

Rapportnotat fase 3:

Organisering av akutt kirurgisk beredskap og fødselsomsorg – konsekvenser av vedtak



Hålogalandssykehuset

10. oktober 2003

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 Mandat for prosjektgruppe HHF	3
1.3 Prosjektgruppens sammensetting og organisering	4
1.4 Arbeidsmetode, prosess og avgrensning	5
2. Om generell kirurgisk akuttberedskap	6
2.1 Begrepsavklaring	6
2.2 Definisjon av krav til generell kirurgisk akuttberedskap.....	6
2.3 Tilgjengelighet.....	7
2.4 Kompetanse, ansvar og kvalitet	7
2.5 Samhandlingen med primærhelsetjenesten.....	7
3. Etablering av forsterket fødestue i Narvik – konsekvenser og mulige tiltak	8
3.1 Begrepsavklaring og nøkkeltall	8
3.2 Felles forutsetninger for omlegging til fødestue	8
3.3 Forsterket fødestue – modell for gjennomføring.	9
3.4 Prosjektgruppens vurderinger av modell for forsterket fødestue.....	10
4. Utvikling av elektiv ortopedi i Narvik – konsekvenser og mulige tiltak	11
4.1 Nåværende ortopedisk tjenestetilbud i Narvik.....	11
4.2 Begrepsavklaring elektiv/akutt ortopedi.....	11
4.5 Konsekvenser for bygg og utstyr.....	12
4.6 Konsekvenser for kompetanseutvikling og bemanning	13
4.7 Prosjektgruppens vurdering	13
5. Prioritering mot bløtdelskirurgi i Stokmarknes – konsekvenser og mulige tiltak....	14
5.1 Funksjons- og arbeidsdeling av bløtdelskirurgien i Stokmarknes.....	14
5.2 Konsekvenser for kompetanseutvikling og bemanning	14
6. Ambulansetjenesten	15
7. Oppsummering	16

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Prosjekt "Videre arbeid med organisering av fødselsomsorg og akuttkirurgi i Hålogalandssykehuset HF" er tredje fase av en lengre utredningsprosess iverksatt av Helse Nord RHF høsten 2002. Fase 1 var et utredningsarbeid fra to regionale prosjektgrupper, som utredet henholdsvis organiseringen av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord. Fase 2 var lokale prosjektgrupper som utredet en nærmere konkretisering av løsninger basert på vedtak i styret i Helse Nord og styrene i Helgelandssykehuset HF og Hålogalandssykehuset HF (HHF) vinter/vår 2003, med endelig vedtak fastsatt av foretaksmøtet i Helse Nord RHF (HN) 19.06.03.

Dette prosjektet, som skal belyse konsekvenser av de vedtak som er fattet, bygger på eget mandat fastsatt av ledelsen i Hålogalandssykehuset HF og er godkjent av Helse Nord RHF.

1.2 Mandat for prosjektgruppe HHF

Prosjektgruppen viser til prosjektnotat fra foretaksledelsen datert 17.07.03. Der forekommer et mandat for den leveransen som Helse Nord RHF forventer fra Hålogalandssykehuset HF. I dette mandatet ligger både krav til dokumentasjon på konsekvenser av vedtaket i foretaksmøtet og krav til prosessen. Under pkt. "Mandat for prosjektgruppen" finner vi følgende definert som gruppens oppgave:

"Prosjektgruppen skal innen 10. okt. 03 utarbeide rapport til HN der ovenstående bestilling er behandlet. Endelig rapport skal være behandlet av foretaksledelsen og brukerutvalget, samt drøftet med tillitsvalgte før behandling i styret HHF. Saken vil deretter fremsendes HN innen 20 okt. Det forutsettes at nødvendig samhandling med primærhelsetjenesten, akuttmedisinsk kjede, fagpersonell i foretaket og HN ivaretas gjennom deltakelse i prosjektgruppen."

Gruppen oppfatter "ovenstående bestilling" i avsnittet over til å gjelde de særskilte krav til leveransen fra Hålogalandssykehuset, som er skissert i samme prosjektnotat. Disse er følgende:

"HHF skal i forbindelse med omgjøring til forsterket/modifisert fødestue i Narvik og endring av kirurgisk akuttberedskap i Narvik og Stokmarknes dokumentere:

- at det skjer en styrking av den akuttmedisinske beredskapen ved at de prehospitale tjenestene, i første rekke ambulansetjenesten styrkes, og at dette kombineres med en økt akuttkirurgisk kapasitet og kompetanse gjennom oppretting av parallelle vaktteam i bløtdelskirurgi og ortopedi i HHF/Harstad.*
- at det fram til gjennomføring av endringene finner sted en aktiv involvering av fagpersonell i egen organisasjon, herunder prehospitale tjenester, samt i forhold til primærhelsetjenesten.*
- at personell med akuttmedisinske oppgaver i alle sykehusene trenes målrettet i skadehåndtering og stabilisering etter skader.*
- at ved etablering av forsterket (modifisert) fødestue, skal helseforetaket sikre at legene i vakt har eller sørger for å få kompetanse til å utføre akutt operativ forløsning, i tråd med forsvarlighetskravet.*
- at tiltakene ikke medfører en økning av oppgaver til kommunehelsetjenesten uten at dette er avklart på forhånd.*

- *at det utvikles et opplegg for en systematisk evaluering av endringene, med sikte på ytterligere forbedringer.*
- *det må for prosjektene dokumenteres aktiv involvering av fagpersonell i egen organisasjon, herunder prehospitaletjeneste, og primærhelsetjenesten og kommunene.*
- *informasjon til befolkningen må ivaretas på en strukturert måte.*
- *det avholdes et dialog-/informasjonsmøte med aktuelle kommuner ved oppstart av prosjektene og et møte før tilbakerapportering til Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har ansvar for det samme overfor fylkeskommunene.*
- *før endelig styrebehandling i Hålogalandssykehuset HF skal også saken være forelagt brukerutvalget.*
- *i begge prosjektene må det konfereres med nasjonale fagressurser.*
- *for alle divisjonene må det dokumenteres hvordan trening og kompetanseoppbygging i skadehåndtering og stabilisering etter skade inngår i en samlet strategi.”*

Prosjektgruppen oppfatter mandatet som noe uklart. Det stilles krav til gruppen og krav til foretaksledelsen uten at det går klart fram av mandatet hvem som har ansvar for hva. Prosjektgruppen vil understreke at det ikke kan forventes at en rådgivende gruppe skal kunne *dokumentere* at noe skjer i etterkant av arbeidet. Gruppen har derfor valgt å definere sin rolle slik at gruppen kan skissere konsekvenser av vedtaket i foretaksmøtet samt gi råd om tiltak og argumenter som må være håndtert i den påfølgende prosess.

Gruppen mener videre at de siste 6 kulepunktene omhandler prosessen som foretaksledelsen må ta ansvar for, både når det gjelder sammensetting av gruppen for å involvere berørte fagmiljøer m.v. og i forhold til informasjonsarbeid og den videre beslutningsprosessen. Vi forventer at foretaksledelsen tar ansvar for denne del av leveransen overfor Helse Nord RHF.

1.3 Prosjektgruppens sammensetting og organisering

Prosjektet har ikke hatt noen formelt opprettet styringsgruppe, men prosjektledelsen har hatt jevnlig dialog med foretaksdirektør og styreleder HHF. Prosjektgruppen har bestått av:

- Harald Noddeland, PricewaterhouseCoopers - Prosjektleder
- Trude Grønlund, Helse Nord – Prosjektsekretær
- Arne Arntzen, HHF's brukerutvalg
- Karin Eilertsen, sykepleier – Stokmarknes, foretakstillitsvalgt for NSF
- Trond Ellingsen, avd.overlege - Harstad
- Ole Edvard Gabrielsen, overlege kir – Narvik, foretakstillitsvalgt for Dnlf/Of
- Turid Henriksen, vara for Eva Opshaug Teigen
- Bernard Holthe, fastlege – Narvik
- Lisbeth Kristoffersen, spesialsykepleier – Narvik
- Hans Krogstad, avd.overlege gyn.avd. - Harstad
- Paul Larsen, jordmor – Narvik
- Tor Harald Nyheim, Ambulansesjef - Hålogalandssykehuset HF
- Stig Pedersen, avdelingssykepleier, – Stokmarknes
- Matthias Reckert, avdelingsoverlege kir avd – Narvik
- Lise Lotte Stenersen, kommunejordmor – Andenes
- Eva Opshaug Teigen, HHF's brukerutvalg

Beate Ingebrigtsen, informasjonssjef i Hålogalandssykehuset har deltatt på møtene og hun har hatt ansvar for å utforme informasjonen om gruppens arbeid, også slik at det er tilgjengelig på internettssidene til helseforetaket.

Elsa Solstad, doktorgradsstudent ved Høgskolen i Bodø, har fulgt gruppens arbeid og skal følge prosessen fra vedtak til implementering som ledd i sitt doktorgradsarbeid. Hennes arbeid vil i høy grad også ha betydning for mulighetene av å få til en systematisk evaluering av endringene etter hvert.

Sølvi Taraldsen, seniorrådgiver i Sosial- og helsedirektoratet og sekretær for Nasjonalt råd for fødselsomsorg, har deltatt på de to siste møtene.

1.4 Arbeidsmetode, prosess og avgrensning

Prosjektgruppen har hatt til sammen tre møter, hvorav ett todagers møte. Mellom møtene har gruppen arbeidet individuelt og i smågrupper, for å levere innspill og bidrag til rapporten. På bakgrunn av den korte tiden til disposisjon for arbeidet har det ikke vært tid til større høringsrunder og rådføring med andre.

Oppfølging av kravene til beslutningsprosessen og informasjon forventes som sagt ivaretatt av foretaksledelsen, slik skissert ovenfor i pkt. 1.2.

Gruppen anser den knappe tiden til disposisjon som en begrensende faktor for mulighetene til å oppfylle mandatet.

2. Om generell kirurgisk akuttberedskap

2.1 Begrepsavklaring

Tilbudet av tjenester og beredskap i kirurgiske fag innenfor Hålogalandssykehuset er omfattende. For å kunne gjennomføre en målrettet diskusjon om et komplekst tema har prosjektgruppen valgt å beskrive tilbudet som summen av tre sett av tjenester. De tre settene er:

Tjeneste/beredskap	Beskrivelse
Sett 1. Basis kirurgi	Dette er tjenester som alle sykehus med generell kirurgisk akuttberedskap skal være i stand til å levere både på dagtid og på vakttid.
Sett 2. Fordelte spesialisttjenester	Dette er tjenester som Hålogalandssykehuset har ansvar for å dekke, men som gjennomføres etter en arbeidsdeling bygget på sedvane eller styrt funksjonsfordeling. Tjenestene er ikke tilgjengelige på alle tre sykehusene og graden av beredskap varierer. Mange av tjenestene som omtales i kapittel 3 og 4 hører til i dette settet.
Sett 3. Særlig spisskompetanse	På enkelte områder er det bygget opp kompetanse til å utføre tjenester som ellers bare tilbys på vesentlig større sykehus. Ofte er slike tjenester knyttet til enkeltpersoner med særlig spisskompetanse, og som tiltrekker pasienter utover Hålogalandssykehusets opptaksområde.

En riktig balanse av oppgaver fra alle tre settene er viktig for å oppnå god ressursutnyttelse, godt arbeidsmiljø og varierte arbeidsoppgaver. Mens basis kirurgi krever mye ressursbruk på kveld, natt og helg tilfører oppgaver i sett 2 og 3 flere oppgaver på dagtid. Videre er ofte de samme personene involverte i hele tjenestespekteret. En klargjøring av bidraget i alle tre settene er derfor nødvendig for å kunne forutse konsekvensene av endring i sykehusets oppgaver.

2.2 Definisjon av krav til generell kirurgisk akuttberedskap

Generell kirurgisk akuttberedskap er et teamarbeid. Teamet består av

- Spesialist i kirurgi (overlege), lege under utdanning i kirurgi og turnuslege.
- To operasjonssykepleiere
- Anestesilege og anestesisykepleier
- Støttetjenester: Røntgen, blodbankservice, laboratorietjenester og postoperativ overvåkning

Beredskapen utgjøres av teamets samlede tilgjengelighet og kompetanse. Generell kirurgisk akuttberedskap forutsetter at hele teamet er tilgjengelig og har tilstrekkelig kompetanse.

Oppgavene til et generelt kirurgisk akuttberedskapsteam er todelt:

a) Vurdere/stabilisere: Alle typer henvendelser. Teamet har en viktig rolle også ved diagnoser eller problemstillinger som ligger utenfor teamets behandlingskompetanse. Viktige stikkord er samarbeid med primærlege, ambulansetjeneste, og andre sykehus med et mer avansert kirurgisk tilbud.

b) Behandle: Teamet skal beherske utvalgte tiltak og prosedyrer. Prosjektgruppen mener Hålogalandssykehuset bør definere sin beredskap klart ved hjelp av et minimumssett av krav som alle foretakets team skal oppfylle. Dette omfatter alle generellkirurgiske og generellortopediske prosedyrer.

Av særlig betydning for denne rapporten er at gruppen mener nødkeisersnitt krever kompetanse og trening utover det som kan forventes av et generelt kirurgisk akuttberedskapsteam.

2.3 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet i denne sammenhengen betyr døgnkontinuerlig vaktberedskap for et komplett kirurgisk team og tilhørende støttetjenester. Tilkallingstiden for de ulike deltakere i teamet kan variere og fastsettes lokalt.

2.4 Kompetanse, ansvar og kvalitet

Ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd. Dette gjelder også for et generelt kirurgisk akuttberedskapsteam. Etersom teamet består av deltakere fra flere ulike profesjoner og avdelinger blir sykehusledelsens systemansvar for å sikre teamets samlede kompetanse (kunnskap og ferdigheter) særlig viktig. Det er gruppens mening at Hålogalandssykehuset bør beskrive systematiske tiltak beregnet på å utvikle og opprettholde generell akutt kirurgisk kompetanse.

Særlig punkter å være oppmerksom på er:

- Rask endring av medisinske fag
- Planmessig trening på håndtering av problemstillinger teamet sjelden møter (for eksempel bruk av BEST-programmet for opplæring om traume-pasienter)
- Opplæring av vikarer og nyansatte
- Fokus på måling av både kliniske resultater og ressursbruk
- Systematisk evaluering – løpende forbedring

Kompetansen til operatøren har tradisjonelt vært sikret gjennom kravet til spesialistgodkjenning i generell kirurgi. En alternativ måte å sikre generell kirurgisk realkompetanse på, er å gjennomføre trening, rotasjon og lignende for deltakere i vaktteamet som er spesialister uten generell kirurgi (for eksempel noen ortopeder)

2.5 Samhandlingen med primærhelsetjenesten

Både vurdering og stabilisering av pasienter med generelle akuttkirurgiske problemstillinger krever ofte et tett samspill med primærhelsetjenesten. De alternativer som omtales i denne rapporten innebærer opprettholdelse av generell kirurgisk akuttberedskap ved alle tre sykehusene i Hålogaland. Det er derfor ikke grunn til å forvente økte oppgaver for primærhelsetjenesten.

3. Etablering av forsterket fødestue i Narvik – konsekvenser og mulige tiltak

3.1 Begrepsavklaring og nøkkeltall

I Helseministerens vedtak brukes begrepet ”operativ forløsning”. Sosial- og helsedirektoratet har bedt helseministeren om en forklaring på dette begrepet og seniorrådgiver Sølvi Taraldsen opplyser i møte i prosjektgruppen at vedtaket skal forstås slik at det er beredskap for *nødkeisersnitt* som skal legges til grunn, og ikke øvrige former for operativ forløsning. Begrunnelsen var at få kirurger behersker andre former for operativ forløsning enn nødkeisersnitt.

Forsterket fødestue betyr for gruppen ei jordmorstyrt fødestue med mulighet for å gjennomføre nødkeisersnitt.

Nøkkeltall for ulike alternativer basert på fødselstall fra 2002 og erfaringer fra tilsvarende fødestuer i Norge:

Alle fødsler i opptaksområdet for Narvik sykehus	100 %	Ca. 300
Fødeavdeling (= dagens fødselstall i Narvik)	Ca. 90 %	= 267
Forsterket fødestue - estimat	70 %	Ca. 210
Vanlig fødestue - estimat	50 %	Ca. 150

Sectiofrekvens:

For dagens praksis er sectiofrekvensen 12% når en ser planlagt og ikke planlagte keisersnitt under ett. Ved en jordmorstyrt eller forsterket fødestue sendes alle med planlagt operativ forløsning til fødeavdeling. Videre selekteres kvinnene fortløpende.

3.2 Felles forutsetninger for omlegging til fødestue

Det er gruppens oppfatning at det er en del forutsetninger som må ligge til grunn for å kunne oppnå et faglig godt tilbud ved fødestue.

Svangerskapsomsorgen

De faglige retningslinjene fra Statens Helsetilsyn og fra Nasjonalt Råd for fødselsomsorg anbefaler et nært samarbeid i svangerskapsomsorg og fødselsomsorg, og at de samme jordmødre som har svangerskapskontroll også så langt mulig bistår ved fødselen.

Ved eventuell overgang til en forsterket fødestue i Narvik vil sykehuset gjennomgå opplegget for svangerskapsomsorg sammen med primærleger og jordmødre i alle berørte kommuner. Så langt det er mulig bør samarbeidet formaliseres i konkrete avtaler.

Seleksjonskriterier

Planlagt fødsel ved en fødestue forutsetter at det er foretatt en vurdering som tilsier at det forventes en ukomplisert fødsel. Når den gravide ønsker det, tas beslutning om planlagt fødsel på fødestue av jordmor på fødestuen, eventuelt i samarbeid med lokal gynekolog eller gynekolog på fødeavdelingen i Harstad. Det må utarbeides seleksjonskriterier i tråd med ”Faglige krav til fødeinstitusjoner”, og retningslinjer for overflytting til fødeavdeling.

Følgetjenesten og overflytting

Overflytting mellom fødestuer og fødeavdeling eller kvinneklinikk er helseforetakets ansvar, og det er ofte naturlig at den jordmor som kjenner kvinnen best også blir med under

transporten. Fødestuen må etablere en vaktordning for jordmødre for å dekke opp for fravær grunnet transport.

Kvinner som ikke er innom fødestua før de reiser til en fødeavdeling vil være kommunens ansvar, slik som i dag. Noen av disse trenger følge av jordmor. Det er naturlig å videreutvikle et samarbeid mellom fødestua og berørte kommuner om hvordan dette behovet dekkes.

Det pågår en utredning i Sosial-og helsedirektoratet for følgetjeneste når reisetiden overstiger en time.

Opplæring/kompetanseoppbygging

En omlegging til forsterket fødestue innebærer endringer i ansvar og arbeidsoppgaver. Svaret på denne utfordringen er opplæring, kompetanseoppbygging og utvikling av fagmiljøet. Under denne prosessen kan det være aktuelt både med bistand fra andre jordmødre som har erfaring med drift av fødestue, og med hospitering ved fødestuer andre steder i landet. Et annet aktuelt tilbud er kurs for jordmødre ved fødestuer som arrangeres av Nasjonalt råd for fødselsomsorg, i samarbeid med Høgskolen i Tromsø etter nyttår.

For personell som arbeider ved fødestuer bør det avtales rotasjons- og etterutdanningsopplegg for å vedlikeholde og utvikle kompetanse om fødsel og nyfødttmedisin. Her må man kunne se på Helse Nord under ett slik at jordmødre/barnepleiere på større fødeavdelinger kan gå inn som vikarer på fødestua i disse periodene. Det er også en stor fordel at spesialistene på en større avdeling kjenner til forholdene slik de oppleves på fødestuene. Samtidig er det en styrke for de ansatte på fødestua å kjenne forholdene på den avdelingen kvinnene fra fødestua overflyttes til.

Informasjon

Ved en omlegging av driftsformen vil det bli utarbeidet informasjonsopplegg for flere målgrupper: gravide kvinner, primærleger og jordmødre i kommunene som sogner til Narvik, publikum og presse. Lokale fagfolk er nøkkelpersoner i dette arbeidet.

3.3 Forsterket fødestue – modell for gjennomføring.

En grunnleggende forutsetning for å bygge opp en forsterket fødestue er at det i samme institusjon finnes generell kirurgisk akuttberedskap. I dette avsnittet omtales det som skiller en forsterket fødestue fra andre jordmorstyrte fødestuer; keisersnittsberedskapen.

Gjennomføring ved hjelp av gynekologer i vakt

Overgang til forsterket fødestue vil medføre endringer i arbeidsoppgavene til gynekologene som arbeider ved Narvik sykehus. Jordmødrene vil få medisinskfaglig ansvar for driften av den forsterkede fødestuen.

Gruppen foreslår at det lages et system for dokumentasjon av realkompetanse for de kirurger som frivillig påtar seg beredskap for nødkeisersnitt. Gruppen understreker videre at keisersnittsberedskap ikke bare handler om operatørkompetanse. Samhandling mellom alle deltakerne i teamet er avgjørende for å redusere risikoen for komplikasjoner. Det stilles store krav til anesthesiologisk kompetanse for å gi trygg og effektiv anestesi til mor, med minimal påvirkning på barnet. Kravet til kartlegging av realkompetanse, individualisert og målrettet etterutdanning og praktisk trening gjelder derfor også alle de andre deltakerne i beredskapsteamet.

3.4 Prosjektgruppens vurderinger av modell for forsterket fødestue

Følgende momenter er lagt til grunn for gruppens vurdering av muligheten for å etablere en forsterket fødestue i Narvik:

- Den kompetanse som er tilgjengelig i Narvik for å utføre keisersnitt er pr dags dato de to gynekologene som arbeider ved fødeavdelingen i Narvik. Disse går i en to-delt vaktordning.
- Kirurgene i Narvik har gitt klart uttrykk for at de ikke har faglig kompetanse til å gå inn i en slik vaktordning. Det er ingen lovhjemmel som pålegger kirurger å gå inn i en beredskapsordning for nødkeisersnitt.
- Dersom man skal gjennomføre helseministerens vedtak må man derfor benytte gynekologer.
- Ved etablering av forsterket fødestue pålegges sykehuset et ansvar med å sikre kontinuitet og kvalitet i beredskapsordningen.
- Å omgjøre dagens fødeavdeling til forsterket fødestue, der dagens gynekologer er i en beredskapsordning for å utføre nødkeisersnitt på selekterte fødende, ansees av gruppen å være en lite hensiktsmessig organisering av fødetilbudet i Narvik. Når gynekologer har vakt er det hensiktsmessig å utnytte deres kompetanse fullt ut.
- Anestesileger og anesthesisykepleiere vil i en forsterket fødestue få svært liten erfaring med å gi anestesi til fødende som ansees å være en risikogruppe når det gjelder anestesi. Lavt volum kompenseres med kurs, trening og hospitering.

Konklusjon:

Gruppen mener at konsekvensen av helseministerens vedtak om å omgjøre fødeavdelingen i Narvik til forsterket fødestue, er at gynekologer må ivareta beredskapen for nødkeisersnitt. I en slik vaktordning må det være flere enn to personer som ivaretar beredskapen.

4. Utvikling av elektiv ortopedi i Narvik – konsekvenser og mulige tiltak

4.1 Nåværende ortopedisk tjenestetilbud i Narvik

Kirurgisk avdeling Hålogalandssykehuset, Narvik har 9 fast ansatte overleger. Av disse arbeider fire overleger hovedsakelig med ortopediske og traumatologiske problemstillinger og en overlege arbeider hovedsakelig med plastikk- og håndkirurgi. Det er parallelle vaktskikt for ortopedi og bløtdelskirurgi. Håndkirurgen deltar i beredskapsvakt. I tillegg er det lege under utdanning og turnuslege i vakt.

Når det gjelder protesekirurgi utføres dette på hofter, skuldre, kne og albue. Arthroskopiske inngrep utføres på skuldre, kne og ankler. Bløtdelsskader i skuldre og korsbåndskader utføres etter prinsippet minimal invasiv kirurgi. Det utføres ellers inngrep etter residerende skulderluksasjoner, revmatologiske inngrep på fingre og håndledd, og aksekorrektur ved feilstilling i øvre og undre ekstremitet.

Hålogalandssykehuset, Narvik har utvidet kompetansen i forbindelse med alvorlig skadde pasienter. Dette gjelder både den prehospitale og den kliniske behandlingen av multitraumatiserte personer. All osteosyntese etter brudd gjøres etter AO- kriterier, osteosyntesematerialet er av titan. Dette gjelder både ved håndkirurgi og kirurgi på ekstremiteter og bekken. Videre brukes marnaglesystem beregnet på øvre og undre ekstremitet, alt i titan.

Narvik har i nært samarbeid med Nasjonalt ryggnettverk, og som eneste lokalsykehus i Nord-Norge en egen ryggpoliklinikk. Det er planlagt operasjoner ved skiveprolaps, så snart det gis rammebetingelser for dette. Sykehuset har i tillegg smerteklinikk, bredt fysioterapitilbud og tilknyttet ortopedingeniør.

Ventetiden for ortopediske inngrep ved Hålogalandssykehuset, Narvik er for tiden ca 0,5 – 2 måneder ved poliklinisk konsultasjon, 1 – 2 måneder ved dagkirurgiske inngrep og 1 – 2 måneder for elektive inngrep som krever innleggelse

4.2 Begrepsavklaring elektiv/akutt ortopedi

Når gruppen skal beskrive konsekvenser av økt elektiv ortopedisk virksomhet i Narvik er det viktig med en presis forståelse av begrepet elektiv. Ordet betyr "valgt" og henspiller både på muligheten til å velge om man skal behandles eller ei og til i så fall å velge tidspunkt. De to ordene elektiv og akutt brukes i denne rapporten som gjensidig utelukkende dvs. enten er det akutt eller så er det elektivt.

Forslag til definisjon: Elektiv ortopedi er inngrep som kan planlegges gjennomført på andre påfølgende hverdag eller senere. Akutt ortopedi krever inngrep gjennomført senest i løpet av første påfølgende dag.

Det meste av statistikken er bygget rundt begrepet "øyeblikkelig hjelp" som oftest uttrykker at innleggelse må finne sted innen 24 timer (Ref. Rapport om organisering av kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord, februar 2003). Statistikken forteller ikke uten videre om et kirurgisk inngrep må finne sted innen 24 timer. Forskjellen i begrepene innebærer at statistikken rundt "ikke øyeblikkelig hjelp" må tolkes med varsomhet i forhold til mulig dimensjonering av elektiv kirurgi. For en del diagnoser eller skader kan det være aktuelt med

et elektivt inngrep i tilknytning til en "øyeblikkelig hjelp" innleggelse. Dette kan ha betydning for fremtidig arbeidsdeling mellom ulike kirurgiske avdelinger.

Det er en tett sammenheng mellom akutt og elektiv ortopedi, for eksempel kan det for samme diagnose eller problemstilling, være aktuelt å vurdere hvorvidt pasienten skal opereres akutt eller planlagt på et senere tidspunkt.

4.3 Noen nøkkeltall for behov for ortopedisk kirurgi i Nord-Norge

Av en befolkningsgruppe på ca 500 000 i Nord- Norge har ca 1,5 promille behov for en primær hofteprotese. Ca 14% av de overnevnte har behov for en revisjonshofte. Dette betyr til sammen ca 855 hofteproteser årlig i Nord- Norge.

Når det gjelder kneproteser har ca 0,5 promille behov for en primær protese, og ca 14% av disse en revisjonsprotese. Samlet utgjør dette for Nord-Norge årlig ca 285 kneproteser.

Dagkirurgi utgjør mellom 54 – 60 % av all kirurgisk virksomhet. I forhold til et hofteinngrep utføres 0,5 ryggoperasjoner og 1,11 revmatologisk- kirurgiske inngrep. Dette betyr i tillegg til de overnevnte inngrepene ca 700 revmatologisk- kirurgiske inngrep og ca 4000 dagkirurgiske inngrep årlig i Nord-Norge.

4.4 Fremtidig dimensjonering av elektiv ortopedi i Narvik – mulige modeller

Prosjektgruppen er bedt om å utrede konsekvensene av økt elektiv ortopedisk kirurgi i Narvik. Ettersom konsekvensene varierer betydelig med endringens omfang har prosjektgruppen definert fire ulike modeller. Alle fire bygger på at sykehuset opprettholder generell akuttkirurgisk basisvirksomhet knyttet til beredskapsteamet på samme nivå som i dag. Endringen gjelder omleggingen av den planlagte kirurgien.

Mulige modeller for drift av elektiv kirurgi i Narvik.

100% = DRG-produksjon fra planlagte kirurgiske inngrep i 2002

	Elektiv ortopedi	Annen elektiv operativ virksomhet	Sum	Kommentar
Modell A	Ca. 40%	Ca 60 %	100 %	Dagens situasjon
Modell B	67%	33 %	100 %	Økning av elektiv ortopedi på bekostning av annen operativ virksomhet
Modell C	100 %	0 %	100 %	En elektiv "produksjonslinje" med pasienter fra øvrige helseforetak
Modell D	130 %	0 %	130 %	Omfang utover behovet for elektiv ortopedi ved Hålogalandssykehuset

4.5 Konsekvenser for bygg og utstyr

- Modell A og B kan gjennomføres med dagens antall operasjonsstuer. Modell C og D vil kreve 1-4 operasjonsstuer i tillegg for effektiv avvikling av operasjonsprogrammet.
- Økt antall inngrep med protesekirurgi vil kreve ombygging av 2 operasjonsstuer særlig med vekt på bedret ventilasjon
- Spesialutstyr for operasjon må anskaffes i overensstemmelse med kirurgisk metoder.
- Behovet for utstyr må ses i sammenheng med logistikk for rengjøring og sterilisering

- e) Behov for utbedring av oppvåkingsrom og intensiv må vurderes i forhold til fremtidig sammensetning av pasientmaterialet
- f) Økt vekt på ortopedi vil aktualisere PACS og digitalt røntgenutstyr også på operasjonsavdelingen
- g) Generell kirurgisk beredskap vil i gjennomsnitt kreve en operasjonsstue som ikke er disponert til planlagt ortopedi
- h) Er sengeavdelingene dimensjonert for økt ortopedisk aktivitet?
- i) Er fysioterapiavdelingen dimensjonert for slik økt aktivitet?

4.6 Konsekvenser for kompetanseutvikling og bemanning

Omlegging til mer elektiv ortopedisk kirurgi vil ha gjennomgripende effekter på sykehuset. Konsekvensene kan grovt deles i to grupper: De som er knyttet til opptrappingen av elektiv ortopedi, og de som er knyttet til reduksjon av andre behandlingstilbud. Begge deler av omstillingen bør planlegges godt med en konkret og praktisk gjennomføringsplan. Prosjektgruppen har ikke gått gjennom alle sider av dette, men vil nevne en del viktige ting å huske på.

- a) Målrettet rekruttering av spesialister i ortopedi
- b) Rekruttering og etterutdanning av operasjonspersonell.
- c) Vurdering av kapasitet og kompetanse på anestesi, oppvåkning og intensiv
- d) Kritisk gjennomgang av opplegg for rengjøring av utstyr og lokaler
- e) Endring av funksjoner for personell under utdanning; turnuskandidater, assistentleger m.fl.
- f) Styrking av fysioterapifunksjonene
- g) Etterutdanning av personell på sengeposter og poliklinikker
- h) Økt andel oppegående pasienter – omlegging av matservering
- i) Gjennomgang av kapasitet og tilgjengelighet på røntgentjenester
- j) Organisering av pasientflyt og utvikling av samhandling mellom sykehusets avdelinger
- k) Oppgradering av informasjonsopplegg for pasienter, både innen tjenesteområder som trappes opp og de som trappes ned
- l) Etablere særskilte tiltak for personale med arbeidsoppgaver som faller vekk eller endres vesentlig

4.7 Prosjektgruppens vurdering

Prosjektgruppen henviser til den utredning som gjøres av gruppen som utreder organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord. Gruppen ser positivt på at Hålogalandssykehuset HF, divisjon Narvik er trukket fram som lokalisering for en mulig elektiv produksjonslinje for ortopedi i regionen. Det er gode forutsetninger for at dette kan bli en vellykket løsning. Viktigst er det brede fagmiljøet som man har i dag.

Konkret foreslås et grundig utredningsarbeid som gir grunnlag for en positiv beslutning om en slik utvikling. Gruppen vil i denne sammenheng presisere at utredningsarbeidet må være basert på fortsatt opprettholdelse av den generelle kirurgisk akuttberedskapen.

5. Prioritering mot bløtdelskirurgi i Stokmarknes – konsekvenser og mulige tiltak

5.1 Funksjons- og arbeidsdeling av bløtdelskirurgien i Stokmarknes

Med den bemanning man i dag har ved Divisjon Stokmarknes vil det ikke bety noen større endring i aktivitet/prosedyrer i overskuelig fremtid. Imidlertid pågår det sentralt en kontinuerlig vurdering av enkeltprosedyrer mht behov for sentralisering.

Prosedyrer med relativt liten forekomst som er spesielt ressurskrevende mht kompetanse og utstyr vil det ikke være riktig å opprettholde både i Harstad og på Stokmarknes. Hvilke prosedyrer dette gjelder vil vi i faggruppene måtte se på underveis. Visse terapeutiske prosedyrer i lever /galleveier / pancreas (ERCP) og stenting av øvre/nedre GI-tractus vil det være naturlig at disse i fremtiden gjøres ved Divisjon Harstad hvor dette allerede er etablert.

Videre er det de siste årene etablert utstyr og kompetanse for avansert laparoscopisk kirurgi i Harstad og det er naturlig at denne forblir og videreutvikles her. Det betyr ikke at man ikke skal drive med laparoscopisk kirurgi ved Stokmarknes. Laparoscopisk kirurgi er utbredt over hele landet og for eksempel laparoscopisk cholecystectomi kan være en del av repertoaret også her.

Ved Divisjon Stokmarknes har man en velfungerende dagkirurgisk enhet i motsetning til i Harstad. Det er naturlig at også Divisjon Harstad må / bør utvikle en velfungerende dagkirurgisk enhet.

Det vil være vanskelig og heller ikke ønskelig med en mer detaljert beskrivelse av hvilke prosedyrer som skal gjøres ved Stokmarknes og Harstad. Dette må være gjenstand for en diskusjon i fagrådene og den til en hver tid aktuelle kompetanse ved sykehusene. Det må være et kontinuerlig og nært samarbeid mellom sykehusene slik at ressursene brukes på best mulig måte. Dette vil styrke fagmiljøene og opprettholde de tilbud vi nå har fått bekreftet skal være ved våre tre sykehus.

Gruppen ser at inndelingen under pkt.2.1 i tre sett av prosedyrer kan ha en beskrivende funksjon av det spekter helseforetaket i fremtiden skal håndtere. Gruppen kan imidlertid ikke se at det pr. i dag er hensiktsmessig med en nærmere spesifisering av prosedyrer og lokalisering av disse. En ev. funksjonsfordeling innen bløtdelskirurgien i fremtiden må gjøres av faggruppene ved divisjonene Stokmarknes og Harstad.

5.2 Konsekvenser for kompetanseutvikling og bemanning

Grunnlaget for det videre arbeid må være basert på at det både ved Divisjon Narvik og Stokmarknes skal være døgnkontinuerlig generell kirurgisk beredskap. Dette gjør at arbeidsgiver må forplikte seg til å sørge for at man har en generellkirurgisk kompetanse som omfatter generell bløtdelskirurgi og ortopedi. Det vil si at man kan ha overleger med hovedinteresse/grenutdanning i fagfelt innen bløtdelskirurgi og i ortopedi så lenge generellkirurgisk kompetanse ligger i bunnen.

6. Ambulansetjenesten

Foretaksrådets vedtak innebærer ingen endring i den kirurgiske akuttberedskapen. Dette vil derfor ikke innebære umiddelbare endringer i behovet for ambulansetransport ved akutt innleggelse innenfor helseforetaket.

En framtidig funksjonsfordeling mellom sykehusene i helseforetaket i retning av bløtdelskirurgi i Stokmarknes og ortopedi i Narvik, vil kunne innebære behov for økt transport mellom sykehusene. Dimensjonering av ambulansetjenesten er vanskelig å stipulere før en slik funksjonsfordeling er besluttet. Et eventuelt behov for ledsagelse ved slik transport vil være spesialisthelsetjenestens ansvar.

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

7. Oppsummering

Generell kirurgisk akuttberedskap

Generell kirurgisk akuttberedskap er et teamarbeid. Teamet består av

- Spesialist i kirurgi (overlege), lege under utdanning i kirurgi og turnuslege.
- To operasjonssykepleiere
- Anestesilege og anesthesisykepleier
- Støttetjenester: Røntgen, blodbankservice, laboratorietjenester og postoperativ overvåkning

Beredskapen utgjøres av hele teamets samlede *tilgjengelighet* og *kompetanse*. Oppgavene består av *vurdering*, *stabilisering* og *behandling*. Basissettet av tjenester som inngår i generell kirurgisk akuttberedskap må alle tre sykehusene være i stand til å levere både på dagtid og på vakttid.

Forsterket fødestue i Narvik

Forsterket fødestue betyr for gruppen ei jordmorstyrt fødestue med mulighet for å gjennomføre nødkeisersnitt.

Gruppen mener at konsekvensen av helseministerens vedtak om å omgjøre fødeavdelingen i Narvik til forsterket fødestue, er at gynekologer må ivareta beredskapen for nødkeisersnitt. I en slik vaktordning må det være flere enn to personer som ivaretar beredskapen.

Utvikling av elektiv ortopedi i Narvik

Prosjektgruppen henviser til den utredning som gjøres av gruppen som utreder organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord. Gruppen ser positivt på at Hålogalandssykehuset HF, divisjon Narvik er trukket fram som lokalisering for en mulig elektiv produksjonslinje for ortopedi i regionen. Det er gode forutsetninger for at dette kan bli en vellykket løsning. Viktigst er det brede fagmiljøet som man har i dag.

Konkret foreslås et grundig utredningsarbeid som gir grunnlag for en positiv beslutning om en slik utvikling. Gruppen vil i denne sammenheng presisere at utredningsarbeidet må være basert på fortsatt opprettholdelse av den generelle kirurgisk akuttberedskapen.

Utvikling av bløtdelskirurgi i Stokmarknes

Gruppen kan ikke se at det pr. i dag er hensiktsmessig med en nærmere spesifisering av prosedyrer og lokalisering av disse. En eventuell funksjonsfordeling innen bløtdelskirurgien i framtiden må involvere de berørte faggruppene ved divisjonene Stokmarknes, Narvik og Harstad.

Ambulansetjenesten

Dimensjonering av ambulansetjenesten er vanskelig å stipulere før omfanget av endret funksjonsfordeling mellom sykehusene er besluttet. Det er behov for et systematisk oppfølgings- og utviklingsarbeide i hele ambulansetjenesten med fokus på kvalitet og kompetanse.