tilfeller der kvinnen er vurdert til å være i fødsel av personalet ved fødestuen, og har behov for overflytting til fødeavdeling. En kan i modell med fødestue (enten vanlig eller modifisert) i foretakets regi påregne en noe større frekvens av følgetjeneste til fødeavdeling og disse kvinnene bør ha følge av jordmor.

En annen viktig nærhets- og trygghetsfaktor er kvinnens nærhet til familie og nettverk i f m fødselen. Til tross for at liggetiden i etterkant av fødsel er redusert de senere år for friske kvinner med ukompliserte fødsler, vil en stor del av kvinnene som blir overflyttet til fødeavdelinger for fødsel av ”selekterte årsaker” ha behov for en noe lengre barseltid, f eks ved keisersnitt. Disse kvinnene vil få et godt tilbud dersom de i etterkant av fødsel kan flyttes tilbake til fødestuen i eget nærområde for å være nærmere sine familier og nettverk. Av samme grunn kan fødestuemodellen også ha ansvaret for mor og barn i tilfeller der en ukomplisert årsak, f eks vektilpassing hos barnet eller ammetrening, gjør en innleggelse nødvendig.

Foretaksledelsen er opptatt av at de løsninger som utvikles tar hensyn til befolkningens behov for nærhet og trygghet. De endringer som foreslås er således forsiktige og vil omhandle relativt få personer. Vi tror imidlertid at kvalitetsgevinstene for de det gjelder, samt de muligheter en forsiktig omlegging gir for å bedre det samlede tilbudet i HHF, langt overstiger ulempene

3.3 Samarbeid

3.3.1 Primærhelsetjenesten

Samarbeidet med primærhelsetjenesten må utvides og forbedres, slik at behandlingsskjeden oppleves helhetlig av pasienter og pårørende. Det er allerede vanskelig å opprettholde tilstrekkelig kompetanse i vårt område med stor bruk av vikarleger, som ikke har tilstrekkelig innsikt i regionens utfordringer. Foretaksledelsen mener samarbeidet må forbedres uavhengig av eventuelle endringer i akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg. Det må her søkes løsninger som felles akuttmottak (FAM), tele-medisinske løsninger, hospiteringsordninger, og lignende.

BEST-prosjektet ønsker å bidra til kompetanseheving på lokalsykehusene for å kunne bidra til å stabilisere pasienter ved å utføre for eksempel thoraxdrenasje, ”pakking av buk” og stabilisering av bekkenet. Viktigheten av alle ledd i den akuttmedisinske behandling av traumepasienter må imidlertid ikke underslås. Både ambulansetjenestene, primærhelsetjenesten og AMK-sentralene må opplæres og utrustes for å gi sine bidrag i denne behandlingsskjeden.

Ved endringer i akuttberedskapen er det av avgjørende betydning at dette gjennomføres i et strukturert samarbeid mellom 1. og 2. linjes tjenestene. Helse Nord

må her påse at de konsekvenser som er godt beskrevet i rapportene blir ivaretatt. HHF ønsker ikke å foreslå endringer dersom det gir omfattende konsekvenser for primærhelsetjenesten.

3.3.2 Indremedisin og anestesi

Det har fra mange hold vært reist bekymringer for hvilke konsekvenser en reduksjon i akuttkirurgisk beredskap vil få for den indremedisinske virksomheten, jfr f eks pkt 3.2.2 ovenfor. Dette er også behandlet i HHF's rapport, der gruppen påpeker følgende:

For et sykehus som ikke lenger har akuttfunksjon i kirurgi, legger gruppen til grunn at sykehuset fortsatt skal ha akuttfunksjon i indremedisin. Når sykehuset kun opprettholder akuttfunksjonen i indremedisin tilsier NOU 1998:9s normer at en slik virksomhet kan bedrives uten tilgang på anestesilege. Både fra prosjektgruppen og det indremedisinske miljø er det kommet signaler om at anesthesiolog i vakt er en forutsetning for dagens praksis i de indremedisinske avdelingene i foretaket. Prosjektgruppen er kjent med at dette skal utredes nærmere i et eget prosjekt i regi av Helse Nord. Prosjektgruppen går derfor ikke nærmere inn i denne problematikken, men legger til grunn for drøftingen av modellalternativene innen kirurgi at anesthesiolog er i beredskap av hensyn til indremedisin.

Foretaksledelsen er enig i prosjektgruppens vurdering og vil derfor sikre at denne forutsetning ligger til grunn for de endringer som eventuelt måtte bli aktuelle. Den indremedisinske akuttberedskap skal styrkes ved alle divisjonene.

3.3.3 Mellom divisjonene

En vesentlig forutsetning for å lykkes med den fusjonsprosess sykehusreformen innebærer for HHF er at det utvikles et nært og positivt samarbeidsklima mellom divisjonene. Det er særlig viktig at fagmiljøene jobber sammen for å utvikle bedre tilbud til våre brukere. Dessverre er erfaringene så langt i arbeidet med akuttkirurgi og fødselsomsorg at utviklingen heller har gått i motsatt retning. Frykten for å miste viktige og interessante arbeidsoppgaver har i stor grad overskygget de nytteeffekter eventuelle endringer kunne ha.

Det er derfor svært viktig at de løsninger som foreslås legger til rette for å utvikle gode samarbeidsformer der faglig utvikling, kombinert med en hensiktsmessig arbeidsdeling står i sentrum. I dette ligger det en forutsetning om at den enkelte divisjon på ingen måte skal bygges ned, men at alle tre skal forbedres. Det er åpenbart et stort potensiale ved alle våre divisjoner, men vi er ikke like gode på alt. Foretaksledelsen mener at vi har alle forutsetninger for å utvikle de felter vi er gode på, samt tilføre nye oppgaver gjennom å dele på oppgavene ved alle tre divisjoner. Denne utfordringen har prosjektgruppen tatt på alvor og foretaksledelsen mener at mange av de beskrevne eksempelmodeller vil legge til rett for et konstruktivt samarbeid, dersom endringer implementeres skjønnsomt.

3.4 Økonomi og kostnadseffektivitet

Foretaksledelsen viser til prosjektgruppens rapport, kapittel 8. Her er det gjort et meget detaljert og grundig arbeid som på en god måte dokumenterer effektene av forskjellige løsninger for HHF. Her bekreftes det Helse Nord og foretaksledelsen har hevdet ved flere anledninger, nemlig at økonomi ikke er av vesentlig betydning i de

endringer som foreslås. Som en ser av kapitlet vil reduserte lønns- og beredskapskostnader ved de fleste alternativer mer enn oppveies av økte kostnader til transport.

Foretaksledelsen vil imidlertid påpeke at utredningen ikke omtaler investerings- og vedlikeholdsutfordringer knyttet til de forskjellige løsningene, noe som anføres som en svakhet. Vi vil peke på en åpenbar konsekvens som har vært drøftet i andre sammenhenger og det er at en viss funksjonsfordeling av våre høyt spesialiserte tilbud som har lave volumer, vil overflødiggjøre en del av de parallelle investeringer vi i dag er tvunget til i kostbart medisinsk-teknisk utstyr.

En annen viktig kostnadseffekt, dersom det gjøres endringer, er bedre utnyttelse av vår kapasitet. Prosjektgruppen skriver i den anledning:

Dersom akuttfunksjonen i Stokmarknes eller Narvik endres, vil antall timer bundet i beredskapsordninger reduseres. Erfaringsmessig er det vanskelig å hente ut slike gevinster i form av kostnadsreduksjoner. Derimot vil det være mulig å konvertere de frigitte timene til økt elektiv kapasitet på dagtid eller til opprettelse av nye tilbud til pasientgrupper som i dag ikke har et tilfredsstillende tilbud.

En slik konvertering vil som nevnt over, jfr pkt 2.1.4, kunne gi et mye bedre tilbud i foretaket. Dette er etter foretaksledelsens mening en god grunn til å gjennomføre endringer, uten at disse på noen måte bør oppfattes å være dramatiske for befolkningen. Samtidig mener foretaksledelsen at de ulemper som noen måtte oppleve mer enn oppveies av bedringen i vårt totale tilbud.

4 Løsningsmodeller

Prosjektgruppen har beskrevet 3 hovedmodeller med forskjellige varianter av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg. Til grunn for alle modeller ligger mandatenes føringer om at divisjon Harstad skal ha seksjonert akuttberedskap og fødeavdeling. Eventuelle endringer er i rapporten skjematisk fremstilt slik:

Modell eks.	Vari ant	Sykehus	Type kir beredskap			Fødetilbud		
			Orto pedi	Bløt dels kirurgi	Gen kirurgi	Vurd erings bered skap	Føde avd	Lofot mod.
1		Stokmarknes	X	X	X			
		Narvik	X	X	X			
2	1	Stokmarknes		X	X			
		Narvik	X		X			
	2	Stokmarknes	X		X			
		Narvik		X	X			X
	3	Stokmarknes			X			X
		Narvik	X		X			X
	4	Stokmarknes			X			
		Narvik		X	X			X
3	1	Stokmarknes				X		
		Narvik		X	X		X	
	2	Stokmarknes				X		
		Narvik		X	X			X

Modell 1 er en videreføring av dagens modell med full akuttberedskap og fødeavdeling ved alle tre divisjoner.

Modell 2 vektlegger en utvikling i retning av et ortopedisk fokus ved en av divisjonene og et bløtdelskirurgisk fokus ved den andre. Ved begge divisjoner skal det videreføres et beredskapsnivå med generell kirurgisk kompetanse (som finnes i dag), slik at det kan opprettholdes fødeavdeling eller en modifisert fødestue (Lofotmodellen).

Modell 3 innebærer at akuttberedskaper samles til to av HHF's divisjoner og at det kun opprettholdes en vurderingsberedskap ved den tredje. Dette vil ha som konsekvens at fødetilbudet er en ren jordmorstyrt fødestue uten sectio-beredskap.

Prosjektgruppen har utdypet hva de legger i disse beredskapsnivåene både når det gjelder kirurgisk beredskap og fødselsomsorgen. Foretaksledelsen deler i all hovedsak de vurderinger gruppen har gjort og viser derfor til den grundige gjennomgang som beskrives i rapportens kapittel 7.

Basert på ovennevnte drøfting av faktorene vil foretaksledelsen gi sin vurdering av de foreslåtte løsninger.

4.1 Modell 1 – dagens løsning

HHF har i dag en kvalitativt god og velfungerende akuttberedskap og fødselsomsorg. Dette skyldes i særdeleshet det faktum at vi er bemannet med noen få meget kompetente fagfolk med svært bred erfaringsbakgrunn. Denne situasjonen kan vedlikeholdes enda i noen tid uten at dette får konsekvenser for befolkningen.

Det er likevel hevet over tvil at HHF har store utfordringer. Foretaket sliter med til dels uverdige ventetider og vi har en dramatisk utfordring når det gjelder økonomi og kostnadseffektivitet. Situasjonen hos oss, som for de aller fleste andre sykehus i landet, er at den høye akuttaktiviteten i stor grad hemmer planlagt (elektiv) virksomhet og gjør at denne ikke på langt nær har det omfang vi kunne hatt innenfor de samme ressursrammer, men med en annen organisering. I tillegg må vi erkjenne at det er en rekke felt der foretaket har et potensiale for forbedringer i det tilbud vi gir. Det som særlig er nevnt i rapportene er elektiv ortopedi, ØNH, kreftbehandling og -omsorg, smertelindring, geriatri, rehabilitering og psykiatri.

Dersom en viderefører dagens modell for sykehusdriften er det foretaksledelsens mening at det ikke finnes mye rom for å utvikle bedre tilbud som monner.

Kapasiteten er på de fleste områder allerede sprengt slik at substansielle forbedringer vil kreve organisatoriske grep. Dette var erkjent allerede i fjor høst og ligger til grunn for styrets beslutning om å videreutvikle mer spesialiserte tilbud ved den enkelte enhet, som et tillegg til basistjenester.

Når det gjelder fødselsomsorgen er det et faktum at ingen av HHF's tre fødeavdelinger tilfredsstillende nasjonale krav til organisering av denne virksomheten. Dette går spesielt på de lave volumene. Igjen er situasjonen den at vi kan vedlikeholde vår virksomhet all den tid våre gynekologer er villig til å ta en forholdsvis ekstraordinær arbeidsmessig belastning og enkelte av våre kirurger er villig til å delta i fødselshjelpen. Foretaksledelsen mener imidlertid at dette ikke er særlig fremtidsrettet og at vi bør ta nasjonale krav til kvalitet og organisering på alvor. Således synes tiden inne til å ta et forsiktig grep for å bedre tilfredsstillende disse krav.

Foretaksledelsen har forståelse for at 9 medlemmer i arbeidsgruppen og referansegruppen ønsker dagens modell videreført. Vi er enige i at denne ivaretar våre brukere på en god måte og at våre fagfolk gir et kvalitetsmessig godt tilbud. Vi mener likevel, som den andre halvdel av prosjektgruppen, at vi oppnår større fordeler ved å utvikle foretaket i en noe mer spesialisert retning og mener at dette vil være enda bedre for befolkningen i vårt opptaksområde.

4.2 Modell 2 – ortopedisk og bløtkirurgisk fokus

Denne beskriver en fremtidig utvikling der den ene av divisjonene i større grad enn i dag utvikler den ortopediske delen av kirurgisk virksomhet, mens den andre divisjonen innretter seg mot mer spesialisert bløtkirurgisk aktivitet. Dette innebærer at den polikliniske akuttberedskap vil fortsette stort sett som før, og at det kun vil bli overført til HHF/Harstad de Øhjelps-innleggelser av alvorlig karakter som særlig utenfor arbeidstid ikke kan ivaretas. Beregninger er gjort i rapporten, jfr tabell 8.3. I tall innebærer dette at 2-400 pasienter (av totalt ca 2300 innleggelser) fra Narvik og Stokmarknes til sammen vil overføres Harstad, noe som vil medføre en 15-30% økning i akuttkirurgiske innleggelser der. Når det gjelder poliklinikk, jfr tabell 8.6, anslår rapporten at til sammen 100-400 pasienter (av totalt ca 6000 konsultasjoner) må overføres Harstad fra de to andre divisjonene. Effekten av dette vil være at volumet vurderes å bedre tilfredsstillende kravene til seksjonert beredskap ved HHF/Harstad, samtidig som dette frigjør kapasitet til økning av elektiv behandling ved Narvik og Stokmarknes.

Akuttkirurgisk beredskap, så lenge vi enda har våre bredt utdannede og kompetente fagfolk, vil dermed fortsatt være slik at fødselsomsorgen kan ivaretas som fødeavdeling eller som Lofotmodell.

Foretaksledelsen vurderer denne modellen til å ha en rekke interessante sider. For det første vil den på sikt kunne gi bedre kvalitet, gjennom den spesialisering som da vil skje på alle tre divisjoner; i Harstad gjennom økt akuttvolum, i Narvik og på Stokmarknes gjennom sterkere fokus på ett av de kirurgiske områdene og økt elektiv virksomhet innen de samme. Denne kvalitetsøkning kommer befolkningen til gode gjennom enda bedre spesialiserte fagfolk og tjenester, men også fordi ventelistene på denne måten bør kunne reduseres.

Løsningene bør videre kunne være attraktive for våre fagfolk på den måten at de ved en viss rotasjon mellom divisjonene kan få tjenestegjøre ved volum- og kvalitetsmessig høyverdige tjenester enten innen akuttkirurgi, ortopedi eller bløtdelskirurgi. Dette kan på sikt ha positive utdanningsmessige og rekrutteringsmessige effekter og bør legge forholdene til rette for at HHF vil ha fullverdig utdanningsstatus også i fremtiden.

Investeringer og vedlikehold av svært kostbart medisinsk utstyr vil være mulig å gjennomføre mer målrettet enn ved dagens modell, jfr pkt 3.4 ovenfor. Dette er en åpenbar og vesentlig fordel, spesielt i en situasjon der våre investerings- og vedlikeholdsmidler er på et kritisk lavt nivå. Foretaksledelsen vil minne om at vi fortsatt ikke får tilført avskrivningskapital til vedlikehold av mer enn 52% av våre eiendeler. Det er liten grunn til å tro at denne situasjonen vil endre seg vesentlig de nærmeste årene, slik at her har modell 2 en viktig fordel.

I forhold til tilgjengelighet, nærhet og trygghet innebærer modell 2 små forskjeller fra modell 1. Som nevnt over er det svært forsiktige endringer med relativt små pasientvolumer. De pasientene det gjelder sikres i tillegg den aller beste hjelp når de trenger det ved at de behandles der kompetansen er høyest. Den indremedisinske beredskap vil ikke bli svekket i f t modell 1 og fødetilbudet vil minimum kunne gis til 65-70% av de gravide i nærområdet også i fremtiden. Det henvises til rapportens tab 8.4 og 8.5 for antall fødende dette gjelder i de forskjellige alternativer. Muligheten til akutt sectio vil i tillegg gjøre tilbudet godt medisinskfaglig forsvarlig. De gravide som i tilfelle må overføres vil – som ved de øvrige av landets fødestuer – tilbakeføres til den jordmorstyrte fødestuen for barselperioden, slik at hensynet til familiens nærhet i denne viktige perioden kan ivaretas, jfr pkt 3.2.2 ovenfor.

Når det gjelder reiseavstander og tid er foretaksledelsen av den oppfatning at modell 2s varianter alle er forsvarlige og ikke innebærer noen urimelig belastning når det gjelder avstand og tid i akuttkirurgisk sammenheng.

Når det gjelder fødselsomsorgen har vi, i likhet med prosjektgruppen, hatt meget grundige og vanskelige diskusjoner. Vi har konkludert med at vi ikke kan anbefale rene jordmorstyrte fødestuer i Narvik og på Stokmarknes. Egne fagfolks vurderinger av at det er behov for å kunne utføre akutt fødselshjelp ved alle divisjoner p g a at reisetiden til Harstad overstiger en time støttes.

Samtidig er nasjonale og regionale krav til fødselsomsorgen såpass klare at foretaksledelsen vanskelig kan støtte videreføring av tre fødeavdelinger der ingen tilfredsstillende kravene. En forsiktig omorganisering vil gi grunnlag for at minst en fødeavdeling i foretaket gis et forsvarlig volum. Foretaksledelsen mener derfor at en eller begge fødeavdelinger i Narvik og Stokmarknes bør videreføres som modifiserte jordmorstyrte fødestuer etter modell av virksomheten i Lofoten. Dette vil gi et godt og forsvarlig tilbud til den altoverveiende majoritet av befolkningen, samtidig som vi oppfyller nasjonale faglige krav på en bedre måte enn i dag.

4.3 Modell 3 – kun vurderingsberedskap ved en divisjon

Denne modellen er i tråd med en av anbefalingene fra Helse Nord's akuttutvalg og foretaksledelsen kan ikke se at det ut fra et akuttkirurgisk faglig perspektiv isolert sett er noe i veien for en slik løsning. Dette må imidlertid vurderes i et langt bredere perspektiv enn det rent medisinskfaglige.

Som HHFs prosjektgruppe påpeker vil denne løsningen ha store samfunnsmessige konsekvenser ved at over 1000 pasienter bare innenfor området innleggelser for akuttkirurgisk øyeblikkelig hjelp må reise til HHF/Harstad, jfr rapportens tabell 8.3. I tillegg vil ca 60-70% (tab 8.5) av de gravide måtte reise og 500-1000 av de som i dag gis poliklinisk hjelp (tab 8.6). De menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvensene ved dette er uheldige og lar seg trolig ikke oppveie ved økt kvalitet eller forbedring i tilbudet. Det er også vanskelig å se en logisk begrunnelse for at den ene av de to regionene på denne måten skal få et svært forskjellig helsetilbud fra den andre.

Foretaksledelsen registrerer at to av prosjektgruppens medlemmer, herunder prosjektleder og en av primærlegene, støtter modell 3. Vi deler imidlertid ikke dette syn og vil ikke anbefale styret å gå inn for en såvidt kraftig omlegging.

5 Konklusjon og anbefaling

5.1 Konklusjon

En stor del av deltakerne i HHHFs prosjektgruppe (9 av 18 medlemmer), en enstemmig referansegruppe, samt den overveiende majoritet av høringsuttalelsene anbefaler at dagens organisering av HHHFs divisjoner når det gjelder akuttkirurgi og fødselsomsorg videreføres. Slik sett ville det være enkelt å anbefale dette til HHHFs styre.

Foretaksledelsen mener imidlertid oppriktig at dette ikke vil være den beste løsningen for foretaket – verken for befolkningen eller for vår faglige utvikling. De fordeler som er listet over for modell 2, der vi utvikler foretaket i hhv ortopedisk og bløtkirurgisk retning ved to av divisjonene, mener vi er substansielle fremskritt og langt på vei i tråd med nasjonale og regionale føringer. Vi vil på denne måten skaffe oss rom for å utvikle nye tilbud, samtidig som vi kan konvertere en del av de ressursene som i dag går med til akuttkirurgisk virksomhet, til å øke den elektive praksis. Samtidig ivaretar vi det beste i dagens organisasjon, inkludert en bevaring av den gode kompetanse våre fagfolk besitter. Sist, men ikke minst, vil modell 2 innebære små endringer for folk flest. Foretaksledelsen er svært opptatt av befolkningens oppfatning av de tilbud vi gir i HHHF og har derfor tatt den utrygghet mange av høringsuttalelsene og engasjementet befolkningen gir uttrykk for på alvor.

Foretaksledelsen anbefaler styret å utvikle HHHF innenfor rammen av prosjektgruppens modell 2.

5.2 Anbefalt modell

Prosjektgruppens modelleksempel er generisk i den forstand at det ikke tar stilling til geografi, ei heller gir noen klar anbefaling når det gjelder fødselsomsorgen. Foretaksledelsen vil derfor beskrive det vi mener best ivaretar alle hensyn, jfr nasjonale føringer, mandater fra Helse Nord, egne vurderinger i prosjektet, samt uttalelser fra andre. Forslaget innebærer en variant av modell 2 der fødselsomsorgen er organisert forskjellig ved Narvik og Stokmarknes i forhold til de eksempelmodeller som er vurdert og beregnet i rapporten:

- a. Divisjon Harstad videreutvikles på basis av den seksjonerte akuttberedskap som i dag eksisterer. Divisjonen vil i tillegg utføre elektiv virksomhet innen begge fagområder, men det forutsettes en omfordeling av den elektive virksomheten til de to andre divisjonenes spesialiserte virksomhet. Divisjonen skal ivareta økningen i akuttkirurgisk volum innenfor eksisterende rammer både når det gjelder bemanning og infrastruktur, om nødvendig ved å overføre mer elektiv virksomhet til Narvik og Stokmarknes.
- b. Divisjonene i Stokmarknes og Narvik bør på en smidig måte utvikles med større fokus på bløtdelskirurgi ved en av divisjonene og ortopedi ved den andre. Vaktordningene utvikles med henblikk på det samme, samtidig som den døgnkontinuerlige operasjonsstueberedskapen opprettholdes slik at øyeblikkelig hjelp innleggelser, keisersnitt og stabiliserende traumekirurgi skal kunne foretas begge steder. Basert på den kompetanse og de fagmiljøer som i dag eksisterer ved de to divisjonene mener foretaksledelsen at det er fornuftig å utvikle den bløtkirurgiske virksomheten ved HHHF/Stokmarknes og den ortopediske ved HHHF/Narvik. Reduksjon i akuttkirurgisk virksomhet skal konverteres til økt

elektiv aktivitet, samtidig som det skal søkes løsninger som utvikler nye foretaksovergrepene tiltak for befolkningen.

- c. Fødselsomsorgen er gjennom mandat og rammer for arbeidet fastlagt for divisjon Harstad sin del, slik at det der skal være en fullverdig fødeavdeling. Når det gjelder Stokmarknes og Narvik er det betydelig sprik i de anbefalinger som er fremkommet. Som nevnt over mener foretaksledelsen at det ikke er grunnlag for fødeavdelinger også på disse to steder. Basert på de lange avstander fra Vesterålen, at Stokmarknes også i fremtiden kan ha ansvar for virksomheten ved Andøy fødestue, og at fødselstallene i denne regionen ligger betydelig nærmere Helsetilsynets krav enn i Narvik, har foretaksledelsen under tvil bestemt seg for å anbefale å opprettholde fødeavdelingen ved Stokmarknes. Denne tilråding gjelder så lenge vi har kirurger der som også deltar i fødselshjelpen og antall fødsler er faglig akseptabelt. For divisjon Narvik mener vi at de lave fødselstallene kombinert med en rimelig avstand til fødeavdelingen ved HHH/Harstad innebærer at det vanskelig kan argumenteres for opprettholdelse av en fødeavdeling også her. Vi anbefaler en modifisert fødestue (Lofotmodellen) da denne best ivaretar faglige krav.
- d. Felles medisinskfaglig systemansvar på tvers av divisjonene skulle vært utviklet allerede i 2002, jfr Prosjekt Ny Ledelse. Foretaksledelsen mener at iverksetting av de beskrevne endringer egner seg godt for PNL fase 2 – klinisk ledelse. Styret anbefales således å gjøre dette til en del av mandatet for PNL fase 2 og la helseforetaket gjennomføre nødvendige utredninger høsten 2003, evt basert på nye rammer fra Helse Nord. Implementering bør gjøres i løpet av 2004, slik at HHH er på plass organisatorisk og driftsmessig innen 1 jan 2005.

5.3 Innstilling til vedtak

Foretaksledelsen inviterer styret ved HHH til å fatte følgende vedtak:

Styret i Hålogalandssykehuset HF viser til føringer i Helse Nord RHHFs styrevedtak i sakene 18-2003 og 33-2003, styret for HHHFs styrevedtak i sak 17/03, samt rapport fra prosjektgruppen i helseforetaket. Styret vil gi følgende tilråding til styret i Helse Nord RHF om den framtidige organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Hålogalandssykehuset HF:

1. Divisjon Harstad viderefører, i tråd med vedtak fra Helse Nord RHF, heldøgns kirurgisk akuttberedskap med vaktordninger innen både ortopedi og bløtdelskirurgi. Divisjonen skal ha fødeavdeling.
2. Divisjon Stokmarknes viderefører dagens heldøgns kirurgiske akuttberedskap basert på vaktordning innen generell kirurgi. Divisjonen skal utvikles i retning av et større fokus på bløtdelskirurgi. Divisjonen skal ha fødeavdeling, herunder med et foreløpig ansvar for Andøy fødestue.
3. Divisjon Narvik viderefører dagens heldøgns kirurgiske akuttberedskap basert på vaktordning innen generell kirurgi. Divisjonen skal utvikles i retning av et større fokus på ortopedi. Divisjonen skal ha en modifisert jordmorstyrt fødestue (Lofotmodellen) med beredskap for akutt sectio.

4. I tråd med saksframlegget vil styret be om at Helse Nord RHF bidrar med menneskelige og økonomiske ressurser for å støtte utviklingen av HHF i den retning styret foreslår, bl a gjennom Prosjekt Ny Ledelse fase 2 – felles klinisk ledelse. Styret peker i tillegg spesielt på utvikling av våre elektive kapasiteter, kreftbehandling, geriatri, rehabilitering og psykiatri. Dette vil, sammen med den foreslåtte omorganisering, styrke tilbudet i Hålogaland.
5. Helse Nord oppfordres til å gjennomføre endringene som er foreslått i et konstruktivt og koordinert samarbeid med foretaket og andre berørte parter, spesielt 1. linjetjenesten i Hålogaland. Helse Nord oppfordres også til å ta den nødvendige tid til å gjennomføre endringene slik at dette ikke får utilsiktede konsekvenser for bemanning og/eller rekruttering i foretaket eller kommunehelsetjenesten.

Ivar F Hagenlund
Foretaksdirektør

Vedlegg: Høringsuttalelser, vedlegg A

Høringsuttalelser

HHF sendte i perioden 9-12 mai 2003 arbeidsgruppens rapport til bred høring hos ulike instanser. Høringsbrevet og rapporten ble sendt til alle kommuneleger, helse- og sosialsjefer, brukerutvalg, fylkesleger, pasientombud, fylkesordførere, ansattes organisasjoner og interesseorganisasjoner, samt Helse Nord. Høringsfristen var satt til tre uker med frist innen 30 mai 2003. foretaket har mottatt 10 høringsuttalelser per mandag 2 jun kl 1100. Uttalelsene er vedlagt.

Følgende instanser har levert svar:

- Ballangen Kommune
- Narvik Kommune
- Nordland Fylkeskommune
- Vesterålen Regionråd
- Sykehusets venner, Stokmarknes
- HHF hovedbrukerutvalg
- Aksjonskomiteene Harstad, Narvik og Stokmarknes
- Kommuneoverlegen i Ballangen
- Legerådet ved div. Narvik
- Yrkesorg. v/div. Narvik og St.nes

Alle høringsuttalelsene konkluderer med å videreføre dagens ordning i tråd med det 9 av medlemmene i foretakets arbeidsgruppe anbefaler.

Der fremkommer ikke, etter foretaksledelsens mening, nye momenter som ikke er grundig drøftet i saksfremlegget.

Dersom det kommer flere høringsuttalelser etter fristens utløp vil disse bli forelagt styret i møtet 5 jun 03.