

# Prosjekt

## **Evaluering av ny sykehusplattform i Mosjøen**

Dato 21.10.08

## FORORD

Helsetjenester er i stadig utvikling og det stiller krav til kontinuerlig omstilling og tilpasning. Befolkningssammensetning, sykdomspanorama og behandlingsmuligheter er dynamiske funksjoner.

Omstillingsprosesser innen helsesektoren er krevende, fordi helsevesenet er bygd opp av sterke faggrupper og lange og til dels sementerte tradisjoner.

En reell omstilling fordrer: 1, utvikling av en teoretisk modell, 2, tilstrekkelig formidling, aksept og forståelse av modellen i den angjeldende organisasjon, og 3, enhetlig implementering av modellen i daglig drift. Deretter følger dokumentasjon av effekter, analyse og vurdering av denne dokumentasjonen, for deretter foreta nødvendige justeringer.

I helsevesenet har vi en praksis for å gjennomføre omstilling gjennom: 1, vedtak (ikke sjelden i dissens med angjeldende organisasjon / faggruppe), 2, formidling og iverksetting av vedtaket gjennom direktiv og økonomiske føringer, og 3, ta for gitt en effekt av vedtaket og eventuelt justere ved kritiske innvendinger.

Evalueringsarbeidet i forbindelse med omleggingen av akutt kirurgi ved Helgelandssykehuset HF har vært en utfordrende og interessant prosess. Utvalget har vært bredt sammensatt, med et flertall av medlemmene fra ulike ledd av organisasjonen som er berørt av omstillingen. Dette har gitt god detaljkunnskap, men også utfordret det enkelte medlem og hele utvalget på egne posisjoner, holdninger og forutinntatthet. Jeg vil berømme medlemmene for engasjement og konstruktiv innstilling. Det er min klare oppfatning at utvalgets sammensetningen har styrket arbeidet, og øker sjansene for at konklusjonene skal ha praktiske konsekvenser.

Evalueringsarbeidet har tatt lengre tid enn forutsatt. Tiden har, etter undertegnede mening, likevel arbeidet for prosessen ved å modne tanker og vurderinger. Tross den relativt lange evalueringsperioden, er stemningen i utvalget at fortsatt noen områder kunne vært grundigere utredet.

Rapporten har ikke som mål å fordele ære eller skyld, men bør sees på som et verktøy for å videreutvikle tilbudet til akutt syke og skadde pasienter i kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal.

Til slutt vil jeg benytte sjansen til å takke utvalgsmedlemmene for samarbeidet. Spesielt vil jeg takke prosjektkoordinator Trude Grønlund for hennes engasjement, systematikk og viktige bidrag til arbeidet.

Idse 15. oktober 2008.

Hans Morten Lossius

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>0</b>	<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>INNLEDNING OG BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
•	<i>Kirurgisk beredskap må rasjonaliseres</i> .....	8
•	<i>Fødselsomsorgen må differensieres</i> .....	8
<b>1.1</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2</b>	<b>Mandat</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3</b>	<b>Organisering av arbeidet</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>DAGENS SITUASJON</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Resymé av intervjuer med ansatte</b> .....	<b>14</b>
2.1.1	Innledning .....	14
2.1.2	Hovedpunkter fra intervjuene: .....	14
2.1.3	Konklusjon .....	16
<b>2.2</b>	<b>Registrering av pasientflyt</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>KIRURGISK TILBUD TIL AKUTTPASIENTER</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Bemanning</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Identifiserte problemstillinger</b> .....	<b>20</b>
3.2.1	Alvorlige skader .....	20
3.2.2	Andre skader .....	21
3.2.3	Gråsonepasienter .....	22
3.2.4	Forverring av kroniske tilstander .....	23
3.2.5	Kirurgisk ferdigbehandlede pasienter .....	23
<b>3.3</b>	<b>Utdanning/rekruttering</b> .....	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Forslag til tiltak</b> .....	<b>24</b>
3.4.1	Forbedringstiltak .....	24
<b>4</b>	<b>ER DE AKUTTMEDISINSKE RUTINENE GODE NOK I FORHOLD TIL DET</b>	<b>25</b>
	<b>ETABLERTE FØDETILBUDET?</b> .....	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Bakgrunn og historikk</b> .....	<b>25</b>
4.1.1	Organisering og struktur .....	25
<b>4.2</b>	<b>Drift og prosedyrer</b> .....	<b>26</b>
4.2.1	Gynekolog i sykehuset .....	26
4.2.2	Seleksjon .....	26
<b>4.2</b>	<b>Akuttmedisinske rutiner</b> .....	<b>26</b>
4.2.1	Transporter av fødende i akuttsituasjoner .....	27
<b>4.3</b>	<b>Samarbeid med Fødestuo</b> .....	<b>27</b>

<b>4.4</b>	<b>Status og framtidutsikter</b> .....	<b>27</b>
<b>4.5</b>	<b>Beredskap for nød -keisersersnitt</b> .....	<b>28</b>
<b>4.6</b>	<b>Kvalitet og kompetanse</b> .....	<b>29</b>
<b>4.7</b>	<b>Oppsummering og anbefalinger</b> .....	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>SAMHANDLING</b> .....	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Samhandling med primærhelsetjenesten i Vefsn</b> .....	<b>30</b>
5.1.1	Bakgrunn.....	30
5.1.2	Planlegging av FAM .....	30
5.1.3	Positive konsekvenser .....	31
5.1.4	Samhandlingsproblemer.....	31
5.1.4	Samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene Hattfjelldal og Grane.....	32
5.1.5	Forbedringstiltak .....	33
<b>5.2</b>	<b>Samhandlingen internt i sykehuset</b> .....	<b>33</b>
5.2.1	Utfordringer framover.....	34
5.2.2	Forbedringstiltak .....	35
<b>5.3</b>	<b>Samhandlingen mellom FAM og mottakende sykehus i Mo i Rana og</b> .....	<b>35</b>
<b>Sandnessjøen</b>	.....	<b>35</b>
5.3.1	Bakgrunn og status.....	35
5.3.2	Utfordringer .....	36
5.3.3	Forholdet til UNN og Nordlandssykehuset Bodø .....	36
<b>5.4</b>	<b>Samhandling med ambulanse- og nødmeldetjenesten</b> .....	<b>36</b>
5.4.1	Er kapasiteten tilstrekkelig, eller oppstår det samtidighetskonflikter oftere enn det som er akseptabelt? 36	
5.4.4	Samhandlingen med nødmeldetjenesten .....	38
5.4.5	Vurdering .....	39
<b>6</b>	<b>OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>40</b>
<b>6.1</b>	<b>Generelle betraktninger rundt dagens situasjon</b> .....	<b>40</b>
<b>6.2</b>	<b>Evalueringsutvalgets vurdering og konklusjon</b> .....	<b>41</b>
6.2.1	Samhandlingen mellom sykehusenhetene og primærhelsetjenesten .....	41
6.2.2	Samhandlingen internt i sykehuset.....	43
6.2.3	Samhandlingen med ambulanse- og nødmeldetjenesten (legevakt og AMK).....	44
6.2.4	Kapasitet, regularitet og kompetanse i ambulansetjenesten .....	44
6.2.5	Kirurgisk tilbud til akutt pasienter .....	45
6.2.6	Fødetilbudet .....	45
6.2.7	Oppsummerende bemerkninger .....	46
<b>7</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>47</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>47</b>

## ORDLISTE/FORKORTELSER

FAM: Felles Akutt Mottak

BEST: Better and Systematic Team training

PHTLS: Pre Hospital Trauma Life Support

TNCC: Trauma Nursing Core Course

LV: Legevakt

ATLS: Advanced Trauma Life Support

Triagering: Sortering og prioritering

Exaserbasjon: Forverrelse

Thoraxdren: Drenasje fra punktert lungesekk

Comorbiditet: Følgesykdommer

RIS/PACS: Røntgeninformasjonssystem

Akutt sectio: Nødkeisersnitt

## 0 Sammendrag

Evalueringsutvalget finner at omstillingen i Mosjøen er forsvarlig. Arbeidet avslører imidlertid at Helgelandssykehuset HF fortsatt innenfor det evaluerte området fungerer som tre selvstendige sykehus som ikke samarbeider i tilstrekkelig grad. Dette er bakgrunnen for mange av de utfordringene Mosjøen har stått overfor etter omleggingen. Den manglende samordningen har tydelig påvirket implementeringen av vedtak, resultatene og effekten av omleggingen i Helgelandssykehuset. Vedtak gjort i besluttsende organer i det regionale og det lokale helseforetaket, har ikke i tilstrekkelig grad blitt implementert i organisasjonen. Under omstillingsprosessen har det kommet nye, korrigerende vedtak som var ment å skulle tilrettelegge bedre for organisasjonsendringen. Stadige endringer har ført til forvirring og uklarheter.

Rutinene for samhandling har forbedringspotensial og det foreslås en rekke tiltak for forbedring. Noen av forslagene til forbedring er:

Det er behov for å styrke den helhetlige tenkningen innen Helgelandssykehuset. Under evalueringen er det kommet tydelig fram at det er behov for bedre informasjon og kommunikasjon, både internt i Helgelandssykehuset, og ikke minst til primærhelsetjenesten og de øvrige samarbeidende helseforetakene. Evalueringen viser at det har vært mangelfull implementering av vedtak/beslutninger og at dette derfor har medført at praksis ikke alltid er i henhold til vedtatte retningslinjer og rutiner for pasientflyt etc.

Det akuttkirurgiske tilbudet for pasienter som trenger innleggelse befinner seg fra 01.11.06 i Sandnessjøen og Mo. Dette anses for å være godt nok fordi det er få pasienter og relativt kort avstand 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 også at det vurderes bruk av spesialsykepleier (anestesisykepleier) ved enkelte akutte oppdrag, og til ledsagelse av pasient under transport når det er behov for spesiell overvåkning og pågående behandling i ambulansebil. 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 generell kirurgiske kompetansen. Dette kan ikke forventes å bli bedre med tiden, da generell akuttkirurgisk kompetanse viker plassen for mer spesialisert kirurgisk kompetanse. 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. Evalueringsutvalget mener imidlertid det må eksistere en skadepoliklinikk for kirurgia minor (mindre krevende kirurgi) ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Denne poliklinikken må ha et forutsigbart og kjent faglig tilbud og den faglige forankringen bør ligge 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. Denne usikkerheten må sykehuset arbeide for å få bort. Det skal legges fram en ny Stortingsmelding om svangerskap, fødselsomsorg og barsel våren 2009. Det er derfor ikke riktig å gi noen anbefalinger på dagens modell i Mosjøen, utover det som er gjeldende pr. dags dato,

mener evalueringsgruppen. Gruppen mener videre at de akuttmedisinske rutineene er gode nok i forhold til det etablerte fødetilbudet i Mosjøen. Utvalget vil imidlertid presisere viktigheten av å rutinemessig vedlikeholde kompetanse på akutt situasjoner.

Det er behov for kontinuerlig informasjon om hvilke pasienter som kan mottas eller tilbakeføres til Mosjøen. Denne informasjonen må gis til samhandlingspartnerne, både primærleger, nabosykehus og Nordlandssykehuset Bodø/UNN Tromsø.

Kompetansen i primærhelsetjenesten må oppgraderes. De prehospitale tjenestenes forventninger til hva som kan tilbys i FAM må være i tråd med tydelige retningslinjer og protokoller. Disse må være kommunisert entydig, og tolkninger kan ikke overlates til den enkelte enhet eller helsepersonell. FAM vil ha en sentral plass i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og har et stort potensial for å bedre det akuttmedisinske tilbudet.

Det videre arbeidet må innrettes mot å utvikle samhandlingen og bygge ned motforestillinger både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten er bygd opp etter punktene i mandatet for evalueringsarbeidet. Kapittel 1 inneholder bakgrunn for vedtakene og en gjennomgang av de ulike beslutninger av betydning for utviklingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Kapittel 2 gjennomgår en intervjuundersøkelse og en registrering av den totale akuttvirksomhet overfor befolkningen i sykehusets opptaksområde i en 6 ukers periode høsten 2007. Kapittel 3 gjennomgår den kirurgiske aktiviteten og utfordringer ved denne. Kapittel 4 omhandler fødselsomsorgen og kapittel 5 belyser samhandlingen mellom primærhelsetjenesten, innad i Helgelandssykehuset Mosjøen og mellom Helgelandssykehuset Mosjøen og øvrige sykehus i regionen. Kapittel 6 er evalueringsutvalgets oppsummeringer og konklusjoner med en sammenfatning av anbefalte tiltak.

# 1 Innledning og bakgrunn

Helse Nord satte endringer av kirurgisk akuttberedskap på dagsordenen i 2002, begrunnet i nasjonal helsepolitikk og nasjonale utredninger. St.meld. 43 (1999-2000) ”Akuttmeldingen”, men også den nye helseforetaksloven, påla de regionale helseforetakene å se på strukturen av tjenestetilbudet. Både St.meld. 24 (1996-97) ”Tilgjengelighet og faglighet” og St.meld.43 (1999-2000) Akuttmeldingen, har på en solid og faglig godt forankret måte belyst dilemmaer og utfordringer i den framtidige helsepolitikken som har vært førende for mange av de reformer som har vært vedtatt i Stortinget og gjennomført ute i Helse Norge.

Akuttmeldingen dokumenterer at det høye volumet av øyeblikkelig-hjelp innleggelse er indremedisinske tjenester, mens behovet /volumet for tidskritisk kirurgisk øyeblikkelig-hjelp er svært begrenset og synkende. De nedenforstående punktene oppsummerer den nasjonale helsepolitikken som ble vedtatt i Stortinget i forbindelse med behandlingen av Akuttmeldingen, som var førende for Helse Nord's arbeid:

- **Ambulanse- og nødmeldetjenesten.**  
Stor vekt på å styrke samarbeidet mellom ambulansetjenesten og kommunal legevakt bl.a. pga flere interkommunale og stasjonære legevakter. Det ble oppfordret til formalisering av samarbeidet for eksempel gjennom etablering av felles akuttmottak (FAM) og ved etablering av lokale akuttmedisinske team.
- **Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.**  
FAM er et av de tiltakene som trekkes frem også i denne sammenheng. FAM betyr at legevakten i vertskommunen og eventuelt nærliggende kommuner er samordnet med sykehusets akuttmottak. Samarbeid vil gjøre at pasienten kun trenger å henvende seg til ett sted ved akutt skade eller sykdom.
- **Indremedisinsk beredskap må styrkes.**  
Ø-hjelp innleggelse ved indremedisinske avdelinger domineres allerede i dag av eldre pasienter. Befolkningsutviklingen vil øke presset på disse avdelingene, og skape store kapasitets- og ressursmessige utfordringer i årene framover.
- **Kirurgisk beredskap må rasjonaliseres**  
Departementet stilte krav til de regionale helseforetak om å gjennomgå dagens sykehusstruktur med sikte på å få i stand en bedre arbeidsdeling mellom sykehusene både for å sikre bedre kvalitet på behandlingen og for å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen for å få mer aktivt arbeid med pasientbehandling.
- **Fødselsomsorgen må differensieres**  
Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) og fødestuer (minst 40 fødsler per år) er gjennom Akuttmeldingen gjort veiledende for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Documents/Propositions-and-reports/stmeld/2000-2001/Stmeld-nr-43-2000-2001-.html?id=470851>



## 1.1 Bakgrunn

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 løpet av 2003 og 2004. Forut for vedtakene var det gjort grundige utredninger gjennom ulike faser av prosjektet i regi av Helgelandssykehuset HF og Helse Nord RHF. Endelig vedtak om omstillingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen ble gjort i foretaksmøte mellom Helse Nord og Helseministeren den 19.06.03 og dette vedtaket ble bekreftet ved brev fra Helsedepartementet 12.02.2004. Her 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, som var ferdig 01.11.06. Fødeavdelingen ble omgjort til fødestue fra 01.06.2004, fram til 01.11.06 med keisersnittberedskap, deretter som en ren jordmorstyrt fødestue.

*Den nye sykehusplattformen i Mosjøen* ble iverksatt 01.11.2006. 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 kommunehelsetjeneste, jfr. styrevedtak Helse Nord RHF 30.10.2006, sak 86-2006, vedlegg 1

Det lå som en forutsetning i styrevedtakene om omstillingen fra 2003 at mindre skadekirurgiske tilstander skal behandles i Mosjøen på dagtid når kirurg/ortoped er tilgjengelig på sykehuset. På dagtid skulle også disse spesialistene være tilgjengelige for vurderinger både av polikliniske pasienter og inneliggende pasienter på indremedisinsk avdeling.

Utfordringen var på hvilken måte Helgelandssykehuset Mosjøen skulle involveres i akutte skader og akutte kirurgiske tilstander etter arbeidstidens slutt. Prosjektgruppen som utredet saken anså samarbeidet med primærhelsetjenesten som en nøkkel i dette arbeidet. Det ble tidlig klart at det både fra sykehusets og primærhelsetjenestens side, var et ønske om at legevaktslokalene for Vefsn kommune skulle legges til sykehusbygningen og på den måten danne grunnlaget for et samarbeid om et felles akuttmottak (FAM). Intensjonen med FAM var å skape en sømløs samhandling rundt pasienten. Ett sted for pasienten å henvende seg og der primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste samhandler og bruker sin kompetanse, uten at pasienten merker noe til skillelinjene.

Den kirurgiske virksomheten ble lagt om til elektiv dagkirurgi og det ble etablert fire observasjonssenger med tilsyn fra vakthavende anestesilege for pasienter med behov for observasjon etter dagkirurgiske inngrep.

Kirurgiske akuttpasienter måtte sendes til Sandnessjøen (bløtdelskirurgi) eller Mo i Rana (ortopedi). Transporten var i hovedsak forutsatt å kunne skje med ambulansebil, men man påregnet også bruk av helikopter.

Omleggingen medførte at mange pasienter med enkle kirurgiske skader og sykdommer ble sendt til et av de andre sykehusene. Dette ble etter hvert vurdert som uhensiktsmessig både faglig og økonomisk. Helse Nord RHF gjorde derfor, den 13.12.06 i samråd med ledelsen i Helgelandssykehuset HF, følgende tilpasning i den kirurgiske akuttberedskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen:

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*

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 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.*
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 akutttilbudet vil medføre at Helgelandssykehuset HF også må vurdere behovet for ambulansebil nr. 3 i Mosjøen.*
9. *Helgelandssykehuset HF utarbeider eventuelle ytterligere presiseringer.*
10. *Effektueringsstidspunktet for denne løsningen beslattes av ledelsen i Helgelandssykehuset HF*

Som forutsetning for denne løsningen ligger at sykehuset fortsatt får tildeling av kirurgiske turnusleger, samt at den kirurgiske skadestue- og vurderingsberedskap baseres på den til enhver tid foreliggende kirurgiske kompetanse. Det kan ikke påregnes at man alltid har generell kirurgisk spesialistkompetanse tilgjengelig, idet for eksempel både urologer og spesialister i plastisk kirurgi fra utlandet, kan ha begrenset generell kirurgisk kompetanse og erfaring.

Iverksetting av dette vedtaket ble av Helgelandssykehuset HF, gjort fra 2.1.2007. Det ble etablert en kirurgisk beredskapsvakt for tilsyn med pasienter under observasjon etter dagkirurgiske inngrep og inneliggende pasienter i Medisinsk avdeling, samt en poliklinisk skadestuefunksjon.

Den foreslåtte 3.ambulans bilen, ble i begynnelsen av januar 2007 tatt bort etter en vurdering av helseforetaket, som fant at det ikke var behov for denne bilen.

Vedtaket over fra Helse Nord RHF stadfestet at det skulle gjennomføres en evaluering etter en periodes drift i 2007. Dette for å oppsummere erfaringer og identifisere forbedringstiltak basert på den nye sykehusplattformen. Et nasjonalt utvalg som utredet akuttfunksjoner ved lokalsykehusene (Lokalsykehusutvalget 2007 ) anbefalte videre utprøving av tilpasset kirurgisk beredskap ved de minste sykehusene, men understreket at slik organisering bør evalueres grundig.

Arbeidet med evalueringen startet sommeren 2007, med siktemål å ferdigstille en evalueringsrapport innen 01.11.07, slik at eventuelle nye tiltak for vintermånedene, kunne få effekt fra november. Prosjektgruppen klarte ikke holde denne tempoplanen, av ulike årsaker, først og fremst fordi sommerferieavviklingen medførte en for sein oppstart av den prospektive registreringen, som gruppen mente var viktig for resultatet av evalueringen. En tok derfor sikte på å vurdere nødvendige tiltak for vintermånedene innen 01.11.07 og ferdigstilling av rapporten på et senere tidspunkt. Etter innspill fra prosjektleder og Helgelandssykehusets representanter i gruppen vedtok Helse Nord RHF iverksetting av midlertidige tiltak for å kompensere for irregularitet i luftambulansen i vintermånedene. Følgende fremgår av brev fra Helse Nord datert 05.11.07:

*”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.*

I ettertid er punkt 2 tatt bort (se side22, kapitlet om kirurgi)

I tillegg ble det foretatt en permanent endring i ansvarsavklaringene rundt mottak av akutte pasienter med behov for stabilisering, ved at dersom en pasient har behov for stabilisering etter legevakt legens vurdering skal pasienten henvises til sykehuset, vedlegg 3. Sykehuset overtar da ansvaret for pasienten, under anestesilegens ledelse og legevakt legen fortsetter sin legevakt uten ansvaret for denne pasienten. Sykehuset gjør krav på økonomiske refusjoner etter gjeldende regler for den behandling/oppfølging som skjer i sykehuset.

Ordningen med anestesisykepleier i vakt for følgetjeneste med bilambulans ved transport fra sykehuset i Mosjøen til annet sykehus, ble også videreført. Anestesilegen vurderer behov for vakthavende kirurg sin deltakelse i stabiliseringsteamet og beordrer tilkalling av denne ut fra vurdering av pasient / meldt pasient.

## **1.2 Mandat**

Evalueringen skal legge den nye driftsmodellen i Mosjøen til grunn. Arbeidet skal ha et bredt akuttmedisinsk perspektiv, men relevante problemstillinger i forlengelsen av dette må også inkluderes. Eksempler kan være håndtering av tilbakeføring etter akuttbehandling ved andre sykehus og håndtering av forverringer hos pasienter med kroniske tilstander. Helse Nord RHF ba gruppen spesifikt vurderer følgende:

1. Samhandlingen mellom sykehusene 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 rutinene 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, skal det pekes på mulige forbedringstiltak. Gruppen skal ha et helhetlig perspektiv på akuttfunksjonene ved sykehuset og ikke være bundet av tradisjonelle skiller mellom kirurgi og indremedisin. Det nasjonale Traumeutvalgets rapport, som forelå til høring høsten -07 har vært benyttet som referanse i dette arbeidet.

Evalueringsarbeidet skal vurdere erfaringene med pasientforløpene og organiseringen av akutttilbudene i perioden fra 2.1.2007 til 30.09.2007. I tillegg ble prosjektgruppen bedt om å gjennomføre en prospektiv registrering av pasientforløpene i FAM i perioden 20.8. til 30.9.2007. Det foreligger data samlet inn før omleggingen som kan danne grunnlag for sammenligning med en slik prospektiv registrering.

Det ble vist til at omleggingen av fødselsomsorgen i Mosjøen har en egen referansegruppe med deltakelse fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg. Erfaringer fra denne referansegruppen skulle også hentes inn i arbeidet.

Arbeidet skulle slutføres innen 20.10.2007 med utarbeiding av en kort evalueringsrapport. Denne fristen ble senere forlenget til 01.10.08, da det ikke var tid nok til forberedelsene av den prospektive registreringen som først kom i gang i begynnelsen av september 2007.

Det er avviklet innspillsmøter med kommunene i opptaksområdet (Vefsn, Grane og Hattfjelldal) i startfasen (august 2007) og i oktober 2008, etter at utkast til rapport forelå. Disse møtene ble avholdt i Mosjøen. Det er avholdt 5 arbeidsmøter i prosjektgruppen.

Helse Nord RHF har finansiert evalueringsprosjektet, herunder frikjøp av ekstern prosjektleder og prosjektmedarbeider, reisekostnader for disse og personalkostnader i forbindelse med gjennomføring av den prospektive registreringen av pasientforløpene. Helgelandssykehuset HF har dekket utgifter for egne prosjektmedarbeidere.

### **1.3 Organisering av arbeidet**

Evalueringen er gjennomført av en prosjektgruppe med ekstern prosjektleder. Helse Nord RHF ved fagdirektøren er prosjekteier. Prosjektgruppen har hentet inn synspunkter fra fagmiljøer og andre der dette var relevant. Prosjektgruppen har vært slik sammensatt:

- Hans Morten Lossius, fag- og forskningssjef Norsk luftambulans (ekstern prosjektleder)
- Marit Qvam, avd.leder akuttavdelingen Stavanger universitetssykehus (ekstern prosjektmedarbeider, deltok i 2007)
- Trude Grønlund, rådgiver Helse Nord RHF (prosjektkoordinator)
- Randi Erlandsen, informasjonssjef Helgelandssykehuset HF foretaksledelsen
- Arne Wilschow, overlege medisinsk avdeling/medisinsk rådgiver Helgelandssykehuset HF Mosjøen
- Jan Inge Pettersen, avdelingsdirektør Helgelandssykehuset HF Mosjøen
- Gunnleiv Birkeland, spesialist generell kirurgi, Helgelandssykehuset HF (representant for de ansatte)
- Svein Arne Monsen, avdelingssjef akuttavdelingen Helgelandssykehuset HF
- Rizwan Parvaiz, spes. i allmennmedisin, Sjøgata legesenter, Vefsn kommune
- Britt Blaunfeldt Petersen, Kommuneoverlege, Hattfjelldal
- Henning Hellan, allmennpraktiker/legevaktsleder, Vefsn kommune

Ledelse og fagmiljø i Mosjøen har også oppsummert de viktigste områdene med problemstillinger og forbedringstiltak til prosjektgruppen i form av et prosjektnotat før arbeidet starter opp.

Det ble etter hvert et problem for evalueringsarbeidet at forholdene hadde forandret seg vesentlig fra vi startet evalueringen og fram til årsskiftet da rapporten skulle vært ferdigstilt. De midlertidige og permanente endringer som var gjort i beredskap og ansvarsforhold, skapte uklare forutsetninger for hva som skulle omfattes i evalueringen og det ble derfor besluttet å utsette evalueringsrapporten til vintersesongen med midlertidige tiltak var gjennomført, slik at dette var del av evalueringen. I tillegg medførte dødsfall og sykdom i prosjektlederens nærmeste familie at framdriften i prosjektet ble forsinket.

## 2 Dagens situasjon

For å belyse dagens situasjon vedrørende tilbud og behandling av akutte kirurgiske pasienter i kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn, ble det besluttet å gjennomføre en intervjuundersøkelse og en kvantitativ registrering av pasientforløpet.

### 2.1 Resymé av intervjuer med ansatte

#### 2.1.1 Innledning

For å danne seg et bilde av sentrale aktørers oppfatning av endringsprosessen og dagens drift ved Helgelandssykehuset Mosjøen, ble det besluttet å gjennomføre en intervjuundersøkelse. Intervjuene ble besluttet gjennomført etter en semi-strukturert modell. Evalueringsgruppens mandat ble brukt som mal for intervjuene, men en valgte også å fokusere på de områder respondenten trakk fram etter hvert som intervjuet forløp.

Intervjuene var gjennomført av Hans Morten Lossius og Trude Grønlund (Grønlund var ikke med under intervju av de tre sistnevnte på listen under). Intervjuene er gjennomgått og bearbeidet av Gunnleiv Birkeland og Hans Morten Lossius.

Det ble i perioden 8. oktober til 5. desember gjennomført 13 intervjuer med til sammen 14 respondenter:

- Turnuskandidat allmennpraksis
- Privatpraktiserende spesialist i allmennmedisin, Vefsn
- Avdelingsoverlege kirurgisk avdeling Helgelandssykehuset Mosjøen
- Ambulansearbeider med fagbrev, PHTLS instruktør.
- Anestesilog ved anesthesiavdelingen, Helgelandssykehuset Mosjøen
- Anestesisykepleier ved anesthesiavdelingen, Helgelandssykehuset Mosjøen
- Sykepleier FAM
- Intensivsykepleier FAM
- Fagansvarlig AMK sykepleier
- Assistentlege medisinsk avdeling, Helgelandssykehuset Mosjøen
- Avdelingsoverlege kirurgisk avdeling Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Kommuneoverlege i Hattfjelldal
- Systemansvarlig R-AMK
- Avdelingssykepleier FAM, Helgelandssykehuset Mosjøen

Resymeet er skrevet av Hans Morten Lossius.

#### 2.1.2 Hovedpunkter fra intervjuene:

##### Overordnet (system/organisasjon)

- Helgelandssykehuset fungerer ikke som ett helseforetak men som tre adskilte sykehus. Det er heller ikke samordning av fagene. Overlater samhandlingsansvaret til primærhelsetjenesten.
- Det er tilsynelatende ikke gjennomført funksjonsfordeling mellom avdelingene, men spissing av aktivitetene i hver avdeling. Det oppleves derimot som det eksisterer en intern konkurranse mellom fagavdelingene i foretaksavdelingene (Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana).

- FAM - beskrives av flere som å bestå av 2 enheter ved siden av hverandre, Legevakt og Akuttmottak. Det reises spørsmål om FAM er en fysisk lokalisering eller organisasjonsmodell. FAM har to ulike interessehavere/arbeidsgivere.
- Kreftpasienter, pasienter som trenger palliativ behandling, pasienter med forverring av kroniske tilstander/ exacerbasjoner beskrives som ikke godt nok håndtert. Uklare prosedyrer og ansvarsfordeling. I praksis er det ikke nødvendigvis slik at den aktuelle problemstilling fordrer innleggelse i initialt ansvarlig fagavdeling (spesielt nevnes dette i forbindelse med dem som opprinnelig hadde en kirurgisk problemstilling). Betegnelsen gråsonepasienter om disse brukes av av leger, ikke sykepleiere/ambulanspersonell.
- Det framkommer delte meninger om anestesisykepleier som ekstraressurs i ambulanse. En respondent vil reise spørsmålet om anestesilege er en mer hensiktsmessig ressurs.
- Tilgang på radiologisk vurderingskompetanse i døgnavt internt i helseforetaket er fremholdt av flere respondenter.
- Kirurg som fast medlem av stabiliseringsteamet er fremsatt som et behov fra flere respondenter.
- Flere respondenter understreker at vurdering, observasjon og behandling er tre ulike kompetansetrinn/nivå. Dersom aktuell kirurgisk kompetanse kun dekker vurdering og observasjon, kan dette like gjerne være et forsinkende ledd, som en styrking av beredskapen.
- Rekruttering av kirurger, andre leger (turnuskandidater) og sykepleiere påvirkes av sykehusets beredskapskompetanse. Rekruttering oppleves som mer begrenset uten kirurgisk vaktfunksjon. Samtidig nevnes den effekten at de som rekrutteres forventer færre og mer spesialiserte oppgaver (ikke forberedt på generell vaktberedskap).
- Elektiv kirurgisk funksjonsfordeling gir ikke nødvendigvis kompetanse for akutt kirurgisk beredskap.
- En respondent fremhever at antallet "trygge" kirurgiske dagpasienter er lite (alder, comorbiditet). Sannsynligheten for komplikasjoner er så stor at det fordrer døgkontinuerlig vaktfunksjon
- Beredskap for akutt sectio er fremhevet av mange respondenter som en absolutt nødvendighet.

#### Den enkelte avdeling

- Pasienter som oppsøker FAM/Legevakt blir ikke sortert kun etter prioritet eller problemstilling, men også på grunnlag av hvor de henvender seg (AMK, LV, direkte til FAM). Det er en imaginær skillelinje/grense mellom FAM og Legevakt.
- Ventetid i FAM oppleves ulikt av flere respondenter. Det er en variasjon i definisjon av samtidighetskonflikt.
- Flere respondenter reiser spørsmålet: Hvem er sjefen i FAM? Hvem har det endelige ansvar for pasientflyt (spesielt i forhold til den enkelte pasient)? Det medisinske faglige ansvar for den enkelte pasient er mer avklart (beskrives å ligge hos legevaktslege inntil eventuelt stabiliseringsteamet er aktivert). Flere respondenter fremholder at det eksisterer en to-delt medisinsk organisering av FAM.
- En respondent foreslår døgndrift i FAM. Døgndriften skal inkludere legevaktslege, som bør være ansatt/engasjert av FAM. I dag kommer akuttelefoner til FAM først etter 15.30, dvs at beredskapsorganiseringen varierer med tid på døgnet.
- Noen respondenter mener at FAM rådet (samarbeidsorgan mellom involverte parter) ikke fungert godt nok (ikke har tilfredstilt forventningene). FAM rådet behandler avvik og rutiner.
- Tre respondenter ønsker at FAM og intensivavdelingen ved Mosjøen slås sammen.

- AMK triagering fremholdes som en meget sentral instans for prioritering og koordinering. AMK sin oppgave og funksjon oppfattes ulikt. Noen mener AMK skal ha en mer sentral prioriterings- og koordineringsposisjon, mens andre mener den er mer en tjenesteyter (kun levere og koordinere transporttjenester). Det framholdes at det eksisterer ulike oppfatninger om dagens funksjon som må avklares.
- Intervjuene avslører at det er en uklar oppfattelse av kriterier for prioritering av akutte pasienter. Respondentene gir ikke inntrykk av at det finnes felles prosedyrer eller forståelse.
- En respondent tar opp spørsmålet om AMK lege må befinne seg i Sandnessjøen. Kan funksjonen rotere mellom helseforetaksavdelingene. Kan eventuelt anestesileger fra Mosjøen og Rana gå vakter på AMK i Sandnessjøen?
- Flere respondenter avslører at det er utydelig hvor ansvaret for valg av transportmetode (bil, fly eller helikopter) og bestemmelsessted (for eksempel Rana, Sandnessjøen eller Bodø) ligger.
- FAM og ambulansetjenesten beskrives som to ulike verdener pga ulik tilknytning/overordnet organisering. Det oppleves å være en for stor organisatorisk avstand mellom FAM og ambulansetjenesten. Denne avstanden oppfattes størst av ambulansetjenesten.

#### Detaljer (som f.eks. prosedyrer)

- Det beskrives et fravær av standardisering av prosedyrer og rutiner mellom FAM og Legevakt. Dette gir utslag i en individuell variasjon, dvs. ulik behandling av like pasienter.
- Flere respondenter fremholder en individuell variasjon i kompetanse hos vakthavende kirurg.
- Rekvireringsrutiner for kirurgisk assistanse beskrives som uklare.
- Tilbakeføring av ferdigbehandlede pasienter fremholdes som et problemområde. Det eksisterer en uoverensstemmelse mellom ønske fra behandlende institusjon om tilbakeføring, og mottagende institusjon (avd. Mosjøen / kommunehelsetjenesten) om mulighet for å motta pasienten.
- En respondent foreslår at det etableres en vaktfunksjon for akuttmedisiner (anestesilege) pluss ekstra ambulanse vintertid.
- Det beskrives en manglende standardisering av prosedyrer og arbeidsform mellom ulike enheter/avdelinger/faggrupper innen Helseforetaket og mellom Helseforetaket og kommunehelsetjenesten. Spesielt fremholdes manglende prosedyrer for samhandling rundt akutte kirurgiske pasienter.

### **2.1.3 Konklusjon**

Respondentene beskriver på flere områder manglende samordning av mål og handlinger innen Helgelandssykehuset generelt og innen FAM spesielt, i forhold som berører akutt kirurgisk beredskap. Det synes å eksistere en avstand mellom Helseforetakets intensjoner gjennom beskrevne vedtak og planer, og den daglige drift. Intervjuene reiser spørsmål rundt behov og organisering, spesielt kirurgisk beredskap ved avdelingen i Mosjøen. Det reises også spørsmål rundt samhandling mellom involverte instanser i forbindelse med håndtering av pasienter med akutte tilstander, og "gråsonepasienter". Dette bør utredes nærmere.



## 2.2 Registrering av pasientflyt

For at evalueringsgruppen skulle danne seg et bilde av dagens pasientflyt ble det besluttet å gjennomføre en kvantitativ registrering av pasientflyt for akutte kirurgiske pasienter fra kommunene Grane, Hattfjelldal og Vefsn, innlagt eller behandlet ved Helgelandssykehuset (inklusive FAM, Mosjøen). Registreringen ble gjennomført fom. 1. september tom. 14. oktober 2007.

Tolkningen av en slik registrering har klare svakheter. Registreringen er gjennomført over et begrenset tidsrom med et lite antall pasienter. En kan derfor ikke tillegge funnene generell gyldighet. Videre er dataene som er innsamlet tildels inkonsistente fordi sykehusdokumentasjon er varierende i omfang og kvalitet fra pasient til pasient og er ofte mangelfull. Enkelte av de registrerte variablene var variabler som normalt ikke dokumenteres i sykehusjournaler, og måtte derfor beregnes i hvert enkelt tilfelle av registreringsansvarlig.

Det ble i registreringsperioden inkludert totalt 225 pasienter. Median alder for disse pasientene var 67 år (IQR 39.25-81.75). 80 av disse pasientene ble definert å ha en akutt kirurgisk problemstilling. Hos en pasient var det ikke tilstrekkelig opplysninger til å definere hvorvidt pasienten hadde en akutt kirurgisk eller annen medisinsk problemstilling.

*Prioritet (80 akutte kirurgiske pasienter)(prioritet 1 er høyeste prioritert, akutt, prioritet 2 haster, og prioritet 3 er laveste prioritet, kan vente)*

prioritet 1 - 17 pasienter  
prioritet 2 - 49 pasienter  
prioritet 3 - 9 pasienter  
uprioritert - 5 pasienter

*Første fysiske kontakt med helsevesenet (80 akutte kirurgiske pasienter)*

Ambulanse - 46 pasienter  
Legebesøk hjemme hos pasient - 7 pasienter  
Luftambulansetjeneste (helikopter) - 1 pasient  
FAM - 19 pasienter  
Oppmøte av pasient på legekantor - 5 pasienter  
Kirurgisk poliklinikk - 2 pasienter

*Behandlet i FAM (80 akutte kirurgiske pasienter)*

Av de 80 akutte kirurgiske pasientene ble 63 pasienter behandlet i FAM.

prioritet 1 - 10 pasienter  
prioritet 2 - 41 pasienter  
prioritet 3 - 12 pasienter

Av de 63 akutte kirurgiske pasientene behandlet i FAM ble 14 pasienter møtt av stabiliseringsteamet.

prioritet 1 - 6 pasienter  
prioritet 2 - 8 pasienter

*Pasienter vurdert av stabiliseringsteamet*

<b>Problemstilling</b>	<b>Pri</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Diagnose</b>	<b>Videre forløp</b>	<b>Tid i FAM</b>
Traum. amp.	1	Intravenøs inf.	Commotio cerebri	Mo	1t 49min
Fr.legeme nese/lary.	1	Anestesi	-	Vefsn	5t 20min
Traum. amp.	1	-	Kutt v. albue	Hjem	12t 50min
Traum. amp.	1	-	Skade/traume i ha	Hjem	2t 20min
Traum. amp.	1	Intravenøs inf.	Fractur L1	Mo	1t 30min
Abd.symp. ina	1	Intravenøs inf.	Ak. app. m. perf.	Sandnessjøen	38min
Abd. adheranse	2	Intravenøs inf.	Rektalblødning	Sandnessjøen	1t 05 min
Kneppende hofte	2	-	Kont. av hø. hofte	Hjem	1t 18min
Lungesmerte ina	2	-	Trafikkulykke	Hjem	1t 50min
Ledds. skulder	2	Gen. anest. repos.	Dislokasjon	Vefsn	1t 55min
Abd. symp. ina	2	-	-	Hjem	2t 45min
Abd. symp. ina	2	Inhalasjon av lm	Subileus	Sandnessjøen	2t 10min
Hevelse håndledd	2	Repos. og gips	Radiusfractur	Hjem	Ureg.
Kneppende hofte	2	Gen.anest. repos.	Proteseluksasjon	Hjem	14t 10 min

*Endelig bestemmelsessted for de 80 akutte kirurgiske pasientene*

<b>Sted</b>	<b>Alle (80)</b>	<b>FAM (63)</b>	<b>Stab.team (14)</b>
Vefsn	9	9	2
Sandnessjøen	31	18	3
Mo	21	17	2
Hjem	19	19	7

*Seks pasienter ble transportert til endelig bestemmelsessted med luftambulans*

<b>RW/FW Prim/Sek</b>	<b>Problemstilling</b>	<b>Diagnose</b>	<b>Endelig best.sted</b>	<b>Tid i FAM</b>
RW/Prim	Traum. amp.	Ribbeinsbrudd	Sandnessjøen	-
RW/Sek	Akutt infarkt	Ac. inf. Ulc.perf.	Sandnessjøen	-
RW/Sek	Magesår	Cholelithiasis	Sandnessjøen	1t

	peptisk			15min
RW/Sek.	Traum. amp.	Commotio cerebri	Mo	1t 49min
RW/Sek	Abd. symp. ina	Akk.app. m perf.	Sandnessjøen	38min
FW/Sek	Traum.amp.	Fractur L1	Mo	1t 30min

### *Konklusjon*

Tross de klare begrensningene i forhold til tolkningen av registreringen, indikerer den likevel at flyten av akutte kirurgiske pasienter ikke er i henhold til den planlagte organisasjonsendringen. Tegn tyder på at tilbudet til og behandlingen av akutte kirurgiske pasienter varierer med tid og bemanning. Denne variasjonen kan lett gi uhensiktmessig pasientflyt, både for pasienten selv og for helseforetaket. Det vil oppstå unødige blindveier som kan gi tidstap, og ressursene benyttes ikke hensiktsmessig. Det kan synes som om det eksisterer en usikkerhet hos de involverte behandlere om de til enhver tid gjeldende prosedyrer, en antagelse som styrkes av intervjuundersøkelsen.

Det kan synes som etablerte organisatoriske ordninger som for eks. stabiliseringsteamet heller ikke benyttes etter hensikten i det opprinnelige vedtaket, men at det fyller andre behov som enten er begrunnet i lokale korrigerende vedtak, tradisjoner, manglende faste prosedyrer, eller personellets kjennskap til, eller tolkning av, eller lojalitet mot eksisterende prosedyrer. Samtidig indikerer registreringen at enkelte pasienter som ville bli returnert fra Sandnessjøen eller Mo på grunn av manglende behov for behandling, ble avklart i Mosjøen og dermed ble spart for unødig transport.

## **3 Kirurgisk tilbud til akuttpasienter**

Etter 1/11-2006 er det ikke lenger noen kirurgisk sengepost for inneliggende pasienter i Mosjøen. Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, med antatte kirurgiske problemstillinger som krever innleggelse, skal innlegges i annen sykehusavdeling i Helgelandssykehuset eller i andre sykehus. De pasientene som kan behandles på lokalsykehusnivå, skal fortrinnsvis henvises til Mo i Rana for ortopediske lidelser og til Sandnessjøen for bløtdelskirurgi. Intensivavdelingen i Mosjøen behandler ikke lenger kirurgiske intensivpasienter.

Styret i Helgelandssykehuset HF behandlet i sak 52/2008 sykehusforbruket i foretaket og det er i saken vist at sykehusforbruket for Mosjøen, for 2007 og hittil i 2008 ligger godt under antallet i 2006 (henholdsvis 740 og 833 mot 918 i 2006) for summen av kirurgiske pasienter fra området innlagt i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana. Samtidig viser gjestepasientstatistikken en økning av pasienter fra Mosjøen innlagt ved UNN og Nordlandssykehuset Bodø fra 2006 til 2007, mens disse tallene er stabile for Mo i Rana og Sandnessjøen. Foreløpige analyser synes likevel ikke å vise at denne økningen i vesentlig grad dreier seg om kirurgiske pasienter. En nedgang i sykehusforbruket på Helgeland er en ønsket utvikling, da sykehusforbruket på Helgeland har lagt på topp i Helse Nord og langt over landsgjennomsnittet i årevis.

Pasienter med kirurgiske problemstillinger som kan behandles uten innleggelse, kan behandles i Mosjøen, dersom behandlingen ikke krever bruk av operasjonsstue og operasjonsteam og dersom problemstillingen er innenfor vakthavende spesialists kompetanseområde. Pasienter som krever observasjon i sykehusavdeling, kan observeres i inntil 24 timer i FAM, som har to senger beregnet for slik observasjon. Data for bruk av disse observasjonssengene i FAM bør registreres.

Sengene bør utnyttes maksimalt, jfr. at Mosjøen har et høyt sykehusforbruk ved indremedisinske innleggelser.

Dersom kapasitet og tilgjengelig kompetanse tillater det, kan kirurgiske akutte tilstander behandles i operasjonsavdelingen på dagtid, d.v.s. mandag til fredag i tidsrommet 8 – 16 da operasjonsavdelingen er oppsatt med fullt operasjonsteam i dette tidsrom. Inngrepene som utføres må likevel ikke være så omfattende at det krever innleggelse før, eller etter, behandling. Det er 4 senger tilknyttet den dagkirurgiske avdelingen. I tiltaksplanen for Mosjøen 2008, vedtatt av styret i Helgelandssykehuset HF står det, under punktet om dagkirurgi, at man må øke aktiviteten ved dagens senger bedre, uten at dette gir økte kostnader.

### **3.1 Bemanning**

Det er til enhver tid turnuslege i vakt. Etter kl. 1530 på hverdager og i helger er det fellesvakt med medisinsk avdeling. På dagtid er kirurgisk poliklinikk bemannet med egen turnuslege som håndterer enkle kirurgiske akutte problemstillinger, med kirurgisk assistentlege og/eller overlege med spesialistkompetanse i kirurgisk spesialitet i bakvakt. Samme vaktordning gjelder på kveldstid/helger. Kirurg i bakvakt har ikke krav om spesialitet i generell kirurgi, men skal ha spesialistgodkjenning innen kirurgisk spesialitet eller ortopedi. Pr. i dag har sykehuset en bemanning med 4 overleger i full stilling, 3 av disse er spesialister i generell kirurgi, hvorav en har urologi som subspecialitet og en har plastikk kirurgi som subspecialitet. Den 4. overlegen har urologi som hovedspesialitet, uten generell kirurgi i ”botn”. I tillegg har sykehuset avtale med en spesialist i ortopedi som er tilstede hver 4. uke, og denne spesialisten inngår også i vaktordningen.

Det er anestesilege, anestesisykepleier og operasjonssykepleier i vakt, og disse inngår i stabiliseringsteamet i FAM. Kirurgisk bakvakt kan konsulteres, men inngår ikke i stabiliseringsteamet.

Det akuttradiologiske tilbudet er som det har vært før omstillingene trådte i kraft. Det er radiograf i hjemnevakt på kveld/natt og helg. Det er ikke radiolog i døgnvakt på noen av Helgelandssykehusets avdelinger, selv om det er ansatt tilstrekkelig antall overleger til å bekle en vaktordning. Det er heller ikke gjort noen formell avtale om teleradiologisk tolkning av røntgen/CT/MR – bilder på vakt med andre sykehus i Helse Nord.

### **3.2 Identifiserte problemstillinger**

#### **3.2.1 Alvorlige skader**

Alvorlig skadde pasienter skal til sykehus med kirurgisk akuttberedskap jfr Traumeutvalgets rapport. Jamfør denne rapporten skal alle sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter til enhver tid ha kompetanse til å utføre alle nødkirurgiske prosedyrer. Rapporten sier: ” *Dette innebærer at sykehus uten generell kirurgisk vaktberedskap til stede ikke kan ta imot potensielt alvorlig skadde pasienter dersom dette forlenger tiden før pasienten kommer til sykehus med kirurgisk kompetanse. Eventuell stabiliserende behandling må da foregå under transport.* ”

Det stilles krav til trening og kursing. Teamleder og anestesilege skal ha ATLS-kurs og kirurgene skal ha kurs i nødkirurgiske prosedyrer samt at teamene skal trene sammen. Det stilles også krav til kvalitetssikring.

På tross av manglende akutt kirurgisk beredskap kommer noen av disse pasientene til FAM i Mosjøen for vurdering og evt. stabilisering. Langs 15 mil av E6 er Mosjøen nærmeste sykehus.

Med de klimatiske forhold og periodevis begrensning i helikoptertilgjengelighet, samt høy befolkningstetthet i sykehusets umiddelbare nærhet, vil skadde pasienter fortsatt komme til FAM, og må således kunne håndteres her. Det er legevaktens lege og evt. anestesilege og/eller stabiliseringsteam, som håndterer disse pasientene. Håndteringen av disse pasientene er en utfordring siden sykehuset ikke har tilstrekkelig kirurgisk vaktkompetanse. Primærlege i vakt blir fra tid til annen usikker på hva som gagnar pasienten best, i forhold til vurdering av hvorvidt en bør sende pasienten videre eller dra innom FAM for en vurdering. FAM kan i slike tilfeller bli en ”pasientfelle”. Modellen jfr de vedtak som ligger til grunn for omstillingen, kan ha skapt forventninger, både blant ambulanspersonellet og sykehusets ansatte, om at primærlegen må ta et større ansvar for akutte syke og skadde pasienter. Forutsetningene for omstillingen var bla at det skulle bygges opp kompetanse gjennom felles teamtrening/ BEST-trening mellom primær,- og spesialisthelsetjenesten. Slik teamtrening har ikke vært gjennomført i tilstrekkelig grad.

**Tiltak til forbedring:** Kompetansen i primærhelsetjenesten må oppgraderes. De prehospitale tjenestenes forventninger til hva som kan tilbys i FAM må være i tråd med tydelige retningslinjer og protokoller og disse må være kommunisert entydig, slik at praksis kan bli i tråd med vedtakene. Mulighet for telemedisinsk konsultasjon fra FAM må også etableres som et forbedringstiltak, da dette allerede skulle vært på plass.

### 3.2.2 Andre skader.

Det ligger som en forutsetning for modellen at mindre skadekirurgiske tilstander skal kunne behandles i Mosjøen på dagtid når kirurg/ortoped er tilgjengelig på sykehuset. Vedtaket fra Helse Nord RHF av 13.12.06, pkt 3 sier: *”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.”*

Vedtaket ble fattet etter oppstart av den nye sykehusplattformen 01.11.06. Årsaken var at det ble registrert mange transporter til de andre sykehusenhetene i Helgelandssykehuset for mindre skader som kan håndteres ved en skadepoliklinikk. Denne transporten var både slitsom for pasientene og ga transportkostnader ut over det en hadde forventet. En erkjente derfor at det eksisterte et opplagt behov for kirurgisk poliklinisk kompetanse for skader/mindre skader. Vurderingsberedskapen ble således etablert for skadepoliklinisk virksomhet og for å gi vurderingsstøtte på andre kirurgiske problemstillinger til FAM.

Registreringen vi gjorde høsten 2007 viser at ca 25 % av pasientene som ankom FAM med en antatt kirurgisk problemstilling, og hvor stabiliseringsteamet/deler av stabiliseringsteamet er utkalt, ble sendt hjem etter behandling ved FAM. Dette tolker vi som at effekten av en slik skadepoliklinikk kan være reduserte antall henvisninger til Mo/Sandnessjøen. Intervjuene understøtter også inntrykket av at flere pasienter kan sendes hjem etter besøk på FAM/kirurgisk poliklinikk. Dette tiltaket har imidlertid en negativ side også ved at det har skapt usikkerhet blant ambulanspersonell og legevakt om hvilken beredskap som er tilgjengelig. Registreringen kan tyde på at pasienter som ville tjent på å bli transportert direkte til Sandnessjøen/Mo blir kjørt innom FAM, og FAM kan dermed bli en tidstyv. Usikkerheten er også knyttet til den variable kompetansen hos vakthavende kirurg. Vurderingsberedskapen skulle også gi vurderingsstøtte til medisinsk avdeling for ”gråsoneproblematikk”, jfr premissene for RHF-vedtaket 30.10.2006.

Som en følge av lav regularitet på ambulanshelikopteret første vinter etter omleggingen, innførte man en beredskap for pakking/blødningskontroll med 2 operasjonssykepleiere i vakt. Denne beredskapen ble i løpet av vinteren 2007/2008 bare benyttet en gang på vital indikasjon. Beredskapen ble derfor avsluttet juni 2008. Man vurderte det som mer hensiktsmessig å benytte den andre operasjonssykepleieren i elektiv virksomhet på dagtid, i stedet for å binde opp ressursen i passivt arbeid uten at den ble benyttet. Det har også vist seg vanskelig å gjennomføre en reell oppgradering av kompetansen hos de spesialistene som ikke er generelle kirurger og som går i vakt, da det ikke gis plass til disse på kurs i hemostatisk nødkirurgi (stabilisering av indre blødninger) uten at man sender hele operasjonsteam til kurset. Krav om slik kompetanse anses også som en betydelig utfordring ved framtidig rekruttering av spesialister som ikke er generelle kirurger.

### 3.2.3 Gråsonepasienter

Gråsonepasienter er et begrep som dukket opp under arbeidet med å avklare hvilke pasienter som fortsatt kunne behandles i Mosjøen, når akuttkirurgisk beredskap og aktivitet ble avvirket. Gråsonebegrepet har vært benyttet forskjellig av involverte parter, men benyttes her til å beskrive pasienter hvor det er uklart hvorvidt pasientene kan/skal behandles i medisinsk avdeling i Mosjøen, fordi det i utgangspunktet foreligger/kan foreligge en kirurgisk tilstand som trenger kirurgisk behandling/ekspertise/vaktberedskap. Begrepet innbefatter således også pasienter hvor det i utgangspunktet er uklart om det foreligger medisinsk eller kirurgisk lidelse. Eksempel på dette kan være smerter i øvre del av magen som kan representere kirurgisk sykdom, men som også for eksempel kan være et hjerteinfarkt.

Normalt vil det ved en tradisjonell avdelingsstruktur foregå en intern konsultering mellom kirurgisk og medisinsk avdeling, med mulighet for rask kirurgisk intervensjon dersom behovet skulle oppstå. Uten kirurgisk operativ beredskap blir situasjonen annerledes.

I tillegg til diskusjon om hvor pasienter kan/skal innlegges ved nyoppstått sykdom/akutte innleggelser, har gråsoneproblematikken i stor grad vært knyttet til spørsmål om tilbakeføring av pasienter fra andre sykehus.

Medisinsk avdelingsoverlege i Mosjøen har utarbeidet lister over hvilke pasienter som ikke skal behandles/innlegges ved medisinsk avdeling i Mosjøen. Denne listen er revidert gjentatte ganger, i tråd med endringene i det kirurgiske tilbud og beredskapsnivå, samt erfaringene som er høstet i løpet av vel 1 ½ år etter omstillingen. Listen er distribuert til primærlegene i området samt til nabosykehusene. Erfaringene viser imidlertid at kunnskapen om disse reglene er variabel, ikke minst på nabosykehusene.

Fortolkning av reglene, og diskusjon om enkeltpasienter, har skapt betydelig frustrasjon og problemer, både internt i medisinsk avdeling og mellom avdelingen og samhandlingspartnere. Turnuslegene, som er første ledd i samhandlingskjeden, føler seg ofte ”mellom barken og veden”. De har et ønske om å legge forholdene best mulig til rette for pasientene, samtidig som de ikke ønsker å ta ansvar for pasienter som de ikke har faglig bakgrunn for å behandle.

I de gjeldende reglene, vedlegg 4, har medisinsk avdeling akseptert å ta imot noen pasienter med ”kirurgisk” tilstand, fordi man fra tidligere har erfaring med disse. Dette dreier seg bl.a. om pasienter operert ved UNN for angina pectoris, lungekreft og hjerneblødning. Ved disse tilstandene oppstår meget sjelden kirurgiske komplikasjoner, og dersom dette skjer, skal pasienten uansett direkte tilbake til UNN for behandling,

### **3.2.4 Forverring av kroniske tilstander**

En del pasienter med kroniske kirurgiske lidelser som f. eks. kreftpasienter og pasienter med kroniske mage/tarmlidelser, vil fra tid til annen få en forverring av sin tilstand som krever innleggelse i kirurgisk avdeling, enten som ø.hjelp eller såkalt ”halvøyeblikkelig” hjelp. Disse trenger gjerne bare et kortere opphold med utredning og/eller behandling, før de kan skrives ut igjen. For mange av disse er det ofte behov for justering av smertebehandling, intravenøs ernæring, blodtransfusjon, observasjon og andre ulike undersøkelser. Disse er ofte eldre pasienter, og savnet av en lokal kirurgisk sengeavdeling til slike innleggelser, er svært merkbart. Disse pasientene krever sjelden akuttkirurgiske inngrep, men trenger en kirurgisk vurdering og et sengetilbud. Slike pasienter kommer også inn under kategorien ø.hjelp. De har kirurgiske lidelser, og har per i dag et betydelig dårligere tilbud enn tidligere, fordi lang transport i seg selv er en belastning og fordi de vanligvis kontrolleres av lokal kompetanse, som imidlertid ikke er tilstede der de blir lagt inn.

### **3.2.5 Kirurgisk ferdigbehandlede pasienter**

Pasienter som har fått kirurgisk behandling ved et annet sykehus, og som anses kirurgisk ferdigbehandlet, men fortsatt trenger et sykehusstilbud, har tradisjonelt blitt overført til sitt lokale sykehus. Mange av disse er operert i Bodø eller Tromsø. Det er i dag ikke en avdeling å tilbakeføre de til i Mosjøen, siden de er kirurgiske pasienter og dermed ikke kan behandles i en indremedisinsk avdeling. Disse pasientene blir ofte forsøkt tilbakeført til medisinsk avd. i Mosjøen for å få frigjort senger der de er behandlet. Dette representerer et vesentlig problem i den daglige driften for personalet ved medisinsk avdeling, da man ofte blir presset til å ta imot pasienter med kirurgisk diagnose men ”påført” en medisinsk tilleggsdiagnose, som gjerne er svært tynt faglig begrunnet.

## **3.3 Utdanning/rekruttering**

Mosjøen har godkjenning for kirurgiske turnusleger. I dag praktiseres en utdanningsmodell med et 6 ukers hospiteringsopphold i en større akuttkirurgisk avdeling for å få utdanning/trening i vakt med et større volum av aktivitet. Denne løsningen praktiseres per i dag i samarbeid med St. Olavs Hospital. Det er behov for 5 kirurgiske og 4 medisinske turnusleger for at felles vaktturnus skal gå opp. Til nå har det ikke vært mulig å få alle turnuskandidatstillinger besatt. Sykehuset har 2 års godkjenning for lege i spesialisering (LIS) innen generell kirurgi. Det er også gitt godkjenning for utplassering av femteårs studenter fra Universitetet i Tromsø. Antall studenter er høsten 2008 økt fra 2 til 5.

Med en dagkirurgisk aktivitet basert delvis på spesialister uten krav om generell kirurgisk kompetanse, blir utdanningen av studenter, turnusleger og LISer basert på de av sykehusets spesialister med generell kirurgisk kompetanse som faktisk er tilstede og som kan stå for den nødvendige oppfølging og utdanning. Den variable kompetansen er imidlertid et problem i vaksituasjonen. Håndtering av ulike faglige problemstillinger blir dermed personavhengig og basert på hvem som har vakt. Mosjøen har likevel fått svært gode tilbakemeldinger fra turnuskandidatene i den nasjonale evalueringen av turnustjenesten.

Å ivareta utdannings- og undervisningsforpliktelsene, og å rekruttere /beholde spesialister med breddekompetanse vil være avgjørende i denne type avdeling/sykehus i framtida.

### 3.4 Forslag til tiltak

Skal en opprettholde en kirurgisk virksomhet på et så lite sykehus som i Mosjøen, må det legges til rette for en kirurgisk aktivitet som er viktig for pasientene og faglig attraktiv for de ansatte. Aktiviteten må gi grunnlag for en viss inntjening. Noen i utvalget mener dette kan gjøres ved f.eks omlegging til en 5-dagerspost, som vil gi rom for en viss tyngde på de elektive pasientene i begynnelsen av uken, og som kan gi større fleksibilitet i mottak av pasienter. Andre i utvalget mener at økningen i aktiviteten bør skje gjennom økt bruk av de eksisterende 4 kirurgiske senger, slik vedtatt av styret i Helgelandssykehuset HF.

Intensjonen med FAM, som har vært å skape en sømløs samhandling rundt pasienten, har tatt tid å utvikle. Holdningsmessige, kulturelle, praktiske og økonomiske hensyn har bidratt til å komplisere gjennomføringen av intensjonene. Det har vært reist spørsmål om uklar ledelse og ansvarsforhold, ikke gode nok prosedyrer, mangel på felles prosedyrer og ikke minst har den økonomiske virkelighet innhentet den daglige driften.

Underveis har man derfor tatt et skritt tilbake og tydeliggjort skillet mellom sykehus og legevakt. Det er presisert at pasienten er legevaktens pasient (ansvar) inntil det foreligger en henvisning til sykehuset og da overtar spesialisthelsetjenesten ansvaret. På denne måten er ansvarsforholdene bedre avklart. Alle pasienter med kirurgisk tilstand som observeres i FAM bør også være sykehusets ansvar, for å unngå unødvendig observasjonstid før tilsyn/vurdering av kompetent kirurgisk overlege.

Også av hensyn til økonomien har en slik avgrensing mellom FAM og legevakt vært nødvendig da det har bidratt til å gi noe bedre inntektsgrunnlag for sykehuset. Det er en uavklart diskusjon omkring økonomiske forhold, dekning av sykehusets ressursbruk opp i mot legevakten m.v.

#### 3.4.1 Forbedringstiltak

Forslag til forbedringer er følgende:

- Det er behov for kontinuerlig informasjon overfor samhandlingspartnerne, både primærleger, nabosykehus og Nordlandssykehuset Bodø/UNN Tromsø med henblikk på hvilke pasienter som kan mottas og behandles i Mosjøen. Slik informasjon må være lett tilgjengelig på nettet og det må etableres rutiner for å kvalitetssikre og oppdatere informasjonen som legges ut.
- Bedret onkologisk kompetanse i medisinsk avdeling, for eksempel ansettelse av overlege med onkologisk spesialitet, vil kunne gi et bedre grunnlag for å ta hånd om kirurgiske kreftpasienter, både polikliniske og innlagte. Kirurgisk problematikk hos disse pasientene vil likevel måtte tas hånd om av behandlende kirurgiske avdeling.
- Evalueringen viser at implementering av vedtak/ beslutninger fra ledelsen av Helgelandssykehuset har sviktet på flere områder dvs at praksis ikke er i henhold til vedtatte retningslinjer. Det må derfor utvikles en større vilje til forpliktelse i fagmiljøet i hele Helgelandssykehuset for å få implementert ledelsens beslutninger.
- Samhandling mellom kirurger og medisinerere på de tre sykehusenhetene fungerer fortsatt ikke knirkefritt. Kirurgisk og medisinsk faggruppe i Helgelandssykehuset bør i vesentlig grad kunne avklare disse spørsmålene. De to faggruppene burde med fordel kunne avvike felles møter for å bedre dette problemområdet.



- Helgelandssykehuset har mange nok fast ansatte radiologer til å etablere døgnvakt som rullerer mellom enhetene. En slik ordning bør vurderes utredet, med tanke på å bedre det totale akutttilbudet på Helgeland, så snart kommunikasjonsløsningene RIS/PACS foreligger ved enhetene
- Etablering av noen ”kirurgiske” senger, for eksempel i en felles sengeavdeling, med mulighet for mottak av pasienter med kirurgiske problemstillinger, men uten behov for aktiv kirurgisk behandling, vil kunne fjerne mange av de frustrasjonsmomenter som finnes pr. i dag. Eksempel på slike pasientgrupper, er kreftpasienter med kirurgiske diagnoser og ferdigbehandlede kirurgiske pasienter som trenger rehabilitering/observasjon i kortere tid.

## 4 Er de akuttmedisinske rutinene gode nok i forhold til det etablerte fødetilbudet?

### 4.1 Bakgrunn og historikk

Som en del av den vedtatte omstillingen i Mosjøen, ble fødeavdelingen omgjort til jordmorstyrt fødestue 1. juni 2004. Fra samme dato og fram til 1. november 2006, har det jfr. vedtak i Helse Nord RHF, også vært beredskap for nødkeisersnitt. Fødestuen har fått navnet Fødestuo, og hadde i samme periode betegnelse som ”forsterket fødestue”.

Beredskap for nødkeisersnitt opphørte 1. november 2006, i sammenheng med endringer i kirurgisk akuttberedskap ved sykehuset i Mosjøen.

#### 4.1.1 Organisering og struktur

I omstillingsprosjektet i Mosjøen er det vedtatt en organisering av fødestuen i tråd med brev fra Helsedirektoratet til Helsedepartementet 22.08.03. ”Vedr. omorganiseringen av fødselsomsorgen – ansvar knyttet til fødestuer”, hvor det bl.a. heter: at *fødestuen ligger i foretakets linjeledelse*.

Avdelingsdirektør er øverste ansvarlig for ved enheten i Mosjøen. Fødestuo er organisert i kirurgisk område i sykehuset, underlagt avdelingssjef kirurgi. Fødestuen er jordmorstyrt og ledes av jordmor som vil ha et selvstendig ansvar innenfor de kriteriene som er lagt for fødestuens virksomhet. Den nødvendige spesialistkompetansen innen gynekologi/obstetikk sikres med *medisinskfaglig rådgiver*.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven og det som fremkommer av den nevnte klargjøring fra Helsedirektoratet til departementet, kan imidlertid ikke denne rådgiveren tillegges det som tidligere ble benevnt systemansvar, eller medisinsk linjeansvar. Klare avtaler og konkrete oppgaver knyttet til sikring av den faglige kvalitet i virksomheten vil imidlertid bidra til å sikre forsvarligheten.

Medisinskfaglig rådgiver har inntil 01.01.2008 vært avdelingssjef/gynekolog ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Fra 1. januar 2008 er denne funksjon lagt til gynekolog ved sykehuset i Mosjøen.

## **4.2 Drift og prosedyrer**

Det er utarbeidet prosedyrer for drift av fødestue, med referanser til Faglige krav til fødeinstitusjoner, Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven. Prosedyrer er godkjent av avdelingsdirektør for enheten, vedlegg 5: Kriterier for fødsel ved Fødestua i Mosjøen.

Fødestuo har vist god kvalitet og gode resultater etter omstillingen. Etter ca. ett års drift som fødestue, åpnet mulighet til å forløse friske førstegangsfødende kvinner med ukompliserte svangerskap. Fødestuo har vært tilknyttet en rådgivingsgruppe bestående av representanter fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg, primærhelsetjenesten i nedslagsfeltet, intern ledelse og medisinsk rådgivende lege. Ordningen ble iverksatt som en del av omstillingsprosessen og gruppen har hatt jevnlige møter – det siste 04.09.2007.

Gjennomgang av drift og faglige utfordringer har vært gjennomgående tema i møtene. Nasjonalt råd for fødselsomsorg la formelt ned sitt arbeid i evalueringsperioden. Det har av den grunn ikke vært flere møter i gruppen etter 04.09.07. Av samme grunn er det jfr. mandatet, ikke hentet inn øvrige erfaringer fra denne gruppen i forbindelse med evalueringen.

### **4.2.1 Gynekolog i sykehuset**

Det er 1 stilling for gynekolog i sykehuset, som er knyttet opp til dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Gynekologisk virksomhet skal etter omstillingen inngå i den ordinære kirurgiske aktivitet i sykehuset og således ikke ha innvirkning på aktiviteten i Fødestuo.

Etter omstillingen er det ingen vaktberedskap for gynekolog i sykehuset. Det praktiseres ikke innleie ved fravær i denne stillingen. Gynekologen er med virkning fra 01.01.2008 medisinskfaglig rådgiver til Fødestuo når han er i sykehuset, men han har ingen vaktberedskap. I gynekologens fravær vil gynekologer ved fødeavdelingen i Sandnessjøen være behjelpelig med faglige råd. I sin tjenestetid sørger gynekologen for undersøkelse av nyfødte barn. I gynekologens fravær besørger denne funksjonen av kommuneleger på avtalebasis.

### **4.2.2 Seleksjon**

Fødestuo har i samarbeid med øvrig faglig ledelse og i henhold til faglige krav utarbeidet seleksjonskriterier for fødende som skal til annet sykehus. De kvinnene som føder ved avdelingen er i følge rapport fra avdelingen svært motivert til å føde i fødestue. De er informert om hvilke tilbud som finnes og blir informert om hvilke situasjoner som kan føre til overflytting til fødeavdeling underveis i forløpet. Overflytting til annen fødeinstitusjon ved øyeblikkelig hjelp, blir ikke gjort på bakgrunn av pasientens valg, men av medisinske vurderinger. Det må presiseres at "Fritt sykehusvalg" ikke gjelder i situasjoner som omfattes av øyeblikkelig hjelp.

## **4.2 Akuttmedisinske rutiner**

Fødestuo er i dagens modell, en jordmorstyrt fødestue uten muligheter for operative forløsninger som for eksempel keisersnitt. Dette innebærer at den behandling som gies ved fødsler, ikke spesifikt inngår i interne prosedyrer vedrørende akuttmedisinske rutiner for sykehuset generelt. Det er imidlertid utarbeidet prosedyrer for samarbeid med anestesilege/anestesipersonell ved akutte situasjoner på Fødestuo, vedlegg 6. I tillegg samarbeides det med andre sykehus i situasjoner som vil kunne kreve overflytting eller annen medisinsk vurdering.

Som tilleggsoppgaver utover de viktigste arbeidsoppgavene i Fødestuos aktivitet, tilkommer vurderinger og ledsagelse av selekterte gravide/ fødende / barselkvinner eller nyfødte med behov for overflytting. Det praktiseres følgetjeneste til fødeavdelinger på Helgeland ved jordmor fra fødestua, der kvinner i fødsel har vært inne til vurdering i fødestua.

#### 4.2.1 Transporter av fødende i akuttsituasjoner

Et viktig aspekt innenfor akuttmedisinske rutiner er transportforholdene i akuttsituasjoner der fødende må transporteres til andre fødeavdelinger. I evalueringsperioden har det vært komplikasjoner i forbindelse med pasienter i transport, blant annet på bakgrunn av værforhold som kan ha hindret eller bidratt til forsinket lufttransport, (ref vedlegg 2, helikopterrapport). Det er i evalueringsperioden ikke vurdert grunnlag for transportmessige endringer i akuttsituasjoner for fødepasienter, utover de endringer som er vedtatt generelt i forbindelse med vinter 2007 – 2008.

Transport av friske gravide som er vurdert i ”tidlig fødsel”, trenger fortrinnsvis ikke overflytting med ambulanse, dersom det kan vurderes annen transport som medisinsk forsvarlig. Ambulanse som transportmiddel i situasjoner som strengt tatt ikke er vurdert som medisinsk nødvendig, vil kunne medføre samtidighetskonflikter for utrykning i andre akutte situasjoner i området. Dette er en viktig informasjon til gravide som må kommuniseres underveis i svangerskapet. Ambulanse skal kun rekvireres på bakgrunn av jordmors vurderinger.

### 4.3 Samarbeid med Fødestuo

Både Grane og Hattfjelldal kommune har kommunejordmor. Flertallet av de gravide går til jordmor for sine svangerskapskontroller. Jordmor samarbeider med kommunelegene. Jordmor har ikke vakt. Vakthavende kommunelege tar seg av vurdering og eventuell ledsagelse av gravide dersom det er behov for dette. Fødestuo er plassert i Mosjøen og det samarbeides med fødeavdelingene ved sykehusene i Sandnessjøen og Mo i Rana. Under hele svangerskapet vurderes selektering etter de vedtatte kriteriene samt etter kvinnens eget valg. Dersom kvinnen er selektert til fødeavdelingen i Sandnessjøen og hun er i fødsel brukes Fødestuo som en slags sikkerhet halvveis. Dette innebærer at det kan gjøres ny vurdering i Mosjøen/ videre ledsagelse av jordmor fra fødestua til Sandnessjøen dersom det er behov for dette. Fra faglig hold ønskes denne ordningen videreført. Samarbeidet mellom kommunene, fødestua og avdelingene vurderes som godt.

### 4.4 Status og framtidsutsikter

Fødselstallet samlet i Helseforetaket har vært synkende de siste årene, på linje med landet for øvrig. Fødestuo hadde 105 fødsler i 2004 og omstillingen ble iverksatt fra 1. juni samme år.

#### Vedlagt en oversikt over fødselstallutviklingen på Helgeland fra 2001 - 2007:

##### Helgelandssykehuset HF

Antall fødsler 2001 - 2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mo i Rana – Fødeavdeling	326	350	345	338	336	327	324
Mosjøen – Fødestue (Fødeavdeling til 01.06.2004 )	175	138	174	105	65	55	39
Sandnessjøen - Fødeavdeling	267	218	250	283	247	306	302
Brønnøysund - Fødestue	57	45	50	42	34	30	47
<b>Totalt fødseltall på Helgeland</b>	<b>825</b>	<b>751</b>	<b>819</b>	<b>768</b>	<b>682</b>	<b>718</b>	<b>712</b>

Det er fortsatt et bekymringsfullt lavt fødselstall i 2008, da det er registrert 27 fødsler i Mosjøen pr. 31.08. Dette er en bekymring for både ansatte og ledelse, og betegnes som uheldig for utviklingen av fødetilbudet ved Fødestuo. Å oppnå et økende fødselstall er derfor et viktig satsningsområde, noe det nå jobbes godt med fra Fødestuos ansatte.

Synkende fødselstall, mye uro rundt Fødestuo i forbindelse med omstillingsprosessen, og det medisinske tilbudet i sykehuset generelt, har satt sitt preg på ansatte og befolkning. Bortfall av mulighet for nød – keisersnitt har i tillegg skapt økende uro. Det har vært forventninger blant befolkningen og ansatte på at muligheten bør være tilstede når fødestua er lokalisert i sykehuset. I evalueringsperioden har det i tillegg oppstått hendelser med uheldige utfall, som kan ha ført til økt uro og bekymring, både internt og eksternt. I tillegg har mye negativ omtale i media og stor motstand i eksterne miljøer, bidratt til å forsterke befolkningens skepsis på fødestua som et faglig godt og trygt tilbud.

Kommunikasjon ut mot primærhelsetjenesten, gravide og deres familier, er viktige områder for å bedre Fødestuos omdømme. For å kunne skape trygghet blant fødende, er det også viktig at ansatte i Fødestuo selv understøtter at fødestuemodellen i Mosjøen ikke representerer et kvalitativt dårligere tilbud enn andre fødestuer i landet. Dette enten disse er lokalisert innefor sykehus eller som frittstående fødestuer som for eksempel fødestua i Alta

Samhandling med kommunehelsetjenesten i svangerskapsomsorgen, er et viktig kriterium for opprettholdelse av god kvalitet i Fødestuo. Fra Fødestuo selges det jordmortjeneste til Vefsn kommune, tilsvarende 45 % stilling.

En av mange utfordringer for Fødestuo i Mosjøen er å gjenvinne tillit hos brukere, pårørende og samarbeidsparter. I en omstillingsfase må vi samtidig ha forståelse for at både personell og brukere av tidligere, og gjeldende tilbud, må gis "tid" til omstilling. Det er særdeles viktig at arbeidet med å forsterke kommunikasjon mot brukere og primærhelsetjeneste, prioriteres raskt. Dette fordi vi kan frykte at et såpass synkende fødselstall i evalueringsperioden, kan ha sammenheng med at fødetilbudet i Fødestuo ikke oppfattes som trygt.

Positiv markedsføring og samhandling om Fødestuos faglige tilbud med kommuner, vil kunne bidra til å øke tryggheten for fødekvinne og deres familier i nedslagsfeltet. Parallelt må det arbeides bedre internt med å tilvenne seg en ny situasjon med endret tilbud, og med ressurser som er tilpasset aktiviteten. Det siste begrunnes i at det i en periode fra overgangen fra fødeavdeling til fødestue, har vært en større bemanning enn andre tilsvarende enheter har, for å tilvenne seg en ny situasjon og endrede ansvarsforhold ved overgangen til jordmorstyrt fødestue. Målet bør være å tilpasse bemanningen i tråd med bemanning for fødestuer, med tilnærmet lik aktivitet. I tillegg vil det være viktig for å gjenvinne tillit og å kunne øke fødselstallet, at Fødestuos tilbud blir presisert i kommunikasjonen mellom den gravide og legen/jordmor som ivaretar svangerskapsomsorgen/svangerskapskontrollene i kommunene i nedslagsfeltet.

#### **4.5 Beredskap for nød -keisersersnitt**

I gjeldende vedtak er det slått fast at det ikke skal være beredskap for keisersnitt eller nød - keisersnitt ved Fødestuo. Kirurger er ikke lenger en del av fødselsomsorgen i Norge (bla etter vedtak og anbefalinger fra Norsk Kirurgisk forening og Norsk Gynekologisk forening). De deltar derfor ikke i ordinær beredskap for nødkeisersnitt. I evalueringsperioden er det blitt utført ett

nødkeisersnitt pga værforhold og den medisinsk akutte situasjon som ikke kunne forutsees i henhold til seleksjonskriteriene. Det har vært utført totalt 4 hastekeisersnitt i Mosjøen etter at Mosjøen fikk fødestuedrift i 2004. I tre av disse tilfellene var værforholdene årsak til at overflytting for forløsning i fødeavdeling ble forhindret.

Fødestue i sykehus uten keisersnittberedskap praktiseres ved andre fødestuer i landet eksempelvis Rjukan. Ingen frittstående fødestuer har tilbud om keisersnitt. Seleksjonskriterier for overflytting til andre fødeinstitusjoner for fødende på fødestuer, følger de samme kriterier landet rundt, med enkelte variasjoner. Til tross for dette må en kunne forvente at omstilling og endring av et fødetilbud som fjerner en allerede etablert praksis, vil kunne skape reaksjoner både hos brukere, ansatte og primærhelsetjenesten.

## 4.6 Kvalitet og kompetanse

Avdelingen har som mål at alle ansatte skal hospitere ved en stor fødeavdeling for blant annet å vedlikeholde ”mengdetrening” i forhold til fødselshjelp. Hospitering regnes som en verdifull kompetanseheving og blir enda mer aktuell når fødselstallet går ned.

I følge Fødestuos ledelse, er øvelse på akutte situasjoner et prioritert område, men viser seg vanskelig å administrere ut fra dagens turnussystem uten at dette skal bli en pålagt aktivitet. Flere av fødestuens ansatte har deltatt på ”akuttkurs” for komplikasjoner i fødestue. Dersom disse kurstilbudene kommer flere ganger, ser de det som en naturlig del av opprettholdelse av kompetansen i drift av fødestue og vil planlegge dette inn i budsjettet.

Avdelingen har 3 jordmødre som driver ”barselpoliklinikk”. Disse jordmødrene har etterutdannet seg i prevensjonsveiledning, prøvetaking etc. I poliklinikken tilbyr de blant annet etterkontroller til barselkvinner, prevensjonsveiledning, og enkelte gynekologiske prøvetakinger.

Avdelingen har 3 jordmødre med kompetanse på akupunktur. Dette utgjør 2,5 stilling og oppgis å være lite ut fra den etterspørsel som oppleves. Fødestuo har som langsiktig mål at jordmødrene skal ha akupunkturutdanning.

En jordmor er utdannet i ultralyddiagnostikk og det er ønskelig med årlig oppdatering. Ultralydtilbudet er viktig for tilbudet i Mosjøen. Ved alle fødeinstitusjonene i helseforetaket gis det tilbud om ultralydscreening fra spesialutdannede jordmødre. Det totale fødselstallet i helseforetaket er lavt, og det er viktig for kvaliteten at fokus på mengdetrening og oppdatering for samtlige vektlegges.

## 4.7 Oppsummering og anbefalinger

Det er besluttet at det skal være et differensiert fødetilbud i Norge. Fødestuemodellen er et anerkjent tilbud. Jordmorstyrte fødestuer er et etablert tilbud på flere steder i landet inkludert Helgelandssykehuset Mosjøen. Det er ut fra Helsetilsynets og Nasjonalt råd for fødselsomsorgen vurdert som medisinsk forsvarlig for friske gravide med komplikasjonsfrie svangerskap å bli forløst på fødestuer i Norge. Fødestuo i Mosjøen er i tillegg vurdert som faglig forsvarlig også for å kunne forløse førstegangs fødende kvinner innenfor nevnte kriterier.

Vedrørende beredskap for keisersnitt er det nasjonalt ingen overordnede krav om å ha beredskap for keisersnitt på fødestuer i sykehus. Beredskap for nødkeisersnitt i Mosjøen opphørte

01.11.2006, og gruppen ser ikke at det er kommet fram noe som tilsier at dagens tilbud skal endres.

Nytt Nasjonalt råd for svangerskap- fødsel og barselomsorg oppnevnt i 2008, skal utarbeide nye faglige krav for svangerskap, fødsel- og barselomsorgen i Norge. Dette skal legges fram i Stortingsmelding våren 2009. På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke være riktig for evalueringsgruppen å gi noen anbefalinger på dagens modell i Mosjøen, utover det som er gjeldende pr. dags dato. Endringer utover dette må eventuelt komme som en konsekvens i tråd med endringer gitt i nye nasjonale krav på området.

Gruppen er enig i at de akuttmedisinske rutinene er gode nok i forhold til det etablerte fødetilbudet i Mosjøen, men vil presisere viktigheten av å rutinemessig vedlikeholde kompetanse på akuttsituasjoner. Akuttsituasjoner krever kompetanse for å kunne ivareta ulike situasjoner og komplikasjoner med både mor og barn, og vi ser det som viktig for den faglige oppdatering og vedlikehold av kompetanse, at dette prioriteres jevnlig. Dette er spesielt viktig når fødselstallet i tillegg er lite. Det bør etableres faste rutiner på gjennomføring av trening på akuttsituasjoner, også i samarbeid med nødvendig støttepersonell i sykehuset og leger og jordmødre i primærhelsetjenesten. Gjennomføring av slike øvelser må være en obligatorisk prosedyre for samtlige ansatte på Fødestuo.

Vedlikehold av ultralydtraining bør prioriteres og må vektlegges i avdelingens kompetanseplanlegging. Prosedyrer og løsninger for dette for Fødestuo i Mosjøen og på foretaksnivå bør legges fram for diskusjon i fødeområdets faggruppe. I tillegg må det sørges for å ha god samhandling med samarbeidende fødeavdelinger i helseforetaket.

## **5 Samhandling**

### **5.1 Samhandling med primærhelsetjenesten i Vefsn**

#### **5.1.1 Bakgrunn**

En av de store forandringene i som har vært gjennomført gjennom omstillingsprosjektet i Mosjøen, har vært utbygging av sykehuset med nybygg for etablering av FAM (Felles Akutt Mottak) i samlokalisering med Legevakten i Mosjøen. Kirurgisk og medisinsk poliklinikk fikk også plass i samme bygg med ambulansetjenesten i underetasjen.. Vefsn Kommunale Legesenter flyttet også inn i lokalene. Denne samlokalisering har radikalt forandret på samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

#### **5.1.2 Planlegging av FAM**

Samlokalisering av flere forskjellige faggrupper og ansvarsnivå har fordret at planleggingen har hatt som målsetting å involvere de berørte parter. Det har derfor vært vektlagt å involvere primærhelsetjenesten i utviklingen av den nye sykehusplattformen. Kommuneoverlegen i Vefsn har vært deltager i alle sentrale prosjektgrupper, og kommuneadministrasjonen ved helse- og sosialsjef, senere etatsjef, deltok i hovedprosjektgruppen. Vefsn kommune var, som leietaker for det nye legesenteret, og som samarbeidspartner i FAM (Felles Akuttmottak) sentral i den løpende planleggingsprosessen.

Det ble etablert en egen arbeidsgruppe – ”Ansvarsgruppa” som fikk i oppdrag å avklare ansvarsforholdene rundt arbeidet med pasientene i FAM. Gruppa avga sin rapport 18.10.2006,

med en tilleggsrapport i februar 2007, vedlegg 7, p.g.a. endringer i kirurgisk beredskap som ble gjennomført 1.1.2007. Etter nye endringer i beredskapen, og basert på erfaringer etter vel ett års drift, ble det så gjennomført en ny presisering av ansvarsforhold gjeldende fra 1.1.2008, vedlegg 8. Disse rutineene fordeles rutinemessig til aktuelle primærleger.

Det har også vært en ”prosedyregruppe” i arbeid, med deltagelse fra sykehuset og fra primærlegene. Denne gruppa utarbeidet konkrete rutiner og prosedyrer for pasienthåndteringen i FAM.

### **5.1.3 Positive konsekvenser**

Grunntanken bak etablering av FAM og samlokalisering av legevakt/legesenter/lokalsykehus var bl.a. å oppnå økt integrering mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset og en mer rasjonell utnyttelse av lokaliteter og utstyr. Denne samhandling har vært en av mest positive forandringer i omstillingsprosessen og har forbedret samhandlingen betydelig mellom:

1. Legevaktsformidlingen og primærlegene. Det har siden flyttingen til FAM vært betydelig mindre pasienter på legevakten og ”silingsprosessen” er forbedret vesentlig. Dette medfører at primærlegene nå i større grad har reelle ø.hjelps problemstillinger som bedre kan sorteres til korrekt behandlingsnivå.
2. Primærlegene og legene ved sykehuset i Mosjøen har nå en langt bedre dialog da denne foregår person til person i stedet for på telefon, og problemstillingene avklares ved dialog mellom partene. Det oppleves større grad av gjensidig forståelse og større romslighet mellom nivåene. Primærlegene involveres i høyere grad i akutte medisinske problemstillinger som de kan vurdere bedre pga støtteapparatet ved FAM og de kan dermed foreta mer korrekt vurdering av pasientene.
- 3 Samarbeidet mellom ambulansetjenesten og primærlegene har også fått et løft pga samlokalisering og felles kompetansebygging i PHTLS forut for omleggingen.

Der har i startfasen vært uklarheter og episoder med samarbeidsproblemer, men ikke i større omfang enn hva som kunne forventes i en så omfattende omlegging.

### **5.1.4 Samhandlingsproblemer.**

Samhandlingsproblemer som har oppstått mellom nivåene kan i all hovedsak relateres til bortfall av kirurgisk avdeling og akutt kirurgisk beredskap. Problemene er beskrevet tidligere i avsnittet om det kirurgiske tilbud til pasienter. Summarisk omfatter disse

1. Gråsonepasienter. Erfaringene så langt viser at det til tross for tre runder med ansvarsavklaring og etablering av eksakte prosedyrer, fortsatt oppstår uklare situasjoner i forhold til innleggelser, vurderinger og overføring av pasienter. Dette berører ofte gråsonepasientene (pasienter hvor det er uklart om det foreligger en indremedisinsk eller kirurgisk tilstand). Mens primærleger og pasienter i stor grad ønsker, og prioriterer, innleggelse i Mosjøen (i medisinsk avdeling) for avklaring, har legene ved medisinsk avdeling vært skeptiske til å påta seg ansvar for pasientene, et ansvar de føler de ikke har kompetanse til å håndtere. Turnuslegene i vakt ved sykehuset kommer i slike tilfelle ofte opp i vanskelige situasjoner. Vikarleger i primærhelsetjenesten og i bakvakt ved

2. Uklar ansvarsfordeling og manglende tilstedeværelse av kirurg med breddeerfaring i stabiliseringsteamet. Det etablerte vaktsystemet med kirurger i Mosjøen, medfører at de vaktgående kirurgene har ulik kompetanse på akuttkirurgiske problemstillinger. Legevaktslegene har også opplevd varierende villighet fra kirurgene når det gjelder rådgivning og utrykning på vakt.
3. Utkalling av stabiliseringsteamet, med anestesilege som leder, skapte fram til årsskiftet 2007/2008 uklarhet i forhold til ansvar for videre transport og innleggelse i sykehus for disse pasientene. I de nye reglene er dette presisert og avklart.

Grunntanken bak etablering av FAM og samlokalisering av legevakt/legesenter/lokalsykehus var bl.a. å oppnå økt integrering mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset og en mer rasjonell utnyttelse av lokaliteter og utstyr. Erfaringen så langt har vist at oppstarten i betydelig grad var preget av angst og gjensidig skepsis mellom nivåene. Engstelsen og skepsisen var tosidig, dels preget av frykt for at det andre nivået skal ”stjele” oppgaver som tilhører en selv, og dels frykt for å bli pålagt oppgaver som man ikke føler å beherske, eller som man mener absolutt hører til på det andre nivået. Dette var begrunnet i flere forhold, eksempelvis:

- Motstand og uvilje overfor hele omstillingsprosjektet
- For rask gjennomføringsfase med mangelfull opplæring
- For dårlig inkludering og manglende eierfølelse til prosjektet

Fysisk samlokalisering av legevakt og pasientmottak i FAM skapte også i begynnelsen en del forvirring og uklarhet hos pasienter og personale, i det det ikke alltid var klart for alle parter på hvilket nivå pasienten befant seg. At pasientene kan risikere å betale to egenandeler ved behandling først på legevakt og deretter poliklinisk i de ”samme” lokalene, skaper også en del misnøye. I oppstartfasen ble det fra sykehusets side gitt opplæringstilbud til primærlegene, men med relativt dårlig interesse og deltagelse. Dette forsterket problemene i denne perioden.

Mange av disse problemene har nå funnet sin løsning gjennom etablering av bedre rutiner og samhandlingstiltak.

#### **5.1.4 Samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene Hattfjelldal og Grane.**

Grane og Hattfjelldal har per i dag en felles vaktavtale om 4 delt vakt. Vakthavende kommunelege skal vurdere, diagnostisere, stabilisere og behandle pasientene før transport til sykehus og vurdere eventuelt behov for ledsagelse. Alle pasienter med kirurgisk diagnose skal legges inn i Sandnessjøen respektive Mo i Rana. Vakthavende lege kan aktivere stabiliseringsteamet dersom det er behov for dette.

Pasienter med kirurgisk lidelse som trenger røntgen og en poliklinisk vurdering/ behandling som for eksempel et ikke åpent underarmsbrudd vil bli tatt imot i Mosjøen, likeså pasienter med forstuvning av fotledd, der det er ønsket et røntgenbilde for å avklare at det ikke er brudd. Det er imidlertid et problem at vurderingen av røntgenbildet avhenger av tilgjengelig kompetanse. Vurderingen kan derfor variere veldig fra henvendelse til henvendelse og det skaper da usikkerhet hos alle.



Pasienter som har en åpenbar medisinsk lidelse for eksempel nyrebekkenbetennelse, men som også har vondt i magen, vil ikke bli tatt imot i Mosjøen, dette da det ikke alltid finnes kompetent kirurg i vakt. Dette innebærer forsinkelse av pasientens behandling og flere og lengre transporter. Det hadde vært en stor fordel dersom kirurg i vakt også kunne brukes til å vurdere slike pasienter, da det sannsynligvis ville blitt færre transporter videre til Mo i Rana/ Sandnessjøen.

En annen utfordring er lange transporter med legeledsagelse av pasientene i ambulanse. Dette svekker beredskapen i kommunene Hattfjelldal og Grane. Vær og føreforhold vinterstid kan gjøre at den aktuelle transporten blir dobbelt så lang som ellers. Å kunne videreføre tiltak fra avd Mosjøen med at jordmor/ anestesisykepleier kan ledsage videre og at legen kan returnere er ønskelig. Det ville også være ønskelig at deler av stabiliseringsteamet kunde komme i møte dersom pasienten er ustabil.

Samarbeidet mellom kommunelegene i Hattfjelldal og Grane og sykehuset vurderes som godt.

### **5.1.5 Forbedringstiltak**

- Det må arbeides videre med å utvikle samhandlingen. En primærlege er oppnevnt som koordinator mellom legevakten og FAM og vedkommende har fått ansvar for oppfølging av legevaktens samhandling i FAM, noe som bør være en svært positiv forbedring, så lenge denne oppfølgingen skjer i nært og kontinuerlig samarbeid med sykehusets leger. Det er viktig at Vefsn kommune prioriterer denne ordningen også i framtida.
- Opprettelse av lokale akuttmedisinske team med regelmessig opplæring og trening bør prioriteres. Opplæringstilbudet til primærlegene må videreføres og evt. utvides slik at legevakt legenes kompetanse på akuttmedisin og småkirurgi kan styrkes.
- Forøvrig vises til forbedringstiltak under kapitlet med kirurgi

## **5.2 Samhandlingen internt i sykehuset**

Etter omleggingen høsten 2006 ble samhandlingen internt i sykehuset utfordret på flere områder. Implementering av ny sykehusplattform har således vært en krevende øvelse. Gjennom 2007, som det første driftsåret etter ny modell, oppsto ulike former for utfordringer på det samhandlingsområdet internt;

- Transportproblematikk
- Arbeidsdeling mellom sykehus og primærhelsetjenesten
- Gjennomførte akutte nødinngrep
- ”Gråsonepasienter” stort tema internt - medført utfordrende samarbeid.
- Justering av retningslinjer for mottak av akutte pasienter – diskusjoner med primærhelsetjenesten
- Ikke god nok informasjon til andre sykehus som vil tilbakeføre kirurgiske pasienter til Mosjøen
- Håndtering av kreftpasienter med kirurgisk grunndiagnose

Flere av disse momentene berører også samhandlingen med aktører utenfor sykehuset, men dette hadde innvirkning på den interne samhandlingen og er således relevante å ha med i oversikten her.

Håndtering av de såkalte ”gråsonepasienter” har vært basis for de største interne samhandlingsutfordringer. Gråsonepasientene er omtalt tidligere, under kapittel 3 om kirurgi, og det vises til dette kapittel for ytterligere problematisering av dette samhandlingsområdet.

Inn i driftsåret 2008 har mange av de interne utfordringene funnet sin tilpasning. Hovedinntrykket i 2008 har vært at den nye sykehusplattformen har begynt å finne sin form og sykehuset har hatt fokus på pasientbehandling, kvalitet og tilrettelegging fremover. Dette har også gjenspeilet en bedre miljømessig stemning i sykehuset.

Løsninger rundt FAM, som representerte en god del innkjøringsproblemer, er også i all hovedsak løst. Det er utviklet et godt samarbeid med Vefsn Kommune og det er opprettet en funksjon som medisinskfaglig rådgiver for FAM knyttet til anestesilegetjenesten.

Den største utfordringen internt høsten 2008 er de økonomiske konsekvensene av omstillingen. Bortfall av akutt og elektiv tyngre kirurgi har medført et inntektsbortfall på om lag 10 millioner kroner. Samtidig har opprettelse av nye funksjoner i sykehuset gjort at bemanningen, og dermed også den vesentligste posten for faste og variable kostnader, er opprettholdt på samme nivå som tidligere. Sykehuset har heller ikke nådd målsettingen for dagkirurgisk aktivitet, noe som har bidratt til en vanskelig økonomisk situasjon.

I tillegg har omstillingsprosjektet generert nye ”uforutsette” kostnader som øker belastningen på den interne sykehusorganisasjonen i Mosjøen;

- Behov for en ekstra turnuslege og hospitering ved St. Olav.
- Økt bemanning ved Fødestuo for å betjene både fødende og følgetjeneste
- Ekstra følgetjeneste anestesi
- FAM samhandling med primærhelsetjeneste er kostnadskrevende for sykehuset (Yter tjenester /service uten tilføring av inntekter. Endret desember 2007)
- Flere samtidige vakt / beredskapsfunksjoner
- Etablering av dagkirurgisk plattform tar tid og gir lavere inntekter enn tidligere

Med kravet om balanse har sykehusledelsen funnet det nødvendig å forberede en omstrukturering av sykehuset, for å møte de økonomiske utfordringene. Dette medfører en svært stor belastning på organisasjonen og har sommeren 2008 gitt samhandlingen internt et tilbakefall. For mange som har lagt omstillingen bak seg og nå ser fremover, er nye omstillingstiltak som en konsekvens av budsjett tilpasningen demoraliserende.

### **5.2.1 Utfordringer framover**

Det er flere utfordringer knyttet til den interne samhandlingen fremover. Først og fremst er det viktig å holde en god faglig kvalitet på de tjenester som sykehuset skal utføre. Samtidig skal det driftes og videreutvikles et sykehus hvor de økonomiske rammebetingelser er svært krevende.

For å nærme seg denne utfordringen er det behov for en omstrukturering av funksjonene i sykehuset. Dette innebærer at noen avdelinger fysisk må flyttes. Det innebærer også en organisering av sykehuset med færre ledere og noe større enheter. Omstruktureringen vil kunne dempe noen av de tiltakene som i dag er svært kostnadskrevende. Fortsatt vil imidlertid den nye sykehusplattformen innebære løsninger som kan generere ekstraordinære kostnader.

Den dagkirurgiske plattformen må videreutvikles. Det er viktig å styrke de funksjonene det kirurgiske området i Mosjøen skal ha og å øke både volum og pasienttyngde innenfor disse. Dette vil kunne bidra til å gjøre sykehuset faglig attraktivt for leger og vil kunne gi en bedre inntektsside.

Det er også en utfordring å arbeide med omdømmet til sykehuset. En ettervirkning av omstillingsprosjektet er at det er fortsatt mange holdninger i lokalsamfunnet som er negative for sykehuset. Disse negative holdningene har hatt konsekvenser for pasienttilfanget og pasientevalueringer av sykehuset.

Den lokale ledelsen av sykehuset arbeider med følgende to fokusområder;

*1)Optimal pasientlogistikk og kvalitet!*

*2)Optimal personellmessig tilpassning*

## **5.2.2 Forbedringstiltak**

Det bør drøftes en rekke forbedringstiltak. Noen eksempler på dette kan være:

- Etablering av akuttenhet: intensiv/anestesi/FAM og kommunal legevakt i nye lokaler i sykehuset. Krever investeringer i ombygging.
- Tilrettelegging av lokaler for sentrale funksjoner som dialyse, dagmedisinske tilbud, rehabilitering, nevrologi og LMS
- Øke volum og tyngde på de kirurgiske funksjoner i Mosjøen.

## **5.3 Samhandlingen mellom FAM og mottakende sykehus i Mo i Rana og Sandnessjøen**

### **5.3.1 Bakgrunn og status**

Som ledd i omstillingsprosjektet ble det gjennomført registrering av kirurgisk øyeblikkelig hjelp-aktivitet i 2 månedersperioder. Denne registreringen la grunnlaget for en beregning av nødvendig transport og innleggelse i de to kirurgiske sengeavdelingene på Helgeland. Basert på en forutsetning om ortopedipasienter til Mo i Rana og bløtdelskirurgi til Sandnessjøen, ble det beregnet at i overkant av 1 øyeblikkelig hjelp pasient pr. døgn ville bli innlagt i Sandnessjøen, og i underkant av 1 pasient pr. døgn i Mo i Rana. Kirurgiske polikliniske pasienter på kveld, natt og i helger skulle i utgangspunktet ikke behandles i Mosjøen.

Erfaringene etter omstillingen har vist at disse beregningene var korrekte, men også at det, slik man forutså, er store variasjoner fra døgn til døgn og fra uke til uke.

Etter omlegging av beredskapen fra 1.1.07 ble det etablert poliklinisk beredskap hele døgnet, og det er et svært lite antall polikliniske pasienter som nå må sendes til nabosykehusene til behandling.

Antall indremedisinske pasienter fra Vefsn, Grane og Hattfjelldal innlagt ved medisinsk avdeling i Sandnessjøen var første halvår 2007 større enn ventet med ca. 4 pasienter pr. uke. Etter 1. juli 2007 er dette tallet stabilisert på ca. 1 pasient pr. uke.

### 5.3.2 utfordringer

Man forutså ikke at "gråsonepasientene" skulle representere noen stor belastning for nabosykehusene da disse var beregnet til ca 2 pasienter pr. uke. I ettertid viser det seg at flere pasienter med uklare mage/tarmproblemer er sendt til Sandnessjøen enn ventet, men tallmessig utgjør disse likevel ikke noe betydelig problem. Samhandlingsmessig betyr disse pasientene mer, idet det relativt ofte har oppstått diskusjon mellom avsender i FAM og mottakende sykehusavdeling om transport og innleggelse virkelig er nødvendig. Informasjonsarbeidet overfor Sandnessjøen og Mo i Rana har åpenbart ikke vært godt nok før oppstart. Det var videre ikke tilstrekkelig kjent for nabosykehusene at ikke bare kirurgisk akuttvirksomhet, men hele kirurgisk sengavdeling ble avviklet i Mosjøen, slik at kirurgiske pasienter ikke kan tilbakeføres til Mosjøen når akuttbehandlingen er avsluttet. Dette har medført en økt belastning spesielt på kirurgisk avdeling i Sandnessjøen, noe man nok ikke var forberedt på.

### 5.3.3 Forholdet til UNN og Nordlandssykehuset Bodø

Også tilbakeføring av kirurgiske pasienter fra UNN og Nordlandssykehuset Bodø har skapt diskusjoner og problemer, idet heller ikke disse pasientene i utgangspunktet kan sendes til Mosjøen for ferdigbehandling, men må sendes til Mo i Rana eller Sandnessjøen. Også her var det gjort for dårlig informasjonsarbeid før oppstart av omleggingen, og det er stadige forsøk på overføring av "kirurgisk ferdigbehandlede" pasienter til medisinsk sengeavdeling i Mosjøen. Disse tvilstilfellene skaper mange interne diskusjoner blant de medisinske legene, og har p.g.a. faglig uenighet om grensedraging mellom kirurgi, rehabilitering, etterbehandling og indremedisin, bidratt til å forsure arbeidsmiljøet i avdelingen i betydelig grad. Disse pasientene oppleves som en "belastning" for avdelingene i Sandnessjøen og Mo i Rana, og pasienter og pårørende gir uttrykk for en følelse av å være kasteballer i systemet p.g.a. uklare beskjeder og beslutninger om plassering.

## 5.4 Samhandling med ambulanse- og nødmeldetjenesten

### 5.4.1 Er kapasiteten tilstrekkelig, eller oppstår det samtidighetskonflikter oftere enn det som er akseptabelt?

Etter justeringen av akuttberedskapen i Mosjøen fra primo januar 2007 har området vært betjent med 2 ambulanser i Mosjøen. I tillegg vil ambulanser stasjonert i Hemnes (Korgen) og Grane ( Trofors) kunne benyttes. Disse vil kunne være i Mosjøen i løpet av ca 30 minutter. Ambulanse- og nødmeldetjenesten har vært svært observant på samtidighetskonflikter i dette området. Det er ikke registrert samtidighetskonflikter som har hatt betydning for pasienters behandling eller prognose siden endringen i akuttkirurgisk beredskap i Mosjøen ble gjennomført. En av årsakene til dette er at man har flere ambulanser å spille på i dette området. Ambulansene fra Hemnes og Grane trekkes rutinemessig inn og brukes i situasjoner med risiko for samtidighetskonflikter Til tross for klar økt aktivitet med flere og lengre turer for alle ambulansene i området evalueres beredskapen som tilstrekkelig og god med hensyn til tilgjengelighet til ambulanserbiler.

Avstanden dør til dør mellom sykehusene i dag er slik:

HS Msj - HS MiR	92 km
HS Msj - HS SSj	72 km

Ved gjennomgang av akutte og haste oppdrag fra FAM Mosjøen i registreringsperioden til Rana sykehus og sykehuset i Sandnessjøen fremkommer følgende data:

Strekning	Gjennomsnittstid	Raskeste transporttid
FAM Mosjøen – Rana Sykehus	78,5 minutter	74 minutter
FAM Mosjøen – Sandnessjøen sykehus	64,8 minutter	55 minutter

I denne registreringen ser man at transporttiden er kortere til Sandnessjøen til tross for at 7 kilometer av veistrekningen er svært svingete. Registreringen er foretatt på høsten. På glatt vinterføre må det påregnes en noe lengre transporttid. I situasjoner hvor det av transport- eller beredsskapsmessige hensyn er nødvendig, benyttes møtekjøring. Møtekjøring vurderes også mellom ambulans og helikopter. I situasjoner hvor flyplassen i Mosjøen er stengt, vurderes transport til flyplass i Sandnessjøen eller Mo i Rana.

#### 5.4.2 Kapasitet og regularitet i luftambulansetjenesten

I mars 2007 uttrykte kommuneoverlegen i Vefsn bekymring for manglende regularitet i transporttjenesten for overføring til andre sykehus, særlig for kirurgiske pasienter. I en rapport for perioden 1.11.2006 til 28.2.2007, vedlegg 2, utarbeidet av overlege Arne Wilschow ved Helgelandssykehuset Mosjøen, ble det vurdert som sannsynlig at transportproblemene hadde hatt betydning for forløpet hos 6 kirurgiske og 2 gyn-/fødepasienter. Rapporten viste at 15 av 25 oppdrag ble kansellert pga været. Ytterligere ett oppdrag ble kansellert på grunn av samtidighetskonflikt i perioden. Det er all grunn til å tro at dette er normalsituasjonen i perioder av vinteren. Dette var tema i et møte med Luftambulansetjeneste ANS høsten 2007.

Konklusjonen på møtet var at det ikke er grunn til å tro at et evt nytt helikopter eller andre tiltak vil kunne påvirke regulariteten. Det vil heller ikke gi bedre regularitet om en evt flytter helikopterbasen fra Brønnøysund. Dette vil heller redusere regulariteten på andre deler av Helgeland. 330 skvadronens redningshelikopter avdeling Bodø er nå i tilstedevakt. Effekten av dette er ca 20 minutter redusert responstid (tid fra alarm til utrykning), noe som gir helikopteret et betydelig større aksjonsområde. Rask rekvirering blir desto viktigere, og redningshelikopteret må derfor nå regnes inn blant de første ressurser. Økt bruk av ambulansfly internt på Helgeland vil bare i liten grad kunne gi et bedre tilbud for pasientene pga flere omlastinger og økt transporttid ut og inn fra sykehus og flyplasser. Utplassering av WEB-kamera på meteorologisk kritiske steder vil være et kvalitetsforbedrende tiltak ved at man får sikrere og til enhver tid oppdatert informasjon om flyværet.

#### 5.4.3 Følgetjeneste i bilambulansen

Helgelandssykehuset er det foretaket i Helse Nord som har høyest andel fagarbeidere i ambulansetjenesten. Andelen fagarbeidere er på vel 60% og vil i løpet av kort tid økes ytterligere. Ambulansepersonellet har i sin utdanning god kompetanse på primær stabilisering av pasient før transport til sykehus. Etter omleggingen måtte ambulansetjenesten initialt utføre transporter med ustabile pasienter fra FAM/intensiv ved Helgelandssykehuset Mosjøen til nabosykehusene. Ustabile pasienter med pågående infusjon med potent medikasjon, har ambulanspersonellet liten erfaring med. De har heller ikke pr. i dag kompetanse på bruk av teknisk utstyr som sprøytepumper eller vurdering av pasient med slik pågående infusjon. Dette følte utrygt. Etableringen av følgetjeneste med spesialsykepleiere har vært et positivt kompensere tiltak. Muligheten for å kunne benytte spesialsykepleier ved transport av ustabile pasienter bør vurderes opprettholdt også i framtida, når slike behov oppstår. Det er viktig at ansvarsforholdene i ambulansen er definert ved slike transporter .

#### 5.4.4 Samhandlingen med nødmeldetjenesten

Legevaktsformidlingen ved sykehuset i Mosjøen mottar vanlige henvendelser fra publikum til legevakt for alle de 3 kommunene i sykehusets omland. Fra mars 2005 har 113 – henvendelser på Helgeland blitt betjent ved AMK Helgeland; lokalisert i Sandnessjøen. I vel 3 år har AMK Helgeland og legevaktsformidlingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen samarbeidet tett om de prehospitale utfordringene. Det har jevnlig, siden etableringen av AMK Helgeland, vært holdt samarbeidsmøter mellom avdelingene.

Omleggingen 01.11.2006 ved Helgelandssykehuset Mosjøen medførte endret logistikkhandtering. AMK Helgeland mottok først den 31.10.2006 ansvarsmatriser og pasientflytskjema for hvordan pasienthandteringen skulle fungere fra dagen etter. Ambulansetjenesten var i den siste fasen heller ikke involvert i planarbeidet. Det ble rettet forespørsel til sykehuset i Mosjøen fra ambulans- og nødmeldetjenesten om det ikke var naturlig at organisasjonen var med i planleggingen, uten at det ble respondert på dette.

Helgelandssykehuset har en funksjonsfordeling slik beskrevet i “Veiledning i pasientflyt for øyeblikkelig hjelp i Helgelandssykehuset”, vedlegg 9. Det har ikke vært rapportert avvik eller registrert uheldige hendelser med tanke på uklarhet i hvor pasientene skal transporteres internt på Helgeland. Stadige modifiseringer av kirurgisk beredskap i Mosjøen etter omleggingen har imidlertid ikke alltid blitt informert om til samarbeidspartnere som AMK og samarbeidende sykehus. Informasjon om opphør av mulig tiltak for blødningskontroll, med pakking av buk, har for eksempel ikke blitt gitt til AMK. Til tross for dette har nødmeldetjenesten et klart inntrykk av at det i liten grad har vært usikkerhet om bestemmelsessted.

Det ble heller ikke gitt informasjon til samarbeidende sykehus utenfor Helgeland som Nordlandssykehuset, UNN og St. Olavs Hospital. Dette har medført mye uklarheter og misforståelser i en tidlig fase av omleggingen. Det er imidlertid ikke rapportert avvik eller uheldige hendelser for pasienter pga dette.

AMK Helgeland og legevaktsformidlingen i Mosjøen benytter Norsk Medisinsk Indeks som verktøy for å vurdere hastegrad for varsling og utrykning til pasient. Hastegrad og transport til sykehus, og transport fra FAM til annet sykehus, vurderes av det medisinske personellet som vurderer pasienten. Hastegrad deles inn i vanlig, haster og akutt respons. Ved akutte responser varsles alltid kommunelege og ambulanse umiddelbart. Ved enkelte akutte tilstander varsles også helikopteret. Dette skjer over helse radionettet, som holdes åpent så lenge situasjonen tilsier det, og i slike situasjoner er personell ved FAM i medlytting hele tiden. Ambulansepersonell melder inn medisinsk status på pasienten til FAM idet transport av pasient er startet. Denne rutinen er uendret fra før omleggingen i Mosjøen startet, og har ikke vært noe kritisk område i samhandlingen.

Norsk Medisinsk Indeks brukes i liten eller ingen grad av kommuneleger eller sykehusets leger og jordmødre, som ikke har prehospital akuttmedisin som hovedfelt. Dette kan føre til at sykehusets personell ikke skjønner hvorfor AMK-operatører spør etter spesifikke opplysninger som muliggjør en god vurdering av hastegrad. Dette har medført en del frustrasjoner hos begge parter, spesielt i situasjoner hvor man samarbeider med nye leger og kanskje spesielt vikarleger.

Mer alvorlig er det at man ikke er familiær med de 3 hastegradene og deres betydning for hvilken respons som gis. Vi er ikke kjent med at dette har ført til uheldige hendelser, men usikkerhet knyttet til hastegrad kan utgjøre en risiko for feil respons. Ambulanse- og nødmeldetjenesten har tatt dette inn som et moment ved samtrening mellom kommunehelsetjenesten og sykehusets personell ved teamtreningen i BEST – konseptet ( BEST; bedre og systematisk traumatrening). Vi har samtidig merket en klart økt interesse for prehospitalet akuttmedisin hos legevaktlegene noe som er svært positivt.

Ved transport fra FAM eller avdeling ved sykehuset i Mosjøen, bestemmes hastegrad og transportmetode i dialog mellom pasientansvarlig lege og AMK Helgeland. I siste instans er det AMK-lege ved AMK Helgeland som tar beslutningen. Det er imidlertid sjelden at AMK-lege overprøver pasientansvarlig leges beslutning. Lege på helikopter kan avvise oppdrag på medisinsk grunnlag. Oppdrag med helikopter kan ellers avvises pga værmessige, personellmessige og flytekniske forhold. Slik beslutning tilligger fartøysjef.

Det har som ledd i omstillingen ved Helgelandssykehuset Mosjøen vært ulik praksis ved hvilken grad kirurger har hatt mulighet til å intervensere i stabiliseringsteamet. I perioden hvor man kunne iverksette tiltak som pakking av buk ved store blødninger, var FAM et reelt alternativ for pasienter med livstruende blødninger. Denne kompetansen er ikke lengre tilstede og dette medfører at pasienter med mistanke om livstruende blødninger ikke bør bringes inn til FAM for stabilisering. Disse bør stabiliseres prehospitalet og raskest mulig transporteres til nærmeste sykehus med akutt kirurgisk beredskap.

#### **5.4.5 Vurdering**

Det er ingen klarhet i ambulanse- og nødmeldetjenesten om hvor ulike pasientkategorier skal transporteres. Informasjonsarbeidet overfor samarbeidende sykehus i forbindelse med omleggingen i Mosjøen har imidlertid ikke vært tilfredsstillende. Samarbeidet mellom AMK Helgeland og legevaktsformidlingen/FAM Mosjøen har likevel vært godt. Det har vært klarhet mellom AMK Helgeland og samarbeidende leger ved Helgelandssykehuset Mosjøen rundt type og hastegrad av respons, på grunn av manglende tradisjon på bruk av Norsk Medisinsk Indeks. Pasienter med sannsynlighet av større indre blødninger bør stabiliseres prehospitalet før transport til nærmeste sykehus med akutt kirurgisk beredskap.

Tilgjengeligheten til ambulansebilressurser i Vefsn, Grane og Hattfjelldal oppfattes som god. Regulariteten for helikoptertjenesten i Luftambulansen ANS er lavere i dette området enn det som er vanlig for luftambulansetjenesten. Bilambulansetjenesten må derfor fra tid til annen utføre transporter med ustabile pasienter fra skadested til FAM/intensiv ved avdeling Mosjøen og/eller til avdeling Sandnessjøen og Rana. Disse pasientene har behov for intervensjoner og potent medikasjon som det regulære ambulansepersonellet ikke er godkjent for eller har kompetanse til å utføre/benytt. Personell med adekvat kompetanse for denne type transporter bør derfor også i framtida vurderes brukt til å ledsage pasient ved ambulansetransport mellom enhetene i Helgelandssykehuset.

#### **5.4.6 Forbedringstiltak**

- Det bør vurderes å sette ut WEB-kamera på meteorologisk kritiske steder i området for å styrke informasjon, sikkerhet og mulighet for planlegging i helikoptertjenesten.

- Ved behov for spesiell overvåkning og pågående behandling på ambulansebil vurderes bruk av spesialsykepleier til ledsagelse av pasienten under transporten. AMK-lege bør ta beslutning om evt utkalling av slik ledsagelse. Spesialsykepleierne som kan bli benyttet bør ha gjennomgått PHTLS og TNCC kurs eller tilsvarende. De som deltar i følgetjenesten skal gjøre seg kjent med ambulansebilene; utstyr og ansvarsforhold i ambulansetjenesten i Helgelandssykehuset. Videre bør det opprettes hospiteringsavtale for disse ved luftambulansesebasen i Brønnøysund.
- Det bør gjennomføres BEST-kurs i Grane, Hattfjelldal og Vefsn årlig. AMK-operatører skal delta på dette.
- Det bør gjennomføres samarbeidsmøte mellom samarbeidende helsepersonell (jordmødre og leger), legevaktsformidlingen og AMK Helgeland 2 ganger i året hvor bruk av Norsk Medisinsk Indeks og samarbeidsrutiner gjennomgås.
- Det bør utarbeides rutiner på at Norsk Medisinsk Indeks og lokale samarbeidsrutiner for pasientflyt på Helgeland presenteres alle nyansatte leger inkludert vikarleger og at disse gjennomgås med det nye personellet.
- Kommunene oppfordres til å prioritere prehospital akuttmedisin ved å sette av kommunale deltidsstillinger i legetjenesten til dette.
- 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 FAM.

## 6 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

### 6.1 Generelle betraktninger rundt dagens situasjon

I tråd med nasjonale føringer besluttet Helse Nord RHF å nedlegge akuttkirurgi, opprette FAM og legge om til fødestuedrift ved Helgelandssykehuset HF avdeling Mosjøen. Dette ble fullt ut gjennomført fra 1.11 2006. Omleggingen medførte at mange pasienter med enkle kirurgiske skader og sykdommer ble sendt til et av de andre sykehusene på Helgeland, noe som ble vurdert som uhensiktsmessig både faglig og økonomisk. Helse Nord RHF gjorde derfor, den 13.12.06 i samråd med ledelsen i Helgelandssykehuset HF, et nytt vedtak for tilpasning av den kirurgiske akuttberedskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Evalueringsutvalget er av den oppfatning at dette vedtaket bidro til å skape økt usikkerhet rundt omorganiseringen. Utvalget vil spesielt fremheve 3 av punktene i vedtaket (punkt 2, 6 og 7).

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 skaper usikkerhet både hos henvisende og behandlende ledd. Utvalget setter spørsmålsteget ved om det er mulig å differensiere beredskapsnivå mellom vurdering, observasjon og behandling.

Ad pkt 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.”*

Som beskrevet ovenfor oppfatter utvalget at det polikliniske tilbudet har en betydelig variasjon i kompetanse og tilgjengelighet gjennom døgnet og av denne grunn blir svært uforutsigbart.

Ad pkt 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.”*

Utvalget mener at dette punktet initialt skapte usikkerhet i forhold til hvor ansvaret for pasienten lå, og hvorvidt det var riktig å ta pasienter med alvorlige akuttkirurgiske tilstander til Mosjøen eller transportere dem direkte videre til Sandnessjøen eller Mo. Registreringen fra høsten 2007 forsterker dette inntrykket. Problemet ble rettet ved korrigerende vedtak i Helgelandssykehuset HF 1. januar 2008.

## **6.2 Evalueringsutvalgets vurdering og konklusjon**

Utvalget har i sine anbefalinger vektlagt en helhetlig tenkning. Alle ledd i kjeden som redder liv må samarbeide og kompetansenivået på de ulike ledd i kjeden må defineres. Riktig kompetanse må være tilstede i alle ledd.

Utvalget har valgt å relatere de avsluttende vurderinger og anbefalinger i forhold til mandatet, slik at vi er sikre på at vi besvarer alle mandatets punkter. Forslag til forbedringstiltak er listet opp under det enkelte punkt i mandatet.

### **6.2.1 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?*

Evalueringen har vist at samhandlingen ikke er god nok. En del skriftlige rutiner og ansvarsavklaringer er gode nok, mens andre områder fortsatt har en del behov for forbedringer. Rutinene er heller ikke tilstrekkelig kjent og implementert da vi finner en god del avvik mellom teori og praksis. Samhandlingen er imidlertid blitt bedre gjennom prosesser fra 01.11.06 og fram til i dag, men plattformen er fortsatt ikke tilstrekkelig godt nok forankret i alle ledd.

Samhandlingen mellom sykehusenhetene i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo må bli mye bedre. Her er det fortsatt manglende informasjons- og kommunikasjonsrutiner. Samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehuset gjennom FAM er god, men det er fortsatt et stort potensial for utvikling denne videre.

Utvalgets anbefalinger til forbedringstiltak:

1. Kompetansen i primærhelsetjenesten må oppgraderes. De prehospitale tjenestenes forventninger til hva som kan tilbys må være i tråd med tydelige retningslinjer og protokoller. Disse må være kommunisert entydig, slik at praksis kan bli i tråd med vedtak. Evalueringsutvalget mener at ansvaret for kompetansehevingen av primærhelsetjenesten må ligge både hos primærhelsetjenesten og hos spesialisthelsetjenesten. Dette er et vesentlig punkt og ansvaret for denne kompetansebyggingen må avklares. Helse Nord må ta ansvar for å sørge for at tiltaket iverksettes og følges opp.
2. Det er behov for kontinuerlig informasjon overfor samhandlingspartnerne, både primærleger, nabosykehus og Nordlandssykehuset Bodø/UNN Tromsø med henblikk på hvilke pasienter som kan mottas og behandles i Mosjøen. Slik informasjon må gis rutinemessig på websidene til helseforetaket og må kvalitetssikres og oppdateres fortløpende.
3. Evalueringen viser at implementering av vedtak/beslutninger fra ledelsen av Helgelandssykehuset har sviktet på flere områder dvs at praksis ikke er i henhold til vedtatte retningslinjer. Det må utvikles en større vilje til forpliktelse i fagmiljøet i hele Helgelandssykehuset, for å få implementert ledelsens beslutninger.
4. Samhandling mellom kirurger og medisinere på de tre sykehusenhetene fungerer fortsatt ikke knirkefritt. Kirurgisk og medisinsk faggruppe i Helgelandssykehuset bør i vesentlig grad kunne avklare disse spørsmålene. De to faggruppene burde med fordel kunne avvikle felles møter for å bedre samhandlingen.
5. Det videre arbeidet må innrettes mot å utvikle samhandlingen og bygge ned motforestillinger både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er oppnevnt en kontaktleger fra primærlegene i Vefsn kommune som har fått ansvar for oppfølging av samhandlingen i FAM. Dette bør være en svært positiv forbedring, så lenge denne oppfølgingen skjer i nært og kontinuerlig samarbeid med sykehusets leger. Det er viktig at Vefsn kommune prioriterer denne ordningen også i framtida.
6. Opprettelse av lokale akuttmedisinsk team med regelmessig opplæring og trening bør prioriteres. Opplæringstilbudet til primærlegene må videreføres og evt. utvides slik at legevaktlegenes kompetanse m.h.p. på akuttmedisin og småkirurgi kan styrkes.
7. Misnøye med negative enkelttilfeller kan i dag lett overskygge positive effekter av omstillingen. Det er derfor opprettet et system for avviksbehandling, samt at FAM-rådet kontinuerlig gjennomgår enkeltsaker som må følges opp/diskuteres og avklares.
8. Det bør opprettes et felles pasientadministrativt system på de tre enhetene i helseforetaket.
9. Det bør gjennomføres BEST-kurs i Grane, Hattfjelldal og Vefsn årlig. AMK-operatører må delta på dette.
10. Det bør gjennomføres samarbeidsmøte mellom samarbeidende helsepersonell, legevaktsformidlingen og AMK Helgeland 2 ganger i året hvor bruk av Norsk Medisinsk Indeks og samarbeidsrutiner gjennomgås.

11. Det bør utarbeides rutiner for at Norsk Medisinsk Indeks. Lokale samarbeidsrutiner for pasientflyt på Helgeland må presenteres alle nyansatte leger, inkludert vikarleger. Disse må gjennomgås med det nye personellet både hos primær- og spesialisthelsetjenesten.
12. Kommunene oppfordres til å prioritere prehospital akuttmedisin ved å sette av kommunale deltidsstillinger i legetjenesten til dette.

#### *Stabiliseringsteamets funksjon og ansvar*

Stabiliseringsteamet som funksjon har fungert svært utilfredsstillende og ikke etter intensjonen. Stabiliseringsteamets funksjon har vært strukket ut over den funksjonen teamet opprinnelig var ment å ha. Det kan synes som det er et misforhold mellom stabiliseringsteamets mandat og det de blir brukt til. Kriteriesettet for utkalling av stabiliseringsteamet må revideres. Pasienter med alvorlige akutte kirurgiske skader skal alltid transporteres direkte til nærmeste relevante akuttsykehus. Kun pasienter som har et umiddelbart behov for å stabilisere luftveier, respirasjon og sirkulasjon, og/eller behov for innleggelse av thoraxdren, og som vil få et betydelig forverret forløp ved direkte transport, skal innom Mosjøen for stabilisering før videre transport. Pasienter som skal transporteres ut av Helgeland kan midlertidig behandles og observeres ved Mosjøen dersom de må vente på luftambulans og oppholdet ikke forsinker transporten.

#### **6.2.2 Samhandlingen internt i sykehuset**

*Er det klarhet i ansvarsfordelingen og gode nok rutiner for samhandlingen internt i sykehuset? Det bør spesielt vurderes om rutinene rundt håndtering av "gråsonepasienter" (pasienter der det ikke er avklart om det foreligger en kirurgisk eller medisinsk problemstilling) er gode nok.*

I begynnelsen av omstillingsprosjektet var det store problemer med den interne samhandlingen, noe som er grundig beskrevet i punktet om gråsonepasienter. Utvalget vurderer det slik at samhandlingen innad i sykehuset i Mosjøen er blitt bedre gjennom evalueringsprosessen og det er gjort avklaringer av ansvarsforhold og rutiner. Disse avklaringene har bidratt til at også samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehuset i Mosjøen rundt gråsonepasientene går mye bedre.

Utvalgets anbefalinger til forbedringstiltak:

1. Det bør vurderes om alle pasienter med kirurgisk tilstand som observeres i FAM, skal være sykehusets ansvar, for å unngå unødvendig observasjonstid før tilsyn/vurdering av kompetent kirurgisk overlege.
2. Det bør utredes etablering av en felles sengeavdeling, med mulighet for mottak av pasienter med kirurgiske problemstillinger uten behov for aktiv kirurgisk behandling. Dette vil kunne fjerne mange av de frustrasjonsmomentene som finnes pr. i dag. Eksempel på slike pasientgrupper, er kreftpasienter med kirurgiske diagnoser og ferdigbehandlede kirurgiske pasienter som trenger rehabilitering/observasjon i kortere tid
3. Bedret onkologisk kompetanse i medisinsk avdeling, for eksempel ansettelse av overlege med onkologisk spesialitet, vil kunne gi et bedre grunnlag for å ta hånd om kirurgiske kreftpasienter, både polikliniske og innlagte. Kirurgisk problematikk hos disse pasientene vil likevel måtte tas hånd om av behandlende kirurgiske avdeling.

4. Helgelandssykehuset har mange nok fast ansatte radiologer til å etablere døgnvakt som rullerer mellom enhetene. En slik ordning bør vurderes utredet, med tanke på å bedre det totale akutttilbudet på Helgeland.

### **6.2.3 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.*

Utvalget mener at det er klarhet i ansvarsfordelingen og gode nok rutiner for samhandling mellom de ovennevnte ledd, men i noen tilfeller avviker praksis fra de formelle rutiner. Dette har særlig skjedd i forbindelse med uklarhetene rundt stabiliseringsteamets funksjon og det har vanskeliggjort kommunikasjonen. Kommunikasjonen mellom leddene sliter under mangel på et "felles språk". Dette vil bedres gjennom at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har felles kurs i Norsk Medisinsk index. Utvalget foreslår at slike kurs gjennomføres regelmessig.

### **6.2.4 Kapasitet, regularitet og kompetanse i ambulansetjenesten**

*Er kapasiteten tilstrekkelig, eller oppstår det samtidigetskonflikter oftere enn det som er akseptabelt?*

Utvalget finner at det ikke oppstår samtidigetskonflikter og at ambulansetjenesten har god nok kapasitet.

*Er erfaringene rundt helikopterregulariteten i vinterhalvåret av en slik karakter at det er grunn til å iverksette særskilte beredskapstiltak i denne perioden?*

Utvalget utredet behov for slike særskilte beredskapstiltak høsten 2007 og de ble iverksatt fra november 2007. Disse er redegjort for tidligere i rapporten i kap. 2. Utvalget finner disse beredskapstiltakene tilstrekkelige.

*Foreligger det et behov for lege- eller spesialsykepleierbemannet ambulanse?*

Ja. Ved behov for spesiell overvåkning og/eller behandling prehospitalt eller under transport, bør det kunne vurderes bruk av anestesisykepleier til forsterkning av den ordinære ambulansetjenesten. Denne tjenesten bør kunne rekvireres av primærlege og disponeres av AMK-lege som bør ta beslutning om evt utkalling av slik ledsagelse. Anestesisykepleierne som kan bli benyttet bør ha gjennomgått PHTLS og TNCC kurs eller tilsvarende. Personellet må gjøre seg kjent med bilambulansens utstyr, medikamenter, rutiner og retningslinjer og det bør opprettes hospiteringsavtale for disse ved luftambulansebasen i Brønnøysund.

*Er det mulig og ønskelig å iverksette tiltak for å bedre regulariteten i helikoptertjenesten?*

Det bør vurderes å sette ut WEB-kamera på meteorologisk kritiske steder i området for å styrke informasjon, sikkerhet og mulighet for planlegging i helikoptertjenesten.

## 6.2.5 Kirurgisk tilbud til akuttpasienter

*Er det på grunn av begrensninger i transportregulariteten nødvendig å gjøre endringer i det akuttkirurgiske tilbudet?*

Det akuttkirurgiske tilbudet for pasienter som trenger innleggelse befinner seg fra 01.11.06, i Sandnessjøen og Mo. Dette anses for å være godt nok. Det må imidlertid være kompetanse tilstede i Mosjøen/FAM 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.

*Foreligger det gode nok rutiner for håndtering av øyeblikkelig-hjelp pasienter som tradisjonelt håndteres som kirurgiske pasienter?*

Utvalget tolker spørsmålet som å gjelde hele helseforetaket og de etablerte rutinene for innleggelse ved behov for kirurgisk ø-hjelp. Utvalget mener, som nevnt i punktene over, at samhandlingen mellom enhetene som ivaretar ø-hjelpsfunksjonen, må bli bedre. Bedre kommunikasjon og omforent tolkning og praktisering av rutiner er helt nødvendig.

Dagens akutt kirurgiske skadepoliklinikk preges av variasjon i den tilgjengelige kompetansen. Dette kan ikke forventes å bli bedre med tiden, da generell akuttkirurgisk kompetanse viker plassen for mer spesialisert kirurgisk kompetanse. 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.

Evalueringsutvalget mener imidlertid det må eksistere en skadepoliklinikk for kirurgia minor (mindre krevende kirurgi) ved Helgelandssykehuset Mosjøen. Denne poliklinikken må ha et forutsigbart og kjent faglig tilbud og den faglige forankringen bør ligge i Helgelandssykehuset HF.

Skal en opprettholde en kirurgisk virksomhet på et så lite sykehus som i Mosjøen, må det legges til rette for en kirurgisk aktivitet som er faglig attraktiv for de ansatte, og av faglig viktighet for pasientene, som kan gi grunnlag for en viss inntjening. Deler av utvalget mener at dette f.eks kan gjøres ved omlegging til en 5-dagerspost, som vil gi rom for en viss tyngde på de elektive pasientene i begynnelsen av uken, og som kan gi større fleksibilitet i mottak av pasienter. Andre deler av utvalget mener en økt utnyttelse av de eksisterende dagkirurgiske sengene, i tråd med styrevedtak i Helgelandssykehuset HF vil være et tilstrekkelig tiltak.

## 6.2.6 Fødetilbudet

*Er de akuttmedisinske rutinene gode nok i forhold til den etablerte fødetilbudet?*

Nytt Nasjonalt råd for svangerskap, fødsel og barselomsorg, oppnevnt i 2008, skal utarbeide nye faglige krav for svangerskap, fødsel- og barselomsorgen i Norge. Dette skal legges fram i en Stortingsmelding våren 2009. På nåværende tidspunkt vil det derfor ikke være riktig for evalueringsgruppen å gi noen anbefalinger på dagens modell i Mosjøen, utover det som er gjeldende pr. dags dato. Gruppen er enig i at de akuttmedisinske rutinene er gode nok i forhold til det etablerte fødetilbudet i Mosjøen. Utvalget vil imidlertid presisere viktigheten av å rutinemessig vedlikeholde kompetanse på akuttsituasjoner. Det bør etableres faste rutiner på gjennomføring av trening på akuttsituasjoner, også i samarbeid med nødvendig støttepersonell i sykehuset og leger og jordmødre i primærhelsetjenesten. I tillegg må det sørges for å ha god samhandling med samarbeidende fødeavdelinger i helseforetaket og primærhelsetjenesten.

### 6.2.7 Oppsummerende bemerkninger

Helgelandssykehuset HF er sammensatt av tre avdelinger; Sandnessjøen, Mo og Mosjøen. Disse avdelingene har tidligere fungert som tre selvstendige sykehus, og det er en lang tradisjon hos befolkning og ansatte for å forholde seg til tre separate sykehus. Samtidig har det gjennom mange år eksistert en politisk dragkamp om fordeling av helseressurser på Helgeland. Gjennomføring av organisatoriske endringer vil derfor møte store utfordringer og mange motkrefter, noe som tydelig har påvirket implementeringen av vedtak, resultatene og effekten av omleggingen i Helgelandssykehuset. Vedtak gjort i besluttede organer i det regionale og det lokale helseforetaket, har ikke blitt konsekvent implementert i organisasjonen, og den manglende effekt og tydelige bivirkninger dette har medført, har ført til nye, korrigerende vedtak hvor hensikten har vært å tilrettelegge bedre for organisasjonsendringen, men som i praksis har ført til økende forvirring og uklarhet. Et eksempel på dette er vedtaket om ekstra tiltak for vinteren 2007/08 beskrevet i brev fra Helse Nord RHF til Helgelandssykehuset Mosjøen 07.11.07. Andre eksempler er vedtak som ikke i tilstrekkelig grad er fulgt opp av prosedyreverk, rutiner mv. I den grad nye prosedyrer har vært innført, kan det reises tvil om disse er formidlet i tilstrekkelig grad til angjeldende parter.

I løpet av tiden etter at endringene trådte i kraft, har den økonomiske utviklingen vist en åpenbar disfavør av sykehusenheten i Mosjøen. Budsjettilpasninger har ført til at planlagte organisasjonsendringer, kun delvis er trådt i kraft i løpet av evalueringsperioden, uavhengig av de faglige vurderinger som kommer fram i denne rapporten. Da de planlagte organisasjonsendringene ikke har hatt en reell implementering, er det vanskelig å si hvor stor del av de økte utgiftene som skyldes de planlagte organisasjonsendringene i seg selv, og hva som skyldes en uhensiktsmessig og ukontrollert pasientflyt. Eller om de skyldes de gjentatte forsøk på korrigerende tiltak. Man kan ikke se bort fra at deler av de negative økonomiske konsekvensene omleggingen har medført, skyldes manglende konsekvent implementering. De økonomiske implikasjonene er per i dag i ferd med å tvinge fram korrigerende organisatoriske endringer som heller ikke var tiltenkt da omstillingen ble vedtatt. Dette kan dermed ytterligere bidra til å vanskeliggjøre implementeringen av den vedtatte omstillingen.

Det er behov for å styrke den helhetlige tenkningen innen Helgelandssykehuset HF. Behovet for bedre informasjon og kommunikasjon internt i Helgelandssykehuset, og ikke minst til primærhelsetjenesten og de øvrige samarbeidende helseforetakene, er kommet tydelig fram under denne evalueringen.

## 7 LITTERATURLISTE

1. St.melding 43 (1999-2000) "Akuttmeldingen"
2. St.meld. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet"
3. Rapport: Organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord (2003)
4. Kirurgi og fødselsomsorgi Helgelandssykehuset Mosjøen - *Omstillingsprosjekt struktur*, Sluttrapport fra prosjektgruppen 07.10.03
5. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord 19.06.03
6. Rapport: "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede", 2007.
7. Rapport: "Organiseringen av hardt skadde pasienter i Norge – traumesystem" 2008
8. Brev av 22.08.03 fra Sosial- og helsedirektoratet vedrørende "Omorganisering av fødselsomsorgen – ansvar knyttet til fødestuer"
9. Seleksjonskriterier for Fødestuo i Mosjøen
10. Rapport av 18.10.06 fra ansvarsgruppa ved FAM

## 8 VEDLEGG

1. Vedtak 30.10.06, sak 86-2006, fra Helse Nord RHF vedrørende omlegging av kirurgisk akuttberedskap
2. Helikopterrapporten, framlegg for prosjektgruppen 05.07.07, av Arne Wilskow
3. Brev fra Helse Nord RHF, datert 05.11.07 "Tiltak for vinteren"
4. Gjeldende retningslinjer for håndtering av "gråsonepasienter" ved sykehuset i Mosjøen
5. Kriterier for fødsel ved Fødestua i Mosjøen
6. Retningslinjer for tilkalling av anestesilege/anestesipersonell ved akutte situasjoner på fødestua
7. Internnotat av 16.02.07 fra AWW vedrørende akuttfunksjonen med tilknytning til FAM og kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen - presiseringer
8. Ansvarsforhold ved akuttberedskap FAM fra 01.01.08
9. Veiledning i pasientflyt for ø-hjelp i Helgelandssykehuset.

Vår dato: 31.10.2006      Vår referanse: 200300112-142      Arkivnr: 011  
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser  
Deres dato:      Deres referanse:

Saksbehandler: Lars Vorland, tlf. 75 51 29 10

---

## **STYRESAK 86-2006      HELGELANDSSYKEHUSET HF MOSJØEN – BEREDSKAP**

Møtedato: 31. oktober 2006

Det ble i foretaksmøtet i juni 2003 besluttet at Helgelandssykehuset HF Mosjøen (Vefsn sykehus) ikke skulle ha akuttberedskap innen kirurgi etter kl. 18.00 på hverdager og i helger/helligdager. I tillegg ble det vedtatt å omgjøre fødeavdelingen ved sykehuset til fødestue.

Vedtaket ble senere presisert i brev (februar 2004), og iverksettelsen av beslutningen for akuttkirurgi ble utsatt til etter at Korgfjelltunnelen sto ferdig høsten 2005.

Fødeavdelingen ble avviklet sommeren 2004, og har siden da vært forsterket fødestue, som vil bli fødestue når akuttkirurgisk vakt avvikles.

Gjennomføringen av vedtaket om akuttkirurgi har senere blitt hengt opp i ferdigstilling av FAM (Felles akuttinntak), og skal derfor iverksettes fra 1. november 2006.

Det har vært litt uenighet om pasientstrømmene etter at akuttkirurgisk vakt blir avviklet. I den anledning ble det mandag, den 30. oktober 2006 om kvelden avholdt et møte i Mosjøen mellom Helse Nord RHF ved fagdirektør Tor Ingebrigtsen, Helgelandssykehuset HF ved med. direktør Fred Mürer, avdelingsdirektør ved Helgelandssykehuset Mosjøen Jan Inge Pettersen, avdelingsoverlege Arnfinn Aronsen og overlege Gunnleiv Birkeland ved kirurgisk avd. på sykehuset i Vefsn. For øvrig deltok også representanter for det kirurgiske fagmiljøet ved Helgelandssykehuset HF.

Under møtet ble det spurt om det var mulig å få innført en form for vaktberedskap for å ta hånd om dagkirurgiske pasienter. Det ble svart at fagdirektør i Helse Nord ikke har mandat til å foreta den slags beslutninger.

Spørsmålet ble forelagt administrerende direktør tirsdag, den 31. oktober 2006. Administrerende direktør tar inn over seg den uro og utrygghet som er i området, og synes at innføringen av en form for beredskapsvakt for egne dagpasienter og en vurderingsvakt ved akutte magesmerter kan være et fornuftig tiltak i den situasjon som er oppstått.

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner at det innføres kirurgisk beredskapsvakt ved Helgelandssykehuset HF Mosjøen.
2. Helgelandssykehuset HF organiserer beredskapsordningen.



Bodø, den 31. oktober 2006

Lars Vorland  
Adm. direktør

## RAPPORT

### **KANSELLERTE HELIKOPTEROPPDRAK 1.11.06-28.02.07 MOSJØEN, GRANE OG HATTFJELLDAL KOMMUNER**

Rapporten er utarbeidet av overlege/spesialrådgiver Arne W. Wilskow (AWW) ved Helgelandssykehuset Mosjøen på oppdrag fra Helse Nord RHF v/fagdirektør Tor Ingebrigtsen. Bakgrunnen var flere meldinger om dårlig regularitet på gjennomførte helikopteroppdrag relatert til akuttmedisinsk virksomhet ved felles akuttmottak (FAM) i Mosjøen. Dette har særlig vært knyttet til endringene i akuttkirurgisk beredskap. I styresak 7/2007 til styret for Helgelandssykehuset er det bl.a. vist til at 6 av 8 helikopteroppdrag fra sykehuset i Mosjøen var kansellert p.g.a. værmessige forhold.

## OPPDRAK

Oppdragsgiver har ønsket en tabellarisk oppstilling over de situasjoner der helikopter ble bestilt, men ikke kom i perioden november –06 til februar –07, og med følgende innhold:

Alder, kjønn

Tentativ diagnose da helikopter ble bestilt

Rekvirerende leges vurdering med hensyn til ønske om helikopter istedenfor annen transportform

Praktiske konsekvenser av at helikopter ikke kom (operasjoner eller annen behandling utført i Mosjøen)

Konkret vurdering av hva som ville ha skjedd hvis pasienten hadde blitt forsøkt transportert med bil umiddelbart istedenfor å bestille helikopter

Vurdering av hva som ville ha skjedd hvis det ikke hadde vært kirurg på vakt i Mosjøen

## METODE

Helikopterstatistikk: Avdelingssjef Svein Arne Monsen ved akuttmed.avd. Sandnessjøen har skaffet til veie statistikk over alle kansellerte helikopteroppdrag for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal, samt fra FAM Mosjøen og Helgelandssykehuset Mosjøen. Av denne oppstillingen fremgår bl.a. pasientidentifikasjon, dato, oppdragsgiver og årsak til kansellering. Alle oppdrag er kategorisert som enten ”akutt” (19) eller ”haster”(6).

Ambulansestatistikk: Kopi av alle relevante ambulansejournaler er fremskaffet av ambulanseorganisasjonen og gjennomgått av AWW med henblikk på hva som faktisk skjedde med pasientene under transport når helikopter ikke kunne benyttes.

Pasientopplysninger: På bakgrunn av data fra helikopterstatistikken, er tilgjengelige pasientopplysninger fra FAM Mosjøen fremskaffet av avd.leder FAM Elin M. Pettersen. AWW har gjennomgått pasientjournalssystemet for pasienter som har vært behandlet i sykehussystemet.

For en del pasienter har også rekvirerende lege vært kontaktet direkte med henblikk på supplerende opplysninger.

Pasientidentifiserbare data er overbragt personlig til AWW, og ambulansejournaler returneres til vanlig arkiv etter bruk. Ingen pasientidentifiserbare data oppbevares utenom journalarkiv etter at denne rapporten blir avgitt.

### Tabellarisk oppstilling:

I egen tabell er de medisinske pasientene stilt opp først, siden problemstillingen her ikke er direkte relatert til den akuttkirurgiske beredskap etter omstillingen i Mosjøen. Derneft følger de to pasientene med gynekologiske problemstillinger, og til slutt de kirurgiske pasientene. Tabellen er også organisert slik at de oppdragene som ble kansellert p.g.a. manglende behov, er samlet først i hver gruppe.

## **BEGRENSNINGER**

Analysen er retrospektiv utført av 1 person (AWW). For flere av oppdragene har det ikke vært mulig å fremskaffe sikker informasjon om vurderingene på det tidspunktet helikopteret ble rekvirert, og en vurdering av behov for transportform blir svært hypotetisk i ettertid. ”Hva-hvis”-vurderingene er undertegnede skjønsmessige vurdering. For en mer inngående analyse ville det være behov for en prospektiv undersøkelse, og en vurdering basert på en faglig begrunnet auditgjennomgang.

## **RESULTATER**

25 kansellerte oppdrag er registrert i den aktuelle perioden; 14 kirurgiske, 9 medisinske og 2 med gynekologisk/fødselsproblematikk.

Kansellering av oppdragene fordeler seg slik:

8 p.g.a. manglende behov

1 p.g.a. samtidighetskonflikt (helikopteret opptatt med annet presserende oppdrag)

1 p.g.a. manglende tidsgevinst (ambulans med pas. befant seg 10 min. fra sykehus)

15 oppdrag kansellert p.g.a. værforhold.

Tabellmessig fordeler kanselleringene seg slik:

Årsak	Medisinske	Gyn/fødsel	Kirurgiske	Totalt
Manglende behov	2		6	8
Samtidighetskonflikt			1	1
Manglende tidsgev.			1	1
Værmessige forhold	7	2	6	15
Sum	9	2	14	25

En tabellarisk oppstilling over alle kansellerte oppdrag følger som egen fil.

## **MEDISINSKE PASIENTER**

De 9 medisinske helikopteroppdragene er ikke relatert til endringene i akuttkirurgisk beredskap i Mosjøen, men dokumenterer begrensningene i helikopterets operasjonsmulighet i dårlig vær på vintertid. Undertegnede har ikke tilgang til statistikk over gjennomførte oppdrag i samme periode. 2 oppdrag ble som anført kansellert p.g.a. manglende behov. For 3 av oppdragene - alle planlagte overflyttinger av pasient fra medisinsk avdeling i Mosjøen til annet sykehus - kunne den utsatte og kompliserte transporten medført risiko for pasientene. Disse overflyttingene var imidlertid primært bestilt med ambulansefly, og helikopter ble forsøkt rekvirert fordi ambulansefly ikke kunne lande i Mosjøen. De øvrige 4 kansellerte oppdrag medførte ingen risiko for pasientene, men vurdering på rekvireringstidspunktet bedømmes som relevant.

## **KIRURGISKE PASIENTER**

De 6 kirurgiske oppdrag som ble kansellert p.g.a. manglende behov, var alle trafikkulykker der helikopter ble rutinemessig varslet (gjeldende prosedyre), men hvor oppdragene ble kansellert av lege og/eller ambulanspersonell etter vurdering på skadestedet. I disse tilfellene rykker ambulans rutinemessig ut til skadested samtidig som varsling går til helikopter og andre instanser.

3 andre oppdrag var også rutinevarsling ved trafikkulykker. 1 av disse ble overført til Nord-Trøndelag uten at man har videre info om forløp. En pas. ble behandlet ved kir. pol, helikopter ikke nødvendig. Den siste var en pasient med alvorlige skader som ville profitert på rask transport med helikopter til Mo i Rana.

Av de øvrige 6 kirurgiske oppdrag som ble kansellert, var ett tilfelle avvist p.g.a. kort transporttid til sykehus i Sandnessjøen. Pasienten befant seg da i ambulans 10 min fra sykehuset. Denne pasienten døde, og tilfellet er fortsatt under gransking. Ett tilfelle hvor det var samtidighetskonflikt, ble overtatt av Sea-King-helikopter med noe forsinkelse, men pas. var under stabilisering i FAM.

De 4 siste pasientene ville sannsynligvis alle ha profitert på helikoptertransport med bakgrunn i tilstand og transportvei.

## **GYN/FØDEPASIENTER**

For disse to pasientene var det helt klar indikasjon for øyeblikkelig helikoptertransport til Sandnessjøen.

## **SAMLET VURDERING**

Av 25 kansellerte helikopteroppdrag, anses 3 medisinske, de to gynekologiske og 6 kirurgiske kanselleringer å ha vært av betydning for pasientenes forløp. For de 3 medisinske tilfellene var det opprinnelig planlagt bruk av ambulansfly. For øvrig vises til tabellarisk oppstilling.

Mosjøen 29.3.2007

Arne W. Wilskow, overlege/spesialrådgiver

Helgelandssykehuset HF  
 v/Jan Erik Furunes  
 Postboks 658  
 8650 MOSJØEN

*Dette brevet sendes kun elektronisk.*

## **ORGANISERING MOTTAK AV AKUTTE PASIENTER MED BEHOV FOR STABILISERING – TILTAK**

Vi viser til deres brev av 5. november 2007 ad. organisering mottak av akutte pasienter med behov for stabilisering – tiltak.

Helse Nord RHF godtar deres *forslag nr. 2 – kortsiktig tiltak kommende vinter* som følger:

I hht kortsiktige løsninger for kommende vinter, foreslås følgende løsning som gjennomføres så lenge sykehusplattformen er under evaluering. Dette for å ivareta bedre pasientkvalitet inntil løsninger rundt transport av pasienten og evaluering av sykehusplattformen er endelige.

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

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

Tiltakene krever bruk av minimum en operasjonssykepleier (del av stabiliseringsteamet) og en annen sykepleier som kan assistere på operasjonsstuen. Ressursbruken skal ligge innenfor dagens etablerte bemanning. Tiltakene gjennomføres når dette er nødvendig for å stabilisere pasienten før videre transport.

I tillegg videreføres ordningen med anestesisykepleier i vakt for følgetjeneste med bilambulanse ved transport fra sykehuset i Mosjøen til annet sykehus.

Sykehuset i Mosjøen må ha god dialog med AMK Helgeland og transportbehovet for akutte kirurgiske pasienter må tidlig vurderes. Både fly og redningshelikopter må vurderes som aktiv ressurs dersom værforhold gjør det problematisk å benytte helikopter fra basen i Brønnøysund. Basert på gjeldende retningslinjer, og i dialog med AMK, må det som tidligere gjøres vurderinger i det enkelte tilfelle hvor det er mest hensiktsmessig å sende pasienten.

Helgelandssykehuset Mosjøen og AMK Helgeland utarbeider i fellesskap prosedyrer som sikrer best mulig ivaretagelse av pasienttransport.

Under forutsetning av at *forslag 1 – permanent tiltak* ikke bryter inn i den pågående evalueringen, iverksettes også dette forslaget som følger:

Det foreslås følgende permanente endring i ansvarsavklaringene rundt mottak av akutte pasienter med behov for stabilisering;

Dersom en pasient har behov for stabilisering etter legevaktslegens vurdering – henvises pasienten til sykehuset. Sykehuset overtar pasientansvaret for pasienten. Dette skjer under anestesilegens ledelse.

Legevaktslegen fortsetter sin legevakt og har ikke lengre pasientansvaret. Sykehuset gjør krav på økonomiske refusjoner etter gjeldende regler for den behandling/oppfølging som skjer i sykehuset.

Anestesilegen vurderer behov for vakthavende kirurg sin deltakelse i stabiliseringsteamet og beordrer tilkalling av denne ut fra vurdering av pasient / meldt pasient.

Vennlig hilsen

Lars Vorland /s/  
adm. direktør

Kopi: Trude Grønlund

## Revidert prosedyre – pasienter i medisinsk avdeling etter 01.11.06

**Hensikt:** Unngå/reducere uklare situasjoner om hvilke pasienter som skal legges inn i medisinsk avdeling.

### Grunnlagsinformasjon:

Helgelandssykehuset Mosjøen har ingen døgnkirurgisk avdeling, men en dagkirurgisk avdeling med 4 senger for overliggere etter dagkirurgisk inngrep.

Det har gjentatte ganger oppstått uklare og problematiske situasjoner om pasient skal til medisinsk avdeling eller om de er kirurgiske pasienter og skal til annet sted.

### Beskrivelse:

Pasientinntak i medisinsk avdeling blir som tidligere, med følgende unntak.

1. Pasienter med hematemese/melena innlegges i sykehus med døgnkontinuerlig mulighet for operativ behandling.
2. Pasienter med akutte magesmerter skal ikke innlegges i medisinsk avdeling her. Herunder mistanke om pancreatitt og galleveislidelse.
3. Medisinske leger har ikke ansvar for pasienter som overnatter etter kirurgisk behandling. Dette ansvar påhviler vakthavende kirurg.
4. Pasienter med komplikasjoner til kirurgiske grunnlidelse er i utgangspunktet kirurgiske pasienter og legges inn i kirurgisk avdeling. Indremedisinske komplikasjoner hos slike pasienter mottas som før dersom dette er forsvarlig i forhold til den kirurgiske tilstanden. Dette gjelder for eksempel:
  - Infeksjoner (i nøytropen fase) etter kjemoterapi.
  - Behandling av kvalme/oppkast, smertebehandling., dehydrering, anemi, svekket allmenntilstand med slapphet hos cancer pasienter hvor en med rimelig sikkerhet kan utelukke kirurgisk problemstilling. Ved tvil om evt. kirurgisk problematikk skal pas. innlegges i kirurgisk avdeling.

Medisinsk vakthavende overlege kontaktes før innleggelse for vurdering og for å utelukke kirurgisk problematikk. Ved full avd. skal pas. med primære indremedisinske tilstander prioriteres og pas. med kir. grunnlidelse må da innlegges i kir. avd. annet sted.

Indremedisiner kan kontakte vakthavende kirurg til en hver tid for vurdering dersom det oppstår problemstillinger som bør vurderes av kirurg. Dette gjelder alle våre pasienter.

5. Traumatiske columnafracturer defineres som kirurgiske lidelser og mottas ikke i medisinsk avdeling.
6. Ryggsmerter (ischias) mottas evt. etter avtale med nevrolog på dagtid.

7. Pasienter til rehabilitering etter gjennomført kirurgi ved andre sykehus mottas ikke i medisinsk avdeling. Unntak er ACB-opr., lobectomerte/pulmectomerte og intrakranielt (tumor cerebri, haemorrhagia cerebri, SAB) opererte pasienter uten kirurgisk komplikasjon.
8. Commotiopasienter er kirurgiske pasienter.
9. Ved ønske om innleggelse/overflytning fra annet sykehus til medisinsk avdeling her, skal vakthavende ass- eller overlege kontaktes.
10. Alle kir. og med.leger som jobber på sykehuset inkludert vikarer må informeres om prosedyren på første arbeidsdag. Ansvar for dette har avd.sjef; evt. kan det delegeres til avd.overlege.

4/1-08

Reidar Berntsen  
Avd. overlege med.avd.



<b>Helgelandssykehuset Mosjøen</b>			MOR.KHB.19.3
<b>Kriterier for fødsel ved Fødestua i Mosjøen</b>			
Utgave:	Skrevet av:	Gjelder fra:	Godkjent av:
1	Karin E. Nilsen	01.06.04	Arne W. Wilskow

[Distribusjons-eksemplar]

Side 1 av 2

**Formål:**

Redusere sjansen for at kvinner med økt risiko for komplikasjoner starter fødsel på fødestua i Mosjøen.

**Grunnlagsinformasjon:**

Det må ikke være påvist svangerskapskomplikasjoner, og det må heller ikke være forventet komplikasjoner i forbindelse med fødsel, og at spesielle tiltak ikke er nødvendig for det nyfødte barn.

- **Den gravide må ha gått jevnlig til svangerskapskontroller hos jordmor/primærlege og minst 2 av disse kontrollene må foregå på fødestua**
- Den obstretiske/gynekologiske anamnesen indikerer normale forhold.
- Tidspunkt for forventet fødsel er sikker, og skjer i utgangen av uke 36.
- Det har ikke vært komplikasjoner ved tidligere forløsninger.
- Kun et barn –i hodeleie.
- Ikke overtidig etter uke 42.0
- Normal innkomst CTG.

**Eksklusjonskriterier:**

- Forventet stort barn (>4500 gram)
- Forventet lite barn <2500 gram)
- Overvektige (110 – 130 kg –dette vurderes individuelt og i sammenheng med anamnesen for øvrig).

**Overflytting under fødsel:**

- Vannavgang over 24 timer
- Vannavgang og umoden cervix
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- CTG forandringer eller forandring i fosterlyd
- Økt behov for smertestillende, for eksempel epidural
- Ikke fremgang i fødsel til tross for gode rier i 5 – 6 timer
- Endring i leie fra siste kontroll

## VEDLEGG 6

<b>Helgelandssykehuset Mosjøen</b>			MOR.KHB.19.39
<b>Tilkalling av vakthavende anestesilege for akutte situasjoner på fødestua</b>			
Utgave: 1	Skrevet av: Karin E. Nilsen	Gjelder fra: 01.06.04	Godkjent av: L. Silva/Arne W. Wilskow

[Distribusjons-eksemplar]

Side 1 av 2

### Formål:

Sikre at den fødende eller det nyfødte barn får øyeblikkelig hjelp av anestesilege der det er nødvendig.

### Grunnlagsinformasjon:

Etter at Helgelandssykehuset Mosjøen fikk vedtatt at her skulle være jordmorstyrt fødestue, ble det inngått avtale med anestesilege L. Silva om at han eller hans vikar, er den som skal tilkalles ved akutte tilstander som kan oppstå på fødestua.

### Ansvar og myndighet:

- Vakthavende jordmor eller den hun delegerer ansvaret til, har rett til å utkalle anestesilege og/eller anestesisykepleier ved behov.
- Dr. Silva har ansvar for at vikarløgene er informert om deres ansvar overfor fødestua.

### Handling:

#### *Tilstander hos barnet:*

Dersom den nyfødte er dårlig ved forløsning eller blir dårlig etter hvert, skal anestesilege og/eller anestesisykepleier tilkalles for å stabilisere pasienten til evt henteteamet fra Nordlandssykehuset Bodø kommer og overtar.

- Ved truende asfyksi hos barnet (Sterkt misfarget fostervann eller dårlig fosterlyd under siste del av fødselen), tilkalles anestesien for å være i beredskap på fødestua.
- Ved utkalling til nød-sectio
- Dersom fødsel må avsluttes operativt (vakuump eller tang), skal anestesi alltid være til stede.
- Uventet dårlig barn
- Barn som blir dårlig etter hvert

#### *Tilstander hos mor:*

- Store blødninger –enten som følge av atoni eller store rifter
- Alvorlig sykdom hos mor, for eksempel eklampsi-anfall
- Andre tilstander der jordmor anser det som nødvendig med legehjelp på fødestua

Dersom mor må overflytte til fødeavdeling etter partus og det er fare for blødning under transporten, skal anestesisykepleier samt jordmor følge kvinnen i ambulansen til Sandnessjøen.



## INTERNNOTAT

Til: Ansvarsgruppen  
Fra: AWW  
Kopi:  
Dato: 16.02.07

Endringsnotat etter møtet i ansvarsgruppa 16.2.07: Punkt IIa er omarbeidet i henhold til brevet fra Helse Nord om kirurgisk akuttberedskap i Mosjøen, og brevet er også vedlagt

Akuttfunksjonen med tilknytning til FAM og kirurgisk beredskap ved Helgelandssykehuset Mosjøen - presiseringer

Det vises til rapport fra "Arbeidsgruppe ansvarsmatrise" datert 18.oktober 2006. Denne rapporten var basert på kirurgisk skadestueberedskap på dagtid på hverdager. Etter innføring av kirurgisk skadestue- og vurderingsberedskap hele døgnet alle dager, er det behov for presiseringer vedr. det kirurgiske tilbudet. Helse Nords siste brev vedr. kirurgisk akuttberedskap følger som vedlegg til dette notatet.

### **I. Legevaktens rolle og ansvar**

Legevaktslegen har ansvar for primær vurdering og behandling av pasientene, og beslutter innleggelse av pasient i sykehus med sengeavdeling, eller henviser pasienten til vurdering og behandling av kirurg ved FAM/kirurgisk poliklinikk.

Legevaktslegen er ansvarlig for alle pasienter til disse er mottatt av neste behandlingsnivå.

#### **II A Kirurgisk vurderingsberedskap og stabiliseringsteam**

Kirurgisk skadestue og vurderingsberedskap er en akutt funksjon i sykehuset for pasienter som primært ikke trenger innleggelse, eller der den kirurgiske problemstillingen er uavklart .

*Alle akuttkirurgiske pasienter med klart behov for innleggelse skal av primærlege innlegges direkte i Sandnessjøen (primært bløtkirurgi) eller Mo i Rana (primært ortopedi). Dette gjelder hele døgnet alle dager.*

*Stabiliseringsteamet ved sykehuset i Mosjøen ledes av anestesilege, og består for øvrig av de tilgjengelige faglige ressurser i vakt ved sykehuset., herunder anestesisykepleier, operasjonssykepleier, vakthavende turnuslege, sykepleier FAM, legevaktslegen og ambulanspersonell.*

*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. Ved indremedisinske problemstillinger tilkalles også vakthavende indremedisiner.*

*Det vises for øvrig til prosedyre gjeldende ”Kriterier for utkalling av stabiliseringsteam.”*

II B Ang. kirurgisk vurdering etter henvisning fra kommunelege/vaktlege.

Uavklarte akuttkirurgiske problemstillinger kan henvises vakthavende kirurg for poliklinisk vurdering og evt. poliklinisk behandling. Når henvisningen er mottatt og akseptert overtar kirurgisk vaktlege ansvaret for pasienten.

Ved kirurgisk vurdering skal kirurgiske leger ha adgang til å disponere sengeplass i FAM for observasjon, og ved behov tilkalle stabiliseringsteam før innleggelse i annet sykehus. Når pasienten er henvist fra legevakten til sykehuset er det vakthavende kirurg som er ansvarlig for pasienten frem til innleggelse i mottakende sykehus.

Også på dagtid kan kommunelegen henvise pasienter til kirurgisk vurdering/observasjon ved kirurgisk poliklinikk.

### **Ikke henviste pasienter**

Når akutt kirurgisk pasient bringes inn til FAM uten deltakelse av kommunal legevakt tilkalles kirurgisk vaktlege for vurdering og videre disposisjon inklusive tilkalling av stabiliseringsteam ved behov.

I slike tilfeller tar vakthavende kirurg ansvaret for pasienten.

II D. Beredskap for enkle spesifikke kirurgiske prosedyrer.

I denne forbindelse må man legge til rette for støttefunksjon fra anestesi og OP.

Evt. vil det være behov for oppvåkning i intensivavdelingen hvoretter pasienten overføres til dagavdeling på hverdag og til observasjon i FAM i helg.

Det er her tale om akutt behandling av for eksempel urinretensjon, trombosert hemorroide, reposisjon av luxert ledd, lukket reposisjon av fractur og sårbehandling av barn med behov for narkose.

## **Veiledning i pasientflyt for øyeblikkelig hjelp i Helgelandssykehuset (ajourført 29.10.2006)**

### **Innledning**

Helgelandssykehuset er et lite helseforetak med 3 sykehusenheter med lokalsykehusfunksjoner. Befolkningsgrunnlaget er ikke stort nok til at alle de tre sykehusenheterne kan opprettholde adekvate tilbud for enkelte pasientgrupper. Det er etablert oppgavefordeling i flere fagområder, og helseforetaket har totalt sett et bredt medisinsk tilbud, se oversikt i slutten av dokumentet.

Dette notatet er ment som en veiledning i hvor pasienter med behov for akutt medisinsk hjelp skal transporteres. Det er ikke fritt sykehusvalg for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Helseforetaket må skreddersy transportsystemer som sikrer befolkningen forsvarlig akuttmedisinsk service uavhengig av bosted. De må også ta hensyn til at vårt klima og geografi gjør kan vanskeliggjøre lufttransport, spesielt i vinterhalvåret. Helseforetaket må, gjennom AMK-sentralen, prioritere de samlede ambulanseressursene slik at befolkningen til enhver tid har adekvat ambulanseberedskap. En konsekvens av dette kan i noen tilfeller være at pasienter med akuttmedisinske problemer ikke alltid kan transporteres dit pasienten selv eller primærlegen ønsker.

Det medisinskfaglige tilbudet ved små sykehus vil ofte hvile på enkeltpersoner eller svært små miljøer. Slik tilgangen på spesialutdannet helsepersonell er i Norge vil det ikke være mulig å garantere at alle tilbud, utover vanlige øyeblikkelig hjelp-funksjoner er tilgjengelige til enhver tid. Det er derfor viktig at denne veilederen oppdateres ofte. AMK-sentralen vil dessuten ha oppdaterte opplysninger om variasjoner i bemanningen ved det enkelte sykehus.

### **Oppgavefordeling i Helgelandssykehuset**

Alle sykehusenheterne på Helgeland har generelle indremedisinske avdelinger. Fra 01.11.2006 nedlegges det akuttkirurgiske tilbudet i Mosjøen, på kveld, natt og helger. Fødeavdelingen i Mosjøen er omgjort til jordmorstyrt fødestue. Kirurgisk, obstetrisk og gynekologisk akuttberedskap vil etter den dato være i Mo i Rana og Sandnessjøen. For enkelte mindre spesialiteter er det etablert beredskapsordninger der spesialist kan tilkalles hvis vedkommende er tilgjengelig, også på døgnbasis. Ordningene er ikke ordinære vaktordninger og man vil kunne oppleve at spesialisten ikke er tilgjengelig. Slike ordninger er kalt "beredskap".

#### *Indremedisin*

Alle sykehusenheter har generell indremedisinsk akuttberedskap. Mo i Rana har gastroenterolog. Mosjøen har gastroenterolog og kardiolog. Sandnessjøen har kardiolog og lungelege. Alle sykehus har endoskopikompetanse på dagtid. Sykehuset i Sandnessjøen har beredskap for ekkokardiografi.

#### *Kirurgi*

Sandnessjøen og Mo i Rana har generell bløtkirurgisk vakt. Sandnessjøen og Mosjøen har urolog. Sandnessjøen og Mo i Rana har spesialist i gastrokirurgi.

Fra 01.11.2006 har Mosjøen skadestuefunksjon i kirurgi hverdager kl 8-18, fredager 8-15, ingen kirurgisk akuttfunksjon utover dette.

#### *Ortopedi*

Mo i Rana har helseforetakets ortopediske funksjon med ortopedisk vakt og tar også hovedtyngden av elektive ortopediske operasjoner i helseforetaket. Dagkirurgisk ortopedi i Mosjøen. Se også pkt. 3.7

#### *Gynekologi og fødselshjelp*

Sandnessjøen og Mo i Rana har gynekolog i vakt. Mosjøen og Brønnøysund har fødestuer. Fordeling av fødende mellom fødestue og fødeavdeling skal være i henhold til tidligere vedtatte kriterier for seleksjon av fødsler.

#### *Pediatri*

Sykehuset i Sandnessjøen har barnelege i beredskap. Akutt syke barn bør primært innlegges nærmeste lokalsykehus for diagnostikk og stabilisering før eventuell overflytting til mer spesialisert omsorg.

#### *Øre, nese, hals*

Sandnessjøen har helseforetakets ØNH-avdeling med ØNH-lege i beredskap. Evt. akutt innleggelse må avklares med aktuell spesialist pr. telefon.

#### *Neurologi*

Mosjøen har helseforetakets neurologifunksjon. Det er ingen beredskap for neurolog i helseforetaket.

#### *Radiologi*

Alle sykehus har røntgenavdeling med det utstyret som trengs for ordinær akuttmedisinsk diagnostikk. Mosjøen og Mo i Rana har MR. Sandnessjøen og Mo i Rana har fast ansatte radiologer med beredskap.

#### *Reumatologi*

Mo i Rana har fast ansatt reumatolog, ikke beredskap.

### **Hvor skal pasienten sendes?**

#### *Brystmerter*

Alle sykehus har vakt for behandling av slike pasienter.

#### *Akutt respirasjonssvikt*

Alle sykehus har vakt for behandling av slike pasienter.

#### *Akutt alvorlig infeksjon (Sepsis, meningitt)*

Alle sykehus har vakt for behandling av slike pasienter.

#### *Akutt syke barn*

Se pkt. 2.4

#### *Alvorlig akutt gastrointestinal blødning*

Selv om behandling av denne typen pasienter i dag først og fremst er medisinsk, vil det en sjelden gang være behov for kirurgisk intervensjon. Pasienter med alvorlig tilstand bør fordeles til de sykehus som har kirurgisk beredskap, pasienter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal sendes primært til Sandnessjøen. I prosedyrer utarbeidet i Mosjøen i forbindelse med omstillingen er denne pasientgruppen spesielt omtalt.

### *Akutt abdomen*

Det er bløtkirurgisk vakt både i Sandnessjøen og Mo i Rana. Pasienter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal derfor primært sendes til Sandnessjøen, for øvrig skal de fordeles etter ordinære sykehusområder.

### *Frakturer og andre mindre traumer*

Helseforetaket har ortopedisk vakt i Mo i Rana. All frakturbehandling som krever ortopedisk kompetanse skal formidles dit. Transport av denne typen pasienter er ofte ressurskrevende. Enklere frakturbehandling kan derfor også foregå i Sandnessjøen avhengig av den enkelte kirurgs erfaring og kompetanse.

### *Øvrige frakturer skal til Mo i Rana.*

Pasienter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal primært sendes til Mo i Rana, for øvrig skal de fordeles etter ordinære sykehusområder.

### *Større traumer (multitraumer)*

Det er bred enighet om at multitraumatiserte pasienter skal transporteres til nærmeste lokalsykehus med generell kirurgisk vakt for stabilisering. Lokalsykehuset skal ikke ha ambisjoner om å ferdigbehandle pasienten, bare gjøre det som er nødvendig for å sette pasienten i stand til å tåle transport til traumesenter. Vårt primære traumesenter er UNN, i noen sammenhenger kan det være aktuelt å bruke St. Olavs hospital.

Ett unntak fra dette er pasienter med isolerte, åpenbare hodeskader som ikke trenger annet enn neurokirurgisk behandling. Slike pasienter kan sendes direkte til traumesenter.

Helgelandssykehuset har døgnåpent traumemottak i Mo i Rana og Sandnessjøen.

Multitraumatiserte pasienter fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal derfor primært sendes til Sandnessjøen, for øvrig skal pasientene fordeles etter ordinære sykehusområder. Ordningen bør evalueres etter et år slik at pasientfordelingen eventuelt kan justeres.

### *Brannskader*

Ofte vil det være aktuelt å overføre slike pasienter til spesialisert brannskadeavdeling. Dersom direktetransport kan foregå uten vesentlig forsinkelse kan det vurderes, men hovedregelen er at slike pasienter primært innlegges i lokalsykehus for stabilisering

### *Akutt aortasykdom*

Ved mistanke om akutt disseksjon, akutt aneurysmedannelse eller mistanke om ruptur i abdominalaorta skal pasienten som hovedregel innom lokalsykehus for diagnostikk og stabilisering. Pasienter med sterk mistanke om abdominal aortasykdom som allerede er i luftambulansetilstand kan tas direkte til Bodø. Pasienter med mistanke om torakal aortasykdom skal alltid innom lokalsykehus for CT-diagnostikk og eventuelt stabilisering.

### *Fødende*

Sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen har fødeavdeling med gynekolog i vakt. Det er fødestue i Brønnøysund og Mosjøen. Fordeling av fødende mellom fødestue og fødeavdeling skal være i henhold til tidligere vedtatte kriterier for fordeling av fødsler. Fødende med behov for fødeavdeling fra kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal skal primært sendes til Sandnessjøen, for øvrig skal pasientene fordeles etter ordinære sykehusområder

### *Akutte neurologiske sykdommer*

Det er ikke neurolog i beredskap. Nevrologisk avdeling Nordlandssykehuset, Bodø har vaktberedskap. Akutte iskemiske hjerneslag tas imot ved alle sykehus. Øvrige alvorlige akutte neurologiske sykdommer (akutte intrakranielle blødninger, tumormistanke,) trenger oftest bare



radiologisk diagnostikk før evt. videreformidling til neurokirurgisk avdeling. Slike pasienter bør derfor fordeles etter de ordinære sykehusområder.

#### *Akutt øre, nese og halssykdommer*

Sandnessjøen har ØNH-lege i beredskap og kan ta imot de fleste typer akutte sykdommer i ØNH-området (abscesser, akutte kompliserte sinusitter, øresmerter, fremmedlegemer og nesefrakture). Se pkt. 2.5

#### *Akutte øyesykdommer*

Det er ikke døgnvakt eller beredskap for øyelege. Øyeavdelingen, Nordlandssykehuset, Bodø har vaktberedskap.

### Arbeidsdeling fagområder Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF 2006: Arbeidsdeling fagområder		
Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen
Generell indremedisin - Akutt/elektiv	Generell indremedisin - Akutt/elektiv - Hjerterytmeeanalyse	Generell indremedisin - Akutt/elektiv - Pacemaker - Geriatri
Døgnkontinuerlig kirurgi - Akutt/elektiv - Generell - Gastro - Ortopedi 2 vaktskikt	Dagkirurgi - Akutt/elektiv - Generell - Plastikk - Urologi - Urologilaser	Døgnkontinuerlig kirurgi - Akutt/elektiv - Generell - Gastro - Urologi 1 vaktskikt
Fødeavdeling (Pediatri)	Fødestue	Fødeavdeling Pediatri
Revmatologi	Øye - Nevrologi - Hud	ØNH
Rehabilitering dag - LMS	Rehabilitering dag - LMS	Rehabilitering dag/døgn - LMS
Radiologi - MR	Radiologi - MR	Radiologi - Mammografi
Laboratorie - Blodbank	Laboratorie - Blodbank	Laboratorie - Blodbank
Psykiatri - Voksne poliklinikk/dag/døgn - Barn/ungdom poliklinikk	Psykiatri - Voksne poliklinikk/døgn - Barn/ungdom poliklinikk/døgn - Familie døgn - Nevropsykologi poliklinikk	Psykiatri - Voksne poliklinikk/dag/døgn - Barn/ungdom poliklinikk
Habilitering dag	Habilitering dag	Habilitering dag
Rus poliklinikk	Rus poliklinikk	Rus poliklinikk
		Brønnøy - Luftambulans helikopter/fly - Psykiatri - Fødestue - Spesialistpoliklinikk - Dialyse Sømna - Rehabilitering dag/døgn
FAM og Helseparkprosjekt	FAM og FAM-legeprosjekt	Brønnøyprosjekt
Spesialistambulering	Enhet lindrende behandling	Spesialistambulering
Tannhelsetjeneste		Tannhelsetjeneste
Sykepleierutd. Bodø avd. Mo i Rana	Sykepleierutd. Bodø avd. Mo i Rana	Sykepleierutd. Nesna avd. Sandnessjøen

**AKUTTFUNKSJONEN VED HELGELANDSSYKEHUSET MOSJØEN FRA 1.1.2008 .****AVKLARING AV ANSVARFORHOLD OG BESKRIVELSE AV FUNKSJON.**

Utarbeidet av Helgelandssykehuset Mosjøen og kommunelegene i Vefsn kommune

**I. Legevaktens rolle og ansvar**

Legevaktslegen har ansvar for primær vurdering og behandling av pasientene, beslutter innleggelse av pasient i sykehus med sengeavdeling, eller henviser pasienten til vurdering og behandling av kirurg ved FAM/kirurgisk poliklinikk. Helgelandssykehuset Mosjøen har ikke kirurgisk sengeavdeling.

Legevaktslegen er ansvarlig for alle pasienter til disse er mottatt av neste behandlingsnivå. Dette gjelder også gravide kvinner med fødselsproblematikk. Her er fødestua ved Helgelandssykehuset Mosjøen og fødeavdelingene ved Sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen samarbeidende instanser.

Dersom pasient med alvorlig/kritisk tilstand kommer direkte til sykehuset, og sykehuset iverksetter behandling av pasienten, ivaretas behandlingsansvaret av sykehuset.

**II. Indremedisinske pasienter**

Pasienter med indremedisinske problemstillinger mottas og behandles i FAM/medisinsk avdeling/intensivavdeling avhengig av behov. Vakhavende turnuslege/assistentlege/overlege er behandlingsansvarlig etter at av pasienten er mottatt i avdelingen. Overordnet ansvar ligger hos avdelingsoverlegen.

Det foreligger egen oversikt over hvilke pasienter som ikke skal/kan behandles i medisinsk avdeling. Listen følger som vedlegg 1. Ved tvil om pas. skal innlegges i kirurgisk eller medisinsk avdeling, avgjøres pasientinntak av vakhavende overlege i samråd med avdelingsoverlegen.

**III. Fødepasienter**

Det medisinske ansvar for innlagte pasienter på fødestua ligger hos ansvarlig jordmor på fødestua. Gynekolog er medisinskfaglig rådgiver for fødestua og kan kontaktes på dagtid.

**IV. Kirurgiske pasienter**

Kirurgisk avdeling driver primært elektiv dagkirurgi samt elektiv kirurgisk poliklinikk.

Primærlegene kan henvise øyeblikkelig hjelp-pasienter til kirurgisk poliklinikk for vurdering av uklare kirurgiske tilstander og poliklinisk behandling hele døgnet alle dager.

Kirurgisk vaktberedskap er knyttet til eksisterende kirurgisk spesialistbemanning, med varierende kompetanse i generell kirurgi.

Kirurgisk skadestue og vurderingsberedskap er en akutt funksjon i sykehuset for pasienter som primært ikke trenger innleggelse, eller der den kirurgiske problemstillingen er uavklart. Når pasienten er mottatt etter henvisning, overtar kirurgisk vaktlege ansvaret for pasienten.

Alle akuttkirurgiske pasienter med klart behov for innleggelse skal av primærlege innlegges direkte i Sandnessjøen (primært bløtkirurgi) eller Mo i Rana (primært ortopedi). Dette gjelder hele døgnet alle dager.

Når akutt kirurgisk pasient bringes inn til FAM uten deltakelse av kommunal legevakt, tilkalles kirurgisk vaktlege for vurdering og videre disposisjon inklusive tilkalling av stabiliseringsteam ved behov. I slike tilfeller tar vakthavende kirurg ansvaret for pasienten

Vakthavende kirurg har ansvar for evt. dagkirurgipasienter som må overnatte i sykehuset etter elektive inngrep. Vakthavende kirurg kan også konsulteres ved kirurgiske problemstillinger hos innlagte pasienter på medisinsk avdeling

## **V. Stabiliseringsteamet**

*Det er foreliggende prosedyre med kriterier for utkalling av hele eller deler av stabiliseringsteamet (vedlegg 2).*

*Stabiliseringsteamet ved sykehuset i Mosjøen ledes av anestesilege, og består for øvrig av de tilgjengelige faglige ressurser i vakt ved sykehuset, herunder anestesisykepleier, operasjonssykepleier, vakthavende turnuslege og sykepleier FAM. Ved behov involveres også legevaktslegen og ambulanspersonell.*

*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. Når pasienten er mottatt i FAM overtar sykehuset ansvaret for pasienten, under faglig ledelse av anestesilegen. Legevaktslegen fortsetter sin legevakt og har ikke lenger ansvaret for pasienten i FAM.*

*Anestesilegen, eller turnuslegen i samråd med anestesilegen, vurderer behov for vakthavende kirurgs deltakelse i stabiliseringsteamet og beordrer tilkalling av denne ut fra vurdering av pasient/meldt pasient. Ved indremedisinske problemstillinger tilkalles også vakthavende indremedisiner.*

*Sykehuset har etablert følgetjeneste med anestesisykepleier i de tilfelle anestesilege i samråd med ambulanspersonellet finner dette nødvendig.*

*Sykehuset gjør krav på økonomiske refusjoner etter gjeldende regler for den behandling/oppfølging som skjer i sykehuset.*

## **VI. Beredskap for enkle spesifikke kirurgiske prosedyrer og kirurgisk observasjon.**

Ved kirurgisk vurdering har kirurgiske leger, etter avtale med kirurgisk bakvakt, adgang til å disponere sengeplass i FAM for observasjon, og ved behov tilkalle stabiliseringsteam før innleggelse i annet sykehus.

Ved enkelte akutte prosedyrer vil det kunne være behov for støttefunksjon fra anesthesi og operasjonsstue.

Evt. vil det være behov for oppvåkning i intensivavdelingen hvoretter pasienten overføres til dagavdeling på hverdag og til observasjon i FAM i helg.

Det er her tale om akutt behandling av for eksempel urinretensjon, trombosert hemorroide, reposisjon av luxert ledd, lukket reposisjon av fractur og sårbehandling av barn med behov for narkose.

## **VII. Utvidet akuttkirurgisk stabilisering.**

For vinteren 2007/2008 er følgende tiltak gjennomført:

Som en del av stabiliseringen, og når dette er påkrevd, utføres følgende nødkirurgiske prosedyrer på akutte pasienter i Mosjøen:

- 1) Thoraxdren
- 2) Blødningskontroll inkludert ”pakking” av buk

Tiltakene gjennomføres når dette er nødvendig for å stabilisere pasienten før videre transport, og er basert på den eksisterende kirurgiske kompetanse til enhver tid.

## **VIII. Informasjon**

Denne rutinen fordeles til alle primærleger i Vefsn, Grane og Hattfjelldal, samt alle leger og aktuelle avdelingsledere i sykehuset. Informasjon til nyansatte og vikarer er spesielt viktig, og tilligger ansvarlige ledere på alle aktuelle nivå.

Mosjøen 31.1.2008

Reidar Berntsen, avd. overlege med. avd.  
Arnfinn Dag Aronsen, avd. overlege kir.avd.  
Elin Pettersen, avd.leder FAM  
Arne W. Wilschow, leder arb.gruppen

Per Iver Øksne, Kommuneoverlege  
Henning Hellan, kommunelege  
Reidun Kismul, kommunelege  
Kjell Nystuen, ass.lege med.avd.

