

**STYRESAK 19-2009 EVALUERING AV NY SYKEHUSPLATTFORM
I MOSJØEN**

Møtedato: 23. mars 2009

Formål/sammendrag

I denne saken presenteres rapport fra utvalget som, på oppdrag av Helse Nord RHF, har evaluert akuttfunksjonen i ny sykehusplattform ved Helgelandssykehuset Mosjøen.

Evalueringsutvalget finner at omstillingen i Mosjøen er forsvarlig. Utvalget synliggjør at Helgelandssykehuset HF kan bli ennå bedre på samhandling internt i foretaket, mellom foretaket og primærhelsetjenesten og mellom foretaket og eksterne samarbeidsparter, innenfor det evaluerte området. Et uferdig samhandlingsmønster kan være bakgrunn for noen av utfordringene som Mosjøen har stått overfor etter omleggingen.

Manglende tydelighet og synliggjøring av samordning og arbeidsdeling kan ha påvirket implementeringen av vedtak, resultatene og effekten av omleggingen i Helgelandssykehuset. Under omstillingsprosessen har det kommet nye, korrigerende vedtak som var ment å skulle tilrettelegge bedre for organisasjonsendringen. Disse har ikke i tilstrekkelig grad fungert etter hensikten. Adm. direktør foreslår derfor å be Helgelandssykehuset HF iverksette tiltak for å forbedre de forhold som har skapt uklarhet i pasientflyten. Det foreslås å satse på kompetansebygging hos leger som har døgnerberedskap ved FAM og at spesialisthelsetjenesten og primærlegene har felles teamtrening på prosedyrer av livreddende karakter.

Evalueringsutvalget foreslår en rekke tiltak for forbedring som Helgelandssykehuset også bør følge opp.

Bakgrunn/fakta

Vedtak om omlegging av kirurgisk beredskap og fødselsomsorg ved Helgelandssykehuset Mosjøen ble gjort i foretaksmøte mellom Helse Nord og Helseministeren i 2003.

Helse Nord har senere utsatt iverksetting av endringer i den akuttkirurgiske beredskapen og gjort korrigerende vedtak. Den nye sykehusplattformen i Mosjøen ble iverksatt 1. november 2006. Det ble på dette tidspunkt gjennomført en betydelig omlegging med stenging av den kirurgiske sengeposten, endring av kirurgisk vaktordning og etablering av felles akuttmottak (FAM) for sykehuset og kommunehelsetjenesten, jfr. styrevedtak Helse Nord RHF.

Fødeavdelingen ble omgjort til fødestue fra 1. juni 2004, fram til 1. november 2006 med keisersnittberedskap, deretter som en ren jordmorstyrt fødestue.

Saken om evaluering av ny sykehusplattform i Mosjøen er behandlet i styret i Helgelandssykehuset HF, den 17. november 2008 og 23. februar 2009. Forut for dette har det vært dialogmøter med kommunene i opptaksområdet for sykehuset i Mosjøen og kommunestyret i Vefsn har avgitt høringsuttalelse.

Medbestemmelse

Evaluering av ny sykehusplattform i Mosjøen ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 10. mars 2009 med følgende enighetsprotokoll:

- 1. Partene vil understreke målsettingen om å sikre et godt og effektivt tjenestetilbud til befolkningen innenfor den plattform for sykehusstilbudet som nå er etablert.*
- 2. Partene er enige om behovet for å følge opp aktuelle forbedringstiltak innen samhandling internt i sykehusenheten i Mosjøen, internt i helseforetaket og med eksterne samarbeidspartnere.*
- 3. Partene forutsetter at det utarbeides systemer som sikrer etablering og opprettholdelse av nødvendig tverrfaglig kompetanse og rutiner i skadebehandlingen.*
- 4. Partene vil understreke behovet for å videreutvikle driftsmodellen for fødestua i Mosjøen i tråd med den aktivitet og det tilbud som skal gis og sikre god oppslutning om fødetilbudet.*
- 5. Partene er enige om at sengekapasiteten i Mosjøen, innen rammen av etablert plattform for tilbudet, skal brukes på en slik måte at både medisinske pasienter og pasienter som er i behov av andre generelle spesialisttjenester, kan få et tilbud i Mosjøen.*

Saken er også drøftet med de tillitsvalgte ved Helgelandssykehuset HF Mosjøen og drøftingsprotokoll blir ettersendt.

Vurdering

Adm. direktør slutter seg i all hovedsak til vedtak fra styret i Helgelandssykehuset HF. Adm. direktør finner det hensiktsmessig å be Helgelandssykehuset HF iverksette tiltak for å styrke kompetansen til de som skal inneha beredskap i sykehusets akuttmottak og å vurdere hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt kompetanse i akuttmedisin hos legevaktstlegene i samarbeid med primærhelsetjenesten. Adm. direktør er bekymret for det lave fødselstallet ved fødestua i Mosjøen og ber Helgelandssykehuset fortsette arbeidet med å bedre fødestuas omdømme. Helgelandssykehuset HF bes også legge om til en mer kostnadseffektiv drift av fødestua.

I løpet av omstillingsprosessen har det skjedd en endring i forhold til hvilke pasienter som tas imot i medisinsk avdelings senger. Dette inkluderer pasienter med behov for en generell oppfølging, transfusjoner m.v. som tas i mot og gis et tilbud i Mosjøen i dag. Kirurgiske kreftpasienter (cytostatika, terminale, infeksjoner) er også pasientgrupper som i dag ivaretas i medisinsk sengeavdeling/dagmedisinske plasser av indremedisinere innenfor eksisterende ramme. En videreutvikling av dette og en slik tilrettelegging av driften må skje i samarbeid med de øvrige enhetene i Helgelandssykehuset HF, kommunehelsetjenesten og øvrige samarbeidspartnere slik at det er tydelig hvilke pasientgrupper den nye sykehusplattformen i Helgelandssykehuset Mosjøen kan gi et tilbud til.

Konklusjon

Ressurser bør settes inn i kompetansebyggende tiltak, som vil komme både sykehuset og primærhelsetjenesten til gode. Med en sengepost med generelle funksjoner kan en få en mer samordnet og helhetlig virksomhet hvor pasientens symptombylde vil være avgjørende for om de kan legges inn ved avdelingen, og ikke om de i en tidlig fase av sin sykdom har vært behandlet kirurgisk eller medisinsk.

Et stabilt tilbud i Mosjøen vil kunne medføre at flere pasienter som har fått avsluttet sin kirurgiske behandling, men er i behov av spesialisthelsetjeneste, kan få sitt tilbud lokalt. Slik vil det bli færre unødige transporter ved at økt kompetanse i akuttmedisin i Mosjøen kan gi bedre diagnostisering og prioritering og færre pasienter blir sendt til et av de øvrige sykehusene på grunn av usikkerhet.

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

1. Styret viser til evalueringsrapporten og tar konklusjonene til etterretning. Styret i Helse Nord RHF vil understreke målsettingen om å sikre et godt og effektivt tjenestetilbud til befolkningen innenfor den plattform for sykehusstilbudet som nå er etablert.
2. Styret viser til de foreslåtte forbedringstiltak innen samhandling internt i sykehusenheten i Mosjøen, internt i helseforetaket og med eksterne samarbeidspartnere, og ber Helgelandssykehuset HF påse at det arbeides kontinuerlig for å bedre samhandlingen.
3. Styret ber Helgelandssykehuset HF iverksette tiltak i tråd med brev fra foretaket av 16. februar 2009 slik at heldøgntilbudet ved skadepoliklinikken/legevakten i Mosjøen kan fremstå med god faglig forutsigbarhet og kompetanse innenfor de nye rammebetingelsene for det kirurgiske tilbudet.
4. Styret ser med bekymring på den sterke nedgangen i fødsler ved fødestua i Mosjøen. Styret ber Helgelandssykehuset HF videreutvikle driftsmodellen for fødestua i Mosjøen på en kostnadseffektiv måte som sikrer god kvalitet på tilbudet.
5. Styret ber Helgelandssykehuset HF sikre at sengekapasiteten i Mosjøen fortsatt brukes på en slik måte at både medisinske pasienter og pasienter som er i behov av andre generelle spesialisttjenester, kan få et tilbud i Mosjøen og at dette tilbudet videreutvikles og tilrettelegges ved samhandling internt i helseforetaket. .

Bodø, den 11. mars 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Rapport fra evalueringsutvalget
- se våre hjemmesider <http://www.helse-nord.no/article58996-1079.html>

UTREDNING

Innledning

Helse Nord satte endringer av kirurgisk akuttberedskap på dagsordenen i 2002, begrunnet i nasjonal helsepolitikk og nasjonale utredninger, først og fremst St.meld. 43 (1999-2000) ”Akuttmeldingen”, men også den nye helseforetaksloven. Omleggingen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helgelandssykehuset Mosjøen har vært behandlet i Helse Nord-styret og styret for Helgelandssykehuset HF en rekke ganger i årene 2003 til 2007. Iverksettingen av foretaksmøtevedtaket ble gjort 1. november 2006. Etter en justering av det opprinnelige vedtaket fra Helse Nord av 31. oktober 2006, jf. *styresak 86-2006 Helgelandssykehuset HF Mosjøen – beredskap* med oppfølgende brev fra administrasjonen Helse Nord RHF av 13. desember 2006, ble dagens sykehusmodell iverksatt fra 1. januar 2007. Som del av det justerte vedtaket ble det fra Helse Nord bedt om en evaluering av akuttfunksjonene i den nye ”sykehusplattformen”. Det ble sommeren 2007 nedsatt et utvalg som skulle evaluere omstillingen i Mosjøen. Utvalget leverte sin rapport 15. oktober 2008. Denne saken presenterer rapportens innhold og den etterfølgende prosess samt forslag til videre oppfølging av omstillingen i Helgelandssykehuset Mosjøen.

Bakgrunn

Foretaksmøtene for Helse Nord RHF og Helgelandssykehuset HF vedtok 19. juni 2003 at:

- Fødeavdelingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen omgjøres til en jordmørtstyrt fødestue.
- Den kirurgiske akuttberedskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen endres til en generell kirurgisk beredskap på dagtid i kombinasjon med poliklinisk, dagkirurgisk og elektiv aktivitet, som ikke krever kirurgisk døgnberedskap. Frigjort infrastruktur skal også vurderes brukt til elektive virksomhet for målrettet å redusere ventelistene.

Vedtaket ble bekreftet ved brev fra Helsedepartementet av 12. februar 2004 hvor det skisseres at akuttkirurgisk beredskap nedlegges fra sommer/høst 2005, koblet bl.a. mot ferdigstilling av Korgfjelltunnelen. Helse Nord har senere utsatt iverksetting av endringer i den akuttkirurgiske beredskapen til ferdigstillingen av det felles akuttmottaket (FAM) 1. november 2006. Fødeavdelingen ble omgjort til fødestue fra 1. juni 2004 og frem 1. november 2006 med keisersnittberedskap, deretter som en ren jordmorstyrt fødestue.

Den nye sykehusplattformen i Mosjøen ble iverksatt 1. november 2006. Det ble på dette tidspunkt gjennomført en betydelig omlegging med stenging av den kirurgiske sengeposten, endring av kirurgisk vaktordning og etablering av felles akuttmottak (FAM) for sykehuset og kommunehelsetjenesten, jfr. styrevedtak i Helse Nord RHF 31. oktober 2006, sak 86-2006.

Endringene i kirurgisk akuttberedskap ble modifisert av Helse Nord med virkning fra 1. januar 2007. Tilpasningen i kirurgisk beredskap i forhold til foretaksmøtenes opprinnelige vedtak er beskrevet i brev fra Helse Nord RHF til Helgelandssykehuset HF av 13. desember 2006:

1. *Det skal som tidligere besluttet ikke være kirurgisk sengeavdeling i Mosjøen, med unntak av 4 senger med mulighet for overnatting og observasjon av pasienter som har gjennomgått dagkirurgi. Disse sengene er ikke i bruk fra fredag kl 15 – mandag kl 08 eller helligdager/høytider*
2. *Kirurgiske pasienter som åpenbart trenger innleggelse for behandling, skal av primærlege legges inn direkte i aktuell avdeling i Sandnessjøen (primært bløtkirurgi), Mo i Rana (primært ortopedi) eller annet sted.*

3. *Det etableres et kirurgisk akutt tilbud bestående av poliklinikk- og skadestuefunksjon på 24 timers basis alle dager hele året. Akutt tilbudet betjenes av kirurgiske turnusleger, med de til enhver tid tilstedeværende kirurger med varierende spesialistkompetanse, i bakvakt. På dagtid inngår denne funksjonen i dagkirurgisk enhet. Utover dagkirurgiens åpningstid inngår funksjonen i FAM. Funksjonen skal ikke medføre økte ressurser til hjelpepersonell.*
4. *Den kirurgiske akuttfunksjonen skal holdes innenfor rammen av det som kan vurderes og/eller behandles uten innleggelse.*
5. *Vakthavende kirurg kan benyttes til tilsyn ved kirurgiske problemstillinger hos inneliggende pasienter i Medisinsk avdeling.*
6. *Pasienter med uklare kirurgiske tilstander, der primærlegen er i tvil om hvorvidt innleggelse i kirurgisk avdeling er nødvendig, kan henvises poliklinisk vurdering hos kirurg.*
7. *Utkalling av stabiliseringsteam skjer i tilfeller hvor innleggelse i kirurgisk sengeavdeling er nødvendig, men hvor primærlegen vurderer at pasienten trenger stabiliserende behandling før videre transport. Primærlegen har som tidligere hovedansvaret for pasienten inntil denne er innlagt i aktuell sengeavdeling. Ved behov kan kirurgisk turnuslege og bakvakt tilkalles for nødvendig faglig vurdering og behandling av pasienten i FAM før videre transport. Kirurgisk turnuslege arbeider i slike tilfelle med vakthavende kirurg som faglig ansvarlig for sin virksomhet. Behovet for operasjonssykepleier i stabiliseringsteamet skal vurderes av Helgelandssykehuset HF.*
8. *Etableringen av det beskrevne kirurgiske akutt tilbudet vil medføre at Helgelandssykehuset HF også må vurdere behovet for ambulansetilbud nr. 3 i Mosjøen.*
9. *Helgelandssykehuset HF utarbeider eventuelle ytterligere presiseringer.*
10. *Effektueringsstidspunktet for denne løsningen besluttes av ledelsen i Helgelandssykehuset HF*

Det fremkom av samme brev at det skulle innkalles til et evalueringsmøte i mars 2007, dette ble endret til etablering av et evalueringsprosjekt i regi av Helse Nord RHF, med ekstern prosjektledelse. Prosjektgruppen har foruten den eksterne prosjektlederen vært sammensatt av representanter fra Helgelandssykehuset Mosjøen, foretaksledelsen, kommunehelsetjenesten og en koordinator fra Helse Nord. Da dette var en faglig evaluering ble utvalget sammensatt av personer med innsikt i de medisinske og helsefaglige områdene som skulle evalueres og den tillitsvalgte representanten kom fra Legeforeningen. Prosjektleder var Hans Morten Lossius, som er forsknings- og fagutviklingsjef i Stiftelsen Norsk Luftambulansse.

Prosjektgruppen fikk som mandat å vurdere følgende:

1. Samhandlingen mellom sykehusenhetene og primærhelsetjenesten
 - Er det tilstrekkelig klarhet i ansvarsfordelingen og gode nok rutiner for samhandlingen mellom allmennlegene i FAM, sykehuslegene ved Helgelandssykehuset Mosjøen og mottakende sykehus i Rana/Sandnessjøen?
 - Stabiliseringsteamets funksjon og ansvar
2. Samhandlingen internt i sykehuset
 - Er det klarhet i ansvarsfordelingen og gode nok rutiner for samhandlingen internt i sykehuset? Det bør spesielt vurderes om rutineene rundt håndtering av ”gråsonepasienter” (pasienter der det ikke er avklart om det foreligger en kirurgisk eller medisinsk problemstilling) er gode nok.

3. Samhandlingen med ambulanse- og nødmeldetjenesten (legevakt og AMK)
 - Er det klarhet i ansvarsfordelingen og gode nok rutiner for samhandling mellom legevaktsentralen, AMK-sentralen og sykehuset? Det bør spesielt vurderes om det er tydelig hvor ansvaret for valg av transportmetode (bil, fly eller helikopter) og bestemmelsessted (for eksempel Rana, Sandnessjøen eller Bodø) ligger.
4. Kapasitet, regularitet og kompetanse i ambulansetjenesten
 - Er kapasiteten tilstrekkelig, eller oppstår det samtidigetskonflikter oftere enn det som er akseptabelt?
 - Er erfaringene rundt helikopterregulariteten i vinterhalvåret av en slik karakter at det er grunn til å iverksette særskilte beredskapstiltak i denne perioden?
 - Foreligger det et behov for lege- eller spesialsykepleierbemannet ambulanse?
 - Er det mulig og ønskelig å iverksette tiltak for å bedre regulariteten i helikoptertjenesten?
5. Kirurgisk tilbud til akuttpasienter
 - Er det på grunn av begrensninger i transportregulariteten nødvendig å gjøre endringer i det akuttkirurgiske tilbudet?
 - Foreligger det gode nok rutiner for håndtering av øyeblikkelig-hjelp pasienter som tradisjonelt håndteres som kirurgiske pasienter?
6. Fødetilbudet
 - Er de akuttmedisinske rutinene gode nok i forhold til den etablerte fødetilbudet?

På områder der evalueringen viser svakheter med dagens organisering, skulle det pekes på mulige forbedringstiltak. Gruppen skulle ha et helhetlig perspektiv på akuttfunksjonene ved sykehuset og ikke være bundet av tradisjonelle skiller mellom kirurgi og indremedisin.

Den opprinnelige planen var slutføring av arbeidet innen 20. oktober 2007 med utarbeiding av en kort evalueringsrapport. Det ble imidlertid tidlig klart at fristen måtte forlenges pga. forsinkelser i etablering av gruppen og ikke nok tid til forberedelsene av en prospektiv registrering som først kom i gang i begynnelsen av september 2007. Med tillegg av ytterligere forsinkelser ble frist for ferdigstilling av arbeidet satt til 1. oktober 2008.

Da det ble klart at evalueringsarbeidet ikke ville kunne ferdigstilles slik at det fikk konsekvenser for evt. tiltak i forhold til vintermånedene 2007-2008, ble det etter innspill fra deltakere i arbeidsgruppen og helseforetaket besluttet av adm. direktør i Helse Nord at:

”Som en del av stabiliseringen og når dette er påkrevd skal følgende kirurgiske prosedyrer kunne utføres på akutte pasienter i Mosjøen:

1. *Thoraxdren*
2. *Blødningskontroll inkludert ”pakking” av buk.*

Pkt. 2 ble etter kort tid tatt bort pga manglende behov.

Evalueringsutvalgets rapport

I tillegg til det arbeidet som er gjort på bakgrunn av innspill fra de ulike medlemmene i evalueringsutvalget, er det gjort intervjuer med et utvalg av respondenter. Hovedpunkter fra intervjuene er gjengitt i rapporten. Det er i tillegg gjort registreringer av pasientflyt for alle akutte kirurgiske pasienter fra kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn i perioden 1. september – 14. oktober 2007, til sammen 225 pasienter.

Hovedkonklusjoner:

Utvalget har vurdert det akuttmedisinske tilbudet og fødselsomsorgen i Mosjøen som forsvarlig. Evalueringsutvalget presiserer at det akuttkirurgiske tilbudet for pasienter som trenger innleggelse befinner seg i Sandnessjøen og Mo. Dette anses for å være godt nok fordi det er få pasienter og relativt kort avstand både til Sandnessjøen og Mo. Det må imidlertid være kompetanse tilstede i Mosjøen/FAM (felles akutt mottak) for å kunne legge akutt thoraxdren ved behov. Alvorlig skadde pasienter med behov for rask kirurgisk stabilisering av store indre blødninger, bør gå direkte til nærmeste kirurgiske akuttavdeling og ikke bringes inn til Mosjøen/FAM. Evalueringsutvalget anbefaler at det vurderes bruk av spesialsykepleier (anestesisykepleier/intensivsykepleier) ved enkelte akutte oppdrag, og til ledsagelse av pasient under transport når det er behov for spesiell overvåkning og pågående behandling i ambulansobil. Denne ressursen bør disponeres av AMK på linje med annen utrykningstjeneste.

Evalueringsutvalgets vurdering er at dagens akutt kirurgiske skadepoliklinikk preges av inkonsistens og uforutsigbarhet pga av variasjon i den tilgjengelige generellkirurgiske kompetansen. Dette kan ikke forventes å bli bedre med tiden, da flere av dagens kirurger har mer spesialisert kompetanse i stedet for generellkirurgisk kompetanse. Helse Nords vedtak av 13.12.06 (i samråd med ledelsen i Helgelandssykehuset HF) for tilpasning av den kirurgiske akuttberedskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen bidro til å skape økt usikkerhet rundt omorganiseringen, mener utvalget. Utvalget fremhever spesielt 3 av punktene i vedtaket, punkt 2, 6 og 7, som de mener har skapt uklarheter.

Ad pkt 2.

”Det etableres et kirurgisk akutttilbud bestående av poliklinikk- og skadestuefunksjon på 24 timers basis alle dager hele året. Akutttilbudet betjenes av kirurgiske turnusleger, med de til enhver tid tilstedeværende kirurger med varierende spesialistkompetanse, i bakvakt. På dagtid inngår denne funksjonen i dagkirurgisk enhet. Utover dagkirurgiens åpningstid inngår funksjonen i FAM. Funksjonen skal ikke medføre økte ressurser til hjelpepersonell.”

Dette punktet oppfattes av utvalget som å ha bidratt til å skape usikkerhet i forhold til hvilken faglig kompetanse som eksisterer ved FAM og det er usikkert om dette kan betegnes som et fullverdig akuttkirurgisk poliklinisk tilbud. Implementeringen av dette punktet har skapt usikkerhet både hos henvisende og behandlende ledd. Utvalget setter spørsmålsteget ved om det er mulig å differensiere beredskapsnivå mellom vurdering, observasjon og behandling.

Omlegging til spesialisert dagkirurgisk aktivitet sikrer ikke en generell akuttkirurgisk kompetanse, og vil derfor ikke i seg selv kunne dekke behovet for en akutt kirurgisk poliklinisk døgnerberedskap ved avdeling Mosjøen. Omleggingen til dagkirurgi har imidlertid bidratt til rekruttering av kirurger som ønsker å arbeide innenfor sin grenspesialitet. Evalueringsutvalget mener det må eksistere en skadepoliklinikk for kirurgia minor (mindre krevende kirurgi) ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Poliklinikken må ha et forutsigbart og kjent faglig tilbud og den faglige forankringen bør ligge på foretaksnivå i Helgelandssykehuset HF.

Fødselsomsorgen ved Helgelandssykehuset vurderes som faglig forsvarlig og trygg. Ved fødestua i Mosjøen har det vært en stor nedgang i antall fødsler. Dette bekymrer utvalget. Det er på det rene at det er oppstått en usikkerhet blant fødende om hva en fødestue er og kan tilby. Sykehuset har jf. rapporten allerede gjort godt arbeid for å forbedre omdømmet til fødestua og utvalget mener sykehuset må forsette arbeidet for å få bort usikkerheten blant lokalbefolkningen i forhold til om tilbudet som gis er trygt nok. Utvalget er kjent med at det skal legges fram en ny Stortingsmelding om svangerskap, fødselsomsorg og barsel våren 2009. Utvalget har derfor ikke funnet det riktig å gi noen anbefalinger på dagens modell i Mosjøen.

De akuttmedisinske rutinene er gode nok i forhold til det etablerte fødetilbudet i Mosjøen, mener utvalget, men de vil imidlertid presisere viktigheten av rutinemessig vedlikehold av kompetansen på akuttsituasjoner.

De tre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset kan utvikle et ennå bedre samarbeid og dette har hatt betydning for omstillingsarbeidet. Det er behov for bedret informasjon og kommunikasjon internt i helseforetaket, til primærhelsetjenesten og til samarbeidende helseforetak, både om de vedtak som er gjort og rutinene som er utarbeidet i etterkant av vedtakene. Vedtak gjort regionalt og lokalt er ikke i tilstrekkelig grad implementert, mye pga manglende informasjon eller ulik tolkning av konsekvensene av vedtakene.

Det er behov for ytterligere oppgradering av kompetanse i primærhelsetjenesten. Kompetansebyggingen bør skje i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten som f.eks. gjennom felles teamtrening, kurs, bruk av medisinsk index etc.

Forslag til konkrete forbedringstiltak er nærmere utdypet i forhold til de enkelte punktene i mandatet (rapportens kap. 6.2), og det er foreslått en rekke tiltak under hvert av disse punktene.

Før rapporten ble oversendt oppdragsgiver Helse Nord, avholdt evalueringsutvalget et innspillsmøte med kommunene i sykehusets opptaksområde. Alle tre kommunene deltok og kom med synspunkter på rapportframlegget. Vefsn kommune har i tillegg sendt en høringsuttalelse som også oppsummerer de synspunkter som kom fram på møtet.

Høringsuttalelse fra Vefsn kommune

Kommunen mener rapporten viser at vedtaket i Helse Nord om å fjerne det akuttkirurgiske tilbudet ved Helgelandssykehuset Mosjøen bygde på flere uriktige og undervurderte forutsetninger. Av disse forutsetningene nevnes bl. a. at omstillingen har påført Helgelandssykehuset transportkostnader ut over det som var forutsatt, at helikoptertilgjengeligheten var dårligere enn forutsatt og at Helgelandssykehuset Mosjøen har dårligere inntjening enn det som var forutsatt. Kommunen mener Helse Nord undervurderte de organisatoriske utfordringene (samhandling, samarbeid, kommunikasjon, kompetanse) omstillingsvedtaket påførte Helgelandssykehuset. Videre mener de at den manglende effekt som opprinnelige vedtak har hatt er blitt møtt med nye korrigerende vedtak som i praksis har ført til økende forvirring og uklarhet. Dette kan oppsummeres som en alvorlig feilvurdering av kompleksiteten i omstillingen.

Vefsn kommune deler ikke evalueringsgruppens hovedkonklusjon om at omstillingen i Mosjøen er forsvarlig. Kommunen mener derimot at rapporten bekrefter befolkningens opplevelser av at sykehusstilbudet er blitt dårligere og tryggheten er blitt svekket. Vefsn kommune krever derfor at Helse Nord iverksetter følgende strakstiltak:

- Det må avsettes fem såkalte kirurgiske senger ved Helgelandssykehuset Mosjøen i en felles sengeavdeling.
- Avdeling Mosjøen må gis stillingsrammer og ressurser for å betjene disse sengene
- Implementering av omstillingsvedtaket må styres og ledes gjennom en hensiktsmessig organisering (prosjektorganisasjon – prosjektleder).
- Pålagte innsparingstiltak for avd. Mosjøen må oppheves og ny sykehusplattform etableres.
- Samarbeidet med kommunene/brukerne i nedslagsfeltet må styrkes og Helse Nord må ta i bruk kommunikasjonsstrategier som kan bidra til å forankre beslutninger i befolkningen.

Vefsn kommune understreker at de fortsatt vil arbeide for å opprettholde et fullverdig lokalsykehus med kirurgisk akuttberedskap og sengeavdeling og at de vil intensivere arbeidet for å få et godt fødetilbud ved avd. Mosjøen når Stortingsmeldingen foreligger.

Helseforetakets behandling

Innledningsvis påpeker foretaksledelsen at omstillingsprosjektet i Mosjøen er et av landets største omstillingsprosjekter i lokalsykehus og at dette arbeidet har vært drevet gjennom av helseforetaket uten større eksterne bistandsmidler. Prosessen har vært svært krevende, ikke minst pga varierende føringer fra sentrale helsemyndigheter helt frem til implementering av omstillingsvedtak. Mandatet for evalueringen legger opp til en fragmentert vurdering, og rapporten gir ikke et godt nok helhetlig bilde av sykehusplattformen i Mosjøen, mener Helgelandssykehuset HF, som hevder at punktproblemer er generalisert.

Tilbudene innen akuttkirurgi, fødselsomsorg og den prehospitale tjenesten vurderes som forsvarlige. Det er således ikke grunnlag for fundamentale beredskapsmessige endringer i Mosjøen, mener foretaksledelsen. Det påpekes imidlertid behov for bedre samhandling mellom sykehusenhetene vedr. kirurgiske ø-hjelpspasienter, og administrasjonen viser til tiltaksplanene 2008-2009, der samhandling om å utnytte kapasitet på tvers er et av flere sentrale tiltak. Foretaksledelsen mener at det er behov for gjennomgang og evt. justering av etablerte rutiner, noe som bør involvere faggruppen kirurgi på foretaksnivå i sterkere grad.

Foretaksledelsen påpeker videre at det lå i rammebetingelsene for den kirurgiske virksomheten etter omstillingen at det ville være varierende kirurgisk kompetanse til stede. Hvis dette medfører så stor uforutsigbarhet at tilbudet ikke blir brukt, bør det vurderes om dette kan løses ved kompetanseheving enten for de eksisterende kirurger eller primærlegene, eller ved ambulering fra de øvrige sykehusenhetene. Det kan ikke påregnes flere stillingshjemler i kirurgi til sykehusenheten i Mosjøen for å dekke dette behovet og det bør ses på hvordan behovet for skadepoliklinikk med chirurgia minor løses andre steder uten kontinuerlig spesialistvakt, for eksempel Alta. Det er heller ikke rom for å øke sengetallet. Samhandling om "gråsonepasienter" krever smidighet og forpliktelse fra alle involverte parter, og utfordringene for mindre sykehusenheter med små enkeltavdelinger, vil nettopp være i skjæringsfeltet mellom de tradisjonelle fagområdene. Dette er i tråd med forslaget fra prosjektgruppen om en felles sengeavdeling, mener foretaksledelsen.

Styret i Helgelandssykehuset HF behandlet saken i møte 17. november, sak 82/2008: Prosjekt – evaluering av ny sykehusplattform i Mosjøen. Følgende vedtak ble gjort:

- 1. Styret tar til orientering at de foretatte endringer i akuttfunksjonen ved sykehusenheten i Mosjøen er vurdert å være forsvarlige og at evalueringsrapporten ikke gir grunn for fundamentale beredskapsmessige endringer ved sykehusenheten i Mosjøen.*
- 2. Styret viser til de foreslåtte forbedringstiltak innen samhandling internt i sykehusenheten i Mosjøen, internt i helseforetaket og med eksterne samarbeidspartnere, og ber administrasjonen påse at det arbeides kontinuerlig for å bedre samhandlingen.*
- 3. Styret ber administrasjonen vurdere om tilbudet ved den akuttkirurgiske skadepoliklinikken i Mosjøen kan fremstå med større faglig forutsigbarhet innenfor de gitte rammebetingelsene for det kirurgiske tilbudet.*
- 4. Styret ser med bekymring på den sterke nedgangen i fødsler ved fødestua i Mosjøen. Styret ber administrasjonen om å se nærmere på alternative driftsmodeller for fødestua i Mosjøen - som er mer tilpasset drift av fødestuer i Norge med tilnærmet samme aktivitet.*
- 5. Styret ber administrasjonen påse at den eksisterende sengekapasiteten utnyttes maksimalt og fleksibelt i tråd med tiltaksplanene for øvrig, og at det vurderes en felles sengeavdeling for medisinske og kirurgiske pasienter.*

På bakgrunn av styrevedtakets punkt 3 sendte Helse Nord RHF et brev til Helgelandssykehuset HF, den 15. desember 2008, der helseforetaket bes om en tilbakemelding på hvilke muligheter man ser for seg til å videreutvikle tilbudet ved døgnkontinuerlig skadepoliklinikk i Mosjøen for å sikre en større faglig forutsigbarhet i tilbudet, herunder en vurdering av hvilke akutte kirurgiske pasienter som bør fraktes direkte til kirurgisk akuttavdeling i Sandnessjøen og Mo i Rana, jf. Evalueringsutvalgets rapport. Helgelandssykehuset HF besvarer brevet pr. 16. februar hvor følgende svar framkommer:

”Problemstillingen har vært drøftet internt i Mosjøen med alle vaktgående kirurger, og har vært til diskusjon i møte med representanter for primærhelsetjenesten i Vefsn. Alle involverte kirurger er innstilt på at skadepoliklinikken opprettholdes, og at en større faglig forutsigbarhet bedre kan sikres ved en optimalisering av det eksisterende tilbudet som gis av kirurgene i vakt, enn ved å ta kirurgene ut av vakt.

Med hensyn til videreutvikling av skadepoliklinikken er oppfatningen at den tradisjonelle poliklinikken fungerer tilfredsstillende. Det er ikke negative tilbakemeldinger fra primærlegene angående dette. Det er imidlertid vår oppfatning at en bedre utnyttelse av det akutte kirurgiske tilbudet er mulig, gjennom en bedre utnyttelse av den kompetanse som allerede finnes.

Dette kan gjøres gjennom følgende forbedringstiltak internt i Mosjøen:

- *Økt fokus på at akutte kirurgiske problemstillinger behandles i Mosjøen når dette er mulig og faglig forsvarlig.*
- *Økt bruk av observasjonssenger i FAM for å forebygge innleggelser.*
- *Oppgradering av den enkelte kirurgs kompetanse på enkle kirurgiske akutte problemstillinger, gjennom intern opplæring, hospitering og målrettet kursvirksomhet basert på kartlegging av fagkompetansen hos den enkelte kirurg.*
- *Bedre kommunikasjon med kirurgisk vakt i Sandnessjøen og Mo i Rana, også ved telekommunikasjon*
- *Oppdatering av prosedyrer i DocMap*
- *Bedre kommunikasjon med primærhelsetjeneste gjennom etablerte samarbeidsfora.*

En forutsetning for at funksjonen skal stabiliseres er at primærlegene henviser pasientene rasjonelt i forhold til funksjonsbeskrivelsene i Helgelandssykehuset.”

Det fremgår også av brevet fra Helgelandssykehuset HF at kompetanseheving/teoretisk opplæring allerede er etablert innenfor avdelingens interne undervisningsprogram. Med hensyn til den praktiske delen har spesialistene ved kirurgisk område inngått en intern avtale om at de ved behov i vakt situasjon, har anledning til å kontakte hverandre. Blant grenspesialistene er det ønske om praktisk intern opplæring i forhold til ulike prosedyrer, og på denne måten å tilegne seg en utvidet kompetanse. Disse tiltakene kan gjennomføres uten nevneverdige kostnader og gjennom interne prioriteringer. Hospitering som del i kompetanseheving blir også vurdert.

Saken er blitt presentert for styret i Helgelandssykehuset HF i styremøte 23. februar 2009, og styrets vedtak er som følger:

Adm. direktørs vurderinger

Rapporten fra evalueringsutvalget har besvart mandatet for utvalgets arbeid med en faglig grundig vurdering og gitt konkrete anbefalinger til tiltak for forbedring. Helse Nord fastslår at utvalget finner den vedtatte omleggingen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg ved sykehuset i Mosjøen medisinsk faglig forsvarlig. Jeg registrerer også med tilfredshet at legevaktslegene/primærlegene finner at samarbeidet mellom legevakt og sykehus har blitt bedre gjennom opprettingen av FAM. Det anses som svært viktig at dette samarbeidet videreutvikles og at områder som kan bedres, som for eksempel felles teamtrening i BEST og annen kompetansebygging, har høy prioritet.

Adm. direktør deler bekymringen for det lave fødselstallet ved fødestua i Mosjøen og slutter seg til foretakets forslag om å vurdere alternative driftsformer, da det er nødvendig å få en mer kostnadseffektiv drift på linje med andre fødestuer med tilsvarende tilbud/profil. Nasjonalt anses fødestuer å være et kvalitativt godt og forsvarlig lavrisikotilbud. Det registreres at sykehuset har startet arbeid med å bedre omdømmet til fødestuen og vi anser dette arbeidet for riktig å prioritere slik at en større andel av fødepopulasjonen kan føle trygghet for at de kan få en god fødsel og barsel ved den lokale enheten.

Når det gjelder skadepoliklinikken registreres de kritiske merknadene både fra utvalget og kommunene over det korrigerende vedtak gjort av Helse Nord i desember 2006. Dette vedtaket var ment å skulle bedre situasjonen for pasienter med mindre kompliserte skader som kunne få en vurdering ved sykehuset i Mosjøen i stedet for å reise til nærmeste akutt sykehus. I ettertid har det altså vist seg at vedtakene ikke fungerte etter hensikten og skapte økt usikkerhet blant både henvisende og mottakende ledd i behandlingsskjeden pga den variable og uforutsigbare kompetansen hos de vaktgående kirurger. Helseforetakets forslag til tiltak for å styrke kompetansen blant grenspesialister og primærlegene synes fornuftige og de nevnte forbedringspunktene vil også kunne styrke grunnlaget for kirurgisk turnustjenesten og det faglige grunnlaget for opprettholdelse av en kirurgisk assistentlegestilling.

Nærhet og tilgjengelighet er viktige aspekter ved kvalitetsvurderingen av helsetjenesten. Dette har gitt økt fokus på behov for desentralisering av deler av spesialisthelsetjenesten. Innholdet i akuttberedskapen og tilgangen på spesialisert kompetanse er de viktigste kriterier for hva som er mulig å differensiere/desentralisere. Hovedhensikten er å skape nærhet for de vanligste tilstandene i en befolkning samt trygghet for at akutt sykdom eller skade vil kunne håndteres, samtidig som de sjeldne tilstandene og tilstander som krever høy spesialisering behandles i regionale institusjoner. Endringer i pasientbehov, økte muligheter for diagnostikk og behandling, medisinteknisk- og informasjonsteknologisk utvikling gjør at strukturendringer har tvunget seg fram. Disse skjer imidlertid i et spenningsfelt av interessekonflikter mellom nærhet og sentralisering, mellom fagpersonellens generelle og spesialiserte kompetanse, og mellom behovene innen akuttmedisin og tilbudene til kronikergruppene.

To hovedtrender gjør seg gjeldende innen den medisinske og epidemiologiske utviklingen i sykehus i dag. Det er et økende behov for indremedisinske senger og et avtagende behov for kirurgiske senger. Viktige forklaringer er økende antall eldre og kronikere, samt utvikling av nye kirurgiske teknikker som kan utføres som dagbehandling eller med kortere liggetider. Utviklingen har ført til at ca. 75 % av all planlagt kirurgi kan gjøres dagkirurgisk. Ved en tilleggskompetanse for eksisterende kirurger i Mosjøen kan en fortsatt opprettholde et godt dagkirurgisk tilbud og i tillegg opprettholde en faglig forsvarlig skadepoliklinikk.

St.prp. nr 1 (2007–2008) Revidert nasjonalbudsjett redegjør for oppfølgingen av rapporten "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede." Regjeringen skriver her:

*”For lokalsykehus med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv (ventelistepasienter) kirurgi og enklere kirurgisk beredskap foreslår Regjeringen, i tråd med arbeidsgruppens anbefalinger, å etablere tilpassede akuttfunksjoner. Disse sykehusene bør innrette sine akuttjenester mot de store pasientgruppene og pasienter som trenger tett oppfølging og breddekompetanse (kronisk syke, eldre, pasienter med sammensatte lidelser), jf. Nasjonal Helseplan. Disse gruppene utgjør langt flere pasienter enn dem som trenger kirurgisk behandling, og de øker i antall, noe som gjør at behovet for indremedisinske akuttjenester øker. Innen kirurgi taler den teknologiske utviklingen for sentralisering av et økende antall kirurgiske funksjoner. Pasientgrunnlaget innenfor kirurgi er ved mange lokalsykehus for lite til at det er grunnlag for å etablere akseptable vaktordninger, noe som også medfører rekrutteringsproblemer og dermed vikarstafetter. I tråd med forslagene i rapporten om **”Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede”**, må beredskapen på lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis og anestesileger i døgnberedskap. Disse sykehusene bør kunne tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper, organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost.”*

Personalet som skal gi helsetjenester i akuttmottaket, må ha relevant og riktig kompetanse til å gjøre medisinskfaglige avveininger og vurderinger som til tider kan være komplekse. I de fleste akuttmottakene er det turnusleger eller nye assistentleger som gjør de første foreløpige legeundersøkelsene. Når nye leger med varierende kompetanse og erfaring, er første lege som møter pasienten, må virksomheten sikre kompetansen ved systematisk opplæring i oppgaver og rutiner i akuttmottaket, og ved å ha fleksible og robuste ordninger med lav terskel for å tilkalle mer erfarne leger. Dette påpeker Helsetilsynet i sitt landsomfattende tilsyn ved akuttmottak i 2007. Helsetilsynet mener norske akuttmottak må ha mer erfarne leger i mottak enn turnusleger. Hovedtyngden av ø-hjelpspasienter i mottaket vil være indremedisinske pasienter. Den prospektive undersøkelsen gjort av evalueringsutvalget viser da også at det er svært få pasienter som har et øyeblikkelig behov for bistand fra kirurg. FAM vil ha allmennpraktiker, indremedisiner og anestesileger i beredskap 24 timer i døgnet. Disse spesialistene bør ha en fremtredende rolle i diagnostisering og prioritering i akuttmottaket. I tillegg bør man benytte mulighetene for telemedisinsk kommunikasjon med kirurgene på vakt i Helgelandssykehusets øvrige avdelinger.

Adm. direktør finner det derfor hensiktsmessig også å bygge opp økt akuttmedisinsk kompetanse hos andre leger enn kirurgene, ettersom utvalget finner at disse blir benyttet veldig sjelden.

I framtiden vil legevaktsleger ha større kompetanse på akuttmedisinske problemstillinger siden utdanningen innen allmennmedisin er vedtatt utvidet med en ny modul innen legevaktsmedisin fra neste år. Det kan derfor synes naturlig å bygge økt akuttmedisinsk kompetanse på legevaktslegene, sett i lys av de sykdommer og skader som er vanlige ved FAM i Mosjøen. Vurdert i lys av det store innslaget av pasienter som sendes hjem etter utkalling av stabiliseringsteamet, kan det se ut som mange pasienter kan vente til morgenen etter for å få en kirurgisk vurdering.

Jeg finner derfor å ville anbefale styret å be Helgelandssykehuset HF iverksette de foreslåtte kompetansehevede tiltak til alle grupper personell som skal inneha beredskap i sykehusets akuttmottak og vurdere hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt kompetanse i akuttmedisin hos legevaktslegene i samarbeid med primærhelsetjenesten. Felles kurs, trening i BEST og felles bruk av Medisinsk Index er av Evalueringsutvalget foreslått som forbedringstiltak i forhold til FAM og dette kan synes som fornuftige tiltak for kompetanseøkning både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er også synliggjort at Helgelandssykehuset HF også bør gi et tilbud til pasienter som ikke lenger får aktiv kirurgisk behandling, og som kan vurderes innlagt ved lokalsykehuset. Det vises til at felles sengeposter er etter hvert blitt en vanlig måte å løse behovet for sengekapasitet på.

I løpet av omstillingsprosessen har det imidlertid skjedd en endring i forhold til hvilke pasienter som tas imot i medisinsk avdelings senger. Dette inkluderer pasienter med behov for en generell oppfølging, transfusjoner m.v. som tas i mot og gis et tilbud i Mosjøen i dag. Kirurgiske kreftpasienter (cytostatika, terminale, infeksjoner) er også pasientgrupper som i dag ivaretas i medisinsk sengeavdeling/dagmedisinske plasser av indremedisinere innenfor eksisterende ramme. En videreutvikling av dette og en slik tilrettelegging av driften må skje i samarbeid med de øvrige enhetene i Helgelandssykehuset, kommunehelsetjenesten og øvrige samarbeidsparter slik at det er tydelig hvilke pasientgrupper den nye sykehusplattformen i Helgelandssykehuset Mosjøen kan gi et tilbud til.

Konsekvenser

Kompetansebyggende tiltak som vil komme både sykehuset og primærhelsetjenesten til gode må prioriteres innenfor foretakets ressurser til kursing og opplæring. Ved omlegging til felles sengepost kan en få en mer samordnet og helhetlig virksomhet hvor pasientens symptombilde vil være avgjørende for om de kan legges inn ved avdelingen og ikke om de i en tidligere fase av sin sykdom har vært behandlet kirurgisk eller medisinsk. Dette kan sikre en mer stabil og effektiv drift og en kan på sikt få innsparinger på transportsiden ved at færre unødvendige transporter mellom sykehusene iverksettes.

Oppsummering

I denne saken har en presentert rapport fra utvalget som har evaluert akuttfunksjonen i ny sykehusplattform ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Evalueringsutvalget finner at omstillingen i Mosjøen er forsvarlig. Rapporten synliggjør at Helgelandssykehuset HF har noen utfordringer knyttet til å bedre samarbeidet internt i foretaket, mellom foretaket og primærhelsetjenesten og mellom foretaket og eksterne samarbeidsparter, innenfor det evaluerte området. Manglende samordning og kommunikasjon kan ha påvirket implementeringen av vedtak, resultatene og effekten av omleggingen i Helgelandssykehuset. Under omstillingsprosessen har det kommet nye, korrigerende vedtak som var ment å skulle tilrettelegge bedre for organisasjonsendringen. Disse har imidlertid ikke fungert etter hensikten. Helgelandssykehuset anbefales å bygge kompetanse på vaktgående personell i sykehuset og i primærhelsetjenesten samt de kirurgiske grenspesialistene. En styrket kompetanse gjennom felles teamtrening vil bedre samhandlingen mellom nivåene i FAM. Helgelandssykehuset bør vurdere nye, rimeligere driftsformer for fødestua basert på de faktiske fødselstall og etablere en felles sengepost.