



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
29/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	29.3.2017
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Hege Andersen

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) takker prosjektet *Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan – utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik* for et omfattende og grundig arbeid. Styret legger prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringsuttalelsene til grunn for sin anbefaling overfor styret i Helse Nord RHF.
2. Styret viser til at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges, at løsningene som anbefales skal være bærekraftige, forutsigbare og stabile over tid, og at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal legges til grunn for anbefalingene.
3. Styret viser også til at det er planlagt byggestart for Nye UNN Narvik i 2019. Det er styrets ambisjon å skape et moderne og fremtidsrettet sykehus som sammen med UNN Harstad og UNN Tromsø sikrer en god spesialisthelsetjeneste for befolkningen i hele UNN-området og gode lokalsykehustilbud for befolkningen i Ofoten.
4. Styret anbefaler at fagområdet ortopedi styrkes og utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik. Det anbefales at tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid økes slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Etablering av spesialisert døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig, men det anbefales likevel at Helse Nord RHF revurderer vedtaket i styresak 135-2011 *Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling*.
5. Styret anbefaler at UNN Narvik skal være akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon. Anbefalingen medfører at døgnvirksomheten i magetarmkirurgi (gastrokirurgi) opphører og at traumefunksjonen ivaretas slik denne er definert i nasjonal og regional traumeplan.
6. Styret anbefaler at urinveiskirurgi (urologi) videreføres hovedsakelig som et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud og at mindre kirurgiske spesialiteter som øre-nese-hals

og eventuelt øye videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig.

7. Styret anbefaler at den kirurgiske vaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). Spørsmålet om hvorvidt spesialister i ortopedi også kan inngå i vaktordningen, anbefales vurdert nærmere når det foreligger endelige beslutninger om innholdet i de nye spesialistutdanningene.
8. Styret anbefaler at fødeavdelingen videreføres, under forutsetning av at det rekrutteres tre nye gynekologer. Gynekologi anbefales videreført som hovedsakelig dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet uavhengig av fremtidig status for fødeavdelingen.
9. Styret anbefaler at innføring av de største endringene som anbefalingene ovenfor medfører prosjektorganiseres som beskrevet i saken. Styret understreker at det haster å beskrive en tydelig profil på den dagkirurgiske virksomheten ved sykehuset fordi dette er nødvendig i forprosjektplanleggingen av nytt sykehus. Styret ber om å få seg forelagt en prosjektplan for innføringsprosjektet når endelige vedtak fra styret i Helse Nord RHF foreligger.

Bakgrunn

Stortinget behandlet Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 (2015-2016)) 17.3.2016. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fulgte opp med foretaksmøte i Helse Nord RHF 4.5.2016, og det ble gitt oppdrag om å blant annet utrede organiseringen av kirurgisk akuttberedskap.

Styret i Helse Nord RHF's besluttet i sak 60-2016 *Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet med styrets endelige vedtak* videre oppfølging. I vedtaket ble adm. direktør bedt om å sørge for at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved sykehusene i Lofoten og Narvik. Dette inkluderte utredning av elektiv kirurgi på de berørte fagområdene og fødetilbudet.

Det konkrete oppdraget til UNN ble gitt i [mandat av 5.7.2016](#) der UNN ble bedt om å utrede følgende alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap:

- Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå med dagens)
- Et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi

Det er et grunnleggende premiss i mandatet at løsningene som foreslås skal ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Høsten 2016 oppsto det en offentlig debatt om UNN Narviks opptaksområde etter åpning av Hålogalandsbrua. Spørsmål knyttet til dette ble oppklart i en [presisering av mandatet](#) 11.1.2017. Denne slår fast at det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN slik at disse til sammen dekker befolkningens behov. Akuttfunksjonene skal fordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud. Grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen skal ikke svekkes.

Formål

Formålet med saken er å vedta styrets anbefaling av løsninger for kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik. Anbefalingene skal oversendes Helse Nord RHF innen 1.4.2017 for endelige beslutninger.

Saksutredning

Prosjektorganisering

Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) organiserte arbeidet som et prosjekt. Ekstern konsulent Odd Søreide ble etter en offentlig anskaffelse leid inn som prosjektleder. Prosjektsekretariatet har vært ledet av seniorrådgiver Hege Andersen ved direktørens stab. Arbeidet er gjennomført i henhold til direktoratets (HOD) veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Det ble opprettet en prosjektgruppe med 13 medlemmer. Brukerutvalget, ansatte ved UNN Narvik, Harstad og Tromsø, kommunene, foretakstillitsvalgte og konsernverneombudet har vært representert i prosjektgruppen. Det er på bestilling fra prosjektet gjennomført omfattende analyser av aktiviteten ved UNN Narvik. Prosjektgruppen har gjennomført sju heldagsmøter. Prosjektleder overleverte [prosjektrapporten](#) til administrerende direktør 2.3.2017.

Det er i tillegg gjennomført en [risiko- og mulighetsanalyse](#) av de foreslåtte løsningene. Arbeidet med denne ble fasilitert av konsulentfirmaet EY Norge etter en minikonkurranse innen Helse Nord Nords rammeavtaleverk.

Prosjektrapporten og risiko- og mulighetsanalysen har vært på høring i perioden 3-16.3.2017, og det er gjennomført to høringskonferanser i Narvik. Høringsinnspillene er lagt ut på UNNs [nettsider](#).

Direktørens innstilling og styrets beslutningsgrunnlag består av prosjektrapporten, risiko- og mulighetsanalysen og høringen. Det foreligger i tillegg en ekstern kvalitetssikring av prosessen gjennomført av Deloitte. Denne vil i henhold til veilederen for arbeidet inngå i beslutningsgrunnlaget for styret i Helse Nord RHF.

Pasientstrømanalyser

Kirurgi og ortopedi

Pasientstrømanalysene viser at de kirurgiske fagområdene i 2015 sto for 39 % av døgnoppholdene, 63 % av dagoppholdene og 39 % av den polikliniske aktiviteten ved UNN Narvik. Ortopedi var mengdemessig den dominerende aktiviteten, særlig innen dagbehandling og poliklinikk.

Analysen viser videre at andelen kirurgiske ø-hjelp pasienter som blir operert er lav (15 %). Nesten halvparten av ø-hjelp operasjonene var ortopediske. De vanligste var hoftoperasjoner (27), endoskopiske mage- og tarmundersøkelser (22), blindtarmoperasjoner (21) og operasjoner på albue eller underarm (14). De fleste akuttoperasjoner (90 %) blir utført på dag- eller kveldstid. 15 pasienter ble operert på nattetid (etter kl. 22:30) i 2015.

Analysene illustrerer også at det er etablert en utstrakt arbeidsdeling mellom UNN-sykehusene. Som eksempler kan nevnes at 20 % av planlagte operasjoner og 36 % av ø-hjelp operasjoner for pasienter bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik, ble utført ved UNN Narvik i 2015. Det betyr at om lag 80 % av behovet for planlagte operasjoner og over 60 % av behovet for ø-hjelp operasjoner for befolkningen i lokalsykehusområdet ivaretas ved andre sykehus, hovedsakelig UNN Tromsø.

Som eksempel på det motsatte kan nevnes at 26 % av pasienter som gjennomgikk planlagte dagkirurgiske operasjoner og nesten 30 % av pasienter med planlagte kirurgiske døgnopphold ved UNN Narvik i 2015, var bosatt i UNN Tromsøs tradisjonelle lokalsykehusområde.

Analysene viser også noe "lekkasje" av kirurgiske pasienter ut av UNN-området. Lekkasjen er størst innen ortopedi (leddproteser), der om lag 50 pasienter bosatt i UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde får utført operasjoner utenfor Helse Nord hvert år.

Traumer

I ettårsperioden 1.6.2015 til 1.6.2016 ble det registrert 43 pasienter i skaderegisteret. Syv var alvorlig skadd. Fire av disse ble overflyttet til UNN Tromsø etter vurdering og stabilisering. Ingen ble operert akutt ved UNN Narvik.

Fødsler

Antall fødsler ved UNN Narvik var i gjennomsnitt 234 per år i perioden 2010-2015. Antall keisersnitt var 38 per år, hvorav om lag 2/3 (25 per år) var akutte. Det betyr at keisersnitt utføres sjeldnere enn en gang per uke, og at det gjøres omtrent to akutte keisersnitt per måned.

Tilgjengelighetsanalyser - ambulansetjenesten

85 % av befolkningen som har UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus, når sykehuset med ambulanse innen 90 minutter. 99 % når sykehuset innen to timer. Analysene viser også at store deler av befolkningen i Tysfjord og Ballangen har over to timer transporttid med ambulanse til UNN Harstad og over fire timer til UNN Tromsø.

Utredningen viser videre at tilgangen på helikopter etter etablering av Evenes-basen er svært god fra april til oktober. Avvisninger på grunn av kapasitets- eller samtidighetskonflikter forekommer nesten ikke. I månedene november til mars kanselleres imidlertid opp til 50 % av oppdragene på grunn av værforholdene.

Spesialitetsstruktur og kompetanse

Helse Nord RHF har avklart med HOD at den foreslåtte spesialitetsstrukturen som er på høring, skal legges til grunn for løsningsforslagene. Det medfører at oppdraget er å planlegge for en fremtid der spesialister i generell kirurgi gradvis ikke lenger er tilgjengelige. Det er forutsatt at magetarmkirurgi (gastrokirurgi), urinveiskirurgi (urologi) og ortopedisk kirurgi (ortopedi) blir egne hovedspesialiteter.

Begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke definert av helsemyndighetene. Prosjektet har utredet mulige definisjoner av dette, og anbefalt at slik kompetanse må bygge på del 2 i den nye spesialistutdanningen, supplert med kurs (ATLS, BEST, nødkirurgisk prosedyrekurs). Det er ikke avklart om spesialister i ortopedi kan inneha slik kompetanse som strekker seg ut over egen spesialitet.

Forholdet til nasjonal traumeplan

Nasjonal traumeplan stiller krav til sykehus som skal behandle pasienter med alvorlige skader. Disse sykehusene er definert som akutt sykehus med traumefunksjon. Planen stiller blant annet krav om at teamleder kirurgi skal ha over fire års erfaring, og om jevnlig deltakelse i kurs som nevnt ovenfor. Siste revisjon av planen (2016) tar ikke hensyn til endringene i spesialitetsstruktur. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi opplyser at dette vil bli gjort i revisjoner når den nye strukturen er besluttet.

Anbefalinger fra prosjektgruppen

Prosjektgruppen var omforent om faktabeskrivelsen i rapporten og om store deler av løsningsforslagene. På noen områder delte gruppen seg i et flertall på ni og et mindretall på fire medlemmer.

Kirurgi

Ortopedi

Prosjektgruppen anbefaler utvikling og styrking av ortopedi, både som døgn-, dag- og poliklinisk aktivitet. Bakgrunnen er den omfattende aktiviteten som pasientstrømanalysene viser, unngåelse av unødvendig transport, potensialet for å redusere ”lekkasje” av pasienter ut av UNN-området og økende behov etter hvert som befolkningen blir eldre.

Magetarmkirurgi

Gruppen anbefaler at det dagkirurgiske tilbudet innen magetarmkirurgi styrkes. Flertallet anbefaler at virksomheten videreføres som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter og gjennomføring av ø-hjelp operasjoner. Mindretallet anbefaler at døgnaktiviteten opphører. Begrunnelsen er at deler av døgnaktiviteten (for eksempel galleblæreoperasjoner) kan overføres til dagkirurgi, at volumet på ø-hjelpkirurgien er så lavt at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet taler for å samle denne på færre sykehus og at det ikke er realistisk å etablere ei spesialisert gastrokirurgisk vaktlinje når den nye spesialitetsstrukturen er implementert.

Urinveiskirurgi

Gruppen anbefaler at urinveiskirurgien videreføres, hovedsakelig som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Behovet er vurdert å øke når befolkningen blir eldre.

Andre kirurgiske spesialiteter

Prosjektgruppen anbefaler at mindre kirurgiske spesialiteter videreføres og/eller etableres som dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet i den grad det er formålstjenlig. Dette vil særlig være aktuelt for øre-nese-hals, øye og eventuelt plastikkirurgi.

Traumemottak og skadepoliklinikk

Gruppen anbefaler at UNN Narvik skal være akuttsykehus med traumefunksjon slik dette er definert i nasjonal og regional traumeplan. Det anbefales videre å utrede oppretting av en skadepoliklinikk i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Denne vil i hovedsak være rettet inn mot pasienter med mindre alvorlige ortopediske skader.

Vaktordninger

Gruppen anbefaler at spesialistbemanningen tar utgangspunkt i dagaktiviteten ved sykehuset slik denne er beskrevet ovenfor. Det betyr at den kirurgiske overlegebemanningen vil være en blanding av hovedsakelig spesialister i ortopedi, gastrokirurgi og urologi. Sykehuset vil i en overgangsfase etter omleggingen av spesialistutdanningen også ha tilgang på noen spesialister i generell kirurgi. Prosjektgruppen anbefaler at den kirurgiske bakvaktordningen baseres på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi). En slik ordning vil også oppfylle kompetansekravene i nasjonal traumeplan.

Gruppen anbefaler at spesialistkompetanse i ortopedi gjøres tilgjengelig i større grad enn i dag. Mindretallet har vurdert om spesialister i ortopedi kan inngå i en felles kirurgisk bakvaktordning, men dette er det ikke enighet om. Det er uklart om ortopedene vil kunne oppfylle kompetansekravene i nasjonal traumeplan. Flertallet anbefaler gjeninnføring av en egen ortopedisk vaktlinje, forslagsvis til kl. 21:00 hverdager og tre timer aktiv vakt på dagtid i helgene. Dette krever at vedtaket i Helse Nord RHF's styresak 135-2011 *Elektiv ortopedi i Helse Nord – revidert funksjonsfordeling* vurderes på nytt.

Gynekologi og fødselsomsorg

Fødeavdelingen

Prosjektgruppen anbefaler å videreføre fødeavdelingen, men viser til at Helse Nord RHF og Helsedirektoratet sine krav til bemanning ikke er oppfylt, hovedsakelig på grunn av utstrakt bruk av vikarer i gynekologstillingene. Det anbefales derfor et målrettet arbeid med å rekruttere tre nye gynekologer så raskt som mulig. Det er enighet om at alternativene, blant annet jordmorstyrt fødestue, må utredes hvis rekrutteringen ikke lykkes. Mindretallet anbefaler at det settes en absolutt tidsfrist på 12 måneder for dette.

Gynekologi

Gruppen anbefaler at gynekologi videreføres, hovedsakelig som en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet, uavhengig av om sykehuset skal ha fødeavdeling eller ikke.

Risiko- og mulighetsanalysen

Kirurgisk akuttberedskap

Analysen viser at det er høy risiko forbundet med å forsøke å videreføre det nåværende generelle akuttkirurgiske tilbudet. I dette alternativet er det risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet innen gastrokirurgi blir negativt påvirket som følge av at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt pasientvolum. Det foreligger høy sannsynlighet for at sykehuset vil mangle kompetanse og mengdetrening innen akutt gastrokirurgi, og konsekvensene av dette er vurdert som alvorlig til svært alvorlig.

Alternativet med kirurgisk vurderings- og stabiliseringsfunksjon uten gastrokirurgisk døgnaktivitet er vurdert å ha moderat risiko. Den eneste risikoen i dette alternativet som er knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet, er risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei. Både sannsynlighet for og konsekvensene av denne risikoen er vurdert som moderat.

Elektiv kirurgisk virksomhet

Samtlige risikoer knyttet til videreføring og utvikling av det elektive kirurgiske tilbudet er knyttet til andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet i tilbudene.

Fødetilbudet

Risikoen ved en videreføring av fødeavdelingen er knyttet til rekrutteringsutfordringene. Risikoen for svikt i pasientsikkerheten eller kvaliteten i tilbudet som følge av få keisersnitt er også identifisert, men vurdert som lav. Risikoen knyttet til en jordmorstyrt fødestue er vurdert som høy, men samtlige vurderte risikoer ved dette alternativet er knyttet til andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet.

Høringen

Det kom inn 31 skriftlige høringsinnspill som grovt fordeler seg i tre kategorier:

1. Uttalelser som støtter anbefalingene fra flertallet i prosjektgruppen
Det er klart flest uttalelser i denne kategorien. Mange er kritiske til forutsetningene i mandatet. Det vises til at den nye spesialitetsstrukturen ikke er besluttet, og fremmes kritikk mot at det foreliggende forslaget skal legges til grunn. Det foreslås å legge avstand til nærmeste sykehus til grunn som hovedkriterium for arbeidsdelingen mellom sykehusene i akutfunksjonene. Flere uttalelser i denne kategorien vektlegger også andre forhold enn pasientsikkerhet og kvalitet. Eksempler er opplevd trygghet, hensynet til utdanningsfunksjoner ved UiT Narvik, sykehusets betydning for rekruttering til næringslivet og hensynet til næringsutvikling og lokale arbeidsplasser. Uttalelsene gir i liten grad konkrete råd om hvordan vaktordninger og arbeidsdeling kan organiseres, ut over ønsker om å videreføre dagens løsninger.
2. Høringsinstanser som støtter mindretallets anbefaling
Det er noen få uttalelser fra ledere og tillitsvalgte ved UNN Tromsø og UNN Harstad i denne kategorien. Disse aksepterer i større grad mandatets forutsetninger, og argumenter hovedsakelig ut fra pasientsikkerhet, kvalitet og forhold knyttet til den samlede kapasiteten for spesialistutdanning i foretaket.
3. Høringsinstanser som ikke tar direkte stilling til anbefalingene
Disse fokuserer på framtidige utfordringer med hensyn til rekruttering, utdanning, kapasitet og volum, uavhengig av hvilken anbefaling som legges til grunn, og gir få råd om konkrete løsninger.

Høringskonferansene befestet inntrykket fra de skriftlige høringsinnspillene, og bidro i tillegg til økt innsikt i og forståelse av ulike interessenters syn i saken.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. For øvrig vises det til avsnittet om høringer. Protokoller fra møtene behandles som egne referatsaker under styremøtet 28.-29.3.2017.

Ansattes representanter og vernetjenesten ønsket å vektlegge de faglige argumenter knyttet til flertallsalternativet i saken, både på føde og kirurgi, og oppfordret direktøren å innstille i tråd med dette alternativet.

Brukerutvalget var opptatt av å vektlegge pasientsikkerhet sterkest ved valg av alternativ, og støttet innspillene fra brukerrepresentantene som var gitt underveis i prosessen.

Arbeidsmiljøutvalget vektla arbeidsmiljøperspektivet i saken, og henstilte til at det må lages en plan for ivaretagelse av arbeidsmiljøet ved UNN Narvik, uavhengig av hvilket alternativ som blir valgt.

Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken samt forelegger den til styrets behandling med bakgrunn i innspillene gitt i de respektive møtene.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med at det er gjennomført ei grundig utredning som vurderes å utgjøre et godt grunnlag for anbefalingene som UNN-styret skal vedta. Det vurderes som spesielt positivt at det i prosjektgruppen i hovedsak er etablert enighet om faktagrunnlaget.

Det har vært krevende å forholde seg til at den nye spesialitetsstrukturen for leger ikke er endelig besluttet, både i prosjektgruppen, drøftingsmøtet med de ansattes organisasjoner og høringsmøtene. Avklaringene med HOD rundt dette i prosessens slutfase har derfor vært viktig.

Det har også vært krevende å forholde seg til at begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse ikke er definert fra sentrale helsemyndigheter. Direktøren oppfatter at dette er håndtert så godt som mulig gjennom prosjektarbeidet.

Forutsetninger

Nasjonal helse- og sykehusplan

Det understrekes at saken er en konkret oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Direktøren legger derfor til grunn at vurderingene i saken må ta utgangspunkt utfordringene planen har som mål å løse: Befolkningen blir eldre og forekomsten av sykdom ved aldring øker. Bosetningsmønsteret endrer seg. Teknologikutviklingen gjør at de kirurgiske fagene er i rask endring. Antall ungdommer øker ikke og det forventes derfor mangel på kvalifiserte helsearbeidere. Videreføring av dagens løsninger er derfor ikke et alternativ. Sykehusenes funksjoner og arbeidsdelingen mellom sykehusene må endres.

Helse Nord RHF har besluttet at UNN Narvik skal være akutt sykehus med traumefunksjon. Det betyr at sykehuset minimum skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, og beredskap for kirurgisk vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Den kirurgiske beredskapen må oppfylle kravene i nasjonal traumeplan.

Det er gitt klare føringer om at mer av den elektive kirurgien skal flyttes til akuttsykehusene, og om at sykehusene skal fungere i team. Det er i en presisering av mandatet tydeliggjort at de tre sykehusene i UNN er et slikt team, og til sammen skal dekke befolkningens behov for både akuttfunksjoner og planlagt behandling, uten at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen svekkes. Direktøren vurderer det siste som et vesentlig premiss. UNN Tromsø er et lite regionsykehus og et relativt lite lokalsykehus. Region- og universitetssykehusfunksjonen hviler derfor i stor grad på aktiviteten i lokalsykehusfunksjonen.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Det er en tydelig forutsetning at hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet skal vektlegges i vurderingen av løsningsforslagene. Høringsuttalelsene viser at faglige vurderinger av pasientsikkerhet og kvalitet til dels kommer i konflikt med andre og mer overordnede samfunnsmessige forhold, som for eksempel hensynet til lokale arbeidsplasser og næringsutvikling. Direktøren ser det som et mål å foreslå best mulig balanserte løsninger, men oppfatter at pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen skal vektes tyngst når motstridende hensyn ikke lar seg forene.

Bærekraftige og stabile løsninger

Det er videre en klar føring at løsningene skal være bærekraftige og stabile over tid, ikke bare av hensyn til pasientsikkerhet og kvalitet, men også fordi forutsigbarhet er viktig for rekruttering og de ansattes arbeidsmiljø. Direktøren tolker kravene til bærekraft og stabilitet i et fem til 10-års perspektiv, og understreker at kravene til pasientsikkerhet og kvalitet er de samme til enhver tid, også i ferie- og høytidsperioder. Dette har betydelige konsekvenser for vurderingen av de foreslåtte løsningene.

Det er til slutt en klar forutsetning, som nylig er bekreftet fra HOD, at løsningsforslagene skal legge forslaget til ny spesialitetsstruktur for leger til grunn. Spesialiteten generell kirurgi opphører og det skal planlegges for dette.

Kirurgi

Styrking av ortopedi

Direktøren mener at anbefalingen om å styrke ortopedi er godt begrunnet, og anbefaler at ortopedien utvikles som hovedaktivitet innen kirurgisk døgnbehandling og som en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Dette må medføre ansettelse av ortopeder, bedre integrering mot den øvrige ortopediske virksomheten i UNN, og økt tilgjengelighet til ortopedisk spesialistkompetanse utenom ordinær arbeidstid.

Omlegging av gastrokirurgi til dag- og poliklinisk tilbud

Forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet er kontroversielt. Direktøren deler vurderingene fra mindretallet i prosjektgruppen, som vektlegger at mye av den planlagte døgnvirksomhet kan håndteres som dagkirurgi, at volumet på ø-hjelp operasjoner er lavt og at endringene i spesialitetsstrukturen taler for en omlegging. I høringsmøter er det erkjent at det ikke er realistisk å etablere en egen gastrokirurgisk vaktlinje bemannet med fem til seks spesialister. Det synes også å være enighet om at urologer kan delta i en felles bløtkirurgisk vaktordning. Videreføring av gastrokirurgi som døgnaktivitet krever i en slik løsning at vakthavende spesialist fortløpende må kunne vurdere hvilke pasienter vedkommende har kompetanse til å operere selv, og hvilke som må sendes videre.

Direktøren vurderer ikke en slik personavhengig ordning som stabil og forutsigbar, og mener at sykehusets akuttfunksjon må være den samme til enhver tid. Ut fra dette finner direktøren at forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet er det som er realistisk å gjennomføre og som best ivaretar hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet. Det vises i denne sammenhengen også til risikovurderingen, som tydelig trekker i retning av samme konklusjon.

Urologi og andre kirurgiske fag

Når det gjelder urinveiskirurgi og andre kirurgiske fag, som for eksempel øre-nese-hals, støtter direktøren prosjektgruppens anbefalinger.

Økning av dagkirurgisk aktivitet

Framskrivninger viser at behovet for dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet øker på samtlige av de vurderte områdene, mest innen ortopedi og urologi. Det er samtidig vedvarende kapasitetsutfordringer særlig innen dagkirurgi ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Direktøren deler derfor prosjektgruppens anbefaling om å øke den dagkirurgiske aktiviteten.

Det vurderes å være en svakhet at det ikke er konkret utredet for hvor stor økningen skal være, hvilke inngrep kapasiteten skal økes for, hvordan arbeidsdelingen innen dagkirurgi mellom UNN-sykehusene skal være og hvordan legenes spesialistutdanning skal ivaretas.

Akuttsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt traumefunksjon – konsekvenser for kirurgisk vaktordning

Konsekvensen av disse vurderingene er at direktøren anbefaler at UNN Narvik i fremtiden skal være akuttsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse samt kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. Sykehuset skal oppfylle kravene til akuttsykehus med traumefunksjon. Direktøren deler prosjektgruppens oppfatning om at en kirurgiske bakvaktordning basert på spesialister i bløtdelskirurgiske fag (generell kirurgi, urologi og gastrokirurgi) oppfyller kompetansekravene i nasjonal traumeplan. Forutsetningen er regelmessig deltakelse på obligatoriske kurs som ATLS, BEST og nødkirurgisk prosedyrekurs, samt teamtrening og andre tiltak som traumeplanen stiller krav om. Det vil være et lederansvar å sikre at disse kravene oppfylles.

Prosjektgruppens mindretall har vurdert om også spesialister i ortopedi vil kunne tilegne seg nødvendig kompetanse for å inngå i en felles vaktordning. Direktøren forstår intensjonen bak dette, men er usikker på om dette vil være gjennomførbart innenfor foreslått spesialitetsstruktur. Det anbefales derfor at denne vurderingen slutføres når den nye spesialitetsstrukturen er endelig avklart.

Uavhengig av dette deler direktøren vurderingen om at ortopedisk spesialistkompetanse i større grad må gjøres tilgjengelig utenom ordinær arbeidstid. Det vurderes imidlertid ikke å foreligge behov for en egen ortopedisk vaktlinje. Målet må være at vanlige ortopediske skader, som for eksempel lårhalsbrudd, skal opereres lokalt av spesialist i ortopedi. Det er et nasjonalt kvalitetskrav at slike skader skal behandles innen 48 timer. Direktøren mener at dette kan ivaretas innenfor en arbeidsplan som strekker seg noe utover kvelden, og inneholder noe planlagt arbeidstid i helgene. Denne funksjonen kan sannsynligvis kombineres med en skadestuefunksjon. Direktøren støtter anbefalingen om at skadestuefunksjonen utredes videre i nybyggprosjektet.

Gynekologi og fødselsomsorg

Fødeavdeling eller jordmorstyrt fødestue?

Direktøren støtter prosjektgruppens anbefaling om å videreføre fødeavdelingen, under forutsetning av at det rekrutteres tre nye gynekologer innen rimelig tid. Det er samtidig en fortløpende og alvorlig bekymring knyttet til at Helsedirektoratets og Helse Nord RHF's krav til stabilitet i gynekologbemanningen ikke er oppfylt. Klinikksjefen anbefaler i sin høringsuttalelse at fødeavdelingen umiddelbart gjøres om til jordmorstyrt fødestue.

Flere av høringsuttalelsene anbefaler at rekrutteringsforsøket må forankres lokalt. Direktøren støtter dette, og ser det som en forutsetning at det er mulig å rekruttere innenfor rammen av lønns- og arbeidsvilkår som ellers er vanlige i UNN. Forsvarligheten må parallelt med rekrutteringsarbeidet vurderes fortløpende.

For alternativet jordmorstyrt fødestue identifiserte risiko- og mulighetsstudien høy risiko for at kommunen blir mindre attraktiv for tilflytting, at lengre transportvei medfører lavere pasienttilfredshet og trygghet, at få kvinner ønsker å benytte seg av tilbudet og at det ikke lykkes å rekruttere jordmødre. Direktøren bemerker at dette stemmer ikke med UNN's egen erfaring med driften av den jordmorstyrte fødestuen på Finnsnes.

Direktøren deler prosjektgruppens anbefaling om at det uavhengig av fødetilbudet er behov for å videreføre et dagkirurgisk og poliklinisk tilbud innen gynekologi.

Konsekvenser for helheten i UNN

Til sammen vil forslagene som fremmes i denne saken ha konsekvenser for blant annet arbeidsdeling mellom sykehusene, samlet kapasitetsutnyttelse, legers spesialistutdanning, og behov for øvrig personell i hele foretaket. Disse forholdene er ikke fullstendig utredet i det foreliggende arbeidet.

Den nåværende driftssituasjonen ved sengeposten i UNN Narvik er utfordrende. Forslaget om å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet vil redusere belastningen på sengeposten, mens forslaget om å øke satsingen på ortopedisk døgnbehandling medfører nye oppgaver for sengeposten. Organiseringen og dimensjoneringen av sengeposten må vurderes i lys av blant annet dette.

Det er generelt direktørens vurdering at konsekvensene av anbefalingene i hovedsak vil være positive idet endringene i sum øker kapasiteten for planlagt kirurgi, reduserer "lekkasjen" av pasienter ut av lokalsykehusområdet, binder opp mindre personell i beredskapsordninger og legger til rette for en helhetlig tilnærming til felles spesialistutdanning i foretaket.

Forslagene forventes å øke inntektene fra innsatsstyrt finansiering ved økt aktivitet uten at kostnadene øker tilsvarende, og vurderes dermed å være håndterbare innenfor de gitte økonomiske rammene. Forslagene bygger i hovedsak på videreføring av dagens ressursramme og antall stillinger og medfører ikke nedbemanning.

Videre arbeid

Etter endelig beslutning i denne saken i styret i Helse Nord RHF, kommer UNN til å få i oppdrag å revidere Strategisk utviklingsplan slik at denne er tilpasset endringene som besluttes.

Anbefalingene om å trappe opp den ortopediske aktiviteten og om å legge om den gastrokirurgiske aktiviteten til dagtilbud er store endringer. Det må for eksempel utvikles en tydelig felles ledelse og styring av den samlede kapasiteten for ortopedi i Narvik, Harstad og

Tromsø, og etableres en plan for hvordan spesialistutdanningen skal ivaretas helhetlig i foretaket.

Hvis endringene som anbefales i denne saken blir vedtatt, så vil det bli behov for en kompleks koordinering på tvers av klinikkene. Direktøren anbefaler derfor at det opprettes et eget innføringsprosjekt når styret i Helse Nord RHF har gjort endelige vedtak i saken. Arbeidet med å rekruttere gynekologer vil også være krevende. Dette anbefales forankret lokalt, slik flere av høringsuttalelsene har anbefalt, men må koordineres med det klinikkovergrepene innføringsprosjektet.

Det er vesentlig å skape bærekraftige løsninger som er forutsigbare og stabile over tid. Dette gjelder ikke bare for akuttfunksjonene og fødetilbudet, men like mye for sykehusets planlagte kirurgiske virksomhet. Det siste vurderes å være en vesentlig forutsetning for å lykkes med rekruttering av legespesialister, spesialsykepleiere og annet nøkkelpersonell. Det blir derfor avgjørende at innføringsprosjektet lykkes med å konkretisere ambisjonsnivået for innholdet i disse tilbudene i det nye sykehuset. Denne konkretiseringen må skje allerede i løpet av høsten 2017 av hensyn til koordinering med forprosjektet for nytt sykehus.

Arbeidet i innføringsprosjektet må koordineres med revisjonen av utviklingsplanen.

Konklusjon

Oppdraget om å utrede kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik har vært krevende. Funksjonene som har vært under vurdering er av største betydning for befolkningens helsetilbud og opplevelsen av trygghet. Byggingen av Nye UNN Narvik skal starte i 2019, og det er avgjørende å utvikle et driftskonsept og en ambisjon for tilbudene ved sykehuset som er fremtidsrettet og kan bidra til rekruttering og stabilitet. Direktøren mener at løsningene som anbefales i denne saken legger til rette for det.

Tromsø, 22.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapport fra prosjektgruppe: Utredning av Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik (Odd Søreide 2.3.2017)
2. Risiko- og mulighetsanalyse (Ernst&Young 2.3.2017)

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Utredning av Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik

Rapport fra prosjektgruppe UNN HF

2.mars 2017

Innhold

Innhold	1
1. Sammendrag og anbefalinger	5
1.1. Innledning.....	5
1.2. Oppdraget.....	5
1.3. Nåsituasjonen ved UNN Narvik	6
1.4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag	8
1.5. Utdfordringer for UNN og UNN Narvik.....	8
1.6. Anbefalinger	9
1.6.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger	9
1.6.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger	11
2. Bakgrunn.....	13
2.1. Mandat og mål for prosjektet	13
2.1.1. Prosjektdirektiv og forståelse av mandatet	13
2.2. Prosjektorganisering.....	14
2.3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling	16
2.3.1. Sentrale føringer.....	16
2.3.2. Sykehus og sykehusbegrepet – nasjonale og regionale avklaringer	18
2.3.3. Nasjonale og regionale føringer for utviklingen av pasienttilbudet.....	21
2.4. Prosjektgjennomføring; åpenhet, medvirkning, involvering.....	22
2.4.1. Kommunikasjon, informasjon og medvirkning.....	23

3. Nå-situasjonen –kirurgifagene og føde/gynekologi	24
3.1. Tilbudet ved UNN HF	24
3.1.1. Organiseringen ved UNN HF – organisasjonskart og klinikkstruktur, driftsrådet mv	24
3.1.2. Hovedtrekk i tjenestetilbud.....	26
3.1.3. Strategisk utviklingsplan UNN HF	26
3.2. Aktivitet ved UNN Narvik og bruken av spesialisthelsetjenester i kommunene.....	27
3.2.1. Bruken av spesialisthelsetjenester – sykehusperspektivet og befolkningsperspektivet	27
3.2.2. Aktivitet ved UNN Narvik- datagrunnlag.....	27
3.2.3. Aktivitet innen kirurgi, gynekologi og føde.	29
3.2.4. Fødsler, opphold for fødsler	32
3.3. Skader (traumer) ved UNN Narvik.....	33
3.3.1. Traumesystem UNN HF og ved UNN Narvik.....	33
3.3.2. Skader og alvorlige traumer ved UNN Narvik	37
3.4. Kommune og primærhelsetjeneste – legevaktfunksjonen. Beredskapsplaner	39
3.5. Prehospitale tjenester – den akuttmedisinske kjeden.....	39
3.6. Tilgjengelighet og transporttider. Veg-stengning.	43
3.7. Kvalitet og pasientsikkerhet –nasjonale kvalitetsdata.....	46
4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag	51
4.1. Utfordringer for lokalsykehusene (akuttsykehusene) – begreper	51
4.2. Hovedtrekk i driftsform ved norske sykehus.....	54
4.2.1. Hovedtrekk – Samdata 2015	54
4.2.2. Erfaringer fra andre mindre sykehus og helseforetak.....	55
4.3. Kirurgi/kirurgifagene, føde/obstetikk og gynekologi.....	59
4.3.1. Kirurgi og kirurgifagene – utviklingstrekk.....	59
4.3.2. Utviklingstrekk innen spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologi og obstetikk)	61
4.3.3. Endringer i spesialiststruktur og i spesialistutdanning. Sårbare spesialiteter.....	63
4.3.4. E-helse og teknologiske muligheter	67
5. Sentrale utfordringer for UNN HF og UNN Narvik.....	69
5.1. Befolkningsutviklingen i UNN HF og i kommunene rundt UNN Narvik.....	69
5.2. Fremtidig behov for spesialisthelsetjeneste innen kirurgiske sykdommer/ fag	70
- befolkningsunderlag.....	70
5.3. Lokalsykehusenes (akuttsykehusenes) som viktig brikke i et større system - oppgavedeling og samarbeid.....	75
5.4. Kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse	77
5.5. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer (beholde personell) – framtidig behov for kompetansevedlikehold	81

6. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektleder.....	84
6.1. Innledning.....	84
6.2. Avklarende premisser.....	84
6.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF.....	84
6.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik.....	85
6.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering.....	86
6.2.4. Andre føringer og avgrensninger.....	87
6.3. De kirurgiske fagområdene.....	87
6.3.1. Døgnbehandling (innleggelser).....	87
6.3.2. Dagkirurgi.....	91
6.3.3. Poliklinikk.....	92
6.3.4. Traumemottak.....	92
6.3.5. Skadepoliklinikk.....	93
6.4 Føde og gynekologi.....	93
6.4.1. Fødetilbudet.....	93
6.4.2. Kvinnesykdommer (gynekologi).....	101
6.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger.....	102
6.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset.....	102
6.6.1. Konsekvenser for indremedisin.....	103
6.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket.....	103
6.6.3. Konsekvenser for prehospitale tjenester og ambulanse (land- og luftbasert)......	103
7. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektgruppens flertall.....	105
7.1. Innledning.....	105
7.2. Avklarende premisser.....	105
7.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF.....	105
7.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik.....	106
7.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering.....	107
7.2.4. Andre føringer og avgrensninger.....	108
7.3. De kirurgiske fagområdene.....	109
7.3.1. Døgnbehandling (innleggelser).....	109
7.3.2. Dagkirurgi.....	112
7.3.3. Poliklinikk.....	113
7.3.4. Traumemottak.....	114
7.3.5. Skadepoliklinikk.....	115

7.4 Føde og gynekologi.....	115
7.4.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres	116
7.4.2 Gynekologi.....	117
7.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger	117
7.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset	117
7.6.1. Konsekvenser for indremedisin.....	117
7.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket.....	118
7.6.3. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse (land- og luftbasert)	118
7.7. Samfunnsperspektivet.....	118
8. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger	120
8.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger	120
8.1.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap. 6).....	120
8.1.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap. 7).....	121
8.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger	122
8.2.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap 6).....	122
8.2.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap 7).....	123
9. Vedlegg.....	125
9.1. Innspill fra prosjektgruppemedlem Bengt-Ole Larsen (konserneombud)	125
9.2. Øvrige vedlegg.....	126

1. Sammendrag og anbefalinger

1.1. Innledning

Dette kapitlet utgjør et sammendrag av hvert av utredningens kapitler (med tilsvarende nummerering av tabeller mv). Kapittel 1.6 redegjør for utvalgets anbefalinger i kortversjon.

1.2. Oppdraget

UNN HF fikk i [mandat av 5.07.2016](#) i oppdrag fra Helse Nord RHF å utrede innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Dette som oppfølging av [Nasjonal helse- og sykehusplan \(Meld St. 11 \(2015-2016\)\)](#). Utredningen skulle beskrive løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap; et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens, eller et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. UNN skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF innen 1.04.2017.

Foreslåtte løsninger skulle ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og være innenfor gitte økonomiske rammer og rammene av føringene i mandatet. I [presisering av mandatet](#) 11.01.2017 står det at det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene i UNN HF slik at de sammen dekket befolkningens behov, at akuttfunksjonene skal fordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen ikke svekkes.

Administrerende direktør opprettet en prosjektgruppe på 12 medlemmer fra UNN, kommunene, foretakstillitsvalgt, konsernverneombud og brukerrepresentant. Gruppen ble ledet av ekstern konsulent Odd Søreide. I alt ble det gjennomført 7 heldagsmøter i prosjektgruppen. Parallelt ble det gjort omfattende utredninger ved UNN HF på oppdrag fra prosjektleder og analyser av data knyttet til aktiviteten ved UNN Narvik.

Etter det siste heldagsmøtet i prosjektgruppen ble det gjennomført en Risiko- og mulighetsanalyse i tråd med [veilederen](#) som er utviklet for oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Denne og sluttrapporten fra prosjektet sendes på en bred høringsrunde. I tillegg planlegges to høringskonferanser i Narvik. De tre dokumentene; utredningen, risikoanalysen og høringssvarene vil utgjøre beslutningsgrunnlaget for styret.

1.3. Nåsituasjonen ved UNN Narvik

Ved nedleggingen av Hålogalandsykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN HF. UNN ble med dette en betydelig større organisasjon spredt over et stort geografisk område. UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Tilbudet ved UNN Narvik omfatter kirurgi, indremedisin, akuttmottak, røntgen, gynekologi og fødeavdeling, anestesi, laboratoriemedisin, operasjon og dagkirurgi. Sykehuset har også ambulant tilbud innen rehabilitering og fysioterapi.

Total aktivitet innen kirurgi, føde og gynekologi samt poliklinikk kirurgi for driftsåret 2015 oppsummeres i tabellene under. Detaljerte data og analyser finnes i vedleggene [pasientstrømanalyse](#) og [data og tabeller](#) som tar for seg både sykehus- og befolkningsperspektivet.

Tabell 3: Kirurgi, føde og gynekologi UNN Narvik¹

UNN Narvik 2015				
Kirurgi, føde og gynekologi				
	Alle episoder	Episoder - Kirurgi	Føde	Gynekologi
Døgn (innleggelse) - Planlagt	621	400 (64%)	14 (2%)	52 (8%)
Døgn (innleggelse) - ØH	3117	1080 (35%)	270 (9%)	58 (2%)
Dagbehandling / Dagkirurgi - Planlagt	1928 ²	1217 (63%)	-	256 (13%)
Poliklinikk - Planlagt	20193	7071 (35%)	742 (4%) ¹	2144 (11%)
Poliklinikk - ØH	3700	2192 (59%)	696 (19%)	97 (3%)

1. Inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor (50% av alle elektive konsultasjoner)
2. Inkludert dialyse

03.02.2017 10
Kilde: HN LIS Thomas Krogh

Tabell 4: Poliklinikk kirurgi UNN Narvik, andel 2015

	Ortopedi	Generell kirurgi	Gastro (mage/tarm)
Akutt (ØH) poliklinikk	1564 (71%)	488 (22%)	140 (6%)
Planlagt poliklinikk	3242 (46%)	2680 (38%)	1149 (16%)
Totalt	4806 (52%)	3168 (34%)	1289 (14%)

¹ Kolonnen Alle episoder inneholder all somatisk aktivitet (inkl. indremedisin) ved UNN Narvik. Tabellen belyser det relative omfanget av kirurgi, gynekologi og føde. Tabell 3 og 4 er hentet fra kap. 3.

I perioden 2010-2015 var det gjennomsnittlig 234 fødsler per år. I samme periode var gjennomsnittlig antall keisersnitt 38 per år. Om lag 1/3 av keisersnittene var planlagte, 2/3 akutte (2015). 7 av 10 kvinner i UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde føder ved UNN Narvik. Tilsvarende tall for keisersnitt er 5 av 10 (2015). Det er mest sannsynlig at etterlevelse og bruk av seleksjonskriterier for fødende og samarbeid mellom sykehusene i forbindelse med feriestengning forklarer variasjon i fordeling av fødende.

Det er etablert traumemottak ved UNN Narvik. Data fra traumeregisteret ved UNN Narvik (1.6.2015-1.6.2016) viser at det totalt ble registrert 43 pasienter i perioden, herunder 7 alvorlig skadde (ISS>12)², hvorav 4 ble overflyttet til UNN Tromsø. Ingen av disse ble akutt operert ved UNN Narvik. Av de resterende 36 mindre alvorlig skadde pasientene, ble 2 overflyttet til UNN Tromsø. I perioden 01.10.2012 – 01.04.2016 ble det fra UNN Narvik overført 24 traumepasienter til UNN Tromsø. 10 av disse hadde ISS>12.

Legevaktfunksjonen, samarbeid om den mellom kommunene, og beskrivelse av observasjonssenger er gjengitt i kap. 3.4. Akuttmottaket ved UNN Tromsø har et nært faglig samarbeid med akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik. AMK er lokalisert ved UNN Tromsø, mens Luftambulanseavdelingen har sin virksomhet ved UNN Tromsø (helikopterbase), på helikopterbase Evenes og på Langnes lufthavn (flyambulansebase). Befolkningen, fra Kjølpsvik i Tysfjord i sør til Kvæningen i nord, betjenes av bil- og båtambulanser fra 31 stasjoneringsteder. Stasjonene har varierende grad av vaktordninger, fra full kasertering og tilstedevakt til de med tilstedevakt noen timer pr dag og hjemmevakt resten av døgnet. Ambulanseavdelingen forvalter 46 ambulanser, 4 ambulansebåter i døgnerberedskap, og 5 helsetransportbiler. Når det gjelder vegstengninger og transporttider vises det til rapporten [Prehospitale tjenester](#) og kap. 3.6. Beregningene viser at tilgjengeligheten til sykehus i dette befolkningsområdet er god; 85% av befolkningen når et sykehus innen 90 min. 100% når et sykehus innen 2 timer.

Mer enn 100 ulike kvalitetsindikatorer rapporteres til nasjonale helsemyndigheter. Mange av disse rapporteres på foretaksnivå, og blant de som rapporteres på sykehusnivå er det gjort et utvalg for å kunne gi et representativt bilde av kvalitet og pasientsikkerhet ved UNN Narvik. UNN Narvik sine resultater avviker ikke i nevneverdig grad fra de andre sykehusene i foretaket. For et mer utførlig bilde henvises det til rapporten [Kvalitetsindikatorer](#).

² ISS: Injury Severity Score, internasjonal klassifisering av alvorlighetsgrad av traumer

1.4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag

Det følger av Stortingets behandling at Nasjonal helse- og sykehusplan sin definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Endringer må være faglig begrunnet og fremstå som nødvendige, der hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges sterkt. Nettverksfunksjonen må utvikles videre og mer elektiv kirurgi må, dersom forholdene ligger til rette for det, kunne flyttes til akuttisykehusene.

Arbeidsform og fordelingen av pasienter på de tre omsorgsnivåene, døgn-, dag- og poliklinisk behandling, har endret seg betydelig over tid. Endringene har først og fremst vært drevet av utviklingen i helsefagene og karakteriseres av et skifte fra «den horisontale» til «den vertikale» pasient. Kartlegging av mindre sykehus i Norge (kap. 4.4.2.) viser at mindre sykehus er organisert ulikt. Det er dermed ikke en felles norm for organisering og drift av små sykehus.

Utredningen redegjør også for utviklingstrekk innen kirurgifagene, fødselshjelp og kvinnesykdommer. Økt spesialisering/fragmentering av kirurgifagene virker sentraliserende. Det er økende bruk av mini-invasive teknikker og annen ny, avansert og dyrere teknologi, mer dagbehandling og kortere liggetider. Fødepopulasjonen endres i retning av at de fødende blir eldre, det er flere med høy kroppsmasseindeks (BMI) og økt forekomst av diabetes mellitus.

I 2014 la Helsedirektoratet fram en ny modell for spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Den nåværende spesialistutdanningen, først utdanning i hovedspesialiteten generell kirurgi og deretter spesialisering i grenspesialiteter, vil bli erstattet med at alle grenspesialister blir hovedspesialiteter. Generell kirurgi utgår som egen spesialitet og deler av denne vil inngå som en del av spesialiteten mage-tarmkirurgi. Endringene i spesialistutdanningen og ny spesialistutdanning fra 2019, innebærer at foretakene, i alle fall i en overgangsperiode frem til år 2025, må gjøre nøye vurderinger om kirurgenes reelle kvalifikasjoner og kompetanse til bakvakt. I en rapport fra [Helsedirektoratet](#) (2016) konkluderes det med tre særlig sårbare spesialiteter som må ha særlig fokus fremover; gastroenterologisk kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi og infeksjonssykdommer.

1.5. utfordringer for UNN og UNN Narvik

Framskrivninger fra SSB viser at folketallet i de 7 kommunene omkring UNN Narvik vil være stabilt i perioden 2016-2040. Antallet kvinner i fertil alder vil heller ikke øke. Det vil derimot bli en betydelig økning i aldersgruppen 67 år eller eldre; hhv 27% frem til 2030 og 40% frem til 2040. I Narvik kommune vil antallet eldre øke fra 3097 i 2016 til 4714 i 2040 (52% økning).

Fremtidig etterspørsel etter sykehustjenester påvirkes av mange faktorer. Befolkningsøkning, demografiske endringer og endring i sykkelighet øker behovet, mens endringer i medisinske metoder

og behandling, og endringer i driftsform reduserer behovet. Måter å organisere virksomheten på og samspillet mellom sykehusene i foretaket vil også spille inn.

I [Strategisk utviklingsplan for UNN HF](#) pekes det på at foretaket skal videreutvikle en bærekraftig lokalsykehusfunksjon som har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet mellom de tre somatiske sykehusene i UNN. Sykehusene skal ha et felles opptaksområde og en klar funksjons- og oppgavefordeling. Slik kan man desentralisere det mulige og sentralisere det nødvendige.

Befolkningen i området rundt UNN Narvik er avhengig både av lokalsykehuset, de andre sykehusene i foretaket og av andre sykehus utenfor eget helseforetak. Oppgaven består derfor i å beskrive den *relative rollen* til lokalsykehuset/akuttisykehuset og hvordan befolkningen i foretaksområdet skal få sine spesialisthelsetjenestetilbud dekket samlet sett. Sykehusene skal organiseres i nettverk, og funksjonene skal fordeles mellom dem slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i foretakets opptaksområde. Reisetid er en av flere faktorer som tillegges vekt når det gjelder valg av sykehus.

Det fremgår av utredningen at kravene til vurderings- og stabiliseringskompetanse er kompetansekompenserende tiltak for å sikre en forsvarlig legebemanning. Forslaget fra en underarbeidsgruppe (jf. kap. 5.4.) peker på både systemkrav og krav til den individuelle vaktbærende kirurgspesialist. Forslaget til kravspesifikasjon kan brukes som sjekklister for foretakene i sine vurderinger av vaktbærende kompetanse.

Strategisk utviklingsplan tilkjenner to hovedutfordringer knyttet til kompetanse. Å sikre tilstrekkelig kompetanse til UNN som helseforetak, og å sikre rett fordeling internt i foretaket. Oppgaven består i å rekruttere, stabilisere og utdanne både helsepersonell og andre yrkesgrupper. I årene fremover vil det særlig være behov for spesialsykepleiere, legespesialister, helsefagarbeidere og bioingeniører. Ved UNN Narvik har det vært rekrutteringsutfordringer knyttet til gynekologi. Det har vært en omfattende bruk av vikarer ved føde/gynekologisk enhet. I perioden 01.08.2015-31.12.2016 har avdelingen hatt 19 forskjellige gynekologer innleid som vikar.

1.6. Anbefalinger

Prosjektgruppen er delt i sine anbefalinger. Prosjektleder og et mindretall av prosjektgruppen (A) og flertallet av prosjektgruppen (B) kommet fram til to alternative tilrådninger til videre utvikling ved UNN Narvik for hhv føde- og kirurgi. Vurderingene er redegjort for i hhv kapittel 6 og 7.

1.6.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger

Anbefaling, alternativ A

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må

sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling (LIS-stilling) i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres. Dersom en med en målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for minst 2 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Når det gjelder fødevirksomheten i Narvik, mener vi det er rimelig at man forsøker å rekruttere 3 gynekologer innen 12 mnd. Det er viktig for oss å presisere at grensen på 12 måneder er endelig, og at det umiddelbart skal startes en prosess med de øvrige alternativene dersom man ikke ser konturene av en vellykket rekruttering innen denne fristen.

Anbefaling, alternativ B

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Det anbefales videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

1.6.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger

Anbefaling, alternativ A

Prosjektleder har lagt fram sitt forslag (gjengitt i kapittel 6). Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre. Forslaget innebærer styrket ortopedisk kirurgi, bortfall av gastroenterologisk kirurgisk som døgnaktivitet (med unntak av spesialiserte oppgaver som skjøttes i samarbeid mellom UNN Tromsø og UNN Narvik), videreføring av urinveiskirurgi, økt dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. Traumemottaket videreføres. Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

Forslaget innebærer ingen vesentlige endringer i det øvrige tjenestetilbudet i sykehuset. Avvikling av Framnes flyplass vil innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av helikopter til overflyttinger. Omfanget er ikke utredet og ambulansetjenesten må dermed gjennomgå på nytt der også eventuelle endringer som følger av justering av aktiviteten ved UNN Narvik må beskrives.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Det er i tillegg viktig at tilbudet er forutsigbart ved at det er systemavhengig og ikke personavhengig.

Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet må den samme standarden gjelde i hele foretaket. Det kan ikke være forskjellig kvalitetskrav til sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. For å sikre kvaliteten er det viktig å ha en god og stabil bemanning.

Det er behov for styrke elektivt ortopedisk virksomhet i Narvik. I dag sendes mange av ø-hjelpspasientene fra Narvik til Harstad på kveld/natt og helg da de ikke har ortoped i vakt. Så lenge det ikke skal være ortoped i vakt, er dette en praksis som må videreføres.

Anbefaling, alternativ B

Ortopedisk kirurgi utvikles og styrkes. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving tidligere vedtak og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter. Tilbudet i Urinveiskirurgi ved UNN Narvik videreføres. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Det foreslås å videreføre gynekologi-tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale for økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

Det er grunnlag for økning av dagkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik og å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

2. Bakgrunn

2.1. Mandat og mål for prosjektet

Utredningen har sin bakgrunn i [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) (Meld. St. 11 (2015-2016)), [Stortingets behandling](#) av planen (Innst. 206 S (2015-2016)), [foretaksmøtet i Helse Nord RHF](#) (protokoll av 4.05.2016), [Styresak 60-2016](#) fra Helse Nord og [mandat for oppfølging fra Helse Nord RHF](#) av 5.07.2016. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sitt utredningsoppdrag var todelt; En utredning omkring organiseringen av stedlig ledelse, og en om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi. Denne rapporten omhandler sistnevnte oppdrag. Rapporten skal være ferdig utredet, styrebehandlet ved UNN HF og oversendt Helse Nord RHF innen 1.04.2017.

2.1.1. Prosjektdirektiv og forståelse av mandatet

Oppdraget var å levere en utredning omkring kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap, elektiv kirurgi

og fødetilbudet. Videre skulle UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik. Et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens, eller et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud som minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi. Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skulle følgelig også vurderes. Utredningen skulle inneholde forslag til framtidig elektiv kirurgisk virksomhet, inkludert hva som kunne overføres fra andre sykehus.

Prosjektet skulle utrede alternative løsninger for framtidig akuttkirurgisk beredskap og UNN skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF. Oppdragsgiver ba spesifikt om at konsekvenser av evt. foreslåtte endringer beskrives; for andre fagområder, foretakets andre sykehus, prehospitaltjenester, kommunehelsetjenesten og andre aktører. Herunder skulle også behovet for kompetansehevende tiltak vurderes.

Helse Nord RHF la igjennom mandatet særlig vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftig over tid. Utredningen skulle vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for helsetjenester, og arbeidet skulle bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet. Foreslåtte løsninger skulle i tillegg ivareta faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og være innenfor de økonomiske rammer og rammene av føringene gitt i mandatet.

UNN HF mottok en [presisering av mandatet fra Helse Nord 11.01.2017](#). Her heter det at UNN skal legge til grunn følgende i utredningen:

- Det skal etableres en hensiktsmessig og dynamisk funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene for sammen å dekke befolkningens behov i UNN sitt geografiske ansvarsområde
- Akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonen ved UNN Tromsø ikke svekkes.

2.2. Prosjektorganisering

Mandatet la vekt på betydningen av at arbeidet ble basert på åpenhet, medvirkning og involvering av brukere, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. I tillegg skulle organiseringen av arbeidet sikre faglighet i utredning og beslutningsprosess. Administrerende direktør i Helse Nord RHF ba om følgende representasjon i prosjektarbeidet som et minimum: 2 representanter fra UNN Narvik, 1 fra UNN Harstad, 3 fra kommunene i nedslagsområdet, 1 konserntillitsvalgt/verneombud og 1 brukerrepresentant.

Utredningsarbeidet ved UNN ble etablert ved at prosjekteier, administrerende direktør ved UNN, satte prosjektlederfunksjonen ut på anbud. Ekstern konsulent Odd Søreide ble etter konkurransen innleid til å lede prosjektet. Det ble videre etablert et sekretariat ved direktørens stab.

Brukerutvalget ved UNN og de konserntillitsvalgte i Helse Nord ble bedt om å utpeke en representant og vara-representant til prosjektgruppen. Ansatte og ledere ved UNN leverte forslag på egne representanter til prosjektgruppen; to ved UNN Narvik, en i Harstad og en i Tromsø. For å sikre en faglig komplementær sammensetning valgte direktøren å utvide med ytterligere en representant fra Narvik. Kommunene i det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik ble bedt om å peke ut tre representanter. Også her valgte direktøren, på forespørsel fra flere kommuner, å utvide med en representant for å sikre større geografisk spredning. Konserntillitsvalgt ba etter første møte om styrket tillitsvalgtrepresentasjon, noe som ikke ble imøtekommet av direktøren. Foretakstillitsvalgte ved UNN ba senere om styrket tillitsvalgtrepresentasjon, noe direktøren imøtekom. Fra 15.11.2016 ble derfor prosjektgruppen utvidet med en foretakstillitsvalgt.

Tabell 1: Prosjekteier, -gruppe og –adm. oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan UNN HF

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Tor Ingebrigtsen	Direktør UNN HF
Prosjektleder	Odd Søreide	Innleid konsulent
Prosjektsekretariat	Hege Andersen, rådgiver	Direktørens stab
Prosjektdeltakere	Esben Haldorsen Vara: Cathrin Carlyle	Brukerrepresentant
	Bengt-Ole Larsen Vara: Ann-Mari Jenssen	Konsernverneombud Konserntillitsvalgt
	Bjørn Bremer, rådgiver	Kommunene i nedslagsområdet
	Sverre H Evju, kommuneoverlege	Kommunene i nedslagsområdet
	Heidi E Laksoa, kommunalsjef	Kommunene i nedslagsområdet
	Arne Holm, kommuneoverlege	Kommunene i nedslagsområdet
	Jon Harr, overlege	UNN Narvik
	Anne Marthe F Jenssen, overlege	UNN Narvik
	Kari Fiske, seksjonsleder	UNN Narvik
	Rita P Martnes, avdelingsleder	UNN Harstad
	Knut Kjørstad, avdelingsleder	UNN Tromsø
	Ulla Dorte Mathisen	Foretakstillitsvalgt UNN

2.3. Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling

2.3.1. Sentrale føringer

Nasjonal helse- og sykehusplan bygger på hovedprinsippet om at det fortsatt skal være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akuttsykehus er nødvendig for å sikre akuttberedskap og øyeblikkelig hjelp. Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn

til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

Hovedelementene i Nasjonal helse- og sykehusplan kan oppsummeres i følgende punkter:

- Styrke pasientens stilling i helsetjenesten
- Prioritere tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling
- Redusere variasjon mellom sykehus mht. kvalitet, effektivitet og ventetid gjennom å etablere forpliktende nettverk og endre oppgavefordelingen
- Sikre nok helsepersonell med rett kompetanse, bl.a. gjennom ny modell for utdanning av legespesialister, etablere ny spesialitet innrettet mot akuttmottak og ny nasjonal bemanningsmodell
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nasjonale krav til behandlingstilbud
- Bedre oppgavedeling mellom sykehus, herunder færre sykehus med akutt kirurgi. Anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi er angitt til 60-80 000 innbyggere. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges vekt. De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet ligger fast (jf. Stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet*³). Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Vesentlige endringer må avklares i lokale prosesser der også kommunene skal høres (jf. Veilederen for arbeidet med utviklingsplaner).
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, herunder sikre nødvendig kapasitet og kompetanse ved ev. endringer i det akuttkirurgiske tilbud.

Nasjonale helse- og sykehusplan ble overlevert Stortinget 20.11.2015. Helse- og omsorgskomiteen oversendte deretter 47 spørsmål til statsråden som ble besvart i [brev fra Helse- og omsorgsministeren 12.01.2016](#). Statsråden ble spurt om hvilken vurdering, utover befolkningsgrunnlag, som lå til grunn for at departementet hadde plukket ut fem sykehus, heriblant Narvik og Lofoten, i et framtidsscenario uten akuttkirurgisk beredskap. Statsråden redegjorde for at forhold som geografi og klima hadde betydning, og noen sykehus med et befolkningsgrunnlag under 60-80 000 ble derfor foreslått videreført med akuttkirurgi. Han viste til tabell 12.1 i planen, der andre begrunnelser enn geografi og klima angis.

³ St.meld. nr. 12 (2008-2009) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>

Helse- og omsorgskomiteen avga sin innstilling i mars 2016. Komiteens ba regjeringen om å sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus. De ba videre regjeringen sørge for at sykehus fortsatt skal ha akuttkirurgisk tilbud når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvaliteten og pasientsikkerheten er ivaretatt. Scenarioene som er beskrevet i planen skulle ikke være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som følger. Regjeringen ble bedt om å starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien til akutt sykehusene der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene. Nasjonal helse- og sykehusplan ble [vedtatt](#) i Stortinget 17.03.2016 (se lenken for ordlyd i vedtaket).

2.3.2. Sykehus og sykehusbegrepet – nasjonale og regionale avklaringer

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende.

Tekstboks 1: Definisjon av ulike typer sykehus

Regionsykehus: Hovedsykehuset i hver helseregion. Har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester

Stort akutt sykehus: Befolkningsgrunnlag på minste 60-80 000 innbyggere. Har et bredt tilbud innen akutt kirurgi og andre medisinske spesialiteter

Akutt sykehus: Skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt og planlagt kirurgi. Kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig

Sykehus uten akutfunksjoner: Elektive sykehus

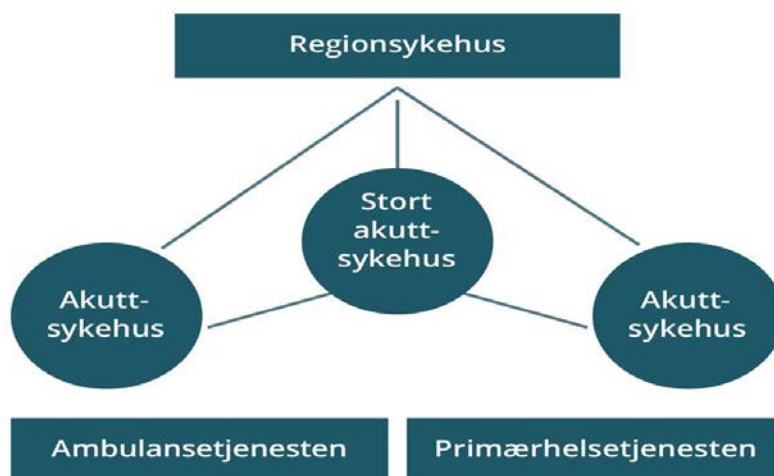
Foretaksrådet i Helse Nord RHF foretok følgende presiseringer.

Tekstboks 2: Presiseringer vedrørende definisjon av sykehus

- Vedr. regionsykehusene. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akutt sykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akutt kirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene må ha fullt akutt kirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuelle endringer i sykehus tilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Helse Nord har kategorisert alle lokalsykehusene i regionen som *akutt sykehus*. Det inngår ikke i mandatet å vurdere *sykehus uten akutfunksjoner*. Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at de faglige og organisatoriske nettverksfunksjonene mellom sykehus styrkes og gjøres mer forpliktende. Dette skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning, hospiterings- og ambuleringsordninger.

Figur 1: Sykehus i nettverk



2.3.3. Nasjonale og regionale føringer for utviklingen av pasienttilbudet.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at det over tid skjer en omstilling av akuttberedskapen ved enkelte mindre lokalsykehus slik at de opprettholder medisinsk akuttberedskap, men ikke akutt kirurgi. Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus ville sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus, og samtidig frigjøre kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akuttprosienter. I planen ble det foreslått en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60-80 000 innbyggere, men foretaksmøtet presiserte at det må gjøres en totalvurdering der også geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges vekt.

I Nasjonal helse- og sykehusplan ble det redegjort for to scenarier for utviklingen av tilbudet til akutt syke pasienter ved lokalsykehusene. Begge scenariene tok hensyn til forhold som avstander og klima. I scenario 1 beskrev akuttsykehus med tilpassede akutfunksjoner, mens scenario 2 bygde på forutsetningen om at alle akuttsykehus skal ha akuttkirurgi. Scenariene er gjengitt i tabell 12.1 i planen.

De endelige beslutningene om akutttilbudene ved de enkelte sykehusene skulle tas etter at det er laget utviklingsplaner i helseforetakene og de regionale foretakene. Gode lokale prosesser ville være en viktig premiss i dette arbeidet.

Stortingets vedtok at disse scenariene ikke skulle være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skulle gjennomføres i oppfølgingen. På denne bakgrunn presiserte foretaksmøtet i Helse Nord bl.a. følgende føringer:

- Konklusjonene i scenariene skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser
- Sykehus med akuttkirurgisk tilbud skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt
- Det skal startes en prosess med å flytte mer elektiv kirurgi til akuttsykehusene der det ligger til rette for dette.

Helse Nord Styresak 60-2016 initierte og la rammene for den regionale oppfølgingen av planen. Styret ba administrerende direktør ved Helse Nord RHF sørge for at UNN HF utredet organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik, inklusive en utredning av fødetilbudet.

2.4. Prosjektgjennomføring; åpenhet, medvirkning, involvering

[Prosjektplan for oppdraget](#) ble utarbeidet og lagt fram for UNN sitt styre 14.09.2016.

Prosjektgruppen ble konstituert ved sitt først møte 22.09.2016. I alt har det vært 7 heldagsmøter i prosjektgruppen, alle ved UNN Narvik, samt en avsluttende videokonferanse av 1 times varighet (24.02.17). Parallelt med møteaktivitet har det vært gjort omfattende bestillinger, innsamling, bearbeiding og analyse av data på relevante områder. I tillegg til UNN-interne ressurser, har kommunehelsetjenesten, eksterne eksperter, Asplan Viak og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) bidratt til datainnsamling og analyse. Alle datakilder og analyser er tilgjengelige på prosjektets [nettside](#).

Tabell 2: Hovedaktiviteter i perioden

Nr.	Hovedaktivitet	Ansvar	Dato/ frist
1.	Orientering i styremøtet vedr prosjektplan	Prosjektleder	14.09.16
2.	Prosjektgruppe konstituert – 7 heldagsmøter ved UNN Narvik	Prosjektleder	22.09, 18.10, 15.11. og 15.12.16, 11. - 12.01, og 14.02.17
3.	Oppstart og leveranse fra ulike fag- og ressursgrupper. Datainnsamling. Analyse	Ressurspersoner i og utenfor UNN	Fortløpende 2016
5.	Sammenstilling og rapportskrivning	Prosjektleder/ Sekretariat	Innen 02.03.17
6.	Risiko- og mulighetsanalyse, høring	Adm.dir UNN HF	Innen 20.03.17
7.	Styrebehandling i UNN HF etter drøftinger mv	Adm.dir UNN HF	29.03.17
8.	Oversendt styrebehandlet utredning til RHF	Adm.dir UNN HF	01.04.17

Prosjektet har levert skriftlige statusrapporter til Helse Nord RHF hhv 15.11. og 1.12.2016. Helse Nord RHF var representert på oppstartsmøtet. Prosjektsekretariatet har hatt koordineringsmøter med tilsvarende prosjekt ved Nordlandssykehuset (NLSH) hver 14 dag gjennom hele prosjektperioden. Sekretariatene har deltatt som observatør i hverandres prosjektgruppemøter ved flere anledninger. Det er etablert et kontaktpunkt mellom det arbeidet som gjøres ved UNN og ved Finnmarkssykehuset. Styret ved UNN HF og direktørens ledergruppe har vært orientert underveis.

2.4.1. Kommunikasjon, informasjon og medvirkning

Prosjektgruppen utarbeidet, i samarbeid med kommunikasjonssjefen ved UNN HF, en [kommunikasjonsplan](#) for arbeidet ved oppstart. I tillegg ble det utarbeidet en [interessentanalyse](#). Disse ble gjort tilgjengelig på internettsiden som var etablert for prosjektet. Her ble det fortløpende lagt ut dokumentasjon for arbeide i utredningen. Det ble også etablert en egen «postkasse» på nettsiden, betjent av sekretariatet, der enkeltpersoner kunne gi innspill.

I forbindelse med samtlige møter ble det arrangert et informasjonsmøte for de ansatte ved UNN Narvik. Presentasjonene fra disse møtene ble også lagt ut fortløpende på nettsiden. Det ble også satt av tid til møter mellom prosjektleder og lokal presse etter hvert møte i prosjektgruppen.

Innledningsvis i arbeidet ble det gitt muntlige orienteringer om prosjektplanen i Overordnet samarbeidsorgan (29.09.2016), og de lokale driftsrådene ved UNN Harstad og UNN Narvik (5. - 6.10.2016). Prosjektleder møtte også i Ofoten regionråd 09.12.2016.

Håndtering av uenighet.

I sak 6/17 (møte 11.-12. 01.2017) ble spillereglene for utforming av løsningsforslag og senere utforming av rapporten diskutert. Faktagrunnlaget ligger på nettsiden, og lenkes til prosjektrapporten. Løsningsforslagene må baseres på fakta/data som foreligger og må svare ut mandatet. Det er sekretariatet og prosjektleder som formulerer utkast(ene) til prosjektrapport og har ansvaret for slutføring av rapporten.

Eventuell uenighet innad i prosjektgruppen skal synliggjøres i rapporten. Avvikende syn/uenighet må formuleres av de som målbærer disse. Målsettingen er en felles innstilling og anbefaling fra prosjektgruppen.

Prosjektgruppen er senere bedt om å gi skriftlige tilbakemeldinger på de utsendte versjonene (4) av prosjektrapporten. Prinsipielle spørsmål ble diskutert i siste møte i prosjektgruppen. Evt. uenigheter skal fremkomme i rapporten og en endelig avklaring av hvem som støttet de alternative forslag ble gjort i video-/telefonkonferanse 24.02.2017.

3. Nå-situasjonen –kirurgifagene og føde/gynekologi

3.1. Tilbudet ved UNN HF

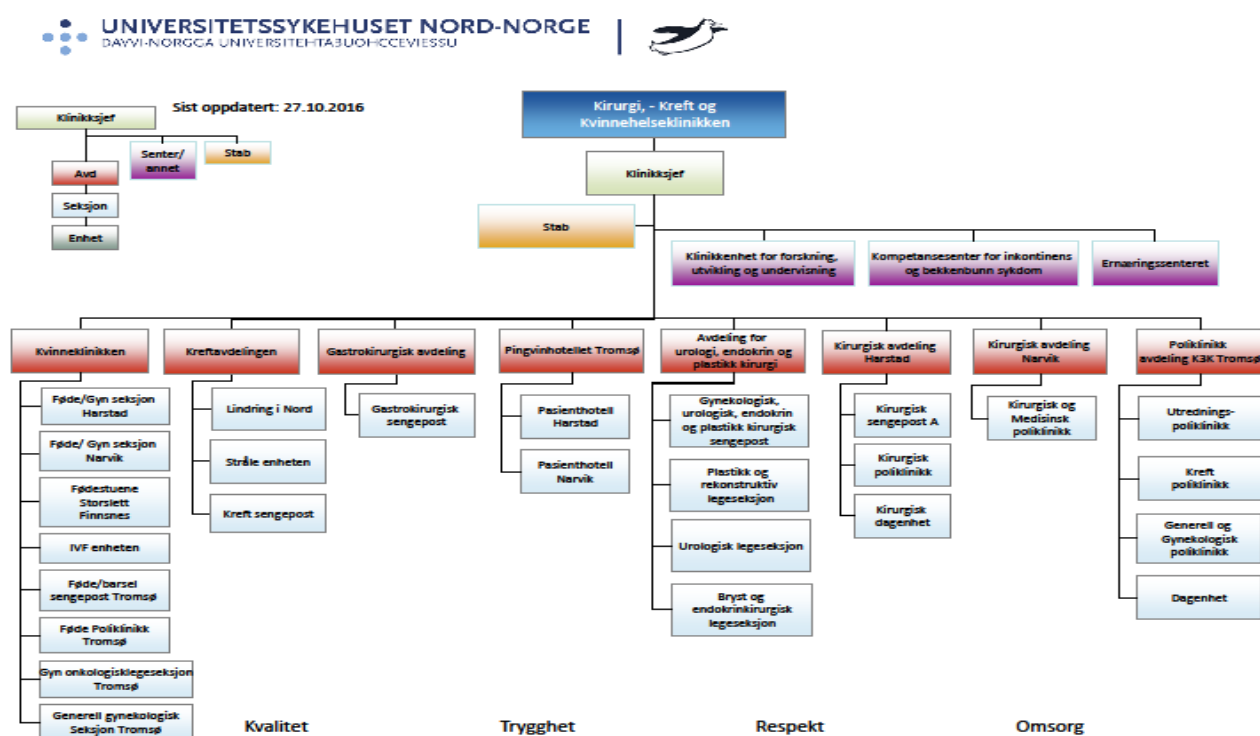
UNN er et helseforetak med regionfunksjoner som tilbyr befolkningen i Nord-Norge spesialiserte helsetjenester av høy kvalitet. Oppdraget ivaretas gjennom spesialisthelsetjenester og samhandling med kommunene, andre sykehus og private tilbydere. UNN har ansvar for å tilby helsetjenester under kriser og katastrofer og står for beredskapsplanlegging og operativ krisehåndtering i sitt geografiske ansvarsområde. Som universitetssykehus er UNN en betydelig utdannings- og forskningsinstitusjon og en viktig samarbeidspartner for universitetene i landsdelen. UNN er et desentralisert helseforetak med somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen, samt distriktsmedisinske sentre (DMS) på Finnsnes og Storslett. Helseforetaket har et psykiatrisk sykehus tilbud i Tromsø med integrert rusbehandling, russeksjon Narvik og distriktpsikiatriske sentre (DPS) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Nord-Troms samt Tromsø og omegn. UNN har dessuten ansvaret for Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), og for ambulansetjenesten i regionen. Denne omfatter bil- og båtambulanse samt bemanning av luftambulansen med helsepersonell.

3.1.1. Organiseringen ved UNN HF – organisasjonskart og klinikkstruktur, driftsrådet mv

Ved nedleggingen av Hålogalandssykehuset HF i 2007 ble lokalsykehusene i Harstad og Narvik en del av UNN. UNN er organisert i en klinikkmodell med gjennomgående faglig ledelse. Det innebærer at medisinske disipliner, funksjoner og fagmiljø, i hovedregelen, organiseres og samles i egne enheter med tydelig og avklart ansvar for sine/sitt fagområde. Enhetene organiseres inn i en klinikk (senter) som skal sikre tydelige ansvarsområder i en klar og uavbrutt linje fra den enkelte enhet og opp til sykehusledelsen. En strukturell harmonisering ble besluttet i 2012 slik at de største virksomhetene ved lokalsykehusene ble omgjort til avdelinger der avdelingsleder rapporterer til klinikkchef og inngår i klinikklederteamene. Dette gjaldt Medisinsk avdeling (Medisinsk klinikk), Anestesi- og operasjonsavdelingen (Operasjons- og intensivklinikken) og Kirurgisk avdeling (Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken, se figur 2)⁴.

⁴ Dagens organisering av UNN HF og hvordan kravet til stedlig ledelse ivaretas. [Innspillsnotat](#) til utredning av stedlig ledelse. UNN HF 04.11.2016.

Figur 2: Organisasjonskart UNN HF 2017



Høsten 2014 ble det etablert lokale driftsrød for Harstad og Narvik med likelydende mandat.

Driftsrødets formøl er tredelt:

- Avklare og veilede saksgang i driftsmessige forhold hvor flere enheter og fagfolk er involvert, samt i saker hvor det kan vøre behov for avklaringer rundt gjeldende rutiner og bakenforliggende beslutninger.
- Vøre en arena for samhandling, samarbeid og informasjonsutveksling mellom ulike enheter /klinikker som har virksomhet ved UNN Harstad og UNN Narvik.
- Vøre en arena hvor man samlet kan beslutte klinikkovergripende driftssaker ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Deltakere i driftsrødets er avdelings- og seksjonsledere fra klinikker som har avdelinger eller seksjoner ved UNN Harstad og UNN Narvik og klinikkjer ved Operasjons- og intensivkivnikken, Medisinsk klinikk eller Kirurgi-, krefte- og kvinnehelsekivnikken (rullerer).

Driftsrødets medlemmer er ansvarlige for ø forankre egne standpunkter gjennom tilstrekkelige medvirkningsprosesser i egen avdeling/seksjon før møtene. Driftsrødets kan gjennomføre drøftinger med tillitsvalgte/vernetjeneste i avdelings-/seksjonsovergripende saker, men tillitsvalgte og verneombud deltar ikke i rødets sluttbehandling av sakene.

Driftsrådet har beslutningsmyndighet tilsvarende de respektive medlemmenes myndighetsområde. Beslutninger som medfører endret funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN skal behandles i direktørens ledergruppe.

Som en del av oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan ble UNN HF bedt om å utrede hvordan stedlig ledelse ivaretas i foretaket. Etter en grundig og inkluderende prosess har en samlet arbeidsgruppe levert utredningen [Dagens organisering av UNN HF](#) og ivaretagelse av stedlig ledelse, der de konkluderer med at stedlig ledelse er mulig å ivareta på en god måte innenfor dagens klinikkmodell. Samtidig erkjenner gruppen at behovet for lokal koordinering ikke har vært håndtert godt nok, og foreslår ovenfor styret ved UNN HF at det settes i verk tiltak for å bøte på dette. Saken ble [styrebehandlet](#) i februar 2017.

3.1.2. Hovedtrekk i tjenestetilbud

UNN Narvik er lokalsykehus for pasienter i Ofoten og deler av Midt-Troms. Det tradisjonelle opptaksområdet for UNN Narvik omfatter deler av Tysfjord, samt Ballangen, Narvik, Evenes, Gratangen, Salangen og Lavangen. Tilbudet ved sykehuset omfatter kirurgi, indremedisin, akuttmottak, røntgen, gynekologi og fødeavdeling, anestesi, laboratoriemedisin, operasjon og dagkirurgi. Sykehuset har også ambulant tilbud innen rehabilitering og fysioterapi, psykiatri og rusbehandling.

3.1.3. Strategisk utviklingsplan UNN HF

[Strategisk utviklingsplan](#) redegjør for sju strategiske hovedretninger som skal være førende for utviklingen av den faglige virksomheten i hele foretaket i perioden 2015-2025. Dette er:

1. Koordinerte pasientforløp, en dreining fra døgn til dag og nye behandlingstilbud
2. Økt pasient- og brukermedvirkning
3. God samhandling og tydelig funksjonsfordeling; videreutvikle region- og lokalsykehusfunksjoner
4. Vektlegge kvalitet og pasientsikkerhet
5. Videreutvikle sin rolle innen utdanning og rekruttering, stabilisering
6. Styrke forskningsaktiviteten
7. Utnytte teknologi og e-helse i utvikling av helsetilbud.

I tillegg definerer planen fire prioriterte utviklingsområder. Dette er:

1. Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
2. Psykisk helsevern og rusbehandling
3. Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
4. Kroniske og sammensatte lidelser.

3.2. Aktivitet ved UNN Narvik og bruken av spesialisthelsetjenester i kommunene

3.2.1. Bruken av spesialisthelsetjenester – sykehusperspektivet og befolkningsperspektivet

Aktiviteten ved sykehus kan vurderes ut fra to perspektiv. *Sykehusperspektivet* omhandler det som skjer i sykehuset av ulike typer aktiviteter i avdelinger/enheter fordelt på de tre omsorgsnivåene døgnbehandling (innleggelse), dagbehandling/dagkirurgi og poliklinikk. Videre etter innleggelses- eller henvisningsmåte (planlagt (elektivt) eller akutt (øyeblikkelig hjelp - ØH)) og det som iverksettes av ulike typer tiltak/prosedyrer. Begrepene og klassifikasjonssystemene er standardiserte av nasjonale helsemyndigheter.

Befolkningsperspektivet omhandler hvordan befolkningen i kommunene i området bruker sykehuset, andre sykehus i samme foretak og sykehus utenfor foretaket i eller utenfor helseregionen.

Befolkningsperspektivet beskriver hvordan og hvor befolkningen får dekket sitt totale behov for spesialisthelsetjeneste. Dermed får en belyst den relative rollen for det lokale sykehus i forhold til det totale behovet (definert som totalt forbruk).

I denne rapporten gis data som omhandler begge perspektivene.

3.2.2. Aktivitet ved UNN Narvik- datagrunnlag

Data brukt i dette arbeidet er hentet fra styringsportalen, dvs. Ledelses- og informasjonssystemet (LIS) i Helse Nord, DIPS-data⁵ fra UNN HF, fra datasystemet NIMES (som henter data fra DIPS) og NPR-data⁶ fra Helsedirektoratet som er lagt til rette og bearbeidet av SKDE (Helse Nord RHF).

Data om spesialisthelsetjenestens virksomhet og funksjoner blir registrert i foretakenes pasientadministrative systemer (PAS) av merkantilt og helsefaglig personell. Fra PAS hentes ut data som blir tilrettelagt for analyse basert på standardiserte rutiner og formater. Figuren under illustrerer hvordan datainnsamlingen skjer og videreformidles for analyse og styringsformål, som grunnlag for nasjonal helsestatistikk, for utredninger o.a.

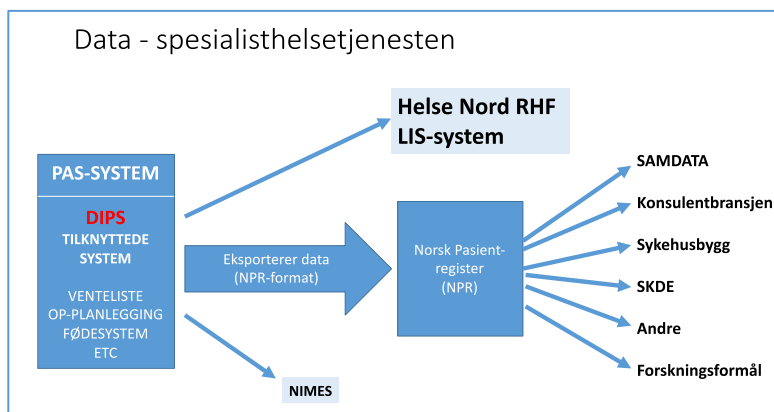
Det vil være noen forskjeller i hvordan data hentes ut (filtreres), analytisk tilnærming og hvilke muligheter som finnes for å beskrive problemstillingen man ønsker å belyse. Man må ha kjennskap til

⁵ DIPS er det pasientadministrative IT-systemet ved UNN HF (DIPS brukes i 3 av 4 regionale helseforetak).

⁶ NPR=Norsk Pasientregister (Helsedirektoratet). NPR henter data regelmessig fra de pasientadministrative systemene (i 2016 5 dager i uken).

grunnforutsetningene i dette for å kunne ta stilling til muligheter og begrensninger. Dette betyr at samme virksomhet kan beskrives på litt forskjellig måte og med litt forskjellige tall⁷.

Figur 3: Data for spesialisthelsetjenesten



I dette prosjektet har det vært viktig å rendyrke og beskrive *den kirurgiske pasienten*. Spesielt gjelder det den delen av pasientpopulasjonen som ikke gjennomgår et kirurgisk inngrep. Det har videre vært viktig å skille ut og beskrive gynekologisk og fødevirksomhet for å rendyrke kirurgisk aktivitet.

Det fremgår av figuren at virksomhetsdata og beskrivelse av ulike aktiviteter er avhengig av at sykehusets tilsatte, oftest leger og annet helsepersonell, faktisk registrerer aktiviteten. Manglende registrering er et ikke ukjent problem, og vil som oftest også forklare fenomenet med at ansatte ikke kjenner seg igjen i tall som presenteres (feil inn gir feil ut). Manglede registrering har ofte å gjøre med knappe ressurser og varierende kompetanse. Det ble etablert en egen analysegruppe med 5 deltagere⁸. UNN HF og SKDE har hatt ansvar for henholdsvis sykehusperspektivet (UNN HF) og befolkningsperspektivet (SKDE). Prosjektleder har deltatt i dette arbeidet.

Detaljerte data og analyser finnes i vedleggene [pasientstrømanalyse](#) og [data og tabeller](#). I dette kapittelet oppsummeres hovedfunnene for 2015⁹. For andre data som benyttes i denne utredningen vil kilde bli anført.

⁷ Ett eksempel: NPR gir data for sykehusopphold. Ett sykehusopphold kan ha flere avdelingsopphold, enten i samme sykehus eller i flere av foretakets sykehuset. Og ett avdelingsopphold kan inneholde flere postopphold. En konsekvens av dette er at en pasient kan telles flere ganger dersom en ikke skiller mellom forskjellige typer opphold/episoder.

⁸ Professor emeritus Olav Helge Førde, ISM/UiT og SKDE, Seniorrådgiver Trine Storjord og rådgiver Thomas Krogh, UNN HF, Forsker Hanne Sigrun Byhring og forsker Lise Balteskard, SKDE.

⁹ Aktivitetsdata er analysert for 2014-2015. Data for de 2 årene er i hovedsak sammenfallende. Derfor presenteres bare 2015-data.

3.2.3. Aktivitet innen kirurgi, gynekologi og føde.

Total aktivitet ved UNN Narvik innen somatikk (alle episoder) og innen kirurgi, føde og gynekologi oppsummeres i tabell 3. Traume, definert som pasienter registrert i traumeregisteret ved UNN HF, og operasjoner for traume er beskrevet i kap. 3.3.

Aktivitet innen kirurgi

Aktiviteten er fordelt etter henvisningsmåte/hastegrad (planlagt og akutt), kirurgisk spesialitet og etter diagnose og operasjonskategori¹⁰. Generell kirurgi er en "restkategori" som inneholder urologi (urinveiskirurgi) og diagnoser som ikke naturlig faller inn under en annen spesialitet. Hovedfunnene i analysene oppsummeres slik:

Tabell 3: Kirurgi, føde og gynekologi UNN Narvik 2015.¹¹

UNN Narvik 2015				
Kirurgi, føde og gynekologi				
	Alle episoder	Episoder - Kirurgi	Føde	Gynekologi
Døgn (innleggelse) - Planlagt	621	400 (64%)	14 (2%)	52 (8%)
Døgn (innleggelse) - ØH	3117	1080 (35%)	270 (9%)	58 (2%)
Dagbehandling / Dagkirurgi - Planlagt	1928 ²	1217 (63%)	-	256 (13%)
Poliklinikk - Planlagt	20193	7071 (35%)	742 (4%) ¹	2144 (11%)
Poliklinikk - ØH	3700	2192 (59%)	696 (19%)	97 (3%)

1. Inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor (50% av alle elektive konsultasjoner)
2. Inkludert dialyse

03.02.2017 10
Kilde: HN LIS Thomas Krogh

- Hver 7. pasient ved UNN Narvik var en inneliggende pasient.
- Hver 5. pasient var en øyeblikkelig hjelp pasient.
- Kirurgi utgjorde henholdsvis 64% og 35% av planlagt og øyeblikkelig hjelp-aktivitet for innlagte pasienter.
- Kirurgi utgjorde 63%¹² av dagbehandling med 1217 dagkirurgiske inngrep/operasjoner.

¹⁰ Hoveddiagnosegruppe – HDG og NCSP-kode

¹¹ Kolonnen alle episoder inneholder all somatisk aktivitet (inkludert indremedisin) ved UNN Narvik. Tabellen belyser det relative omfanget av kirurgi, gynekologi og føde

¹² Tallet ville vært høyere dersom dialyse ikke var regnet med i totalsummen for dagbehandling

- 59% av poliklinisk øyeblikkelig hjelp episoder ved sykehuset (2192 konsultasjoner) var innen kirurgi.
- Ortopedisk kirurgi var den dominerende kirurgiske spesialitet både samlet, dagbehandling og øyeblikkelig hjelp poliklinikk.

Tabell 4: Poliklinikk kirurgi UNN Narvik, andel 2015

	Ortopedi	Generell kirurgi	Gastro (mage/tarm)
Akutt (ØH) poliklinikk	1564 (71%)	488 (22%)	140 (6%)
Planlagt poliklinikk	3242 (46%)	2680 (38%)	1149 (16%)
Totalt	4806 (52%)	3168 (34%)	1289 (14%)

- Kirurgisk poliklinikk avviklet over 2200 øyeblikkelig hjelp konsultasjoner i 2015. Av disse utgjør 1564 sykdommer i muskel/skjelett og hud/underhud. 6% av akutte polikliniske konsultasjoner var for mage-tarm-problemer.¹³ Det er et stort spekter av sykdomsgrupper ved poliklinikken, inkludert øre-nese-hals sykdommer, sykdommer i åndedretsorgan og øyesykdommer.¹⁴
- Ca. 15% av øyeblikkelig hjelp innlagte kirurgiske pasienter ble operert samme dag eller dagen etter og de fleste av disse operasjonene blir utført på dagtid/kveld. Dette betyr en øyeblikkelig hjelp operasjon hver annen dag. 15 pasienter ble operert på nattetid.¹⁵ i 2015, dvs. vel 1 per måned. 9 av 10 akutte operasjoner ble utført på dag og kveldstid.
- Av de over 1100 akutt innlagte kirurgiske døgnpasientene (gynekologi inkludert) tilhører ca. halvparten hoveddiagnose-kategoriene mage/tarm og muskel/skjelett.¹⁶
- 41 pasienter (4%) ble innlagt akutt, og meldt til elektiv operasjon 2-7 dager etter innleggelse.
- Av ca. 900 kirurgiske pasienter akutt innlagt uten operasjon hadde 50 % en liggetid på 2 dager eller mindre.¹⁷
- Øyeblikkelig hjelp inngrepene på inneliggende pasienter fordeler seg på et vidt spekter av mindre inngrep. Inngrep på hofter (27), gastrointestinale skopier (22), fjerning av blindtarm (21) og 14 operasjoner på albue/underarm var over 10 i tallet.

¹³ UNN Narvik har ingen stedlig DRG koderådgiver innen K3K. UNN Narvik har ingen fast GAT ansatt

¹⁴ Pasienter som hører inn under gruppen akutt abdomen møter ved akuttmottaket ved UNN Narvik

¹⁵ KI 2230-0730

¹⁶ Ved UNN Narvik er det ingen egen egen onkologisk sengepost. Pasienter med kirurgisk diagnose som legges inn under ordningen «åpen retur» defineres som akutte innlagte kirurgiske døgnpasienter.

¹⁷ Median liggetid

- 78% av planlagte kirurgiske innleggelser førte til operasjon, der kategoriene sprer seg over et vidt spekter av mindre inngrep der de hyppigste er 65 galleoperasjoner og 43 urologiske inngrep.
 - Ca. 1/5 av de planlagte kirurgiske inngrepene ble utført av eller i et samarbeid med kirurger fra UNN Tromsø.
 - Forskjellen mellom dagkirurgi og planlagt kirurgi hos innlagte pasienter er noe vag.
- Median liggetid for de elektivt innlagte pasientene, både opererte og ikke opererte, var 2 dager.
- I 2015 ble 52 pasienter overført fra indremedisin til kirurgi, og to av disse ble operert. Fra UNN Narvik (kirurgi) ble henholdsvis 52 og 51 pasienter overført til Harstad og Tromsø innen ett døgn.
 - Pasientene overflyttet UNN Harstad var hovedsakelig ortopediske pasienter.
- 77% av de kirurgiske døgnpasientene ved UNN Narvik kom fra de 7 kommunene i det tradisjonelle opptaksområdet, 2% fra UNN Harstad og 12% fra UNN Tromsøs opptaksområde, 9% utenfra foretaksområdet og 1,7% var utlendinger (25 pasienter).
- Innen dagkirurgi kom 63% fra det tradisjonelle opptaksområde og 26% kom fra UNN Tromsø sitt opptaksområde.
 - Noen av de dagkirurgiske pasientene fra UNN Tromsø er styrt til UNN Narvik.
- Vel 20 % av pasientene fra UNN Narvik sitt tradisjonelle opptaksområde som får planlagt kirurgi¹⁸ som krever døgnbehandling, fikk dette ved UNN Narvik. For akutt opererte pasienter ligger tallet noe høyere (ca. 36%).
- Narvik og Ballangen kommune brukte UNN Narvik mest med hensyn til hvor innbyggerne fikk sine kirurgiske inngrep. De andre kommunene sendte i varierende grad pasienter som trenger planlagt eller akutt kirurgi til de to andre sykehusene i UNN-området. Bardu sendte en like stor andel til UNN Narvik som flere av kommunene i opptaksområdet.
- Ser vi imidlertid på pasienter som fikk kirurgisk spesialistvurdering og diagnostikk er andelen fra kommunene i opptaksområdet høyere. Med unntak for planlagte døgnpasienter gjelder det alle andre kategorier pasienter som trenger kirurgisk spesialistkompetanse.
- Nærmere 30% av planlagte døgnopphold med kirurgi¹⁹ ved UNN Narvik var knyttet til personer bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet til UNN Tromsø.
- I underkant av 15% av planlagte døgnopphold (kirurgisk DRG) ved UNN Narvik var knyttet til personer bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet til sykehus i Helse Nord utenom UNN HF.

¹⁸ Definert som kirurgisk DRG

¹⁹ Kirurgisk DRG

- De planlagte kirurgiske behandlinger som hyppigst utføres ved sykehus i andre RHF enn Helse Nord er ulike former for leddproteseoperasjoner.

Det er også foretatt analyser over tilsyn fra kirurgisk enhet til andre avdelinger/enheter (indremedisin). Det er bred enighet om at data av denne type slik de fremstår i PAS-EPJ-systemene ikke kan brukes fordi de neppe gir et representativt og dekkende bilde av status.

Aktivitet innen gynekologi

- Det var 2144 polikliniske episoder innen gynekologi (11% av alle polikliniske kontakter).
- Det ble utført 256 dagkirurgiske operasjoner.
- 91% av konsultasjonene i fødselsomsorgen kommer fra opptaksområdet²⁰.
- 94% av polikliniske episoder innen gynekologi kommer fra UNN Narvik sitt tradisjonelle opptaksområde.

3.2.4. Fødsler, opphold for fødsler

De autoritative kilden for opplysninger om fødsler er Medisinsk Fødselsregister. Data over fødselsaktiviteten ved UNN Narvik er utførlig beskrevet i vedlegget [Fødsel aktivitet](#).

I perioden 2010-2015 var det gjennomsnittlig 234 fødsler per år²¹. Antall fødsler i 2016 antas å bli om lag 280. I samme periode var gjennomsnittlig antall keisersnitt 38 per år. Ca. 1/3 av keisersnittene var planlagte, 2/3 akutte (2015).

Antall kvinner i fertil alder (definert som 20-44 år; se kap. 5.1) vil ifølge SSB sine framskrivninger ikke øke i opptaksområdet frem til år 2040. Tabell under viser opphold for fødsler og keisersnitt for kvinner bosatt i det tradisjonelle opptaksområdet (7 kommuner) for UNN Narvik.

²⁰ inkludert 368 konsultasjoner hos jordmor

²¹ mean; variasjon fra 179 til 274 per år

Tabell 5: Opphold, fødsler og keisersnitt. Andel av pasientene i tradisjonelt opptaksområde 2014-2015

	2014	2015
Vanlig fødsel	74%	70%
Keisersnitt	74%	53%

Av kvinnene²² bosatt i opptaksområdet som føder annet sted enn ved UNN Narvik, blir 57% forløst ved UNN Tromsø og 42% ved UNN Harstad. Det er mest sannsynlig at etterlevelse og bruk av seleksjonskriterier for fødende og samarbeid mellom UNN Narvik og UNN Harstad i forbindelse med feriestengning forklarer fordeling av fødende.

3.3. Skader (traumer) ved UNN Narvik

3.3.1. Traumesystem UNN HF og ved UNN Narvik

Den akuttmedisinske kjede, definert som en sammenhengende rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp fra hendelsessted (inkludert publikums innsats) frem til definitiv behandling, er omtalt i kap. 3.5.

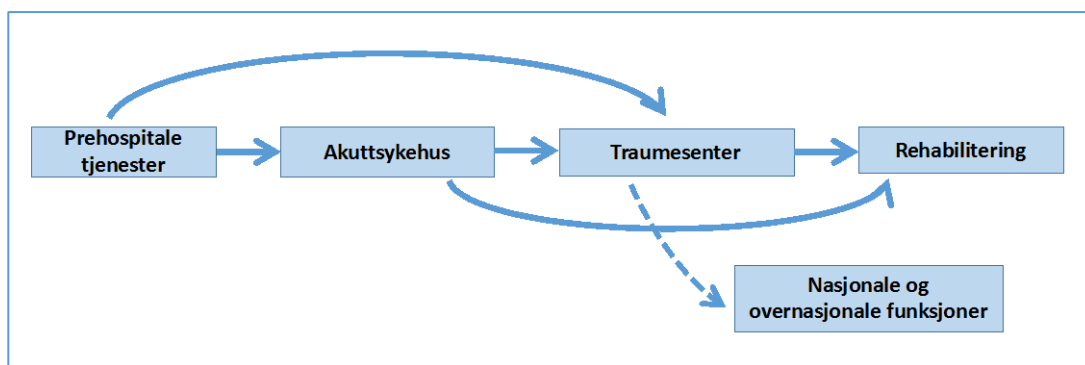
I dette kapittelet omtales traumesystemet i UNN HF og ved UNN Narvik. Dette bygger på en nasjonal modell, en regional tilpasning, et foretaksspesifikt traumesystem med tilpasning til akuttstusykehusene, inkludert UNN Narvik. En detaljert gjennomgang finnes i vedlegget [Traumeorganisering](#). Sykehusene i foretaket utgjør til sammen et trygt tilbud til akutt skadede pasienter og er basert på oppbyggingen oppsummert slik:

1. Den prehospitale delen med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulansse (omtalt i kap. 3.5).
2. Akuttstusykehusfunksjonen (alle sykehusene i UNN HF og i Helse Nord RHF). Både UNN Harstad og UNN Narvik har traumemottak.
3. Traumesenteret ved UNN Tromsø.
4. Rehabilitering.

Den sammenhengende kjeden som karakteriserer et traumesystem kan illustreres slik:

²² n=129 for perioden 2014-2015

Figur 4: Traumesystemet (Kilde: Helse Vest RHF)



Hovedtrekkene i det nasjonale traumesystemet med relevans for UNN Narvik

Det nasjonale traumesystemet ble vedtatt i 2007. Dette er under revisjon og man forventer godkjenning i RHF-systemet og den enkelte region primo 2017.²³

Akuttsykehus: Akuttsykehus kan ferdigbehandle traumepasienter i den grad stedlig kompetanse tillater. Den initiale vurderingen og behandlingen er i stor grad protokoll-styrt med klare handlingsregler, inkludert spørsmålet om hvilke pasienter som skal sendes direkte til traumesenteret.²⁴

I tillegg til kompetanse til å utføre nødkirurgiske prosedyrer stilles følgende krav til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter:

1. Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering
2. Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av thorax på mindre enn 15 minutter
3. Kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå
4. Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)
5. Tilpasset registrerings skjema/bruk av sjekklister
6. Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
7. Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
8. Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet.

²³ **Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015.** Utarbeidet av en nasjonal faggruppe nedsatt av fagdirektørene i de regionale helseforetak under ledelse av Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi NKT- Traume. <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2015/09/Nasjonal-traumeplan—Traumesystem-i-Norge-2015.pdf>. Ny versjon er under behandling, men ikke vedtatt.

²⁴ Vi gjør oppmerksom på at definisjonen av akuttsykehus i Nasjonal traumeplan avviker fra den som legges til grunn i Nasjonal helse- og sykehusplan og følgelig i denne utredningen

I vedlegg Traumeorganisering (se link over) beskrives også traumesenterets systemansvar (UNN Tromsø). Traumesentrene har systemansvaret for akuttisykehusene i sin region og behandler pasienter med skader som akuttisykehusene i regionen ikke selv har kapasitet eller kompetanse til å behandle. Traumesentrene skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra behandling som hører inn under landsfunksjoner. I tillegg til akuttisykehusfunksjonene nevnt ovenfor skal traumesentrene tilby følgende diagnostikk og behandling på døgnbasis: Akutt angiografi, intraarteriell embolisering og stentbehandling av blødninger.

Hovedtrekkene i det regionale traumesystemet i Helse Nord RHF

Som hovedregel skal tilskadekomne bringes til nærmeste sykehus som effektivt kan behandle pasienten for den mest alvorlige skaden som foreligger eller mistenkes. Alvorlig og/eller hardt skadde pasienter skal så vidt mulig sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling. UNN Tromsø er regionalt traumesenter (nivå 3 i traumesystemet) og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter (unntak for landsfunksjoner). NLSH Bodø er traumesykehus nivå 2 og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved regionalt traumesenter.

Alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å yte stabiliserende/livreddende behandling når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehus som skal utføre endelig behandling. Akuttisykehus skal under normale omstendigheter kunne nås innen to timer fra skadetidspunktet. Alle lokalsykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap, skal ha kompetanse og ressurser til å ta imot, diagnostisere og eventuelt stabilisere traumepasienter før transport til sykehus som kan gi endelig behandling.

Det regionale traumesystemet beskriver også krav til prosedyrerepertoar, behandlingstiltak tilgjengelig, organisering (inkludert ressurser som til enhver tid skal være tilgjengelig), ledelse og kompetanseutvikling, retningslinjer med skriftlig manual og hvordan innpassing i et regionalt traumesystem skal tilpasses der det vektlegges følgende:

1. Lokalt traumeregister.
2. Årlig rapportering til Helse Nord's traumekoordinator i elektronisk, avidentifisert form
3. Sykehuset bidrar til prehospital kompetanseutvikling rettet mot ambulanspersonell og primærleger.

Det er utarbeidet en rekke kommunikasjonstiltak/protokoller for traumer.

Hovedtrekkene i det regionale traumesystemet ved UNN HF

Traumesystemet ved UNN HF er et beslutningssystem og samhandlingsmønster og representerer en matriseorganisering basert på Akuttmedisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken, Diagnostisk klinikk, Hjerne- og lungeklinikken, Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Operasjons- og intensivklinikken.

Ansvar for traumeorganiseringen ved det regionale traumesenteret UNN Tromsø er tillagt Hjerne-, lunge- og karkirurgisk avdeling i Hjerne- og lungeklinikken. Prinsipielle avgjørelser tas av Traumekomiteen UNN Tromsø, som rapporterer til foretaksledelsen. Ansvar for traumeorganiseringen ved UNN Narvik er lagt til Operasjons- og intensivklinikken, og til Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN Harstad.

Traumeorganisering ved UNN Narvik

Operasjons- og intensivklinikken har det stedlige ansvar for traumeorganiseringen ved UNN Narvik. Sykehuset har et traumeutvalg som består av kirurg, anestesilege, operasjons-, anesthesi- og intensivsykepleier, radiograf og bioingeniør. Traumeutvalgets leder er medlem av Traumekomiteen UNN Tromsø.

UNN Narvik har traumeteam som mobiliseres etter fastlagte kriterier og består av kirurgisk bakvakt som leder, anestesilege, lege i spesialisering i generell kirurgi, anesthesi-, operasjons-, mottaks- og intensivsykepleier, bioingeniør, radiograf og turnuslege.

Sykehuset har ved ordinær drift kapasitet til respiratorbehandling av 1 intubert pasient²⁵. Man har siden 2008 praktisert kriteriebasert prehospitalet utrykning med anestesilege til skadested. UNN Narvik har drevet lokalt traumeregister siden januar 2008, har traumeansvarlig lege, traumekoordinator i deltidsfunksjon og fire KITS²⁶-instruktører. Sykehuset benytter et begrenset antall anestesilegevikarer som er godt kjent lokalt og som alle har ATLS-kurs. Anesthesi- og operasjonsavdelingen Narvik har administrativ og organisatorisk ansvar for traumemottaket og tilser at UNN Narvik oppfyller gjeldende krav til traumesykehus. UNN Narvik var første sykehus i Norge som gjennomførte FAST kurs for kirurgiske leger i vakt²⁷.

I rapporten Traumeorganisering beskrives traumeteam-medlemmenes kompetanse og diagnostisk repertoar (inkludert transfusjonstjeneste). I tillegg foretas en kvalitativ vurdering av traumesystemet etter en vitenskapelig dokumentert metodikk. Konklusjonen var at, med to unntak, oppfylte UNN Narvik de krav som gjelder for akuttsykehus i henhold til nasjonal traumeplan og for sykehus med

²⁵ Helse Nord [styresak 134-2010](#): Handlingsplan for intensivmedisin

²⁶ KITS: kurs i traumesykepleie

²⁷ 25.04.2015 gjennomførte UNN Narvik FAST kurs for alle leger ved kirurgisk avdeling og anesthesiavdelingen

kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord's traumesystem. Per 1.02.2017 oppfyller UNN Narvik alle krav til traumemottak.

Rapporten beskriver også organiseringen av traumemottaket, kriterier for mobilisering av traumeteamet og traumeteamets sammensetning, rutinene for mottak av alvorlig skadd pasient ved UNN Narvik, krav til dokumentasjon og føring av traumeregister og rapportering, kriterier for overføring til sykehus på høyere nivå og kompetanseutvikling.

3.3.2. Skader og alvorlige traumer ved UNN Narvik

Personskader

Skader og ulykker som medfører personskader er en stor utfordring både for folkehelsen og velferdsstaten. I 2007 vedtok Stortinget at opplysninger om skader og ulykker skulle innføres i Norsk Pasientregister²⁸ som et felles minimum datasett (FMDS) med obligatorisk registrering.

En personskade er definert i denne sammenhengen som:

- En akutt eller plutselig påvirkning mot kroppen av fysiske agens, som mekanisk energi, varme, elektrisitet, kjemikalier og stråling, og i en mengde eller størrelse som overstiger den menneskelige organismens toleransenivå
- Et plutselig fravær av nødvendige agens som oksygen eller varme (som ved drukning og forfrysning).

For 2015 foreligger informasjon om 42% av alle skader som ble behandlet ved sykehusene i Norge. UNN HF har ikke rapportert skadetilfeller i FMDS i 2015 (9674 totalt antall skader basert på ICD10 diagnosekategori S00-T78 (eksklusive komplikasjoner og følgetilstander etter medisinsk behandling)²⁹. Av de registrerte skadene skjedde 30,8% i bolig eller boligområde, 17,4% på vei, gate, fortau, gang- og sykkelvei og 15,6% på sports- eller idrettsområde. Fallskader dominerte (50,4%) mens 19,5% var forårsaket av sammenstøt eller påkjørsel.

UNN Harstad har siden 1985 registrert alle skader som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Nær 49.000 skader ble behandlet over 21 år, derav 90% ulykker. I en kommentarartikkel i Tidsskrift for den norske legeforening³⁰ peker Børge Ytterstad på en nær 80% underrapportering i NPR/FMDS og at arbeidsbyrden for skadebehandling på sykehusene underkommuniseres.

²⁸ NPR; Skadedatasettet

²⁹ Personskadedata 2015. Norsk pasientregister. Rapport IS-2473.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1189/Personskader%202015.pdf>

³⁰ Tidsskr Nor Legeforen 2016; nr 23-24; 136.

Per i dag kan skadedata i FMDS ikke brukes for planlegging eller forebygging. I dette prosjektet vil skader fremkomme indirekte ved henvisning til spesialitet, hoveddiagnose (HDG)-gruppe og operasjonskode (NCSP-kode), jf. [Traumeorganisering](#).

Alvorlige skader (traumer)

Helse Nord RHF har bestemt at det skal være et traumeregister i hvert helseforetak. Det er derfor hentet ut data for pasienter inkludert i traumeregisteret ved UNN Narvik 1.6.2015-1.6.2016.

Inklusjonskriterier for traumeregistrene ved UNN HF er som i nasjonalt traumeregister (versjon 1.5; 17.6.2016) og omfatter traumepasienter som mottas etter traumealarm og/eller har penetrerende skader proximalt for albue/kne og/eller *New Injury Severity Score* > 12 og/eller hodeskade med *Abbreviated Injury Scale* > 3.

Den aktuelle 12-månedersperioden er valgt fordi den representerer den nyeste erfaringen og fordi traumeregisteret er komplett for denne perioden. Rapporten (se link over) gir en beskrivelse av 43 innlagte traumepasienter i denne perioden. Oppsummert viser rapporten:

- Totalt antall inkludert i registeret i perioden: 43 pasienter
- Injury Severity Score³¹ >12: 7 pasienter hvorav 4 overflyttet
UNN Tromsø
- Injury Severity Score <12: 36 pasienter hvorav 2 overflyttet
UNN Tromsø

Av de 7 alvorlig skadde (ISS>12) ble ingen av disse akutt operert ved UNN Narvik. I perioden 01.10.2012 – 01.04.2016 ble det fra UNN Narvik overført 24 traumepasienter³² til UNN Tromsø. Ti av disse hadde ISS>12.

Trafikkulykker

Informasjon om trafikkulykker i områdene nordre Nordland, Sør- og Midt-Troms er analysert basert på Nasjonal vegdatabank for perioden 2010-2016. Antall drepte i trafikken ble redusert fra 12 til 4 i perioden. Antall alvorlig skadde har variert i samme periode (fra ingen til 4 pr år) og omfattet 1 person i 2016. Alvorlig, ikke livstruende skadde er redusert fra 23 til 9 personer, mens lettere skadde er redusert fra 246 til 74 personer fra 2010 til 2016. Detaljer finnes i rapporten [Trafikkulykker](#).

³¹ Injury Severity Score: internasjonalt skåringssystem for skadde pasienter.

³² 6 av disse registrert ved UNN Narvik men ikke mottatt i traumemottak ved traumesenteret.

3.4 Kommune og primærhelsetjeneste – legevaktfunksjonen. Beredskapsplaner

En kommunal arbeidsgruppe har utredet legevaktstjenesten i kommunene rundt UNN Narvik, interkommunalt samarbeid og organisering (rapporten [Kommunale tjenestetilbud](#)). Tabellen under oppsummerer status for legevaktfunksjonen, samarbeid om den mellom kommunene, og beskrivelse av observasjons- (OBS) og KAD-senger.

Tabell 6: legevaktfunksjon, lokalisering og beskrivelse av obs-senger 2016

Legevaktsdistrikt	Lokalisering	Beskrivelse
Målselv, Salangen, Bardu, Lavangen og Ibestad	Setermoen sentrum, helsehuset	Interkommunal løsning. Kommunalt ansvar frem til kl. 2300. Tilstedevakt på legevakta fra kl. 2300 – 0800. Legevakta har også ansvar for 2 KAD-senger.
Evenes, Tjeldsund og Skånland	ETS medisinsk senter	Ingen obs-senger ved legevakten. Kommunene samarbeider om KAD- senger ved legevakten i Harstad.
Gratangen, Narvik og Ballangen	Samarbeider med akuttmottaket ved UNN Narvik (FAM – felles akuttmottak).	Hver enkelt kommune har ansvar fra kl 0800-1530 i ukedagene. Deretter lege på vakt i det interkommunale samarbeidet. Ingen obs-senger i legevakten. Kommunene (inkludert Tysfjord) samarbeider om 3 KAD-senger som er lokalisert ved Narvik REO.
Tysfjord, Hamarøy og Steigen	Tysfjord kommune: Lokal legevakt på Drag og på Kjøpsvik mandag-torsdag kl. 0800-2200, fredag kl.0800-1500. Etter kl. 1500 (mandag-torsdag): lokal legevakt. Interkommunal legevakt på Innhavet mandag-torsdag kl. 2200-0800, og fredag kl. 1500-mandag kl. 0800.	

Lege i vakt er tilknyttet Nødnettet. Legen blir derfor kalt opp fra AMK ved behov og kan videre stå i kontinuerlig kontakt med AMK. Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp brukes for å vurdere hastegrad og behov for utrykning.

Alle kommunene har underskrevet Tjenesteavtale nr. 11³³ om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Det er også utformet en særskilt beredskapsavtale mellom UNN HF og Tysfjord kommune der pasienter med alvorlige medisinske tilstander kan fraktes til UNN Narvik uten nødvendigvis ha vært tilsett av den kommunal legetjenesten.

3.5. Prehospitale tjenester – den akuttmedisinske kjeden

Akuttmedisinsk klinikk ved UNN HF har ansvar for å organisere akuttmedisinske behandlings- og overlevelseskjeder i et klimatisk og geografisk vanskelig område, der samhandlingen med lokalbefolkningen, lokalsamfunnet og lokalsykehusene er avgjørende for et vellykket resultat. Akuttmottak- og observasjonspostavdelingen ved UNN Tromsø har et nært faglig samarbeid med

³³ Mellom den enkelte kommune og UNN HF

akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik, som begge er organisatorisk plassert under Operasjons- og intensivklinikken.

AMK er lokalisert ved UNN Tromsø, mens Luftambulansesavdelingen har sin virksomhet i UNN Tromsø (helikopterbase), på helikopterbase Evenes og på Langnes lufthavn (flyambulansbase).

Ambulansesavdelingen har virksomhet spredt over hele Troms fylke og deler av nordre Nordland.

Befolkningen i et vidstrakt område på ca. 52 mil mellom Kjøpsvik i Tysfjord kommune i sør, til Kvænangen kommune i nord, betjenes av UNNs bil og båtambulanser fra 31 stasjoneringsteder.

Stasjonene har varierende grad av vaktordninger, fra full kaserering og tilstedevakt til de med tilstedevakt noen timer pr dag og hjemmevakt resten av døgnet. Ambulansesavdelingen forvalter 46 ambulanser, 4 ambulansebåter i døgnberedskap, 5 helsetransportbiler for oppdrag på øyer uten døgnkontinuerlig fergetilbud.

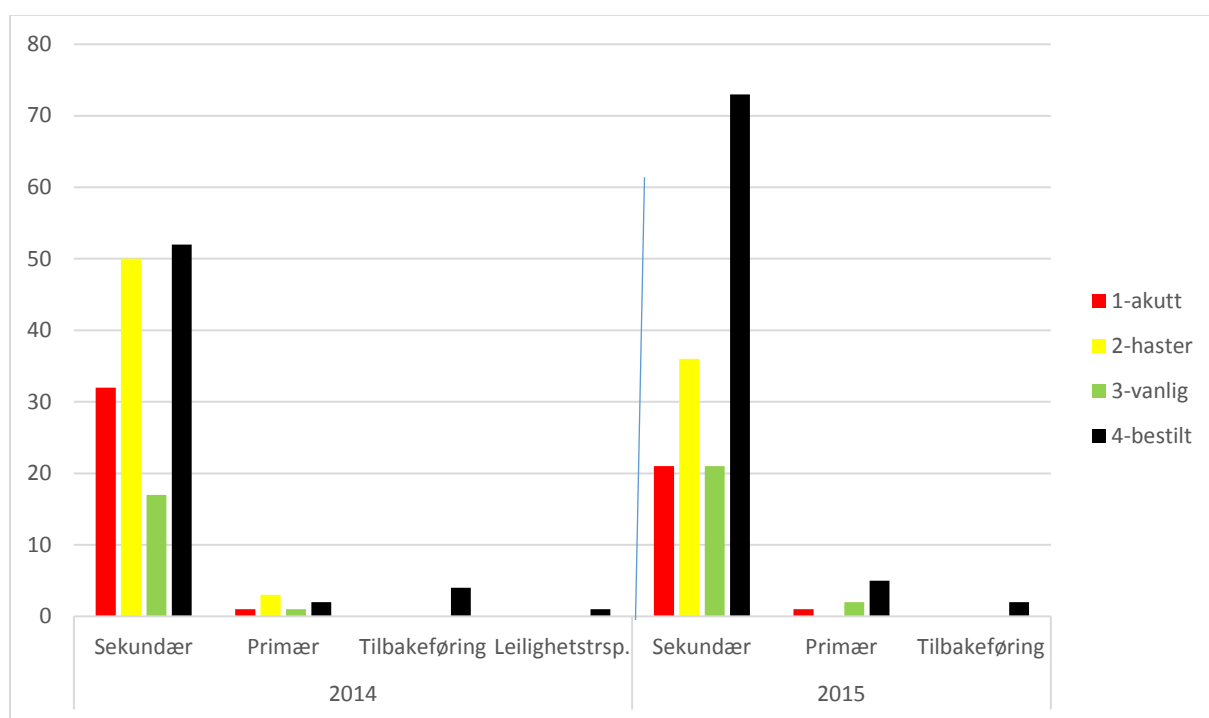
Tabellen under gir en oversikt over antall bilambulanser og ambulansestasjoner i det geografiske området omkring UNN Narvik. Når det gjelder veg-stengninger og transporttider vises det til rapporten [Prehospitale tjenester](#) og kap. 3.6.

Tabell 7: Antall innbyggere, ambulanser, ambulansoppdrag og kjøreavstand (km) med fordeling av antall innbyggere per ambulans, oppdrag per ambulans og gjennomsnittlig kjørt distanse pr oppdrag januar-oktober 2016 (Virksomhetsdata UNN, SSB)

Ambulansestasjon	Antall innbygger	Antall Ambulanser	Antall Innbygger/ambulans	Antall oppdrag	Antall oppdrag/ambulans	Antall kjørte km	Snitt km per tur
Tysfjord N	987	1	987	120	120	13661	114
Ballangen	2556	1	2556	381	381	27356	72
Narvik	18787	3	4697	2059	686	46660	23
Bjerkvik		1		412	412	43484	106
Gratangen	1137	1	1137	271	271	31862	118
Salangen/Lavangen	3281	2	1640	559	279	85911	154
Bardu	4019	1	4019	483	483	72958	151
Dyrøy	1158	1	1158	323	323	45763	142
Målselv	6741	2	3371	470	470	64260	134
				376	376	58672	156

Når det gjelder flyambulansetjenesten, viser figur 5 at de fleste oppdragene er sekundæroppdrag³⁴ fra UNN Narvik. Det er få primæroppdrag der pasienten ikke har vært innom UNN Narvik. Figuren viser også at de fleste oppdrag fra 2015 er bestilte oppdrag, noe som skyldes at ambulanshelikopterbasen på Evenes har overtatt oppdragene med hastegrad *akutt* og *haster* etter etableringen våren 2015. Narvik lufthavn Framnes legges ned 1.04.2017, og dette vil ha innvirkning på tidsbruk for ambulansetjenesten (landbasert) som heretter må benytte Harstad/Narvik lufthavn Evenes. For årene 2014 og 2015 har det vært hhv 163 og 161 pasienttransporter med fly fra UNN Narvik til et høyere omsorgsnivå. Totalt 207 pasienter ble transportert fra et høyere omsorgsnivå til UNN Narvik for videre behandling i årene 2014-2015.

Figur 5: Ambulansefly: oppdragstype og hastegrad fra UNN Narvik 2014-2015:



Tabell 8 gir en oversikt over forespørsler (sekundæroppdrag) om helikopter fra UNN Narvik. Totalt antall forespørsler var 64 i årene 2014-2015, og herunder var om lag halvparten av forespørslene knyttet til kirurgi, obstetikk, nyfødtsmedisin og traumatologi.

³⁴ Primæroppdrag: der pasienten befinner seg utenfor sykehus. Sekundæroppdrag: Oppdrag der pasienten transporteres fra et sykehus til et annet sykehus på høyere nivå pga. akutt sykdom eller skade som trenger høyspesialisert behandling.

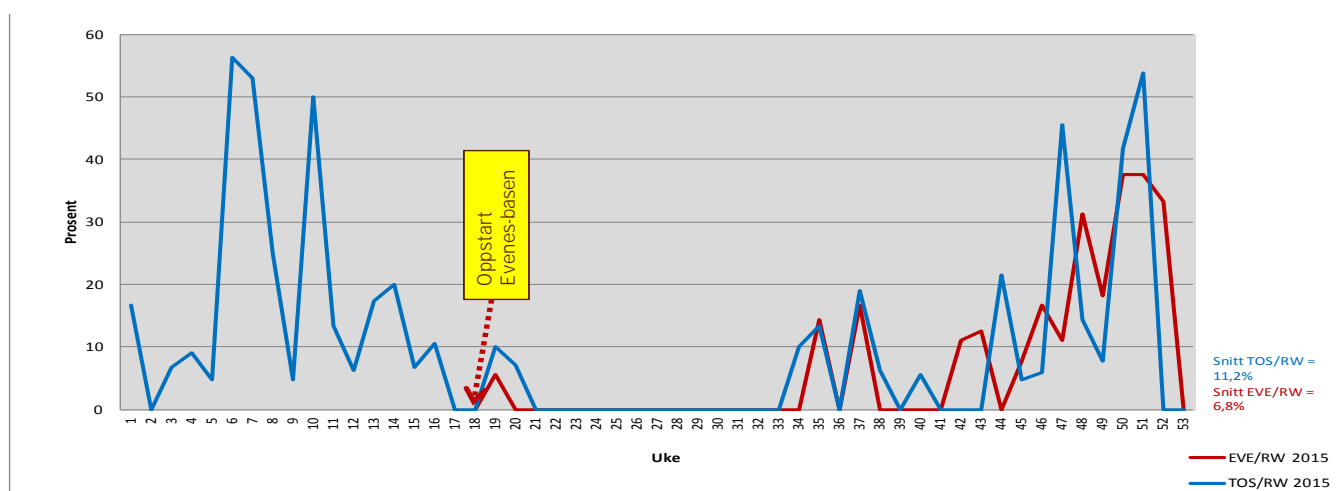
Tabell 8: Antall forespørsler om ambulanshelikopter (sekundæroppdrag) som kom fra UNN Narvik i 2014 -2015.

Forespørsler sekundæroppdrag ambulanshelikopter UNN Narvik				
År	2014	2015	Totalt	Prosent
Antall totalt	21	43	64	
Antall kirurgiske problemstilling	5	7	12	18,8
Antall traume	2	6	8	12,5
Antall obstetikk	0	2	2	3,1
Antall neonatologi	7	3	10	15,6
Antall ukjent	3	4	7	10,9

En av de vanligste årsakene til at helikopteroppdrag ikke blir utført er værforholdene. Figur 6 viser at værrelaterte avvik, der oppdrag avvises eller avbrytes, har et tydelig mønster som følger årstidene og lysforhold. I 2015 var det 1193 forespørsler på helikopter, hvorav vær var årsak til 9,2% av avbrutte/avviste oppdrag (2012-2014). Figur 6 viser at det er enkeltuker i perioden november-mars der 30-55% av oppdragene avvises/avbrytes grunnet værforholdene. Antall avvisinger grunnet samtidighet og tjenestetid er minimert etter opprettelsen av Evenes-basen. Andelen oppdrag der pasienten blir levert til UNN Narvik hørte til sjeldenhetene før etableringen. I 2015 ble 33 pasienter levert ved UNN Narvik mot 1 året før. Gjennomførte sekundæroppdrag fra UNN narvik til høyere behandlingsnivå har økt fra 14 til 28 i samme periode.

Generelt har antall helikopter-forespørsler økt med 37% fra perioden 2012-14 til 2015 grunnet etableringen av Evenes-basen.

Figur 6: Oppdrag med ambulanshelikopter som ble avvist eller avbrutt med «vær» som oppgitt årsak i 2015 (n=1193).



Når det gjelder pasientenes alvorlighetsgrad vises det til [rapporten](#), og herunder figur 9 (s 23) for helikopter (til UNN Narvik), figur 4 (s 16) for fly (fra UNN Narvik), og tabell 9 (s 9) for bilambulans.

Tabell 9 viser alle AMK-hendelsen der pasienten er levert til UNN Narvik fordelt på fagområde og hastegrad.

Tabell 9: AMK-hendelser der pasienten er levert til UNN Narvik (akuttmottak, IKL og sykehusets avdelinger) fordelt på kriteriekort/hovedproblem og hastegrad i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (2016 – tom oktober).

Antall hendelser pr oktober 2016	Hastegrader			Totalt
	A	H	V	
Fagområde og kriteriekort/hovedproblem				
Diverse	148	481	338	967
Medisin	334	96	2	432
Allergisk reaksjon	8	1		9
Bevisstløs, hjertestans	28	4	1	33
Brystsmerter	152	32		184
Diabetes	7			7
Drukning	2			2
Feber	2	1		3
Hodepine	3	6		9
Hypotermi - hypertermi	1			1
Krampeanfoll	20	4		24
Nedsatt bevissthet - lammelser	62	18		80
Pustevansker	49	30	1	80
Kirurgi	67	258	9	334
Blødning	5	5	1	11
Brannskade - elektrisk skade	2			2
Magesmerte- ryggsmerte	20	81	3	104
Sår-, brudd og småskader	4	110	3	117
Trafikkulykke	18	10	1	29
Ulykker	14	40		54
Urinveier	2	8	1	11
Vold	2	4		6
Psykiatri	15	29	1	45
Gynekologi - obstetikk	9	6	1	16
Fødsel	4	2		6
Gynekologi- svangerskap	5	4	1	10
Pediatri	12			12
Øye	1	1		2
Totalt	586	871	351	1808

3.6. Tilgjengelighet og transporttider. Veg-stengning.

Prosjektet har bedt Asplan Viak AS om å gjennomføre tilgjengelighetsanalyser for UNN Narvik (se rapporten [Tilgjengelighetsanalyser](#)). Oppdraget var å beregne reisetid/tilgjengeligheten til UNN Narvik etter at Hålogalandsbrua åpner. Det er beregnet reisetid med ambulanse under utrykning for bosatte i *befolkningstriangelet*³⁵ mellom UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø.

Basert på informasjon fra ansvarlig fagmiljø ved UNN HF, er det lagt til grunn at hastighetsnivået for

³⁵ Kommunene Narvik, Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Skånland, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv og Sørreisa.

ambulansse under utrykning tilsvarer skiltet hastighet. Reisetiden på fergestrekninger og bruk av ambulanssebåt er også tatt med for å få en representativ reisetid til sykehus. I beregningene er det benyttet befolkningsdata fra SSB i et 250-meters rutenett fra 2016. ³⁶

Tabell 10: Andelen av befolkningen som når nærmeste sykehus (UNN Tromsø, UNN Narvik og UNN Harstad) pr tidsintervall.

Intervall	Antall personer	Akk. Antall personer	Personer (%)	Akkumulert (%)
0 - 30 min	20 075	20 075	41 %	41 %
30 - 60 min	13 802	33 877	28 %	69 %
60 - 90 min	7 594	41 471	16 %	85 %
90 - 120 min	7 564	49 036	15 %	100 %
120 - 150 min	38	49 074	0%	100 %

Beregningene viser at tilgjengeligheten til sykehus i dette befolkningsområdet er god; 85% av befolkningen når et sykehus innen 90 min, 100% når et sykehus innen 2 timer. Tabellen under viser antall personer i de nevnte kommunene som har ett av sykehusene i UNN HF som sitt nærmeste.

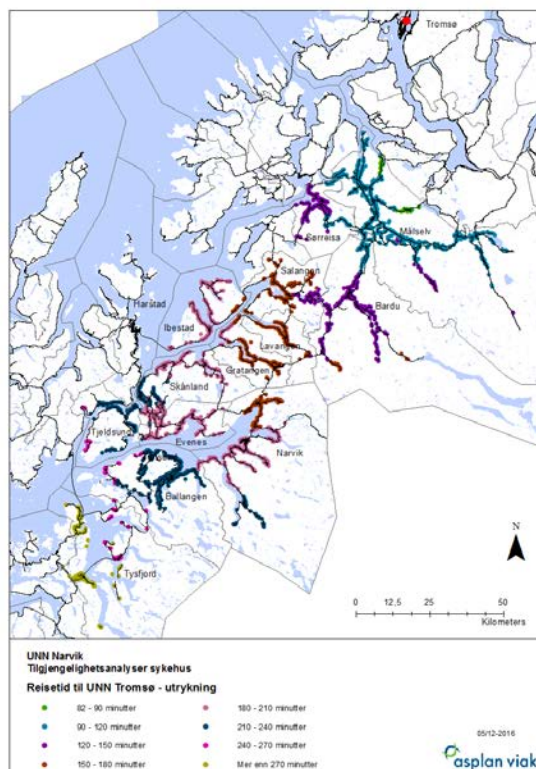
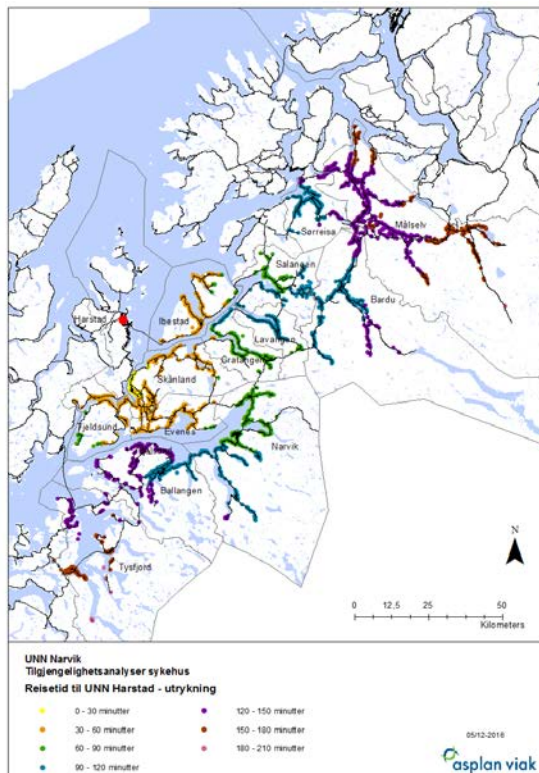
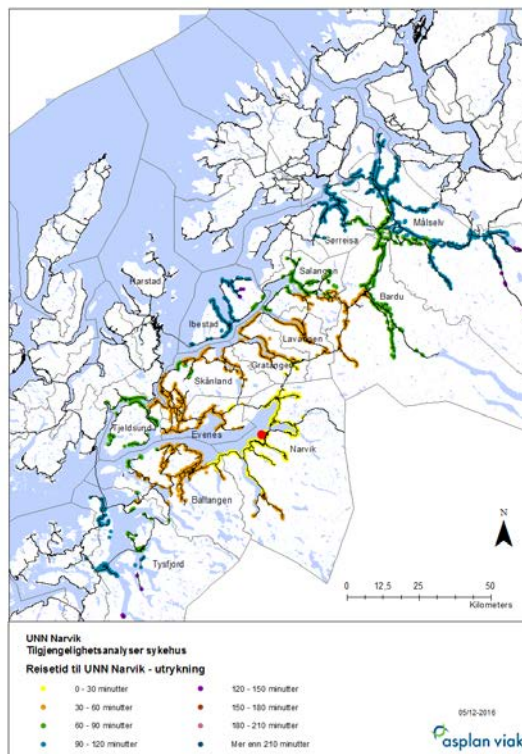
Tabell 11: Antall personer i befolkningstriangelet (Narvik, Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Skånland, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv og Sørreisa) sitt nærmeste sykehus

	Antall bosatte	Andel bosatte
UNN Tromsø	1 126	2%
UNN Narvik	42 373	87 %
UNN Harstad	5 575	11 %
Sum	49 074	100 %

I kartene under fremstilles reisetider til nærmeste sykehus, til UNN Narvik, UNN Harstad og UNN Tromsø.

³⁶ Den brukte ATP-modellen er et dataverktøy for samordnet areal- og transportplanlegging. Modellen kan dokumentere tilgjengelighet med ulike transportmiddel. Modellen er basert på en digital modell av vegsystemet. Stedfestede data for bosetting og transportsystem knyttes sammen i et geografisk informasjonssystem (GIS).

Kart 1-4: Reisetid til nærmeste sykehus og reisetid til UNN Narvik, Harstad og Tromsø etter befolkningsområde



Veistengning.

Prosjektet har også innhentet informasjon fra Statens Vegvesen om veistengninger (område, tidsperioder) i det aktuelle befolkningsområdet. Rapporten [Kolonnekjøring](#) gir detaljert oversikt per veistrekning. Informasjonen oppsummeres i tabell 12.³⁷

Tabell 12: Kolonnekjøring og veg-stengning (gjennomsnitt) 2010-2016

Strekning	Midlertidig stengt	Kolonnekjøring	Kommentar
E6 Narvik Bjerkvik	27 ganger pr år 54,5 timer pr år	0	Gjennomsnittstallene påvirkes av høye enkeltverdier for året 2014
E& Bjerkvik Nordkjosbotn	27 ganger pr år 54 timer pr år	13 ganger 8 timer pr år	Se over
E6 Nordkjosbotn Tromsø	9,5 ganger pr år 19 timer pr år	0	Se over (2013)
E10 Tjeldsundbrua Bjerkvik	9,5 ganger pr år 27 timer pr år	4 ganger 5 timer pr år	
RV 83 Tjeldsundbrua Harstad	12,5 ganger pr år 5118 timer pr år	0	

3.7. Kvalitet og pasientsikkerhet –nasjonale kvalitetsdata.

Mer enn 100 ulike kvalitetsindikatorer rapporteres til nasjonale helsemyndigheter via helsenorge.no.³⁸ Mange av disse rapporteres på foretaksnivå, og blant de som rapporteres på sykehusnivå må det gjøres et utvalg for å kunne gi et representativt bilde av den kvalitet og pasientsikkerhet UNN Narvik leverer. For et mer utførlig bilde henvises det til rapporten [Kvalitetsindikatorer](#).

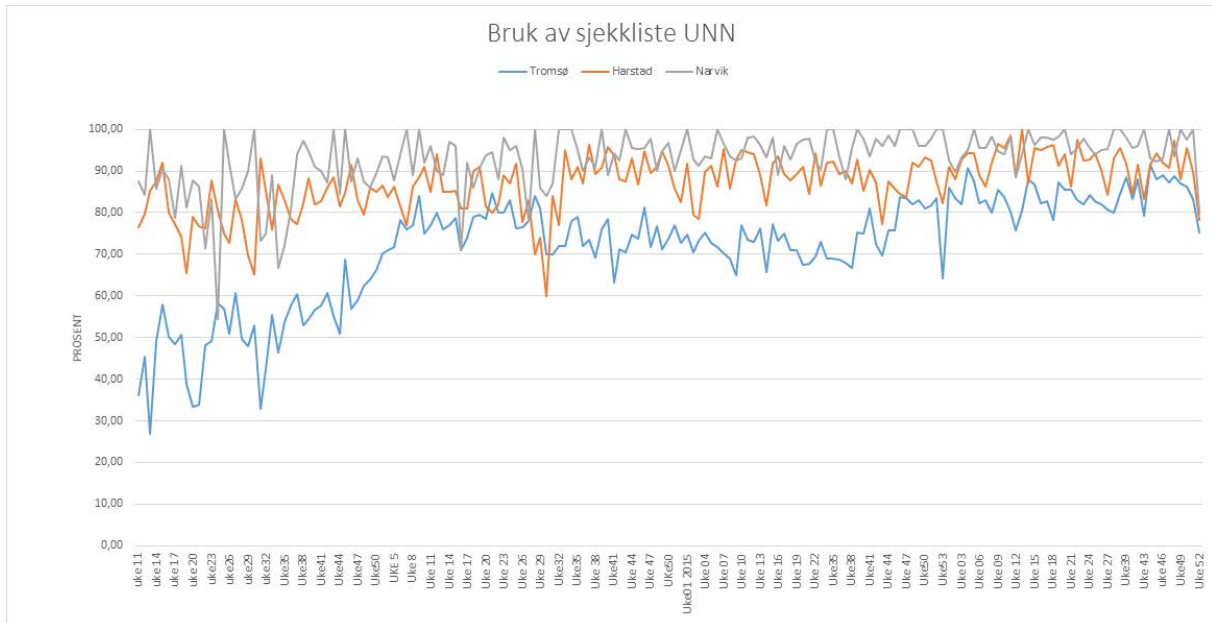
UNN Narvik har et relativt sett lavt antall korridorpasienter, med 2% av alle liggedøgn i 2015, tilsvarende for UNN Harstad og Tromsø. Gjennomsnittet for regionen som et hele er imidlertid noe lavere (1,7 %). Foreløpige tall fra 2016 antyder imidlertid en nedgang for UNN Narvik, i motsetning til UNN Harstad og UNN Tromsø som har en økt andel korridorpasienter.

³⁷ Også ved midlertidig stengt veg kan utrykningskjøretøy ofte passere. F eks ved brustengning pga sterk vind bistår Mesta med hullaster som vindskjerm. Ambulanse kan passere veg som er stengt grunnet hindring, selv om vegen er stengt for øvrig trafikk. Ved planlagt stengning er det oftest en betingelse at utrykningskjøretøyer kan passere (e-post Siri V Nilsen, trafikkoperatør vegtrafikksentralen, 080217)

³⁸ <https://helsenorge.no/>

UNN Narvik har også en liten andel utsatte operasjoner (9 i 2015). UNN Narvik har også høy måloppnåelse i gjennomføringen av «Trygg kirurgi» allerede fra 2013, her illustrert i figur 7 som viser til andel av alle operasjoner, både elektive og ø-hjelp, der alle tre deler av den kirurgiske sjekklisten er brukt.

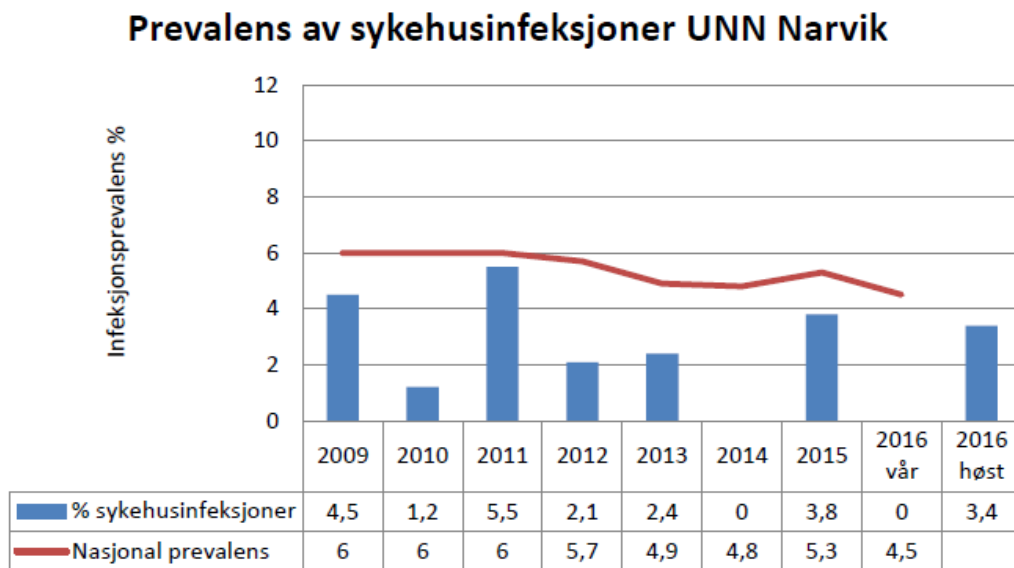
Figur 7: Bruk av sjekkliste UNN HF 2013-2016. Andel av alle operasjoner der sjekkliste er dokumentert brukt. Inkl elektiv og ø-hjelp



Kilde: Kvalitetsrådgiver Tonje Drecker, UNN HF

Prevalensundersøkelser måler andel pasienter med helsetjenesteassosierte infeksjoner på et gitt tidspunkt. Kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet er at prevalensen av slike infeksjoner skal være mindre enn 4,7 % i 2016. Figur 8 viser prevalens av sykehusinfeksjoner ved UNN Narvik i perioden 2009-2016.

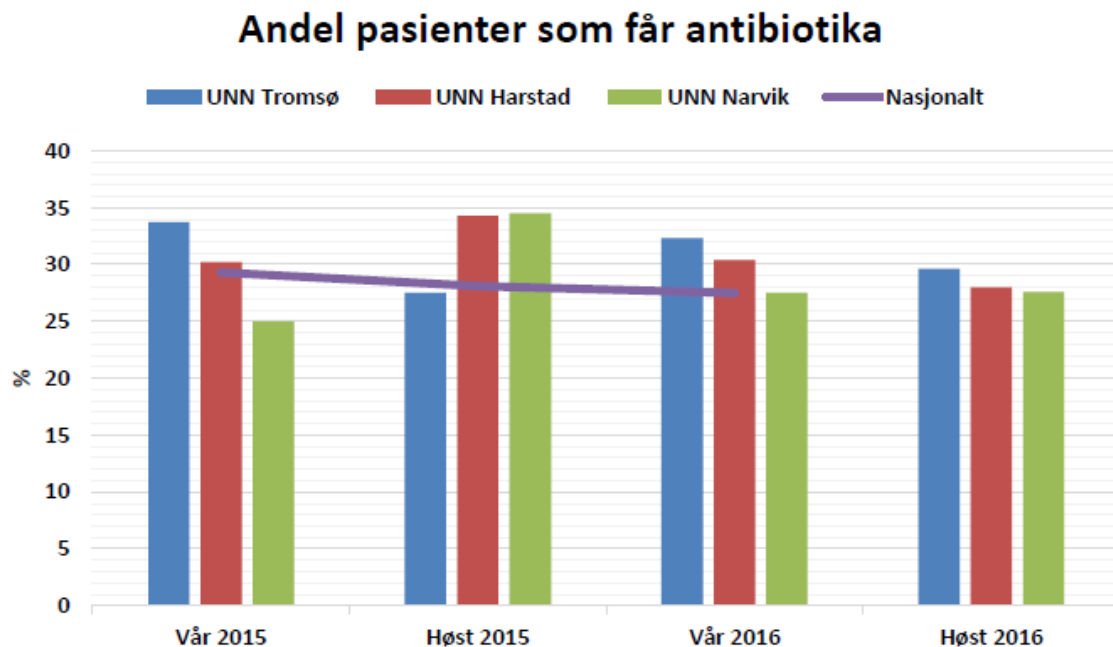
Figur 8: Prevalens av sykehusinfeksjoner UNN Narvik 2009-2016.



Kilde begge figurer: Smittevernssenteret UNN HF

Fra 2015 ble det påbudt å registrere all antibiotikabruk hos inneliggende pasienter. Andel pasienter som sto på antibiotika registreringsdagen i hhv 2015 og 2016 (vår- høst) er vist i figur 9.

Figur 9: Andel inneliggende pasienter som fikk antibiotika under prevalensregistreringen 2015-2016 UNN Tromsø, Narvik og Harstad.

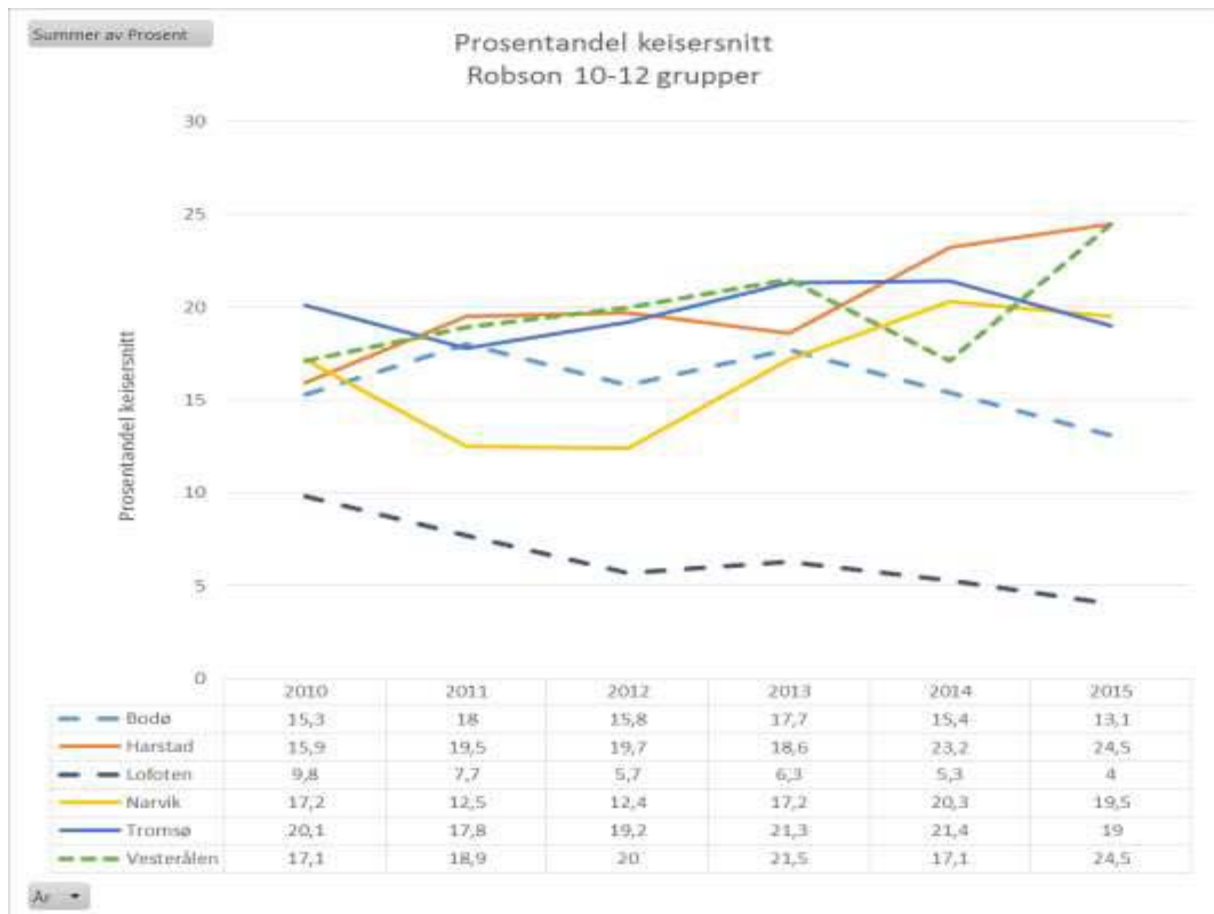


Når det gjelder kvalitetsdata knyttet til fødsler, vises det til rapporten [Fødsel-Aktivitet 2010-2015](#).

Tilsyn ved fødeavdelingen ved UNN Narvik i 2010 er beskrevet i kap. 6.

Figuren under viser, basert på data fra medisinsk fødselsregister, prosentandelen keisersnitt (elektive og akutte) ved UNN Narvik samt en del andre nordnorske sykehus.

Figur 10: Prosentandel keisersnitt (elektiv og akutt) 2010-2015 ved utvalgte sykehus i Helse Nord RHF.



Kilde: Kvalitetsavdelingen, UNN HF

Andelen keisersnitt for UNN Narviks vedkommende var 19,6 % i 2015. Oppdaterte, dog ikke kvalitetssikrede tall for 2016 viser en reduksjon til 17,6 %, tilsvarende ved UNN Harstad til 19,1 %.

Brukererfaringsundersøkelsen (PasOPP) gjennomføres av Kunnskapssenteret blant voksne døgnpasienter ved norske somatiske sykehus³⁹. Kartlegginger ble sist gjennomført i 2014 og 2015. 9 indikatorer samles i en totalskåre, og deles i intervallene 1-5, der 5 er beste skåre på pasienterfaringer. Her skårer UNN Narvik 2 (av 5) både i 2014 og i 2015. UNN Tromsø og UNN Harstad skårer 3 (av 5) begge år. Det er særlig to områder der UNN Narvik skårer signifikant lavere enn de andre to, også i forhold til landsgjennomsnittet. Dette er på områdene informasjon ved utskriving og ventetid. Det er særlig to områder der UNN Narvik har oppnådd signifikant forbedring i

³⁹ PasOPP ved www.kunnskapssenteret.no

perioden 2011-2015. Dette gjelder områdene pleiepersonale (opplevelsen av å være godt ivaretatt) og området standarder (utstyr, romstandard mv).

PasOPP måler også pasientopplevd pasientsikkerhet basert på 12 spørsmål omkring forekomst av negative hendelser. Disse slås sammen til en pasientsikkerhetsindikator der intervallet går fra 1 til 100, der 100 er best. I denne undersøkelsen skårer alle de tre UNN-sykehusene likt, hhv 85 i 2014 og 87 i 2015. Der er ingen enkeltområder med signifikant endring for UNN Narviks vedkommende i perioden.

4. Nasjonalt erfaringsgrunnlag

4.1. Utfordringer for lokalsykehusene (akuttisykehusene) – begreper

I Nasjonal helse- og sykehusplan drøftes ulike typer sykehus og hvilke betegnelser som er gjeldende. Betegnelsen lokalsykehus erstattes eller suppleres med begrepet akuttisykehus. En omtale av begrepene er gitt i kap. 2.3.2.

Helse Nord RHF har på bakgrunn av dette kategorisert sykehusene i regionen slik⁴⁰:

Regionsykehus

- *Det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. I Helse Nord er det UNN Tromsø. Regionsykehus vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.*

Stort akuttisykehus

- *Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. I Helse Nord kan Nordlandssykehuset Bodø omtales som stort akuttisykehus.*

Akuttisykehus

- *Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Alle lokalsykehusene i Helse Nord er akuttisykehus.*

Sykehus uten akutfunksjoner

- *Betegnelsen sykehus uten akutfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akutfunksjoner. Ingen slike sykehus i Helse Nord.*

Kravene til innhold i akuttisykehusene er satt slik:

Akuttisykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.

Foretaksrådet for Helse Nord RHF presiserte at «... det blir lagt til grunn at dette (kravene til innhold/funksjon; sekretariatets merknad) kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket samlet».

⁴⁰ <https://helse-nord.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan>

Lokalsykehus og kirurgiske akutfunksjoner.

Nasjonal helse og sykehusplan drøfter dette utfyllende i planens kap. 12. Innspillene til planen gir utfyllende informasjon og det vises her blant annet til

- *Helsedirektoratets vurdering av lokalsykehus og akutfunksjon (17.8.2015)*⁴¹.
- *Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur.* Innspill fra faglig rådgivningsgruppe for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan.⁴²
- *Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus.* Rapport fra arbeidsgruppe. Helse Midt Norge RHF.⁴³
- *Sykehus for fremtiden. Innspill til nasjonal sykehusplan.* Den Norske Legeforening 2015.⁴⁴
- *Pasientstrømmer for innleggelser som øyeblikkelig hjelp for lokale sykehusområder i 2014*⁴⁵.

Det er særlig de faglige argumenter som er viktige for dette prosjektet, men disse må likevel tilpasses de overordnede føringene i Stortingsmeldingen, Stortingets behandling av meldingen, og departementets oppfølging av Stortingets behandling slik det fremgår av foretaksprotokollen (jf. kap. 2.3).

For dette prosjektet legges det vekt på:

- For å utvikle tilbud av høy kvalitet og samtidig utnytte ressursene best mulig, vil UNN følge to spor. Det ene innebærer å sentralisere avansert diagnostikk og behandling. Det andre innebærer å desentralisere vanlig diagnostikk og behandling⁴⁶.

⁴¹ <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/Helsedirektoratets%20vurdering%20av%20lokalsykehus%20og%20akutfunksjon.pdf>

⁴² https://www.regjeringen.no/contentassets/9ba3489d35794be7a41cea2cf02af85d/rapport_sykehusstruktur_ekspertgruppe_040515.pdf

⁴³ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Pasientbehandling/Kartlegging%20av%20akuttmedisinsk%20og%20akuttkirurgisk%20virksomhet%20ved%20mindre%20lokalsykehus.pdf>

⁴⁴ Sykehus for fremtiden. Innspill til nasjonal sykehusplan. Den Norske Legeforening. 2015. <http://legeforeningen.no/PageFiles/184482/Statusrapport%20-%20Sykehus%20for%20fremtiden.pdf>

⁴⁵ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Pasientbehandling/Pasientstrømmer%20for%20lokale%20sykehusområder%20i%202014.pdf>.

⁴⁶ [Strategisk utviklingsplan](#) UNN HF, kap 4.1.

- Det er et mål å opprettholde en desentraliserte sykehusstruktur med tilpasset akutfunksjoner basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasienten bor.
- Andelen akuttmedisinske innleggelser i somatiske sykehus har vært stabilt i flere år. Det anslås at 60-65 % at pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand.
- Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og ulike systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser.
- Færre pasienter enn før har behov for øyeblikkelig kirurgi. Indikasjonene for øyeblikkelig hjelp kirurgi er strengere enn tidligere (Helsedirektoratet 17.08.2015, s. 15).
- I tråd med retningslinjer for behandling av ulike kirurgiske tilstander skal pasienter fraktes til rett nivå i spesialisthelsetjenesten med en gang.
- Antall innleggelser på natt med kirurgiske sykdommer⁴⁷ er få ved mange sykehus, og andelen av disse som opereres er rundt ¼. Majoriteten av kirurgiske pasienter blir innlagt på dagtid og tidlig kveld.
- Funksjonsfordeling kan være et nødvendig virkemiddel for å øke kvaliteten i behandlingen som gis. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset, kan det også bidra til at kapasiteten blir brukt slik at det samlede tilbudet blir best mulig.
- Medisinsk utvikling understøtter både sentralisering og desentralisering av tjenester.
- Spesialitetsstrukturen er i endring, og vi må forberede oss på at den generelle kirurgen ikke lengre vil utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet (kap. 4.3.3). Akuttkirurgisk kompetanse må utvikles og vedlikeholdes på andre måter. Med basis i spesialisert kirurgisk kompetanse kan kirurger utvikle og opprettholde akuttkirurgisk/traumekirurgisk kompetanse gjennom systematisk etterutdanning og trening.
- Lokalsykehusenes rolle i nettverket kan utvikles videre. Et helseforetak bør ha klart definert hvilke akutfunksjoner helseforetaket tilbyr. Disse akutfunksjonene behøver ikke alltid samles på samme sykehus, men kan, dersom faglig begrunnet, fordeles mellom sykehusene i foretaket.

Det fremgår av dette at tilpasninger/endringer er nødvendig for mange akuttsykehus. Endringene må være faglig begrunnet, endringene må fremstå som nødvendige der hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges sterkt, jf. Stortingets behandling. Nettverksfunksjonen må utvikles videre og mer elektiv kirurgi må, dersom forholdene ligger til rette for det, kunne flyttes til akuttsykehusene (jf. Stortingets vedtak og UNN sin strategiske utviklingsplan).

⁴⁷ Definert som Kirurgisk DRG

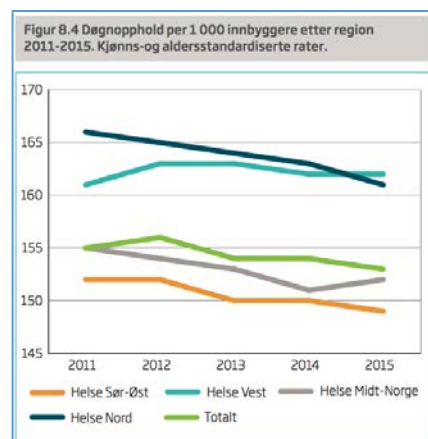
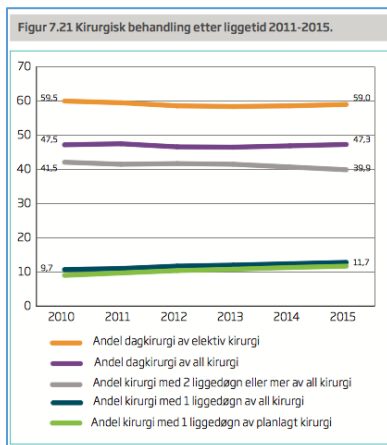
4.2. Hovedtrekk i driftsform ved norske sykehus

4.2.1. Hovedtrekk – Samdata 2015

Måten sykehusene arbeider på og fordelingen av pasienter på de tre omsorgsnivåene, døgn- (inneliggende), dag- og poliklinisk behandling, har endret seg betydelig over tid. Endringene har først og fremst vært drevet av utviklingen i helsefagene/medisinen og karakteriseres av et skifte fra *den horisontale (dvs. liggende) til den vertikale pasient*.⁴⁸

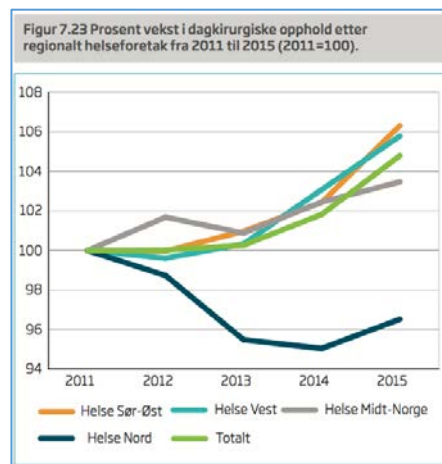
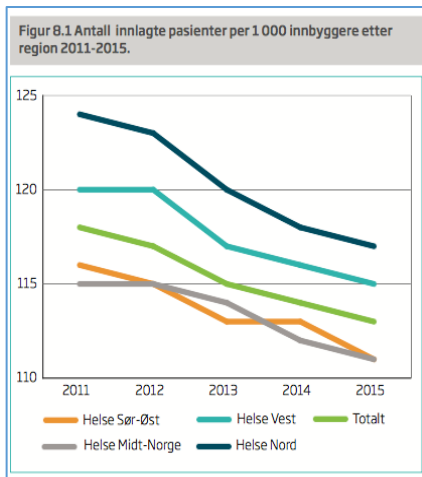
Den årlige Samdata-rapporten utgitt av Helsedirektoratet har i 2015-rapporten⁴⁹ beskrevet utviklingen som preges av:

- En jevn reduksjon av antall innlagte pasienter. Helse Nord RHF har flest innlagte pasienter og døgnopphold per 1000 innbygger, men følger samme utvikling som de tre andre RHF-ene.



⁴⁸ Figurene ovenfor er hentet fra Samdata 2015 og har derfor avvikende nummerering fra resten av rapporten

⁴⁹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015%20IS-2485.pdf>



- Dagkirurgi er nå den dominerende behandlingsform innen de kirurgiske fagene. Dagkirurgi og døgnoophold med ett liggedøgn utgjorde i 2015 om lag 70% av elektiv kirurgi. Helse Nord RHF har hatt en avvikende og negativ utvikling sammenlignet med de andre RHF-ene.

4.2.2. Erfaringer fra andre mindre sykehus og helseforetak

Personalavdelingen ved UNN HF har som et bidrag til utredningen, samlet informasjon om andre mindre sykehus sin organisering av akuttkirurgi og fødetilbud. Data er hovedsakelig framskaffet ved telefon- og e-postkorrespondanse med kontaktpersoner ved det enkelte sykehus. Sykehusenes befolkningsgrunnlag (kolonne 1) er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan.

Tabell 13: Organisering av akuttberedskap ved mindre sykehus i Norge, 2016

Sykehus Befolkningsgrunnlag	Akutfunksjon	Elektiv virksomhet	Bemanning/vaktordning (Fast/Vikar) Overleger/LIS
Harstad 35 000	Kir. og ortopedisk vaktberedskap	Dagkir. og inneliggende virksomhet	Døgnt. spesialistvakt 6-delt (kir) og 4- delt (ort). Faste ansatte Samt 6 LIS i primærvaktsjikt
Kirkenes 28 000	Kir. Vaktberedskap	Dagkir. og inneliggende virksomhet	Døgnt. vaktplan 2-delt vakt. Faste ansatte. Ortoped. vakt fra 08-21 hele uken. LIS 5-delt vakt.
Lofoten 24 000	Kir. vaktberedskap, ikke ortopedi vakt	Dagkir. og inneliggende virksomhet	Døgnt. vaktberedskap kirurgi (overlege med gen. Kir. kompetanse)
Lærdal 20 000	Ingen kir. vaktberedskap	Omfattende elektiv innen skulder, kne og fotkirurgi	Elektiv drift 4 faste ortopeder og 3 turnusleger. LIS ambulerer
Mo I Rana 34 000	Generell kir, bløtdel og ortopedi	Generell kir, bløtdel og ortopedi	6 overleger i gen kir, 5 ortopeder. 6 LIS (3 ort + 3 gen. Kir). Turnuslege felles tilstedevakt. LIS i sekundærvakt. Overleger separat tertiærvakt (gen kir og ort). Fast ansatte
Mosjøen 16 000	Skadestue, ikke heldøgn unntatt dagkir. Overliggere	Urologi, plastikk, gen.kir og ortopedi	3 urologer, 1 plastikk, 1 gen kir. 2 LIS. Fast ansatte. Turnuslege i fellesvakt tilstede. LIS-lege i sekundær- overlege i tertialvakt
Narvik 28 000	Kir. vaktberedskap	Dagkir. og inneliggende virksomhet	Døgnt. spesialistvakt 5-delt. 4. Faste ansatte. 4 LIS i primærvaktsjikt. 1 fast 3 vikar ortopeder dag/aften
Nordfjord 25 000	Skadepoliklinikk	Enkel dagkir. (ortopedi), ambulering ca. 30 d/år	Døgnt. kontinuerlig spesialistvakt (ortopedi) for skadepoliklinikk
Sandnessjøen 27 000	Generell kir, bløtdel og ortopedi	Generell kir, bløtdel og ortopedi	4 overleger + faste vikarer, 5 LIS. Turnuslege felles tilstedevakt. LIS i sekundærvakt, Overleger hjemnevakt. Fast ansatte.
Tynset 18 000	Traumemottak	Poliklinikk, dagkir., inneliggende. Non- malignt kir., ortopedi	3 kir. 4 ortopeder i rullerende turnus med 2 uker bundet og 4 uker ubundet tid. Elektiv virksomhet og vakt.
Vesterålen 30 000	Kir. vaktberedskap, ikke ortopedi vakt	Dagkir. og inneliggende virksomhet	Døgnt. vaktberedskap kir (overlege gen kir)

En utredning fra 2014 ved Sykehuset Innlandet HF beskriver også eksempler på sykehus med ulike tilbud i kirurgi⁵⁰.

- Hallingdal sjukestugu er en del av Vestre Viken HF og driver i tillegg til poliklinikk og dagbehandling, en sengeenhet i foretakets regi, men drevet av foretaksansatte allmennleger.
- Alta helsesenter skal videreutvikles og vil ha en sengeenhet drevet av indremedisinere, dagkirurgi og spesialistpoliklinikk.
- Røros sykehus (St. Olavs hospital) leverer dagkirurgitjenester, polikliniske tjenester og laboratorie- og røntgensservice.
- Nordfjord sykehus (Helse Førde HF) har et omfattende tilbud om polikliniske tjenester og dagbehandling/dagkirurgi og en indremedisinsk sengeenhet som tar imot indremedisinske akuttprosienter. Der er indremedisiner på vakt i tillegg til anestesilege. Det finnes og en skadepoliklinikk ved sykehuset bemannet av ortoped 24/7.
- Kongsberg sykehus (Vestre Viken HF) har kun akuttfunksjoner i indremedisin. Har akuttfunksjoner i ortopedi.
- Mosjøen sykehus (Helgelandssykehuset HF) har indremedisinsk, men ikke kirurgisk akuttfunksjon. Der er et omfattende dagkirurgisk tilbud med mulighet til overnatting for de som har behov for det etter dagkirurgi.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS har akuttfunksjon i indremedisin (sektoransvar) uten akutt kirurgisk tilbud.
- Elverum sykehus (Sykehuset Innlandet HF) har akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i akutt kirurgi (har akuttfunksjoner i ortopedi og gynekologi).

Denne ikke fullstendige oversikten viser at det ikke finnes en felles norm som alle lokalsykehus forholder seg til eller bygger opp sitt spesialisthelsetjenestetilbud om. Måten å organisere spesialisthelsetjenestetilbudet på varierer. Det viktigste elementet er at lokalsykehusfunksjonen har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet og nært samarbeid med de andre sykehusene i foretaket.

⁴¹ Sammenstilt og hentet fra rapporten **Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019). Prosjektet for Stord Sjukehus. Rapport juni 2016.** <https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/odda-og-stord-sjukehus-2016>

Personalavdelingen har også innhentet opplysningen om fødselsomsorgen ved små sykehus. I tillegg til datakildene over, er Medisinsk fødselsregister brukt som kilde for antall fødsler, keisersnitt og andre medisinske data, se vedlegget [fødselsomsorg og kirurgi](#). Alle data gjelder for 2015.

Tabell 14: Organiseringen av fødetilbud og fødeaktivitet ved ulike mindre sykehus i Norge, 2015

Sykehus Befolkningsgrunnlag	Type fødeenhet	Antall fødsler	Vaktordninger Fast/vikar
Harstad 35 000	Fødeavdeling	335	Døgnt. Spesialistvakt 4-delt. Fats ansatte/vikarer. 2 LIS i primærvaktsjikt
Kirkenes 28 000	Fødeavdeling	181	Døgnt. (gyn) 3-delt vakt. Fast ansatte
Lofoten 24 000	Fødestue	101	Fast og vikarer
Lærdal 20 000	«God start»	2	Døgnt. Vaktberedskap jordmor/følgetjeneste
Mo i Rana 34 000	Fødeavdeling	327	4 gynekologer. Fast ansatte+ faste vikarer (hjemmel nr 5). 2 LIS (fast)
Mosjøen 16 000	Fødepoliklinikk*	24	Poliklinikk dag. Jordmor døgnt. Hjemmevakt
Narvik 28 000	Fødeavdeling	205	Døgnt. Spesialistvakt. Fast ansatte + vikarer
Nordfjord 25 000	«God start»	4	Døgnt. Vaktberedskap. Jordmor med følgetjeneste
Odda 12 000	«God start»	6	Døgnt. Vaktberedskap. Jordmor med følgetjeneste
Sandnessjøen 27 000	Fødeavdeling	266	4 gynekologer. Fast ansatte + faste vikarer. 1 LIS (fast)
Tynset 18 000	Fødestue	48	Døgnt. Bemanning jordmødre
Vesterålen 30 000	Fødeavdeling	327	Faste gynekologer + vikarer
Voss 30 000	Fødeavdeling	458	Mangler opplysninger

* Fra 01.10.2016

Tabell 15: Fødestuer i Helse Nord-området, 2015

Fødeinstitusjon	Antall fødsler	Vaktordning
Alta	81	Døgnt. Jordmødre
Brønnøysund	50	Døgnt. Jordmødre
Midt-Troms	91	Døgnt. Jordmødre
Sonjatun	23	Døgnt. Jordmødre

I vedlegget (se link over) redegjøres det for flere fødeinstitusjoner, samt antall enkeltfødsler, para 0 (førstegangsfødende), para 1 +, keisersnitt (akutt/elektivt), seleksjonskriterier og oppdatert status for 2016.

4.3. Kirurgi/kirurgifagene, føde/obstetrikk og gynekologi

4.3.1. Kirurgi og kirurgifagene – utviklingstrekk

Kirurgi er en samlebetegnelse som indikerer en felles tilnærming til behandling av sykdom. I dag finnes 9 spesialiteter; tre hovedspesialiteter (generell kirurgi, ortopedi og plastikk kirurgi) og 6 grenspesialiteter⁵¹ (mage-tarm-kirurgi, barnekirurgi, perifer karkirurgi, hjerte- (og toraks-) kirurgi, urologi (urinveiskirurgi) og bryst- og endokrinkirurgi).

Deler av dette kapitlet er sitert fra Regional plan for kirurgi, Helse Vest⁵². Her skrevet i kursiv. Gjelder også kap. 4.3.3.

Kirurgi er ei grein innan medisinen som tek for seg sårbehandling og operasjonar, og læra om skadar og sjukdomsformer som fører til slik behandling. Kirurgi dreier seg dermed om ein medisinsk metode som brukar fysisk intervensjon på kroppsvev som behandlingsverkemiddel. Kirurgi føreset bruk av reine (sterile) behandlingsrom, bruk av bedøving, reint/sterilt operasjonsfelt, typiske kirurgiske instrument og spesifikke metodar for å "lukke" sår (syng eller bruk av metallklips).

Kva karakteriserer kirurgen?

Kirurgen har medisinsk utdanning og har også/bør ha følgjande eigenskapar:

- *Handlag; vevsskaden som eit operativt inngrep medfører, er påverka av måten kirurgen handterer kroppsvevet på.*
- *Improviseringsevne, korleis klarar ein å handtere uventa funn og hendingar.*
- *Gjennomføringsevne, ein må gjennomføre det ein har bestemt seg for innan rimeleg tid (det må vere progresjon i eit inngrep).*
- *Samarbeidsevne. Ein kirurg arbeider aldri aleine eller i eit vakuum.*
- *Kognitive ferdigheiter (kunnskap, spesielt om traumet (eit kirurgisk inngrep representer ein skade i seg sjølv) og traumet sin verknad og betydning*
- *Vurderingsevne, både når det gjeld sjukdomen og kva fase i sjukdommen pasienten er, evne til å vurdere funn (til dømes skile mellom kreft og betennelsesforandringar), og evne til å*

⁵¹ Grenspesialist: hovedutdanning i generell kirurgi etterfulgt av videre formell spesialisering i en del av kirurgien.

⁵² Helse Vest 2013 – 2017. (<https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2013%20-%20Regional%20plan%20for%20kirurgi%20i%20Helse%20Vest%202013%20-%202017.%20Med%20vedlegg.pdf>).

vurdere vev (vevsfølelse).

Kirurgi er altså ein ferdigheitsdisiplin. Ein kirurg er avhengig av systematisk opplæring i dei manuelle ferdigheitene som trengs. Utvikling av kirurgiske ferdigheiter og vedlikehald av desse er og avhengig av kontinuerleg supervisjon.

Utviklingstrendar i dei kirurgiske faga

Trendane viser at kompleksiteten i den kirurgiske behandlinga aukar, og behovet for kirurgi aukar i takt med dei demografiske endringane i samfunnet. Der kjem og fleire politiske føringar i høve til pasientrettar og dermed auka forventningar frå pasientane. Meir kan gjerast for fleire: nye metodar, miniinvasiv kirurgi, laparoskopiske og artroskopiske teknikkar, meir robotkirurgi, laserteknikk, skoping/ stenting, sutur- og ligaturmaskiner bidrar til dette.

Kirurgane får mindre erfaring med tung og open kirurgi og bruk av team og tverrfagleg tilnærming i behandlinga blir meir vanleg. Ein er avhengig av fleire faggrupper for å løyse utfordringane.

Tung (stor) og åpen kirurgi dreier seg i hovudsak om kreftkirurgi (selv om stadig flere krefttyper blir behandlet med mini-invasive teknikkar i dag), reoperativ kirurgi, dvs. kirurgi for komplikasjonar og kirurgi for traume. Sentralisering av slike behandlingar er allerede gjennomført i noen grad og vil ytterligere finne stad fremover.

Sjølv om historia viser oss at det å spå om framtida er ein risikosport, og at vi må vere budd på det uventa og ikkje- predikerbare, er det likevel nokre trendar i kirurgifaga som er tydelege.

- *Auka spesialisering (sjå under). Auken vil fortsetja, men dermed og fragmentering. I seg sjølv verkar spesialiseringa sentraliserande.*
- *Det er vedtatt at spesialiteten generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien (se under) som ikkje naturleg dekkes av andre kirurgiske spesialiteter, vil bli lagt til spesialiteten gastroenterologisk kirurgi (mage-tarm-kirurgi).*
- *Spesialiseringen fortsetter; det er klare europeiske trekk at mage-tarm kirurgi blir vidare oppdelt i 2-3 "spesialiteter"/interesseområder, og også innen urologi splittes faget opp ("steinkirurgi", rekonstruktiv kirurgi, mini-invasiv kirurgi).*
- *Auka spesialisering fører og til at deler av verksemda ikkje finn sin naturlege plass; til dømes deler av den tradisjonelle generelle kirurgien, melanom og sarcom.*
- *Auka minimalisering; det vil sei bruk av ulike minimale invasive teknikkar. Dette fører og til at erfaring med «stor, open» kirurgi blir mindre (se over).*
- *Ved økende bruk av mini-invasive (percutane) teknikkar i hjerte- og karkirurgi vil noen av*

pasientene ha behov for åpen (tung) kirurgi når komplikasjoner inntreffer.

- *Utvikling av ny, oftast dyrare, teknologi (nytt utstyr), for eksempel robot-kirurgi.*
- *Utvasking av tradisjonelle faggrenser; til dømes mellom karkirurgi og intervensjonsradiologi, mellom mage-tarm-spesialiteten (innan indremedisin) og mage-tarm-kirurgi.*
- *Meir dagbehandling og «fast track» behandlingsopplegg; frå «horisontal» (i meining sengebunden, inneliggande) til «vertikal» pasient (oppgåande, poliklinikk og dagbehandling) og kortare liggetider.*
- *Meir rekonstruksjonar, spesielt innan kreftkirurgi (for eksempel rekonstruksjon av bryst etter brystkreftkirurgi), ved skader og ved medfødde misdanningar.*
- *Endra familie- og sosiale normer som krev tilpassa utdanning /spesialisering for medarbeidarar i ulike livssituasjonar i løpet av karrièra, til dømes i småbarnsperioden. Aukande tal på kvinner som utdannar seg til legar, men enno liten del kvinner i kirurgi-faga.*
- *Auka spesialisering trugar vakkompetansen i dei mindre sjukehusa; kven skal ta hand om dei akutte pasientane?*

Av meir generelle, allmengyldige samfunnsmessige endringar kan nemnast

- *Auka krav til kvalitet, pasientsikkerheit og innsyn (transparancy)*
- *Auka merksemd på standardisering som grunnlag for likeverdig behandling.*
- *Økende oppmerksomhet på kontinuerlig etterutdanning og revalidering av kunnskap.*

En detaljert fremstilling av utviklingstrendene innen de kirurgiske fagene finnes i vedlegget [Kirurgi](#). Endringene i spesialiststruktur og spesialistutdanning er beskrevet i kap. 4.3.3.

4.3.2 Utviklingstrekk innen spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologi og obstetikk)

Fødetilbudet – fagområdet obstetikk

De totale fødselstallene i UNN-HF har vært stabile de siste årene⁵³. Fødepopulasjonen endres imidlertid i retning av å bli eldre, flere med høy BMI og øket forekomst av diabetes mellitus. I tillegg gjør bedre behandlingsformer det mulig for kvinner med indremedisinske sykdommer der fødsel tidligere ble frarådet, eller hvor kvinnen ikke kunne få barn, nå kan gjennomføre graviditet og fødsel.

Fødsel i seg selv vil naturlig nok ikke endre seg men endringene i fødepopulasjonen vil føre til økende forekomst av risikofødsler. Nasjonale retningslinjer («*Veileder i fødselshjelp 2014*»)⁵⁴ stiller krav til

⁵³ Kapittelet er en redigert, godkjent versjon av innspill fra avdelingsoverlege Ingard Nilsen, KK, UNN HF.

⁵⁴ <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/>

overvåkning av risikofødsler i stadig større omfang. Dette medfører behov for oppgradering av eksisterende utstyr og programvare tilknyttet avansert fosterovervåking, STAN og support, utskifting av eldre CTG-park samt krav om prenatal diagnostikk, kompliserte undersøkelser og behandling med oppdatert ultralydutstyr. Det vil komme nye metoder for prenatal diagnostikk og krav om tidligere undersøkelse i graviditet.

Kvalitetskravene endrer seg også; krav til oppfølging både pre-, per- og post-partum er blitt meget strenge, og det er en intens overvåkning med en betydelig økning av poliklinisk virksomhet som følge av dette. Fødselsskader, og da spesielt sphinkter-ruptur og asfyktiske fødselsskader, er det spesiell fokus på. Kravet om kontinuerlig stedevarrelse av kvalifisert personell ved såkalt risikofødsel, er innskjerpet.

Som risiko regnes f.eks. epidural, høy BMI og andre tilstander som før ikke trengte spesiell overvåkning. Nasjonale krav om tilstedeværelse av gynekolog ved risikofødsler har ført til at det også ved mindre fødeavdelinger er vakthavende lege til stede på sykehuset i større grad enn tidligere. Dette kan få betydning for både operasjons- og anestesisykepleier som i dag har hjemmevakt med 30 minutters tilkallingstid. Endrede krav til barselomsorgen og kortere liggetid stiller økt krav til den informasjon og veiledning jordmor gir barselkvinnen og til bedre samhandling med kommunejordmortjenesten samt helsestasjonene.

Gynekologi

På de mindre sykehusene vil hovedaktiviteten for legespesialistene være dagkirurgi og poliklinikk. Seleksjonen og lave fødselstall reduserer belastningen på vakter.

Gynekologien har alltid vært langt fremme når det gjelder endringer mot poliklinisk behandling og fra døgn til dag (se kap4.2.1). Det forventes at dette vil utvikles ytterligere ved *minimalisering* av kirurgien, f.eks. bruken av laparoskopiske teknikker. Robot-kirurgiens rolle i gynekologi er usikker, men vil måtte inngå i repertoaret av behandlingsmuligheter i spesielle tilfeller.

Det har vært en gjennomgående trend over år at kvinner ønsker å gå til spesialist når det gjelder gynekologiske undersøkelser og behandling (cytologi, spiralinnsetting, generell sjekk, osv.).

Det kommer flere metoder hvor implantater erstatter tidligere mer omfattende inngrep, dette gjelder spesielt for inkontinens og descens (fremfall). Også andre teknikker forventes som gjør behandlingene enklere, f.eks. termisk behandling av endometriet (livmorslimhinnen) og myomer (muskelnuter). Nye medikamentelle metoder er innført og flere ventes, for eksempel er mer enn 95% av abortene i dag medikamentelle. Medikamentell behandling for reduksjon av myomer er under utprøving.

Andre kommentarer

Nasjonale helse- og sykehusplan og endret spesialitetsstruktur for leger vil påvirke funksjonsfordelingen internt i UNN HF. Utfordringene knyttet til rekruttering av helsepersonell vil få betydning for organisering og funksjonsfordeling. Ambulanshelikopterbasen på Evenes, nedleggelse av Framneslia flyplass, Hålogalandsbrua og andre nye transport- og kommunikasjonsløsninger i opptaksområdet kan medføre endringer i behov og organisering. Samlet utfordrer disse endringene, sammen med teknologiutviklingen, den nåværende desentraliserte organiseringen av akuttfunksjoner, også innen fødselsomsorgen og gynekologifaget.

Det er en generell utvikling i landet at mange unge helsearbeidere synes å ville unngå vaktintensive yrker som fødselsomsorg. Få andre spesialsykepleiere har så mye kvelds og nattarbeid som jordmødre. Dette er en klar utfordring for sykehusene, og vil kreve en aktiv tilretteleggelse i avdelingene av tilbud om heltidsstillinger og en moderne og tilrettelagt rekruttering og utdanning.

Gjennom mange år har rekruttering av gynekologer til Nord-Norge vært svært vanskelig. Nøkkelen til god rekruttering synes å være at avdelingen(e) har egne LIS-stillinger⁵⁵. I Bodø, Tromsø og til dels Mo i Rana, Sandnessjøen og Hammerfest har etterveksten vært bra, alle disse stedene har LIS-stillinger. I Kirkenes, Narvik og Stokmarknes har de ikke LIS-stillinger. På disse stedene er rekrutteringen svært vanskelig, og svært dyre løsninger har blitt tvunget gjennom. Det er en overvekt av leger rekruttert fra utlandet. De er ofte faglige dyktige medarbeidere, men tilhørighet, kultur og språk har også betydning.

De nasjonale føringer for sykehusstruktur og spesialistutdanning vil gi en stor utfordring i å kunne skaffe kompetent fagpersonell, og slik utfordre det eksisterende fødetilbudet i UNN HF. Uansett organisatoriske løsninger som følge av politiske beslutninger, må foretaket sørge for at fødselsomsorgen i hele foretaket ivaretas på en faglig oppdatert og forsvarlig måte, i tråd med nasjonale krav til fødselsomsorgen. Det er av vesentlig betydning at overordnet ledelse har en aktiv og deltagende rolle for å sikre rekruttering av fagfolk.

4.3.3 Endringer i spesialiststruktur og i spesialistutdanning. Sårbare spesialiteter.

Spesialiststrukturen i Norge.

I Norge er det i dag 9 kirurgiske spesialiteter. Noen av disse finnes bare ved de aller største sykehusene i Norge og regionssykehusene. For de små lokalsykehusene er det generell kirurgi, mage-tarm-kirurgi og ortopedi som er mest aktuelle i 2016/2017. Andre spesialiteter som urologisk kirurgi kan også være egnet som del av et elektivt tilbud.

Det kirurgiske fagfeltet var tidligere dekket av generalister i kirurgi. I 1977 fikk man en

⁵⁵ LIS-stilling: lege i spesialisering

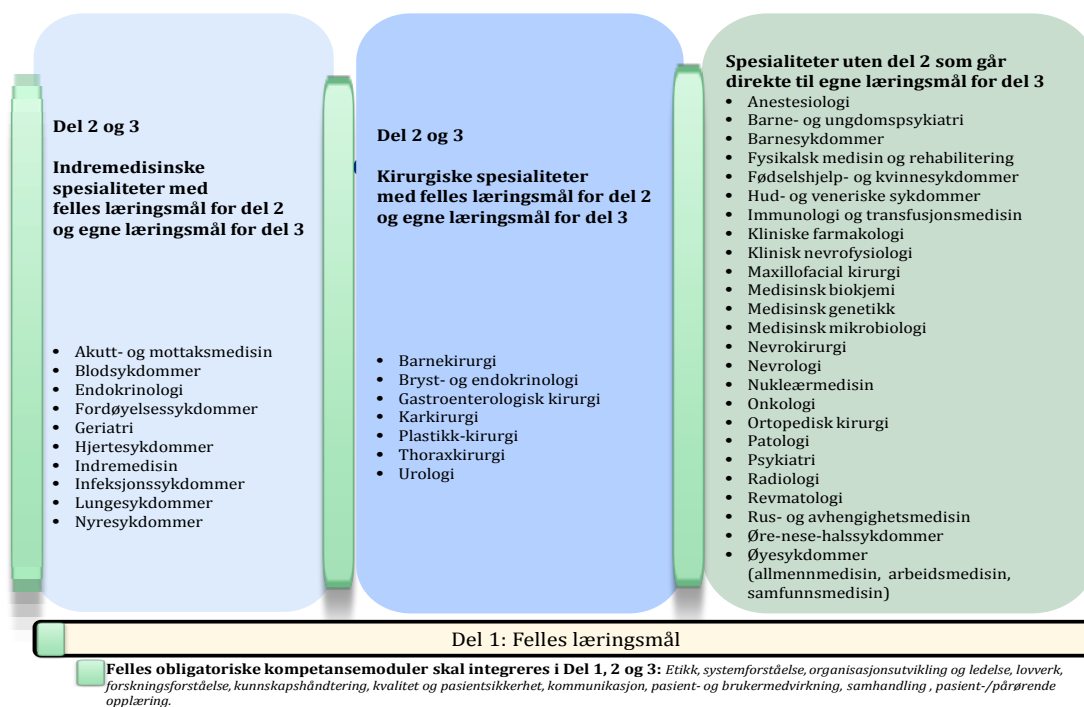
hovedspesialitet (generell kirurgi) med senere 6 subspesialiteter som bygger på denne hovedspesialiteten. Hovedgrunnen til dette var de behov den spredte sykehusstrukturen i Norge hadde. Det kirurgiske fagområdet har deretter gjennomgått en omfattende oppsplitting (subspesialisering) spesielt etter 1990. I 1997 ble, etter lengre strid, ortopedisk kirurgi skilt ut som egen hovedspesialitet.

Spesialistutdanningen i generell kirurgi har også endret seg over tid. De med utdanning og spesialistgodkjenning før rundt år 2000, hadde traumatologi (ortopedi) i utdanningen og hadde en bredere utdanningsbakgrunn enn generelle kirurger utdannet etter rundt 2000. Denne generasjonen kirurger vil ha begrenset gjenværende funksjonstid. Kravene til generell kirurgi med tanke på bløtdelskirurgi har og endret seg med innføringen og vektleggingen av minimal invasiv kirurgi. Trening i åpen kirurgi er blitt begrenset, noe som bl.a. har betydning for reoperativ kirurgi (grunnet komplikasjoner) og for operasjoner for skader (traume). Denne *tunge* kirurgien er i stor grad blitt sentralisert.

Den generelle kirurgiske utdannelsen er blitt gradvis svekket de siste 20 år og er i dag en tilnærmet grunnskole i kirurgi. Grenspesialistutdanningen har blitt styrket i tråd med utviklingen innen fagområdene; breddekompetansen er redusert og bruk av spesialutstyr og –metodikk har øket (jf. Kap 4.3.1).

I 2014 la Helsedirektoratet fram en ny modell for spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Dagens grenspesialister blir hovedspesialiteter. Generell kirurgi utgår som egen spesialitet og noen deler av denne vil inngå som en del av spesialiteten mage-tarmkirurgi.

Figur 11: Ny modell for spesialitetsstruktur og -utdanning



Ny forskrift for legenes spesialistutdanning er nå vedtatt trådte i kraft 1. mars 2017 for del 1 (den tidligere turnusordningen) og 1. mars 2019 for del 2 og 3 (spesialistutdanningen).⁵⁶ Læringsmålene for de medisinske spesialitetene del 2 og 3 er nå (januar 2017) på høring. Høringsfristen er 1. april 2017.⁵⁷

En felles kunnskapsplattform for grupper av beslektede spesialiteter (del 2 i ny spesialistutdanning) skal ivareta breddekompetansen. Denne delen skal, slik forslaget er i dag, være på to år. Det er ikke krav om felles del 2 (*common trunk*) for ortopedi, nevrokirurgi og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Fødselshjelp (obstetrikk) inngår ikke i utdanningen i kirurgi.

Forslaget innebærer at spesialiteten gastroenterologisk kirurgi skal ivareta de kirurgiske behovene for den delen av kirurgien som ikke dekkes av andre spesialiteter.⁵⁸ Det er uklart (2016) hvordan utdanningen i spesialiteten skal ivareta disse samtidig som utdanningen og arbeidsoppgaver etter spesialistutdanningen skal være rettet mot kirurgiske sykdommer i mage-tarm. Det er spesielt

⁵⁶ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-forskrift-for-spesialistutdanning-for-leger/id2523446/>

⁵⁷ (<https://helsedirektoratet.no/horinger/leringsmal-for-de-medisinske-spesialitetetene-del-2-og-3>).

⁵⁸ Det kirurgiske fagmiljøet er delt i sin oppfatning av dette.

utfordrende for vurdering av bakvaktskompetanse.

Oppsplitting av vaktkompetanse gjør beredskapen vanskelig og langt mer ressurskrevende. Det kan medføre en ytterligere sentralisering av pasientene. Det andre problemet er at *storvolumkirurgien* (mindre inngrep) kan bli lidende. En økende spesialisering av kirurgien med den fordel det innebærer for pasienter, kan dermed utfordre lokalsykehusenes virksomhet⁵⁹.

Deler av arbeidsoppgavene innenfor kirurgi kan desentraliseres til lokalsykehus. Den nødvendige vurderings- og stabiliseringskompetanse som inngår som en grunnleggende kirurgisk ferdighet (utdanningens del 2) må styrkes gjennom etterutdanning og kursing, f.eks. kurs i hemostatisk nødkirurgi. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil kunne kompensere i en viss grad for formell utdanning.

Endringene i spesialistutdanningen innebærer at foretakene må gjøre mer utfyllende og nøye vurderinger om kirurgenes reelle kvalifikasjoner og kompetanse til bakvakt. Det er viktig å vite hvilke pasienter spesialisten kan behandle selv og hvilke som bør behandles av andre. Det er sentralt å utvikle god preoperativ vurderingsevne og forståelse av hvilke pasienter som ikke bør opereres selv om en operativ løsning er tenkbar. Kompetansen vil endre seg over tid og det er viktig at den enkelte spesialist har den nødvendige selvinnsikt til å kunne bedømme egen egnethet til den enkelte oppgave.

Det er vedtatt å opprette en ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin innen det indremedisinske fagområdet knyttet til akuttmottakene i sykehus. Spesialiteten omfatter utredning av pasienter med de vanligste symptomene som kommer til norske akuttmottak. Det er utarbeidet læringsmål (del 2 og 3) for den nye spesialiteten⁶⁰. Av læringsmålene fremgår at den nye spesialiteten bl.a. skal ha kunnskap og ferdigheter knyttet til

- Diagnostisere og starte behandling ved akutt karsykdom (iskemisk ekstremitet, iskemisk tarm og truende aneurismeruptur/disseksjon av kar.
- Vurdere akutte buksmerter (akutt abdomen) i samarbeid med kirurgiske vaktteam.
- Vurdere alvorlighetsgrad, initial behandling og indikasjon for skopi ved hematemese/melena.
- Kunne utføre ultralydundersøkelse av abdomen på stabile pasienter med tanke på de

⁵⁹Ved UNN er det gjennomført en sentralisering av kreftkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi. De respektive fagmiljøene er knyttet opp mot Tromsø og ukentlige tverrfaglige kreftmøter. For pasienter som kommer inn under pakkeforløp kreft foregår det meste av utredning, kontroller og oppfølging ved lokalsykehuset. Selve kirurgien og strålingen skjer ved UNN Tromsø.

⁶⁰ Læringsmål for ny hovedspesialitet beregnet på akuttmottak, kalt Akutt- og mottaksmedisin.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Ny%20legespesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene%20i%20sykehus/Vedlegg%201%20Læringsmål%20AMM%20høringsutkast.pdf>.

vanligste tilstander som kan avdekkes ved hjelp av ultralyd.

I utdanningens del 3 inngår også kunnskap, ferdigheter og holdninger (ledelse, samarbeid, koordinering) knyttet til bl.a. pasientflyt (inkludert omdirigere pasienter til riktig kompetansenivå) og å kunne triagere pasienter i akuttmottak. Det er ukjent hvordan helseforetakene vil forholde seg til og eventuelt implementere den nye spesialiteten i sin virksomhet.

I kapittel 5.4 drøftes begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse som nødvendig forutsetning for å ivareta beredskapen ved de mindre lokalsykehusene (akuttsykehusene).

Sårbare spesialiteter.

Helsedirektoratet har i en ny rapport fra november 2016 om "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten"⁶¹, beskrevet spesialiteter som fremover bør ha strategisk oppmerksomhet, såkalte sårbare spesialiteter. Det konkluderes med at tre spesialiteter må ha særlig fokus fremover; gastroenterologisk kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi og infeksjonssykdommer. Vurderingene er basert på balansen mellom «behov for kompetanse» og «tilgjengelig kompetanse». Vurderingene og prioriteringene er lik i de 4 regionale helseforetakene.

For gastroenterologisk kirurgi er forholdet mellom LIS og overleger i gastroenterologisk kirurgi rett under 40 % som tradisjonelt sett er ansett som en god utdanningskapasitet/ fordeling mellom LIS og overlege. Antall nye spesialister i gastroenterologisk kirurgi er lavt men har vært stabilt fra 2013 til 2015 (11 per år), og det er få konverteringer fra utlandet. For å dekke det økende behovet mener RHF-ene at det bør utdannes flere innenfor denne spesialiteten og at det er ønskelig med en større andel LIS i forhold til overleger innenfor gastroenterologisk kirurgi. Det er det regionale foretakene som har ansvaret for utdanningsløpene.

4.3.4. E-helse og teknologiske muligheter

[Strategisk utviklingsplan](#) for UNN fram til år 2025 legger følgende til grunn: Teknologi vil gi nye muligheter innen forebygging, diagnostikk og behandling som kan effektivisere ressursbruken og bedre kvaliteten. Innføring av ny elektronisk pasientjournal (EPJ) med prosess- og beslutningsstøtte åpner for nye kommunikasjonsformer mellom helsepersonell og pasienter. EPJ-systemet blir det viktigste verktøyet for elektronisk samhandling og dokumentasjon, og tidligere frittstående telemedisinske løsninger vil bli integrert i EPJ. Teknologit utviklingen fører til at kirurgisk virksomhet

⁶¹ «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten». Rapport 2016.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

blir enda mer spesialisert, samtidig som kirurgi og bildeveiledet intervensjon smelter sammen. UNN vil ta i bruk tekniske nyvinninger som robotkirurgi, bildeveiledet diagnostikk og behandling, prehospital EPJ samt fjernmonitorering. Multimedia som bilder, lydfiler og video skal brukes for å få til en multidisiplinær vurdering og oppfølging uten at pasienten trenger å være til stede. Løsninger for blant annet timebestilling, e-konsultasjon, rekvirering av og svar på prøver over nettet skal utvikles.

Når det gjelder områdene kirurgi og fødselsomsorg legger også teknologiske nyvinninger premisser for utviklingen framover. I [strategisk utviklingsplan for Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken](#) nevnes blant annet utviklingen fra åpen til laparoskopisk og annen minimal invasiv kirurgi, som krever bruk av avansert teknologi (robotkirurgi, 3-D laparoskopi, osv.). Klinikken diagnostikk og behandlingsmodaliteter er utsatt for krav og forventninger fra pasienter og fagfolk om raske tilpasninger og bruk av nytt teknologisk utstyr for diagnostikk og behandling. Nasjonale krav legger føringer for oppfølging og differensiering i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Herunder krav om prenatal diagnostikk, kompliserte undersøkelser og behandling med oppdatert ultralydutstyr, STAN og support program tilknyttet avansert fosterovervåking.

Klinikken har lagt til rette for økt bruk av e-helse, telefonkonsultasjoner, internett og telematikk i poliklinisk og annen relevant virksomhet så snart det er tilgjengelig. Aktuelle eksempler er:

- Call Me Smart - forbedre intern kommunikasjonen i sengepostene
- Telemonitorering - kommunikasjon og veiledning mellom opererende kirurger på operasjonsstuene
- Mine behandlingsvalg - gir pasientene oppdatert medisinsk informasjon

5. Sentrale utfordringer for UNN HF og UNN Narvik

5.1. Befolkningsutviklingen i UNN HF og i kommunene rundt UNN Narvik

Folketallsutviklingen i UNN HF-området for perioden 2016-2040 belyses i tabell 16⁶².

Tabell 16: Folketallsutvikling (framskrivning) 2016-2040 (SSB)

	2016	2030	2040
UNN Harstad	35595	37080	37919
UNN Narvik	29135	29523	29981
UNN Tromsø	127744	137652	142682
Sum	192474	204255	210582

Folketallet i foretaksområdet UNN HF vil øke fra 192 000 i 2016 til 210 000 i 2040 (9%). Økningen kommer vesentlig i kommunene Tromsø, Bardu, Målselv, Sørreisa og Lenvik. Det er likevel økningen i andelen av befolkningen over 67 år som preger befolkningsutviklingen (60% økning 2016-2040). Det vil komme en liten økning (3%) i antallet fertile kvinner i foretaksområdet (men ikke i kommunene omkring Narvik, se under).

En kommunal arbeidsgruppe har analysert befolkningsutviklingen i kommunene rundt Narvik (det tradisjonelle opptaksområdet) i perioden 2016-2040. Detaljert beskrivelse av tallgrunnet finnes i rapporten [Kommunale tjenestetilbud](#).

Tabellen under oppsummerer hovedtrekkene:

Tabell 17: Befolkningsutvikling (framskrivning) i kommunene omkring Narvik (SSB)

	2016	2030	2040
Folketallet i de 7 kommunene	29144	28568	29084
Folketallet i Bardu	4019	4427	4659

Folketallet i de 7 kommunene vil være stabilt i perioden 2016-2040. Bardu kommune vil ha en befolkningsøkning på 640 personer i perioden (16%). Antallet kvinner i befruktningsdyktig alder (her definert som aldersgruppen 20-44 år) vil også være stabilt i perioden, også om en inkluderer Bardu.

⁶² Data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) basert på MMMM-alternativet. Lagt til rette av UNN HF.

Det vil bli en betydelig økning i aldersgruppen 67 år eller eldre i alle kommuner (Bardu og Tjeldsund inkludert); med 27% frem til 2030 og med 40% frem til 2040. Narvik kommune vil øke antallet eldre fra 3097 i 2016 til 4714 i 2040 (52% økning).

I Narvikregionen inklusiv Sør-Tromskommunen pågår det et samordnet og offensivt arbeid for å etablere nye arbeidsplasser. Det er naturlig særlig å fremheve mulighetene innen transport/logistikk, havbruk, forsvar og reiseliv. Næringsutviklingen vil definitivt kunne påvirke folketallsutviklingen positivt. Som et eksempel skal det på forsvarsbasen på Evenes etableres ca. 600 arbeidsplasser med det ringvirkningspotensialet dette får for næringslivet i regionen.

5.2. Fremtidig behov for spesialisthelsetjeneste innen kirurgiske sykdommer/ fag - befolkningsunderlag

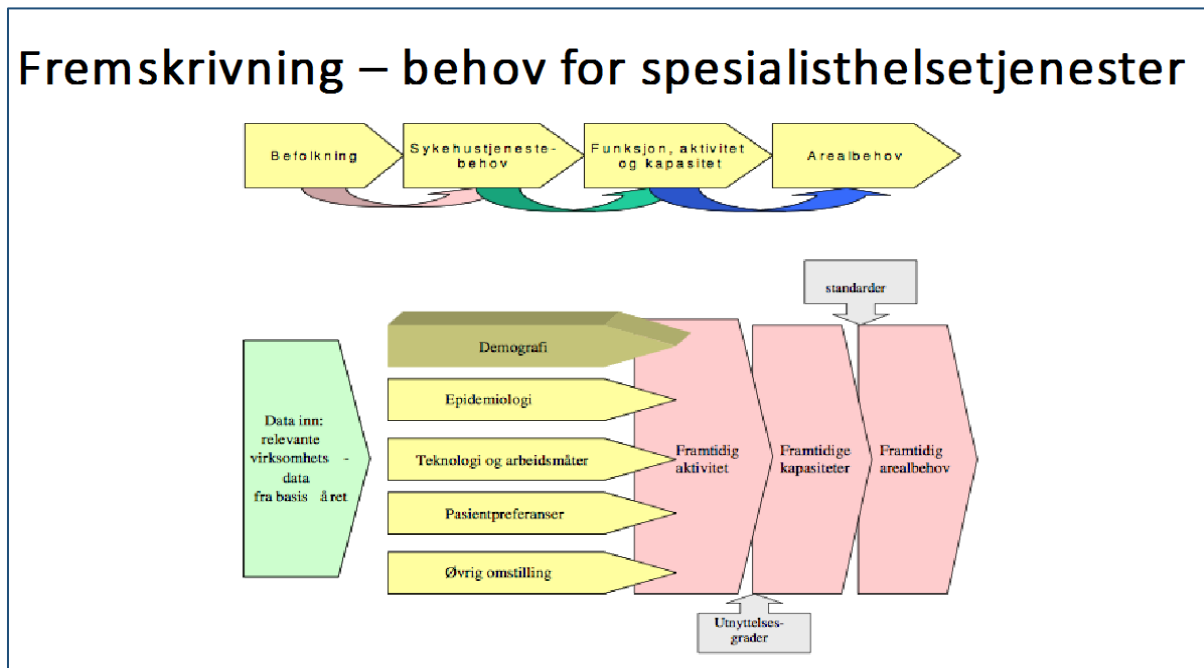
Fremtidig behov/etterspørsel etter sykehustjenester/kirurgiske tjenester vil påvirkes av mange faktorer. Tema er utførlig drøftet i et prosjekt i SINTEF Helse i 2014⁶³, som også viser til en oppsummering av slike vurderinger i 9 land i 2008 i regi av European Observatory on Health Systems and Policies. Det vises også til tilsvarende arbeid i regi av Dansk Sundhedsinstitut (2005) og i Danske Regioner (2008).

Faktorer som fremheves i vurderingene er illustrert i modellen i figur 12⁶⁴. Befolkningsøkning, demografiske endringer og endring i sykkelighet vil øke behovet, mens endringer i medisinsk metoder og behandling, og endringer i driftsform (*den vertikale pasient*, mindre behov for døgnplasser) vil redusere behovet. Måter å organisere virksomheten i et foretak på og samspillet mellom sykehusene i foretaket vil også påvirke behovene (jf. Strategisk utviklingsplan for UNN HF).

⁶³ For omtale av ulike framskrivningsmodeller, se *Forprosjekt. Fremskrivningsmodell*. SINTEF Helse 2011. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A20474>

⁶⁴ Figuren er hentet fra styresak i Helgelandssykehuset HF (<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202013/Mai/20130528%20Styresak%2040%20Utredning%20av%20framtidig%20somatisk%20sykehusstruktur.pdf>)

Figur 12: Faktorer som påvirker behov/etterspørsel etter sykehustjenester (Sintef)



Befolkningsutvikling

Befolkningsutviklingen i foretaksområdet og i kommunene omkring Narvik i perioden 2016-2040 er beskrevet i kap. 5.1. Det dominerende trekket er en betydelig økning i antall eldre over 67 år.

Sykdomsforekomst

Det er først og fremst økningen i antallet eldre som vil påvirke sykdomsforekomsten. Indremedisin er den dominerende spesialitet ved sykehuset i dag, spesielt for øyeblikkelig hjelp-pasienter (se vedlegg Data og tabeller). Det er også innen indremedisin at det fremtidige behovet vil øke mest. Det anslås at 60-65 % at pasienter som innlegges akutt i sykehus har en indremedisinsk tilstand.⁶⁵

Kirurgiske sykdommer som er knyttet til alder vil være (eksempler);

- Innen ortopedi
 - Degenerative lidelser i muskel-skjelett, spesielt i ledd.
 - Brudd knyttet til benskjørhet som oppstår etter fall (lavenergitraumer). Hvert år faller om lag en tredjedel av de som er over 65 år, og halvparten av de over 80 år. Forekomsten av brudd i Norge er blant de høyeste i verden (Kilde: Folkehelse).
- Innen urologi

⁶⁵ Faglige og organisatoriske kvalitetskrav til somatiske akuttmottak, [IS-2236](#), Helsedirektoratet. 2014.

- Vannlatingsproblemer (LUTS=lower urinary tract syndrome).
- Symptomer/plager som må utredes under mistanke om kreft.
- Inkontinens-problematikk (også gynekologi).
- Innen hjerte-kar-sykdommer (er sentralisert til UNN Tromsø i dag).
 - Perifer karsykdom
- Kreft er aldersrelaterte sykdommer og Kreftregisteret⁶⁶ har anslått at antall krefttilfeller i Norge vil å øke med 42 % for menn og 27 % for kvinner fram mot 2030 (kreftbehandling er sentralisert til UNN Tromsø). Jo eldre vi blir, jo større er risikoen for at vi får en kreftsykdom i løpet av livet. Omtrent åtte av ti krefttilfeller oppstår i aldersgruppen over 55 år. Med dagens kreftforekomst og -dødelighet vil om lag hver tredje nordmann få diagnostisert kreft før de blir 75 år gamle (Kilde: Folkehelse).
- Mage-tarm-kirurgi/generell kirurgi.
 - Brokk.
 - Sårbehandling

Medisinske metoder (teknologi).

Døgnbasert behandling innen kirurgi vil bli redusert (jf. kap 4.2.1. og Strategisk utviklingsplan UNN HF), både for planlagt og akutt kirurgi. Akutte operasjoner på natt vil bli redusert, operasjoner vil bli forskjøvet til dagarbeidstid med uthvilt personale og spesialiserte personalgrupper til stede.

Dagkirurgi med overgang fra døgnbehandling (innleggelse) til dagbehandling vil øke. Norge ligger bak andre land i Europa når det gjelder å ta i bruk dagkirurgi som behandlingsform. Minimale invasive teknikker (inkludert robot-kirurgi) vil bli tatt i bruk i økende grad.

Organisering av virksomheten i UNN HF.

I Strategisk utviklingsplan for UNN HF pekes det på at foretaket skal videreutvikle en bærekraftig lokalsykehusfunksjon som har en tydelig organisering og fordeling av helsetilbudet mellom de tre somatiske sykehusene i UNN. Lokalsykehusene innenfor UNN HFs definerte opptaksområde skal dermed ha, sammen med region- og universitetssykehuset, et felles opptaksområde og en klar funksjons- og oppgavefordeling. Slik kan man 'desentralisere det mulige og sentralisere det nødvendige'.

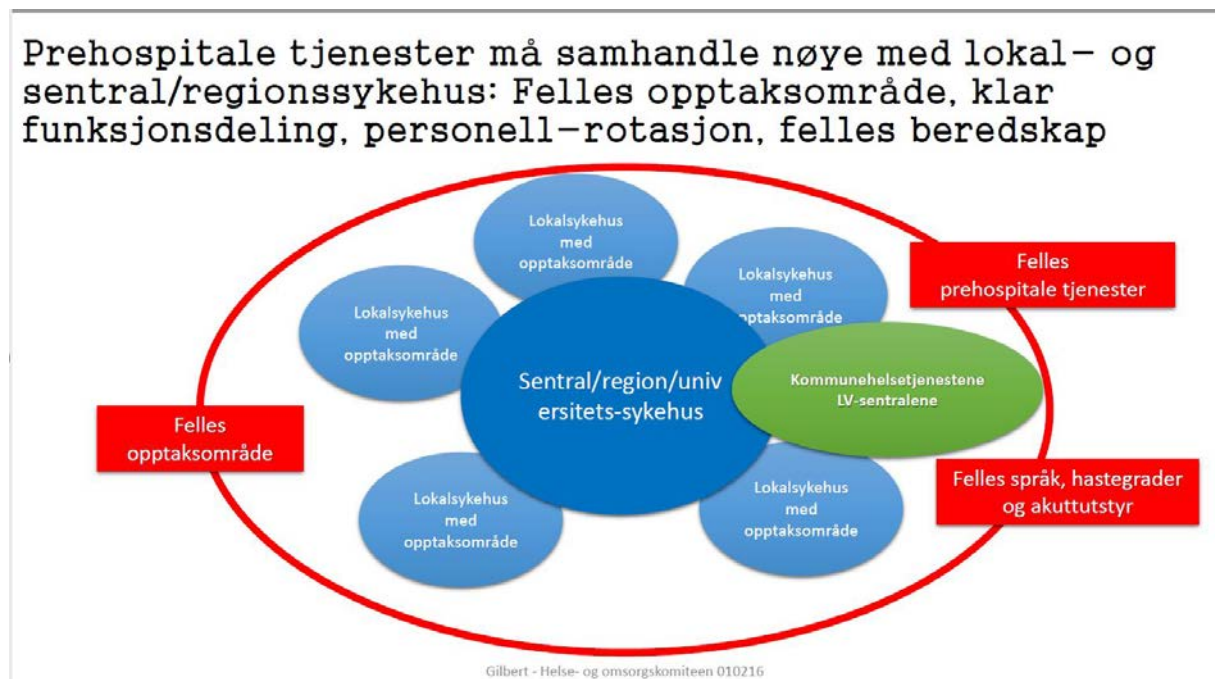
Befolkningen i opptaksområdet for UNN Narvik er avhengig både av lokalsykehuset, de andre sykehusene i foretaket og av andre sykehus utenfor eget helseforetak. Oppgaven består derfor i å

⁶⁶ <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/>

beskrive den *relative rollen* til lokalsykehuset/akuttpsykehuset og hvordan befolkningen i foretaksområdet skal få sine spesialisthelsetjenestetilbud dekket samlet sett (befolkningsperspektivet, se kap 3.2.). Sykehusene skal organiseres i nettverk, og funksjonene skal fordeles mellom dem slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i foretakets opptaksområde, jf. foretaksmøtet.

En slik modell for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og sykehusene er beskrevet som *nettverk av sykehus* i Nasjonale helse- og sykehusplan. Utviklingen av sykehusstilbudet må skje ved at sykehus samarbeidet tettere enn i dag. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Det innebærer også at store sykehus må overlate oppgaver til mindre sykehus for å utnytte felles kapasitet og kompetanse. Også akuttfunksjonene skal vurderes og planlegges på samme måte, det er de samlede ressurser i helseforetaket som skal levere akutt-tjenester. Se figur 13.

Figur 13. Sykehus i nettverk



Strategisk utviklingsplan for UNN HF peker på at framskrivningene er usikre når det gjelder behovet for vanlige lokalsykehussenger. Å få til en effektiv funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehusene internt i UNN HF vil være sentralt.

Basert på reisetid alene har 87% av befolkningen i *befolkningstriangelet* (kommunene) mellom UNN Harstad, UNN Narvik og Unn Tromsø, UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus, 2% har UNN Tromsø som sitt nærmeste og 11% har UNN Harstad som sitt nærmeste (jf. tabell 11).

Reisetid alene er en av mange faktorer som tillegges vekt når det gjelder valg av sykehus. Dette illustreres ved å se på andelen opererte pasienter i kommunene rundt UNN Narvik (tabell 18). Tabellen illustrerer at det ikke bare er transporttid som påvirker pasientstrømmene. Bardu bruker allerede i dag UNN Narvik for kirurgi på omlag samme nivå som de andre kommunene rundt UNN Narvik.

Tabell 18: Andel av pasienter fra kommunene som ble operert ved UNN Narvik, 2015

	Planlagt døgn- og dagkirurgi	Akutt døgn- og dagkirurgi
Tysfjord	19 %	16 %
Ballangen	49 %	37 %
Narvik	51 %	39 %
Evenes	12 %	0
Gratangen	32 %	32 %
Lavangen	32 %	15 %
Salangen	29 %	9 %
Bardu	27 %	25 %
Målselv	11 %	3 %
Tromsø	5 %	0,4%
Andre kommuner UNN Tromsø	5 %	0,4 %
Kommuner UNN Harstad	3 %	0,6 %

Helse Nord RHF har i mandatet pekt på at helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

En isolert økning av aktivitet ved UNN Narvik, enten den er basert på størrelsen av befolkningen i et antatt opptaksområde, eller en økning i spesifikke funksjoner kan ha konsekvenser for de to andre sykehusene i UNN HF dersom økningen ikke er planlagt og styrt. Alle sykehusene er små i norsk

målestokk. UNN Tromsø har for eksempel et opptaksområde på størrelse med Haugesund sykehus og Sykehuset Telemark⁶⁷. UNN Harstad og UNN Tromsø er dermed sårbare ved endringer.

Nybygg-prosjektet ved UNN Narvik gir foretaket anledning til å revurdere om fellesbehovene i HF-ets foretaksområde er godt nok dekket. Det er spesielt viktig at indremedisinens behov blir analysert samtidig i og med at 60-65% av akutte innleggelser i sykehus dreier seg om indremedisinske problemstillinger.

Det vises for øvrig til brev av 11.01.2017 fra Helse Nord RHF til UNN HF med presiseringer til mandatet som er relevant for drøftingen i dette kapittelet (se kap. 2.1).

5.3. Lokalsykehusenes (akuttsykehusenes) som viktig brikke i et større system - oppgavedeling og samarbeid

Aktivitetsdata for UNN Narvik og pasientstrømsanalysene (jf. kap 3.2.) viser at befolkningen i kommunene får utredning, behandling, pleie og rehabilitering i alle sykehus i UNN HF, i andre sykehus innen Helse Nord RHF og utenfor helseregionen⁶⁸. Grunnene til dette er vedtatt funksjonsfordeling, det spesifikke kirurgiske tilbudet som er etablert i sykehusene, praksisvaner, spesielt knyttet til akutte innleggelser, og pasientpreferanser og den lovfestede retten til fritt sykehusvalg.

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på behovet for bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus, og betydningen av en desentralisert sykehusstruktur i Norge:

«Dagens små lokalsykehus har kvaliteter som det er viktig å bevare. Deres rolle skal trygges og videreutvikles. Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid.»

«Oppgavedeling mellom sykehus er nødvendig for å øke kvaliteten på behandlingen.[...] Hensiktsmessig oppgavedeling forutsetter godt samarbeid. Hver enkelt sykehusenhet må være del av et nettverk som samarbeider om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordninger.»

Sammenhengende kjeder med tydelig oppgavedeling

UNN Narvik er en viktig brikke i et større system. Alle sykehusene i en helseregion, både akuttsykehus, stort akuttsykehus og regionsykehus, skal ha en hensiktsmessig arbeidsdeling.

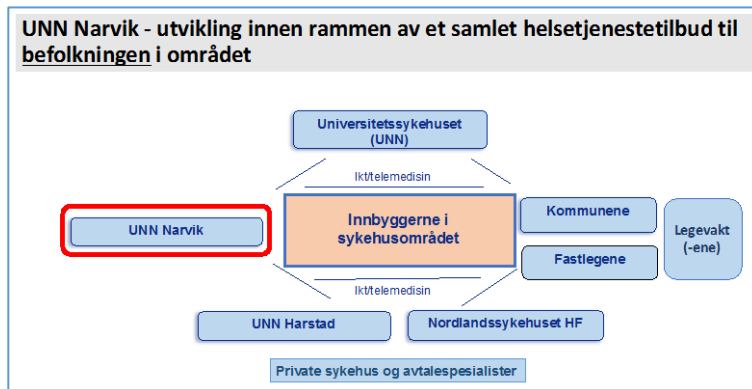
⁶⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan side 95.

⁶⁸ Innholdet i dette kapittelet bygger i stor grad på rapporten: Odda sjukehus (*i lys av føringene i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)*). [Prosjektrapport](#) desember 2016, kap. 4.

Sammen sikrer de spesialisthelsetjenestene som befolkningen har behov for. Det må være avklart hvilke oppgaver som skal løses på hvert nivå og når pasienten skal henvises til et mer spesialisert nivå.

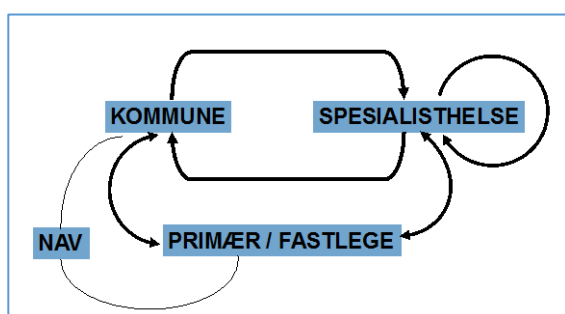
Figur 14 illustrerer at det er det samlede tilbudet, ikke bare det enkelte sykehuset, som sikrer befolkningen og pasientene et godt og dekkende spesialisthelsetjenestetilbud.

Figur 14: Illustrasjon av det samlede helsetjenestetilbudet



I det samlede helsetilbudet til innbyggerne, er det likevel de kommunale helse- og omsorgstjenestene og fastlegene som er grunnmuren. Det er derfor viktig at arbeidet med å sikre et helhetlig tilbud til pasientene skjer i nært samarbeid med kommunene. Samspillet mellom disse er illustrert i figur 15.

Figur 15: Illustrasjon av samspill i helsetjenesten



Den akuttmedisinske kjeden sørger for å ta vare på innbyggerne når det haster, og i denne kjeden er de prehospitaltjenestene (med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse) vesentlige. Helseforetak og kommuner er sammen om ansvaret for å sikre et godt akuttmedisinsk tilbud (se kap. 3.4. og 3.5.).

Spesialisthelsetjenestetilbudet ved UNN Narvik skal utvikles innen rammen av et samlet

helsetjenestetilbud til befolkningen i Narvik-området. UNN Narvik kan ikke være en autonom enhet, men er en del av et sammenhengende tjenestetilbud som bidrar til måloppnåing for UNN HF og Helse Nord RHF.

Bygge kultur som fremmer samarbeid og kunnskapsdeling

Å få på plass gjensidig forpliktende samarbeid om en avklart oppgavedeling, der det store sykehuset (UNN Tromsø) i praksis er en støtte for de små sykehusene, blir vesentlig. Det krever godt samspill og medvirkning fra medarbeidere og ledelse på alle nivå, og er et særlig ansvar for ledelsen i UNN HF. Støtten fra det store sykehuset må gis på en måte som de små sykehusene opplever som positiv, ikke som en trussel.

Dette vil kreve en endring i en kultur som ser sykehusene i foretaket som separate enheter som snarere arbeider mot hverandre, enn sammen. Det blir viktig å arbeide for å utvikle en *vi-holdning* i foretaket, der samarbeid om en avklart oppgavedeling er målet.

Den sterke vektleggingen av felles kulturbygging og gjensidig samarbeid i hele helseforetaket reflekterer Nasjonal helse- og sykehusplan sitt fokus på at sykehusene i et helseforetak skal fungere i et forpliktende nettverk. Vektlegging av felles kulturbygging, felles fag- og kvalitetsutvikling, gjensidig hospitering og samarbeid i hele UNN HF er nøkkelen.

UNN HF må styrke arbeidet med mottak av henvisninger og ansvar for felles ventelister. På den måten kan kapasiteten innenfor et fagområde bli sett på samlet for alle sykehusene. Faglige retningslinjer og prosedyrer skal som hovedregel være på foretaksnivå. Gjensidig hospitering og ambulerings- og rotasjonsordninger for personellet vil kunne virke kompetansehevende og -fremmende. At sykehusene i foretaket samarbeider godt, er viktig for å opprettholde et godt fagmiljø.

5.4 Kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF presiserte at akuttsykehus skal ha «beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendelser». Foretaksmøtet la til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.

I mandatet for dette prosjektet fra Helse Nord RHF blir dette gjentatt og utdypet ved at et akuttsykehus som minimum skal ha «(...) vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi».

Begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke bare viktige som en beskrivelse av et minimumstilbud. Endringene i spesialistutdanningen som har skjedd frem til nå (beskrevet i kap.

4.3.3.), og de nye kravene for spesialisering som innføres fra 2019 med avvikling av spesialiteten *generell kirurgi*, reiser også spørsmål om hvilke krav en skal stille til vurderings- og stabiliseringskompetanse hos de vaktbærende overlegene i et sykehus. Disse vil ha varierende utdanning og erfaring.

Problemstillingene er allmenngyldige (generiske) av karakter. De Helse Nord RHF-initierte prosjektene ved NLSH Lofoten og UNN Narvik har utredet begrepene i et felles prosjekt (se rapporten [Vurderings- og stabiliseringskompetanse](#)). Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i Nasjonal helse- og sykehusplan, de nye reglene for spesialisering i kirurgi, og har og vurdert liknende utredninger i Skottland⁶⁹.

Begrepsmessige avklaringer

Gruppen peker på at vurderingskompetanse omfatter observasjon, kartlegging og analyse av pasientsituasjoner for å definere behov for helsehjelp, iverksetting og koordinering av nødvendige tiltak basert på en kunnskapsbasert praksis.

Ordet *stabilisering* brukes i ulike sammenhenger og oppfattes muligens som selvforklarende. I denne sammenheng er det knyttet mot intensiv eller akutt medisin/kirurgi.

Sentralt i de to nevnte begrepene står kompetanse; dvs. individets evne til å utføre en oppgave på riktig måte. Kompetanse kan sees på som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og oppførsel brukt til å forbedre ytelse, eller evne til å utføre en gitt rolle. Dette kan igjen deles i faglig kompetanse som utvikles gjennom utdanning og erfaring (realkompetanse), og personlig kompetanse som uttrykkes gjennom den måten kunnskaper og ferdigheter brukes på.

Vurderings- og stabiliseringskompetanse bygger således på ett sett med kunnskap og erfaringer som man har ervervet seg og som man bruker i en aktuell situasjon. Innenfor kirurgi- og traumebehandling kan slike aktuelle situasjoner strekke seg fra tilnærmet dagligdagse oppgaver til livskritiske situasjoner. Dette er imidlertid ikke noe man nødvendigvis skal stå alene om. Begrepene har en høyst personlig komponent, men også en systemkomponent knyttet mot det organisatoriske system man er i.

Hva trenger en kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse til?

Elektiv kirurgi: Graden av den samlede kompetanse og den enkeltes spesialkompetanse som til enhver tide er ved sykehuset er avgjørende for hvilke oppgaver sykehuset kan ta på seg i den elektive virksomheten. Mulige alvorlige komplikasjoner til et kirurgisk inngrep og evnen til å takle disse uten å

⁶⁹ "Standards informing delivery of care in rural surgery". Report of the Short-Life Working Group on Rural Surgery, Royal College of Surgeons of Edinburgh, March 2016. <https://iss.rcsed.ac.uk/media/20223/rural-surgery-web.pdf>

sende pasientene fra seg, må være styrende for hvilke operasjoner og prosedyrer sykehuset skal utføre. Pasientens trygghet er et absolutt krav.

I dette ligger også at henvisninger til elektiv virksomhet skal kunne vurderes av kompetent helsepersonell fortrinnsvis med spesialistutdannelse i fagfeltet og i henhold til prioriteringsretningslinjene.

Akutt kirurgi: En kirurgisk avdeling som skal utøve akutt kirurgi på døgn og årsbasis, må ha god nok bemanning og struktur. Det oppnår man ved å ha en team- og beslutningsstruktur som kan ta de rette avgjørelser; enten å behandle pasienten der og da, eller å overføre pasienten til et annet sykehus. En slik lokal beslutningsstruktur må innebære flere faktorer som: kirurgisk og anestesilogisk utdannet personale med tilstrekkelig eller nødvendig erfaring, tilgjengelige enheter for avansert overvåking, laboratorie-støtte og nødvendig lokal og tele-radiologisk og telemedisinsk kompetanse med støtte fra større sentrale sykehus.

Skal man være et akutt sykehus, må pasientene som legges inn der møte helsepersonell som kan ivareta alvorlig syke og tilskadekomne i en akutfase slik at risiko for død og alvorlig funksjonstap minimaliseres. Stabilisering av disse pasientene betyr frie luftveier evt. respirasjonsstøtte, stoppe blødninger, optimalisere blodsirkulasjonen, stabilisere brudd, hindre ytterligere skjelettskader og gi nødvendig smertelindring. Formålet er å gjøre pasienten i stand til ytterligere behandling lokalt eller transport til annet sykehus.

Konsekvenser og konkretisering

Kompetanse er knyttet til spesialistutdannelsen i de kirurgiske fag i Norge. I praksis har kun et fåtall ortopeder fått utdannelse i generell kirurgi og vise versa «bløtdelskirurger» i ortopedi etter 2000. Det betyr at en stor og økende andel av ortopeder ikke har kvalifikasjoner til å gå i bløtdelskirurgiske vakter. På den andre siden har generell kirurger heller ingen krav om ortopedisk (traumatologisk) kompetanse og disse er derfor formelt og utdannelsesmessig ikke kompetente til å vurdere og behandle ortopediske tilstander (traumer). Ortopedisk behandling må gis av ortopeder og ikke av kirurger som mangler ortopedisk skolering (se pkt. 10.8.6 i Helsedirektoratets utredning).

Utredningsgruppen har anført kravspesifikasjoner som de anser nødvendige for å ha et kompetent akutt sykehus:

Sykehusets organisering:

- Døgnbasert vaktteam bestående av spesialister i en av de kirurgiske spesialiteter, anestesilog, akuttmottak med erfarne sykepleiere, bioingeniører eller tilsvarende, samt radiografer.
 - Med spesialister i kirurgi menes både innen bløtdelskirurgi og ortopedi.

- Det er sykehuset som har ansvaret for at personalet som ansettes, permanent eller på vikarbasis, tilfredsstillende kompetansekravene.
- Oppdatere regelmessig utstyr av ulik karakter
 - Røntgen med CT og evt. ultralyd med 24 timers teleradiologi (mot regionalt nivå)
 - Videofasiliteter mot større enheter.
 - Bindende avtaler om døgnbasert bistand mellom større og mindre sykehus.
- Sørge for at faglig oppdatering av personalet herunder:
 - Arrangere regelmessig kursing innen akuttmedisin som BEST.
 - Regelmessige MDT-møter, komplikasjonsmøter etc. sammen med større enheter.
 - Utvekslingsavtaler av personale mellom sykehusene (både til og fra akutt sykehuset).

Kirurger og anestesileger:

- Kirurger skal være spesialist i en kirurgisk disiplin (tidligere kirurgisk grenspesialitet)
 - Et hvert vaktteam skal ha minst en kirurg med følgende kvalifikasjoner:
 - Minimum 2 års generell kirurgi tilsvarende «common trunk» i den nye spesialitetsutdanningen.
 - ATLS kurs eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
 - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Tilsvarende krav til ortopeder om de skal delta i akutt team
 - Ortoped må være tilgjengelig på døgnbasis for vurdering om sykehuset skal ha ØH-funksjon innen ortopedi.
- Anestesiologer skal være spesialister eller nær-spesialister
 - Et hvert vaktteam skal ha minst en slik anestesilog. I tillegg til fagutdanning kreves det:
 - ATLS eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
 - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Delta i regionale MDT møter og komplikasjonsmøter.
- Ha regelmessig opphold ved større enheter (sentralsykehus, universitetssykehus).
- Gis mulighet for å være på nasjonale og internasjonale møter.

Det fremgår av dette at kravene til vurderings- og stabiliseringskompetanse er kompetansekompenserende tiltak for å sikre en forsvarlig legebemanning på bakvaktsnivå. Forslaget fra arbeidsgruppen er viktig fordi det peker på både systemkrav (til sykehusene) og til den individuelle vaktbærende kirurgspesialist. Forslaget til kravspesifikasjon kan brukes som sjekklister for

foretakene i sine vurderinger av vaktbærende kompetanse. I fremtiden må foretakene dokumentere at slike vurderinger er utført før ansettelse og innfasing i vaktordninger, og som grunnlag for senere kompetanse- og kunnskapsfremmende opplæringstiltak tilpasset den enkeltes behov og foretakets krav. Foretaket må også legge til rette for at kontakten mellom de mindre sykehusene og regionsykehuset på spesialistnivå kan skje sømløst 24/7/365. Uten robuste og fungerende kontaktmuligheter vil begrepet vurderingskompetanse ikke ha praktisk nytteverdi.

Begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke nærmere beskrevet eller definert i de politiske dokumentene som er bakgrunnen for denne utredningen. Helseforetakene må derfor gi klare føringer for hvordan begrepene skal oppfattes og brukes, og hvordan slik kompetanse skal dokumenteres på individ- og systemnivå. Hensikten er å sikre forsvarligheten slik den framstår i helselovgivningen.

5.5. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer (beholde personell) – framtidig behov for kompetansevedlikehold

[Strategisk utviklingsplan](#) tilkjennegir to hovedutfordringer knyttet til kompetanse: Å sikre tilstrekkelig kompetanse til UNN som helseforetak, og å sikre rett fordeling internt i foretaket. Oppgaven består i å rekruttere, stabilisere og utdanne både helsepersonell og andre yrkesgrupper. I årene fremover vil det særlig være behov for spesialsykepleiere, legespesialister, helsefagarbeidere og bioingeniører. I Helse Nord forsterkes rekrutteringsutfordringen av en desentralisert sykehusstruktur og tap av kompetanse som følge av at ansatte etter endt utdanning flytter ut av regionen.

I tillegg tilsier er rivende teknologisk utvikling, medisinsk forskning, innovasjon og økt bruk av e-helse at framtidig behov for vedlikehold av kompetanse vil være betydelig. Utfordringene for norsk, og europeisk helsevesen, er redegjort for i Helse 2020.⁷⁰

Ved UNN Narvik har det vært rekrutteringsutfordringer knyttet til spesialister i gynekologi/obstetrikk og påfølgende bruk av gynekologvikarer. I 2015 var det vikar fra byrå 25 uker og fast vikar med avtale 12 uker. Tilsvarende var situasjonen i 2016 vikar fra byrå 34 uker, og 12 uker med fast vikar med avtale. 7 uker i 2016 var kun bemannet av gynekologvikarer og ingen faste spesialister ved enheten. Det vil si at det var vikar 40 % av alle døgn. Per 01.01.2017 er det 1,8 gynekologstilling besatt ved UNN Narvik. Se rapporten [Bemanning og vakter](#) og kap. 6 for detaljer.

⁷⁰ Helse 2020. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helse-2020-rammeverk-og-strategi-for-europa-i-det-21-arhundre>

Tabell 19: Legestillinger ved UNN Narvik 2016

Område	Antall stillinger overleger	Antall personer overleger	Antall stillinger/ Personer LIS	Turnusleger	Merknader
Anestesi	2,65	3	0	0	Vikarstafett
Føde/gyn	2,65 ⁷¹	3	0	0	Vikarstafett
Kirurgi	4	4	4	6	En ubesatt overlegestilling
Ortopedi	1	1	0	0	Vikarstafett
Medisin	6	6	6	6	
Radiologi	3	3	1	0	
ØNH	0,7	1	0	0	Besatt jan 17
Psykatri	0	0	0	0	Vikarstafett
Sum	20,6	22	11	12	

Kilde: Personal og organisasjonsavdelingen UNN HF 01.10.2016

Styret ved UNN HF vedtok i sak 29/2011 å etablere et toårig rekrutteringsprosjekt i UNN Narvik. Prosjektets mandat var å rekruttere og ivareta lege/psykologspesialistene og deres familier slik at det ble sikret tilstrekkelig rekruttering og stabilisering av kritiske nøkkelpersoner til sykehuset. Primært var hensikten med prosjektet å sikre tilstrekkelig rekruttering, men gjennom prosjektet ønsket man også å utvikle og prøve ut nye metoder for rekruttering og stabilisering som er overførbare til hele organisasjonen. Målsettingen skulle sikres gjennom:

- Aktivt oppsøk av aktuelle kandidater gjennom egne nettverk
- Koordinert innsats gjennom å tilby *rekrutteringspakker* som gjør det attraktivt for legespesialister/psykologspesialister og deres familier å bosette seg i Narvik
- Oppfølging av de nyansatte som sikrer lengst mulig tilstedeværelse i Narvik.

Rekrutteringsprosjektet var et resultat av et godt arbeid av lokale leger som jobbet målrettet med rekruttering til UNN Narvik. I løpet av om lag ett år fra oppstart i januar 2012 ble det rekruttert tre gynekologer, to hjertespesialister, en radiolog, en kirurg og en epidemiolog.

Ser en samlet på rekruttering og «turnover» av leger og psykologer i perioden 2010-2016 (tom 1. oktober) har det blitt rekruttert 30 fagpersoner (innenfor og utenfor prosjektet), mens det i samme

⁷¹ Januar 2017: 1,8 stilling som overlege. Fast vikar 8 uker pr år.

periode har vært en turnover på 11 fagpersoner. Se rapporten [Bemanning og rekruttering](#) for detaljer.

De mest rekrutteringskritiske grupper per i dag er innen gynekologi og psykiatri. Høsten 2016 ble det etablert en ny rekrutteringsgruppe etter vedtak i direktøren ledergruppe, UNN HF.

6. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektleder

6.1. Innledning

Vurderingene og anbefalingene må være konsistente med de 7 målene gjengitt under i Nasjonal helse- og sykehusplan der det er relevant:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Anbefalingene av fremtidig aktivitet ved UNN Narvik er basert på kunnskap og fakta om

- Endringer i drift ved sykehus (fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Kap. 4.2.1)
- Driftsmønsteret ved sykehusene i Helse Nord RHF (kap. 4.2.1) med lavere dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet enn i landet forøvrig
- Analysene av aktiviteten og driftsmønsteret i UNN Narvik ([Data og tabeller](#) og kap. 3.2)
- Kunnskap om pasientstrømmene i det aktuelle geografiske område ([Pasientstrømanalyse](#)). >50% av akutt kirurgi (døgn og dag) i opptaksområdet utføres utenfor UNN Narvik
- Vurdering av tidskritiske hendelser/episoder/traumer (kap. 3.3)
- Traumesystem og traumeomfang, spesielt multitraumer (kap. 3.3.1 og 3.3.2).
- Utviklingstrekkene beskrevet for kirurgi-fagene og for gynekologi (inkludert føde) (kap. 4.3.1 og 4.3.2)
- Endringer i spesialitetsstruktur over tid og bortfall av generell kirurgi i den nye spesialitetsstrukturen (kap. 4.3.3)
- Kunnskap om transportmuligheter, avstander/geografiske forhold, luft-, bil- og båtambulansetjenesten (kap. 3.6)
- Drøfting og klargjøring av begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap. 5.4).

6.2. Avklarende premisser

6.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF

Strategisk utviklingsplan gir noen viktige føringer for arbeidet i foretaket i perioden 2015-2025:

- Felles opptaksområde; jf. også [presisert mandat](#) av 11.01.2017
- Arbeidsdeling og avklart funksjonsfordeling
- Felles drift og fremtid (kvantitativt og kvalitativt)
- Begrenset tilgang på kompetent helsepersonell vil være den mest kritiske knapphetsfaktoren og vil også få betydning for fordeling av arbeidet
- Felles ansvar for utdanning og kompetanseutvikling/kompetansevedlikehold
- Rotasjonsplaner for spesialister og utdanningskandidater
- Felles tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- Felles forskningsaktiviteter.

6.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik

UNN Narvik skal være et *akuttsykehus med akuttkirurgi og traumefunksjon*. Det akuttkirurgiske tilbudet må spesielt rettes inn mot hovedtyngden av aktiviteten ved sykehuset i dag (skader og traumebehandling).

Mandatet for arbeidet inneholder formuleringen *døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens*. Formuleringen må ses i sammenheng med [Protokoll](#) fra foretaksmøtet Helse Nord RHF 4.05.2016. Foretaksmøtet har pekt på at *Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser*. Det forstås slik at det ikke finnes en allmenngyldig eller omforent norm for betydningen av begrepet *generelt akuttkirurgisk tilbud*. Foretaksmøtets presisering om at tilbudet i akuttsykehus *kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet* kan derfor legges til grunn for akutt kirurgi. Foretaksmøtets påpekning om samarbeid mellom «sykehus i nettverk og team» gjelder dermed også for akutt kirurgi.

I presiseringer av mandatet (av 11.01.2017) fremgår også at *”akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnet og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes”*.

Drøftingene over må ses i sammenheng med tydeliggjøring av begrepet *kirurgisk vurdering* (vurderingskompetanse) og *stabiliseringskompetanse* (kap. 5.4).

Det er vedtatt å opprette en ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin innen de indremedisinske fagområdet knyttet til akuttmottakene i sykehus. Spesialiteten omfatter utredning av pasienter med de vanligste symptomene som kommer til norske akuttmottak. Det er utarbeidet læringsmål (del 2

og 3) for den nye spesialiteten⁷². Av læringsmålene fremgår at den nye spesialiteten bl.a. skal ha kunnskap og ferdigheter knyttet til

- Diagnostisere og starte behandling ved akutt karsykdom (iskemisk ekstremitet, iskemisk tarm og truende aneurismeruptur/disseksjon av kar
- Vurdere akutte buksmerter (akutt abdomen) i samarbeid med kirurgiske vaktteam
- Vurdere alvorlighetsgrad, initial behandling og indikasjon for skopi ved hematemese/melena
- Kunne utføre ultralydundersøkelse av abdomen på stabile pasienter med tanke på de vanligste tilstander som kan avdekkes ved hjelp av ultralyd.

I utdanningens del 3 inngår også kunnskap, ferdigheter og holdninger (ledelse, samarbeid, koordinering) knyttet til bl.a. pasientflyt (inkludert omdirigere pasienter til riktig kompetansenivå) og å kunne triagere pasienter i akuttmottak. På sikt vil dette bidra til en enda sikrere og bedre vurdering av akutte pasienter.

6.2.3. Specialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering

Det har skjedd en økende spesialisering (og sentralisering) innenfor kirurgifagene (kap. 4.3.1). Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akuttkirurgiske tilstander. Det er heller ikke lengre slik at alle kirurger gjennom elektiv kirurgi på dagtid vedlikeholder akuttkirurgisk kompetanse. De kirurgiske fagfeltene er i økende grad spesialisert og færre kirurger er befattet med kirurgi på dagtid som er relevant for mye av akuttkirurgien, og da særlig med tanke på traumekirurgi.

Prosjektet legger til grunn at pasientene som behandles ved UNN Narvik, så langt det er mulig, skal møte en spesialist (evt. lege i spesialisering under supervisjon) på det fagområdet (sykdomsgruppe) pasienten tilhører. Det er et mål at dette må gjennomføres for alle pasienter som får tilbud om elektiv (planlagt) behandling. 17% av de elektive operasjonene ble utført av kirurger fra UNN Tromsø. For akutt virksomhet (akutt kirurgi) er denne målsettingen ikke realistisk i og med at det ikke er grunnlag for to (eller flere) parallelle overlege vaktteam i kirurgi ved UNN Narvik (12-16 kirurger i 2 parallelle vaktteam).

For akutt kirurgi er balansen mellom rekruttering av fagfolk, kvalitet og nærhet krevende. Det må derfor etableres tydelige systemer for å bruke kompetansen i foretaket samlet. Med en hensiktsmessig funksjonsfordeling av akutfunksjonene (jf. presisering av mandat 11.01.2017) og gjennom systematisk utdanning og kompetansekompenserende tiltak, for eksempel slik

⁷² Læringsmål for ny hovedspesialitet beregnet på akuttmottak, kalt Akutt- og mottaksmedisin. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Ny%20legespesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene%20i%20sykehus/Vedlegg%201%20Læringsmål%20AMM%20høringsutkast.pdf>.

traumeorganiseringen i dag er bygget opp, og med felles forståelse av kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap 5.4.), kan befolkningen sikres et trygt akuttkirurgisk spesialisthelsetjenestetilbud. Kortere reisetid mellom sykehusene i UNN HF legger det til rette for en arbeidsdeling som i enda større grad kan trygge kvalitet og utnytte sparsomme spesialistressurser.

Rekruttering av helsepersonell dreier seg ikke bare om ferdige spesialister, men også om aktiv bruk av utdanningsstillinger. Potensialet for senere rekruttering i fast stilling ligger bl.a. i etablering av utdanningsstillinger (LIS-stillinger; *lakseeffekten*).

6.2.4. Andre føringer og avgrensninger

Foretaksprotokollen og mandatet for prosjektgruppens arbeid peker på at det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttisykehusene. I et geografisk område med liten befolkningsvekst (som ved UNN HF) vil det i sin konsekvens medføre at akuttfunksjonene funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekruttering sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, jf. presisering av mandatet.

Mandatet og prosjektbeskrivelse avgrenser arbeidet til det fremtidige behandlingstilbudet for føde og for kirurgi (akutt og planlagt). Det inngår ikke i mandat eller prosjektdirektiv å gjøre vurderinger av drifts- og bemanningsmessige konsekvensene av forslagene.

6.3. De kirurgiske fagområdene

Det er tre kirurgiske spesialiteter som er mest aktuelle for UNN Narvik slik situasjonen er i dag; ortopedisk kirurgi, mage-tarm-kirurgi (inkludert rester av dagens generell kirurgi i det nye utdanningssystemet), og urologi.

Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre.

6.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)

Analysene av aktiviteten ved UNN Narvik danner grunnlaget for anbefalingene. Det skjer en økende spesialisering og sentralisering innenfor kirurgiske spesialiteter. Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akuttkirurgiske tilstander. Samtidig er det ikke pasientgrunnlag stort nok for parallelle vaksjikt for flere kirurgiske spesialiteter dersom det skal være meningsfullt dagarbeid til alle. Det betyr at en må satse på å bygge opp en kirurgisk aktivitet som representerer en dominerende aktivitet ved sykehuset. Aktivitetstallene (vedlegg [Data og](#)

[tabeller](#)) viser at det er to områder som peker seg ut; ortopedisk kirurgi og mage tarm-kirurgi (gastroenterologisk kirurgi, jf. endringene som er varslet i spesialitetsstrukturen i Norge).

Det foreslås å utvikle og styrke ortopedisk kirurgi. Ortopedisk kirurgi har ca. 1/3 av døgnbasert aktivitet (innleggelser) og omlag halvparten av dagkirurgisk aktivitet i dag. Det er også en stor polikliniske aktivitet ved sykehuset innen ortopedi (traumatologi), spesielt akutt (øyeblikkelig hjelp; ØH) poliklinikk og med samlet ca. 4800 polikliniske konsultasjoner i 2015. En styrking av ortopedi vil bidra til at mindre skader (*hverdagstraumer*, lavenergiskader) får et godt tilbud. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik.

Innleggelser i sengepost avgrenses i hovedsak til pasienter med skader i muskel- og skjelettsystemet, og elektiv (planlagt) ortopedisk kirurgi. Omfanget av den elektive virksomheten krever planlegging og formelle samarbeidsordninger mellom de 3 sykehusene i UNN HF. Vedlegg Data og tabeller dokumenterer at det er en viss lekkasje av pasienter som trenger leddproteseoperasjoner ut av opptaksområdet for UNN Narvik. Dette styrker argumentet om en tydelig og dominerende ortopedisk aktivitet i sykehuset. UNN Narvik kan være et alternativ til de som i dag reiser ut av foretaksområdet og regionen.

Satsingen på ortopedi ved UNN Narvik innebærer også at en tar hensyn til og planlegger for økningen i eldre over 67 år.

Gastroenterologisk kirurgi opphører som døgnaktivitet (innleggelse i avdeling). Omfanget av planlagt (elektiv) kirurgi er lite (159 opphold med operasjon i 2015). Type operasjoner, der gallekirurgi er den vanligste, viser at disse i hovedsak kan overføres til dagkirurgi som også i fremtiden kan utføres ved UNN Narvik (se operasjonstyper, vedlegg [Data og tabeller](#)).

Nær 1/3 (50 opphold) av elektivt opererte pasienter innen gastroenterologisk kirurgi fikk spesialisert operativ behandling av kirurger fra UNN Tromsø i et etablert samarbeid med UNN Narvik. Det må åpnes for at slik spesialisert operativ virksomhet kan videreføres i Narvik⁷³.

Akutt innlagte pasienter med behov for snarlig kirurgi (operert samme dag eller dagen etter innleggelse) utgjorde i 2015 vel 3 pasienter per måned (38 pasienter totalt i 2015). Av disse var gastrointestinal endoskopi (kikkertundersøkelser) og blindtarmsoperasjon de vanligste. De aller fleste

⁷³ Gjelder kirurgisk behandling innen Gastroenterologisk kirurgi i samarbeid med urologi, og innen spesialiteten Bryst- og endokrinkirurgi.

ble lagt inn på dag- og kveldstid. En vurdering av operasjonskategorier (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at det neppe er utført tidskritiske akutte operasjoner i 2015.

Av 1289 polikliniske konsultasjoner (2015) innen gastroenterologisk kirurgi var 11% akutte (ØH). Av 2192 akutte polikliniske konsultasjoner innen kirurgi var 140 (6%) innen mage-tarm spesialiteten.

Det er utført pasientstrømsanalyser over alle innlagte kirurgiske pasienter (døgnpasienter) uavhengig av om de ble operert fordelt på kommunene (inkludert Bardu og Målselv)⁷⁴. Den gjennomsnittlige andelen i kommunene samlet av elektivt innlagte pasienter ved UNN Narvik var 30% (variasjon fra 0% Evenes til 78% Ballangen). Av akutt innlagte var gjennomsnittet i de 9 kommunene 61% (variasjon fra 0% Evenes til 100% Gratangen; få pasienter)⁷⁵.

For *opererte* pasienter var andelen i de 7 kommunene rundt Narvik som fikk planlagt kirurgi ved UNN Narvik 20%. For akutte operasjoner var andelen 29% (se vedlegg Pasientstrømsanalyser).

Akuttilbudet også i gastroenterologisk kirurgi må være forutsigbart. Pasienter som ikke kan avklares lokalt må overføres til annet sykehus i UNN HF. Tydeliggjøring av vurderingskompetansen ved sykehuset vil redusere behovet for overføringer til andre sykehus. På sikt vil også den nye spesialiteten i Akutt- og mottaksmedisin (kap. 6.2.2) styrke den samlede vurderingskompetansen ved sykehus.

Det kan innvendes at noe økt pasienttransport ut fra UNN Narvik kan representere en risiko for pasientene. Transporttidene er relativt korte (jf. [Tilgjengelighetsanalyser](#)), veistengninger er sjeldne og luftambulansetilbudet er godt (jf. Kap. 3.6). Majoriteten (ca. 2/3) av pasientene i opptaksområdet får allerede i dag kirurgisk døgnbehandling (både planlagt og øyeblikkelig hjelp-kirurgi) ved andre sykehus i UNN HF (se [Pasientstrømsanalyser](#)).

I presiseringer av mandatet fremgår det at akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnet og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes.

⁷⁵ For mange av kommunene er tallene små (under 5). Med så små tall må prosentandel brukes med forsiktighet i og med at en enkelt pasient kan medføre endringer i %-angivelse på over 10%.

Transport og reise til andre sykehus har konsekvenser for pasientens familie (lengre besøksvei, transport- og overnattingskostnader). Disse må veies opp mot et tydeligere spesialisert tilbud i et større fagmiljø.

Dagens spesialitet i generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien vil ikke lengre utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet. I fremtiden vil pasienter som har behov for tjenester som i dag skjøttes av spesialiteten generell kirurgi og som ikke hører til en spesifikk spesialitet, sannsynligvis bli en arbeidsoppgave for mage-tarm-kirurger (kap. 4.3.3.). Analysene utført i prosjektet viser at den dominerende kirurgiske aktiviteten i dagens generelle kirurgi-kategori er innen urologi (urinveiskirurgi; se under). Fagområdet forøvrig er dårlig avgrenset og utgjør nominelt sett ca. 40% av døgnoppholdene med om lag 450 dagkirurgiske behandlinger per år og med om lag 3000 polikliniske konsultasjoner.

Kap. 4.3.3 omtaler Helsedirektoratets rapport (fra november 2016).⁷⁶ om *Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten* som konkluderer med at gastroenterologisk kirurgi er en sårbar spesialitet (definert som få nye spesialister i forhold til behovene) som det må satses på fremover. I perioden 2013-2015 ble det henholdsvis godkjent 11, 9 og 12 nye spesialister innen dette fagområdet. Det er de små sykehusene som mest sannsynlig er taperne når det er konkurranse om arbeidskraften.

Urinveiskirurgi (urologi). Det foreslås at en viderefører tilbudet ved UNN Narvik. Urologi har i hovedsak utviklet seg til å bli en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Det er rent unntaksvis behov for akutte innleggelser (døgnbasert aktivitet). Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Vurderingene og anbefalingene er ikke utelukkende begrunnet i aktiviteten ved UNN Narvik i dag. Endringene som har skjedd i spesialistutdanningen for kirurger fra 1997 og utover på 2000-tallet, og endringer som er vedtatt og vil komme (kap. 4.3.3), er realiteter som en må forholde seg til. Dagens spesialister i generell kirurgi, som fortsatt vil være i tjeneste noen år fremover, har ikke krav om ortopedisk (traumatologi) tjeneste i sin utdanning. Spesialistutdanningen i ortopedi innebærer ikke generell kirurgisk utdanning (spesielt utdanning/praktisk erfaring i *bløtkirurgi*). Dette må en ta hensyn til når en skal bygge opp en spesialisthelsetjeneste som befolkningen kan ha tillit til, og som sikrer kompetent og forsvarlig spesialisthelsetjeneste.

⁷⁶ "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten" Rapport 2016. Helsedirektoratet, IS 2554, november 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Det er de eldre generelle kirurgene med utdanning fra 1980-1990 tallet som har en bred utdanning med formell tjeneste under utdanningen i ortopedi (med hovedvekt på traumatologi/skadekirurgi) og bløtdelskirurgi (i hovedsak gastroenterologisk kirurgi). Denne generasjonen kirurger vil ha begrenset gjenværende funksjonstid.

Endringene vil kreve at foretaket styrker kompetanseoppbyggingen i UNN Narvik med individuelle og tilrettelagte planer slik at en ivaretar foretaksprotokollens krav til kirurgisk vurderingskompetanse (jf. Kap. 6.2). Det må utarbeides tydeligere oppgavebeskrivelser/funksjonsbeskrivelser som må kommuniseres til kommunene og fastlegene, herunder rutiner for trygg prehospital vurdering/rutiner.

6.3.2. Dagkirurgi

Det er godt grunnlag for en økning av dagkirurgi i foretaket og dermed også i UNN Narvik. UNN Narvik utførte i 2015 ca. 60% av all dagkirurgi i det tradisjonelle opptaksområdet. De resterende 40% som blir behandlet annet sted utgjør om lag 300 pasienter. Dagkirurgien kan styrkes innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og mulig gynekologi. Det er også mulig at spesialiteten plastikk kirurgi kan tilbys som dagkirurgisk aktivitet i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Flere bosatt i kommunene rundt UNN Narvik bør tilbys dagkirurgi der. UNN HF har en ambisjon om å styrke den elektive virksomheten ved å utnytte den totale kapasiteten i foretaket mer effektivt. Økningen må dermed skje ved en aktiv, planlagt og systematisk styring av pasientstrømmen slik det er varslet i den strategiske utviklingsplanen for foretaket. Det er kjent at en innen spesialitetene som er aktuelle for dagkirurgi ved UNN Narvik har ventelister og kapasitetsproblemer i foretaket. Det er også en viss strøm av pasienter ut av helseforetaket og regionen (kap. 5.2.).

Dagkirurgien må utføres av spesialister innen de aktuelle fagområdene (jf. Kap. 6.2.); ved overleger som er tilsatt ved UNN Narvik i dag, ved nyrekuttering tilpasset arbeidsoppgavene eller ved rotasjonsordninger fra de andre sykehusene til UNN Narvik (realisering av nettverkstankegangen). Det ligger utenfor mandatet å beskrive bemanning og arbeidsordningene i detalj.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi.

6.3.3. Poliklinikk

Det er rom for noe økning i kirurgisk poliklinikk ved UNN Narvik. Økt dagkirurgisk aktivitet vil generere noe økt poliklinisk aktivitet, det samme vil en økende *polikliniseringsgrad* gjøre. Det er også rom for økte polikliniske kontroller for pasienter som har fått primærbehandling/operasjon ved andre sykehus, spesielt i UNN HF-systemet.

Vi har kunnskap om poliklinisk aktivitet i UNN Narvik på befolkningsnivå. Analyser fra 2015⁷⁷ viser behandlingsrater ved sykehuset (forbruksrater; uttrykt som polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere) for befolkningen i kommunene. Behandlingsratene for kommunene er om lag på gjennomsnittet for Norge (om lag 1400 polikliniske besøk per 1000 innbygger). Tallene gjelder hele den somatiske spesialisthelsetjenesten og ikke bare kirurgi. Det antas likevel at ratene også gir et rimelig bilde av kirurgifagene.

Basert på framskrivningene av folketallet i Narvik og omkringliggende kommuner alene (kap. 5.1.), vil ikke poliklinisk aktivitet ved UNN Narvik øke vesentlig. Konsekvensene av de demografiske endringene må vurderes separat. Eventuelle nye nasjonale screeningsprogrammer og mer avanserte diagnostiske metoder kan gi økt etterspørsel etter polikliniske oppfølgingstjenester frem i tid. Kortere reisetid til Narvik fra Bardu og Målselv kan øke antall pasienter som søker konsultasjon ved UNN Narvik.

Prosjektet har ikke tilstrekkelig kunnskap om i hvilken grad UNN Narviks poliklinikker brukes av pasienter som kan og bør få sin behandling i primærhelsetjenesten. Nye driftsformer ved sykehuset vil initiere diskusjoner med fastlegene og kommunehelsetjenesten om justering av praksis. Både internasjonalt og i Norge arbeider en mot et tydeligere skille mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten/fastleger. Spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som krever spesialisert kompetanse, mens samhandlingsreformen tilsier at kommunene skal utføre en større del av helsetjenesten.

6.3.4. Traumemottak

Omfanget av multitraume ved UNN Narvik slik det beskrevet i kap. 3.3.2. viser at stabiliseringsfunksjonen er det viktigste elementet i traumebehandlingen. Behovet for spesifikk kirurgisk behandling er lite, men skal ivaretas ved UNN Narvik. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket anbefales videreført.

⁷⁷ [Pasientstrømmer](#). Analyser fra Sykehusbygg. Helse Nord 2016

Det forutsettes at den reviderte nasjonal traumeplan⁷⁸, eventuelt med Helse Nord RHF sine modifikasjoner/tilpasninger, legges til grunn for virksomheten. Etterutdanning, vedlikehold av kompetanse i form av kurs og regelmessige øvelser og revisjoner er en forutsetning for videreføring av traumeberedskapen. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil bidra til en god nød-kirurgisk beredskap.

6.3.5. Skadepoliklinikk

Det er pasientgrunnlag for en skadepoliklinikk ved sykehuset. Skadepoliklinikken er en formalisering og synliggjøring av øyeblikkelig hjelp (akutt)-poliklinikken i dag og kan ta hånd om *hverdagsskadene* (enkle skader, lavenergiskader, etc.) der pasienten kan behandles poliklinisk.

Det er sannsynlig at akutt (ØH) skadepoliklinikk/ortopedisk poliklinikk kan behandle om lag 2000 pasienter i året. I tillegg kommer innlagte pasienter innen ortopedi som i dag har kort opphold (1 dag), som ikke blir operert, og som antas å kunne behandles poliklinisk med styrket ortopedisk kompetanse ved sykehuset. Disse pasientene skal kunne behandles ved det lokale sykehus. Alternativet er et tilsvarende antall reiser og transporter til nærmeste sykehus i UNN HF.

En oppretting av en skadepoliklinikk reiser imidlertid spørsmål om hvilke pasientgrupper som skal behandles hos fastlegene/den interkommunale legevakten og i spesialisthelsetjenesten (sykehuset) og om hvordan samarbeidet og tjenestetilbudet skal utformes. Det foreslås derfor at saksområdet utredes i et felles prosjekt mellom kommune(ne) og UNN HF i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus før beslutning fattes.

6.4 Føde og gynekologi

Det er ingen direkte sammenheng mellom akutt kirurgi og fødetilbud. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, men ikke kirurger siden det er gynekologer som gjør keisersnitt.

6.4.1. Fødetilbudet

UNN Narvik har i dag fødeavdeling. Antall fødsler i UNN Narvik er ca. 220-240 per år i femårsperioden 2010-2015 og med 40 keisersnitt i 2015 (27 akutte, 13 planlagte). I 2016 var det 281 fødsler (hvorav 21 fra UNN Harstad)⁷⁹ og 50 keisersnitt (28 akutte, 21 planlagte).

⁷⁸ Plan foreligger, er under saksbehandling i helseforetakene samlet. Forventes styrebehandlet i RHF-ene primo 2017

⁷⁹ Sommerstengning i Harstad

I vedlegg [Fødselsomsorg og kirurgi](#) og kap. 4.2.2. gis en oversikt over fødetilbudet i 11 sykehus med størrelse som UNN Narvik (opptaksområde 30.000 innbyggere eller mindre). Fordelingen av type fødetilbud blant de 11 sykehusene er

- Fødeavdeling 5 av 11 sykehus
- Jordmorstyrt fødestue 2 av 11 sykehus
- Ikke fødetilbud 4 (2 med "God start enhet").

Bakgrunnsinformasjon – nasjonale føringer/krav.

Regjeringen la i 2008 frem St.meld. nr. 12 (2008–2009) om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge⁸⁰. I Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (En gledelig begivenhet⁸¹ (s. 3)) foreslås «... at inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklipp, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes, men at de nåværende tallgrensene oppheves og erstattes av nasjonale kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Slike kvalitetskrav kan bl.a. være kompetansekrav til ansatte, rotasjons- og hospiteringsordninger, kurs og trening på akutte situasjoner, samt retningslinjer for hvilke gravide som bør føde ved de enkelte fødeenhetene».

Som en oppfølging av Stortingets behandling ga Helsedirektoratet ut en veileder i 2010 for fødselsomsorgen⁸². Det blir gjentatt at minimumskravet til antall fødsler for fødeinstitusjoner skal erstattes med krav til kvalitet. Det er foretatt en omfattende faglig vurdering med påfølgende anbefalinger om kvalitetskrav til fødeinstitusjonene. I kap. 8 (s. 38) angis krav til bemanning og kompetanse i fødeavdelinger slik:

- *Bemanningen ved fødeavdelingene må være tilstrekkelig for å ivareta forsvarlig overvåking og behandling samt etterkomme den faglige anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen*
- *Det bør være mulighet for tilkalling av jordmor i bakvakt der jordmor er alene*
- *Bemanningen for leger og jordmødre må være slik at det er tid til faglig fordypning, kvalitetsarbeid i avdelingen og opplæring av kolleger*
- *Fast ansatte spesialister må utgjøre hoveddelen av bemanningen ved fødeavdelinger*
- *Vikarstafetter bør unngås*

⁸⁰ [St.meld. nr. 12 \(2008–2009\)](#). En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

⁸¹ [Innst. S. nr. 240 \(2008–2009\)](#)

⁸² <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trykt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>

- *Ved vikarbruk bør det benyttes faste vikarer*
- *Faste vikarer må forpliktes til å delta i regionale og nasjonale fagfora*
- *Korttidsvikarer benyttes kun unntaksvis i kortere perioder*
- *Ansatte, herunder også vikarer, må kunne beherske norsk eller annet skandinavisk språk*
- *Vikarers kompetanse må kontrolleres*
- *Det må sikres tilstrekkelig opplæring og opplæringsprogram for nytilsatte, inkludert vikarer*
- *Samarbeidsløsninger og nettverksutvikling med nærliggende fødeinstitusjoner bør vurderes*
- *Ved fødeavdelingene bør det stimuleres til forskning.*

Vurderingskriterier – føde.

Helse Nord RHF har anført 6 kriterier som fødevirksomheten må vurderes mot.

1. Seleksjonskriterier
2. Krav til organisering og beredskap
3. Krav til bemanning og kompetanse
4. Vaktordning og beredskap
5. System for oppfølging
6. Krav til informasjons og kommunikasjon

Fødeavdelingen/fødeklubben har i forbindelse med dette prosjektet lagt frem en omfattende dokumentasjon som viser at avdelingen innfrir mange av de kravene som Helse Nord RHF har etablert. Dokumentasjonen er oppsummert i vedlegg [Fødselsomsorgen](#).

Hovedutfordringen når det gjelder å innfri Helse Nord RHF sine krav dreier seg om bemanning, kompetanse, vaktordninger og beredskap (punktene 3 og 4). Det anses som mest sannsynlig at fødeavdelingen ikke tilfredsstillt Helsedirektoratets krav til bemanning og kompetanse på 5 av 13 punkt (se over). Avdelingen har siden den regionale planen kom i 2010, vært og er fremdeles avhengig av vikarordninger for leger/gynekologer i betydelig omfang (se under).

I følge Personal- og organisasjonsavdelingen (UNN HF) er det per januar 2017 tilsatt to faste overleger (i 1,8 stillinger) ved føde- og gynekologisk avdeling i UNN Narvik. I tillegg er det inngått en avtale med en gynekolog (som er kjent med sykehuset) om 8 ukers tjeneste ved UNN Narvik i 2017.

I Helse Nord RHF regionale plan⁸³ for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og drøftingene der av konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav, står det (side 6) at *"Fødeavdelinger skal*

⁸³ Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF 2010.

ha minimum fire gynekologer fast ansatt ved avdelingene og det bør tilstrebes seks⁸⁴. Selv med innsats fra foretaket og tilsatte ved UNN Narvik i det såkalte rekrutteringsprosjektet ved UNN Narvik fra 2011, er sykehuset fortsatt avhengig av en betydelig bruk av eksterne vikarer fra vikarbyrå.

Helse Nord RHF behandlet i [styresak 31-2011](#) *Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid*. Det blir i saken vist til forslaget i regional plan om å omgjøre UNN Narvik til jordmorstyrt fødestue pga. vansker med rekruttering. Administrerende direktør drøfter i saksforelegget og styret peker på (vedtakspunkt 5) utfordringen med rekruttering av spesialisert helsepersonell. Det ble bedt om en regional tiltaksplan/handlingsplan der utdanning, rekruttering og stabilisering av fagfolk er de mest sentrale temaer.

Det er prosjektleders vurdering at forholdene ikke er endret til det bedre siden Helse Nord RHF behandlet fødselsomsorgen i 2010-2011.

I 2015 hadde fødeavdelingen ved UNN Narvik vikar fra vikarbyrå i 25 uker, i 2016 i 34 uker. En fast vikar var tilstede i 12 uker hvert år (2015 og 2016). Det var bare vikarer i overlegevakt i 7 uker i 2016⁸⁵.

Fordelingen av vakt per ukedag for ulike typer tilsetningsforhold i 2016 gjengis under.

- Fast stilling : 44% av alle døgn
- Fast vikar med avtale om 12 uker i året : 14% av alle døgn
- Vikar fra vikarbyrå : 41% av alle døgn
- Vikar UNN Tromsø : 2% av alle døgn

I perioden 1.8.2015 t.o.m. 31.12. 2016 har avdelingen hatt tilsammen 19 forskjellige gynekologer innleid som vikar. Siste halvår 2016 (uke 26-52) var det vikar fra byrå tilstede i 21 av 26 uker, og vikarene dekket 53% av alle vakter i siste halvår av 2016. Det er også blitt vanskeligere å rekruttere kvalifisert gynekolog fra vikarbyrå (opplysninger fra fødeavdelingen). Figuren under illustrerer vikarbruken ved fødeavdelingen i siste halvdel av 2016.

Tabell 20: Vikarbruk ved fødeavdelingen UNN Narvik uke 21-50 2016.

⁸⁴ I Nasjonal helse- og sykehusplan (side 99) vises det til Legeforeningens syn om at det kreves 8 spesialister (8 leger for å drive en 6-delt vakt) for å dekke en vaktturnus for å tilfredsstille dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning.

⁸⁵ Opplysninger fra fødeavdelingen UNN Narvik

Uke	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Mandag	Fast 100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Fast 100%	Vikar Tromsø	Vikarbyrå	Fast <100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå
Tirsdag	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast 100%
Onsdag	Fast 100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Fast 100%	Vikar Tromsø	Vikarbyrå	Fast <100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå
Torsdag	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast 100%
Fredag	Fast 100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Fast 100%	Vikar Tromsø	Vikarbyrå	Fast <100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå
Lørdag	Fast 100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Fast 100%	Vikar Tromsø	Vikarbyrå	Fast <100%	Vikarbyrå	Fast vikar
Søndag	Fast 100%	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Fast 100%	Vikar Tromsø	Vikarbyrå	Fast <100%	Vikarbyrå	Fast vikar
Uke	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Mandag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå
Tirsdag	Fast vikar	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast <100%	Fast 100%
Onsdag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå
Torsdag	Fast vikar	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%
Fredag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå
Lørdag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå
Søndag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå
Uke	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Mandag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%
Tirsdag	Fast 100%	Vikar Tromsø	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%
Onsdag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%
Torsdag	Fast 100%	Vikar Tromsø	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast <100%	Fast 100%	Fast 100%	Fast 100%
Fredag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%
Lørdag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%
Søndag	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%	Fast vikar	Vikarbyrå	Vikarbyrå	Fast <100%

Fylkesmannen gjennomførte i 2010 en systemrevisjon av føde- og gynekologisk avdeling ved UNN Narvik. Det ble konstatert tre avvik fra lov og forskrift, hovedsakelig knyttet til bemanning og kompetanse for overlegevikarene. Tilsynet ble *lukket* etter et omfattende arbeide ved UNN HF i 2012. Fylkesmannen uttrykte likevel i et brev til Helse Nord RHF (16. 01.2013) bekymring for fødetilbudet og driftsforholdene ved fødeavdelingen i Narvik. Helse Nord RHF viste i svarbrevet (19.09.2012) til at de viktigste kravene til i Helsedirektoratets veiledning er «(...) *fast ansatte spesialister i gynekologi og fødselshjelp skal utgjøre hoveddelen av bemanningen, at vaktordningen som hovedregel ikke skal være hyppigere enn firdelt og at det ved bruk av vikarer bør benyttes faste vikarer*». Helse Nord RHF mente at ordningen ved UNN Narvik på den tiden var i tråd med veilederen.

Oversikten over vikarbruken ved UNN Narvik viser at bemanningen av gynekologer/fødselsleger i fødeavdelingen neppe tilfredstiller kravene i direktoratets veileder eller i Helse Nord RHF sin tilslutning til disse (se over). De negative og utfordrende konsekvensene ved stor vikarbruk slik de er beskrevet i Fylkesmannens tilsyn i 2010, er fremdeles tydelige. Det er vanskelig å innfri Helse Nord RHF sitt vurderingstema 3 om bemanning slik situasjonen er nå.

Bemanningsnormen må være i tråd med RHF-ets egen faglige utredning fra 2010 (en anbefaling som ikke er utfordret; minimum 4 overleger tilstede, 5 stillinger tilsammen for å dekke fravær). Helse Nord RHF utførte i 2015 en analyse av kvalitet og vurdering av risiko i fødselsomsorgen i Helse Nord.⁸⁶ Strukturdimensjonen i kvalitetsbegrepet⁸⁷ ble ikke eksplisitt vurdert selv om det er

⁸⁶ Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. [Styresak 117/2015](#).

⁸⁷ [Donabedian](#) (1980) har beskrevet 3 dimensjoner i kvalitetsbegrepet; struktur (inkludert bemanning/kompetanse), prosess og utfall.

konkludert med (s. 7) at «Tilstedeværelse av nødvendig personell med tilstrekkelig kompetanse under fødsler ble vurdert til rød skår ved UNN (...)»

Det må videre pekes på forsvarlighetsbegrepet i helselovgivningen. Det er ikke urimelig å anta at bemanningen nå er slik at den kan true forsvarligheten (det vises her til vurderingene i systemrevisjonen Fylkesmannen hadde i 2010). Befolkningen og de fødende kvinnene i opptaksområdet må få åpen og realistisk informasjon om situasjonen i dag og om alternativene.

En særskilt utfordring, også omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan (s. 99), er at flere fast ansatte skal ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Virksomhetsdata (vedlegg Data og tabeller) viser at det neppe vil være en stor nok dagaktivitet for 4 (eller flere) gynekologer til å gi alle meningsfullt dagarbeid.

Stor bruk av vikarer innebærer merarbeid og usikkerhet for de fast tilsatte og for ledelsen som har ansvar (omtales mer utfyllende senere), og deltagelse i regionale fagfora for alle er ikke mulig.

Anbefalinger for UNN Narvik. Det er enighet i prosjektgruppen om at bemannings situasjonen ved fødeavdelingen ikke kan videreføres uforandret med bemanningsmessige utfordringer og avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning.

Mulighetene som foreligger for fødeavdelingen er 4 alternative løsninger:

1. Videreføring av fødeavdelingen under forutsetning om en snarlig og betydelig bemanningsmessig styrking.
2. Jordmorstyrt fødestue supplert med «god start enhet».
3. Ingen fødsler, men etablering av «God start enhet» med vekt på styrket svangerskapsomsorg, styrket tilbud til mor, barn og familien etter fødsel annet sted, og styrket følgetjeneste⁸⁸.
4. Avvikling; polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste (spesialisthelsetjenestens ansvar).

⁸⁸ Modellen med "God start enhet" er utviklet av Helse Førde HF. Elementer fra denne modellen kan tilpasses og styrke en jordmorstyrt fødestue; utrykningstjeneste for jordmor, styrket oppfølging av mor og barn og øvrig familie, og barselstilbud for mødre som ønsker å være nærmere hjemstedet etter fødsel annet sted og rask utreise derfra. En fullstendig beskrivelse av modellen finnes på <https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtidas%20lokalsjukehus/Sluttrapport/18%20Etablering%20av%20God%20start%20i%20Nordfjord.pdf>.

Videreføring av fødeavdelingen - forutsetninger. Prosjektgruppen anbefaler at det må, uten opphold etter vedtak i kompetente organer, startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye spesialister (fødselshjelp og kvinnesykdommer; gynekologer) til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning (som krever 5 overleger) og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. Formålet er å oppnå en stabil bemanning i løpet av 12 måneder⁸⁹ og å unngå «vikarstafetter» unntatt i helt spesielle tilfeller. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik⁹⁰.

Vedkommende må i tillegg ha utdanning ved UNN Tromsø (og evt. Harstad) for å sikre at kravene til innhold og aktivitet i utdanningen blir innfridd.

Dersom en med en målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3-4 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder, må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt over.

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. I 2015 var det 2800 elektive polikliniske konsultasjoner i UNN Narvik (medregnet ca. 370 konsultasjoner hos jordmor). Med 230 arbeidsdager i et år gir det en arbeidsmengde på 13 pasienter per dag. Fordelt på 3,5 leger (halv effekt av LIS-legen) og der vakthavende holdes utenfor planlagt aktivitet, gir det en arbeidsmengde på 3,7 pasienter per dag i gjennomsnitt. I tillegg kommer dagkirurgi (256 operasjoner i 2015).

I utviklingsprosjektet ved Nordfjord sykehus ble det gjort omfattende analyser av polikliniske aktiviteter, inkludert gynekologi/føde⁹¹. Polikliniske behandlingsrate for gynekologi/føde i Nordfjordpopulasjonen (ca. 29.000 innbyggere) var 96 konsultasjoner/1000 innbyggere med samlet 3000 konsultasjoner per år (2010) for hele Nordfjordregionen. Ved å anta at 50% av konsultasjonene ble utført ved Nordfjord sykehus ble arbeidskraftsbehovet for gynekologisk poliklinikk beregnet til 0,4 årsverk (det doble dersom alle poliklinikk fant sted ved Nordfjord sykehus).

⁸⁹ I løpet av 12 måneder må det enten være full bemanning, eller en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

⁹⁰ UNN Narvik har i prosjektperioden fått LIS-stilling (engasjement) av ett års varighet fra 15.03.2017

⁹¹ Nordfjord sjukehus – Forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester i kommunene rundt Nordfjorden.

<https://helse-vest.no/Documents/Helsefagleg/Prosjekt%20og%20program/Framtidas%20lokalsjukehus/Sluttrapport/04%20Ølgjeforskningsrapport%20Nordfjord%20Sjukehus%20Forbruk%20av%20somatiske%20spesialisthelsetjenester%20i%20kommunane%20rundt%20Nordfjorden.pdf>

Det må være åpenhet om arbeidsoppgaver og omfang i rekrutteringsprosessene.

Jordmorstyrt fødestue som modell. Mandatet (s. 7) ber om «en vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser av ulike løsninger».

Jordmorstyrte fødestuer er vel etablert i Helse Nord RHF-regionen, for eksempel på Finnsnes og i Alta. En kvalifisert vurdering av ledelsen i klinikken, UNN HF, viser at 40 - 60% av dagens fødsler ved UNN Narvik kan videreføres i en jordmorstyrt fødestue. Den resterende del må overføres til fødeavdeling annet sted, mest sannsynlig til UNN Harstad. Reiseavstand og reisetid dit ikke er urimelig lang sammenlignet med andre geografiske områder i Norge (se analyse over transporttider i kap 3.6.). Det er i dag et formalisert samarbeid mellom UNN Narvik og UNN Harstad når det gjelder avvikling av sommerferier ved fødeavdelingen ved de to sykehusene.

Lengre reisetid for noen er selvsagt ikke ønskelig. Men det må settes opp mot de rekrutteringsproblemene som har vært ved UNN Narvik i flere år. Lykkes en heller ikke med målrettet og aktiv nyrekruttering, gir det en usikkerhet for de fødende og de tilsatte som en vikarstafett ikke kan avbøte. Den største bekymring fødende kvinner har ved å reise er ikke avstand og reise i seg selv, men utryggheten om de vil rekke frem i tide. Dette må avhjelpest ved en styrket følgetjeneste og tilbudet i en «god start enhet» omtalt tidligere.

Helse Nord RHF har dokumentert vel 50 transportfødsler i regionen per år. Det har vært 10 transportfødsler (født før ankomst) ved UNN Narvik i perioden 2010-2015.

Særlige drøftingselement. En særlig kvalitetsdimensjon er spørsmålet om et trygt fødetilbud.

Stortingets behandlet dette spørsmålet i kap. 1.6 *Et trygt fødetilbud* der jordmorstyrte fødestuer ble omtalt slik:

” Det foreslås videre at jordmorstyrte fødestuer kan opprettes utenfor sykehus eller i sykehus uten fødeavdeling for å gi et desentralisert fødetilbud. Jordmorstyrte fødestuer skal også kunne opprettes i sykehus i tilslutning til større fødeavdelinger for å gi et differensiert tilbud. Fødestuer skal ta imot kvinner med forventet normal fødsel av friskt barn.”

Dette viser at Stortinget la til grunn at jordmorstyrte fødestuer representerte et trygt fødetilbud for de riktige kvinnene. Helseledelse (IS-1877;2010) følger opp dette ved å gi krav til kompetanse og bemanning for de tre typene fødselstilbud det skal være i Norge (kvinneklipp, fødeavdeling, jordmorstyrt fødestue).

Det vitenskapelige grunnlaget for å kunne uttale seg om trygghet i ulike fødetilbud finnes i en kunnskapsoppsummering utført i 2014 av National Institute of Health and Care Excellence (NICE; <https://www.nice.org.uk>)⁹². I retningslinjene som er utformet heter det om enhet for fødsel⁹³:

Place of birth

- *Explain to both multiparous and nulliparous women that they may choose any birth setting (home, freestanding midwifery unit, alongside midwifery unit or obstetric unit), and support them in their choice of setting wherever they choose to give birth:*
- *Advise low -risk multiparous women that planning to give birth at home or in a midwifery -led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit.*
- *Advise low -risk nulliparous women that planning to give birth in a midwifery -led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit. Explain that if they plan birth at home there is a small increase in the risk of an adverse outcome for the baby. [New 2014]*
- *Commissioners and providers[1] should ensure that all 4 birth settings are available to all women (in the local area or in a neighbouring area). [New 2014]*

6.4.2. Kvinnesykdommer (gynekologi)

Dette kapitlet omhandler en situasjon der rekruttering av nye, faste gynekologer ikke er mulig. Det anbefales at det skal være gynekolog i fast stilling ved UNN Narvik, men uten vakt og uten ansvar for og arbeid ved en jordmorstyrt fødestue. Det er en betydelig poliklinisk aktivitet ved sykehuset i dag og noe dagkirurgi (vedlegg Data og tabeller). Døgnbehandling (innleggelse) som øyeblikkelig hjelp

⁹² NICE er verdensledende innen kunnskapsbasert medisin og Health Technology Assessment (norsk: metodevurdering). NICE sine anbefalinger og retningslinjer (*guidance*) er normerende for engelsk helsetjeneste (NHS).

⁹³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Key-priorities-for-implementation>. Kunnskapsstatus er dessuten oppsummert i artikkel i BMJ 2014;349:g6886 doi: 10.1136/bmj.g6886 (Published 3 December 2014) . (Nunes VD et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence>

forekommer svært sjelden med bare 4 operasjoner i 2015 i løpet av første døgn eller dag 2 etter innleggelse. Større gynekologiske, planlagte (elektive) operasjoner er funksjonsfordelt eller sentralisert i Helse Nord RHF. Dette gjelder blant annet kreftkirurgi.

Selv om det foreslås gynekolog ved sykehuset, er det viktig å etablere klare administrative og driftsmessige skiller mellom gynekologisk aktivitet og en jordmorstyrte fødestue. Fødestuen må være en selvstendig faglig og administrativ enhet. Det må ikke etableres ordninger som kan føre til usikkerhet, redusert selvstendighet og utrygghet.

Dagens ordning med «vikarstafetter» er beheftet med store praktiske vansker som truer forsvarligheten også innen gynekologi. Dette gjelder spesielt i oppfølgingen etter polikliniske besøk hos vikar, der etterarbeid overlates til «andre». Etterarbeid og oppfølging er en sentral del av poliklinisk aktivitet. Dette gjelder signering og oppfølging av epikriser (de som signerer har ikke sett pasienten), kontroll av prøvesvar inkludert celleprøver, oppfølging av røntgenundersøkelser og informasjonsoppgaver til kvinnene. For de som har flere besøk ved poliklinikken er skifte av lege uønsket. Det foregår i dag et betydelig merarbeid for å forebygge svikt og alvorlige hendelser i ettertid.

Det er utfordrende å etablere et kollegialt fellesskap med så stor andel vikarer. Aktiviteter og diskusjoner om fagets utvikling, kunnskapsstatus og ny kunnskap, retningslinjearbeid og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet lider under denne situasjonen. Det er her grunn til å berømme de fast tilsatte overlegene som klarer å opprettholde entusiasme og faglig standard.

6.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger

Dagkirurgiske pasienter som har behov for noe forlenget medisinsk observasjon skal få dette ved sengeenheten (se kap. 6.3). Pasienter som får komplikasjoner etter planlagt kirurgi vil og kunne få tilbud her. Akutte polikliniske pasienter og noen dagkirurgiske pasienter kan ha behov for overnattingsmulighet som ikke representerer en sykehusseng med den infrastruktur og forpliktelse som en sykehusseng representerer. Forutsetningen er at disse pasientene klarer seg selv og ikke har behov for medisinsk oppfølging og observasjon.

Det foreslås derfor å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

6.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset

6.6.1. Konsekvenser for indremedisin.

I 2015 ble det overflyttet 52 pasienter fra indremedisinsk til kirurgisk avdeling. To av disse ble operert. Med kirurgisk vurderingskompetanse (kap. 5.4) som basis ressurs i sykehuset vil alle disse pasientene få vurdering ved UNN Narvik. De få pasientene som trenger akutt kirurgi må flyttes til andre sykehus i UNN HF.

Nasjonale erfaringer viser at det er mulig og trygt å drive indremedisinsk virksomhet uten å ha et akuttkirurgisk tilbud på stedet, jf erfaringer fra Mosjøen sykehus, Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus (Helse Førde HF), Kongsberg sykehus (Vestre Viken HF) og Lovisenberg Diakonale sykehus (Oslo).

6.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket.

De foreslåtte endringene vil ikke berøre andre medisinske enheter (indremedisin, røntgen, laboratorie-medisin inkludert blodbank) ved sykehuset i vesentlig grad. Operasjonsenheten, oppvåknings- og intensivsengene foreslås videreført.

En økt dagkirurgisk aktivitet og styrking av ortopedi vil føre til noe økning i aktiviteten på røntgenavdelingen, i rehabilitering og for fysioterapi.

Anbefalingene, med styrking av ortopedi og dagkirurgi ved UNN Narvik (tilførsel), vil bli kompensert ved at noen pasienter ved UNN Narvik må få behandling ved annet sykehus i foretaket (gi fra seg). De beskjedne endringene i folketallet i UNN HF sitt opptaksområde, innebærer i prinsippet en nullsumssituasjon for de tre foretakene samlet. Med en tydeliggjøring og *spissing* av aktiviteten ved sykehusene i UNN HF, vil det styrke det faglige innholdet ved alle sykehus i foretaket til beste for pasientene. Kompetanse er den viktigste knapphetsfaktoren. Ett hovedvalg som følger av dette er om kompetansen skal spres utover, eller konsentreres for å bygge mer robuste fagmiljøer som garanti for god faglig kvalitet.

6.6.3. Konsekvenser for prehospitale tjenester og ambulanse (land- og luftbasert).

I og med at ikke alle kirurgiske tjenester vil bli tilbudt hele døgnet (mage-tarm-kirurgi), må en legge til grunn at det blir noe økning av transportoppdragene. Omfanget av dette er vanskelig å estimere i dag. Oppdragene vil først og fremst øke noe for kommunene Tysfjord, Ballangen og Narvik, i mindre grad for de andre ambulansestasjonene. På den andre siden vil en spare ambulansetransport på ortopediske pasienter som i dag blir sendt til andre sykehus i UNN HF. For eksempel var det 52 overflyttinger fra UNN Narvik til UNN Harstad i 2015.

Etter åpning av den nye broen vil flyplassen i Narvik bli nedlagt og bli erstattet av Evenes. Dette vil mest sannsynlig innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av

helikopter til overflyttinger. Konsekvenser og omfang av disse endringene er ikke utredet av dette prosjektet. Ambulansetjenestene må derfor gjennomgås på nytt.

7. Aktivitetsinnhold og profil ved UNN Narvik – vurderinger og anbefaling fra prosjektgruppens flertall

7.1. Innledning

Anbefalingene av fremtidig aktivitet ved UNN Narvik vil dels basere seg på kunnskap og fakta om

- Endringer i drift ved sykehus (fra døgn til dag- og poliklinisk behandling. Kap. 4.2.1)
- Driftsmønsteret ved sykehusene i Helse Nord RHF (kap. 4.2.1) med lavere dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet enn i landet forøvrig
- Analysene av aktiviteten og driftsmønsteret i UNN Narvik ([Data og tabeller](#) og kap. 3.2). Det er innhentet 1-2 års materialer
- Kunnskap om pasientstrømmene i det aktuelle geografiske område ([Pasientstrømanalyse](#)). >50% av akutt kirurgi (døgn og dag) i opptaksområdet utføres utenfor UNN Narvik
- Vurdering av tidskritiske hendelser/episoder/traumer (kap. 3.3)
- Traumesystem og traumeomfang, spesielt multitraumer (kap. 3.3.1 og 3.3.2)
- Utviklingstrekkene beskrevet for kirurgi-fagene og for gynekologi (inkludert føde) (kap. 4.3.1 og 4.3.2)
- Endringer i spesialitetsstruktur over tid og bortfall av generell kirurgi i den nye spesialitetsstrukturen (kap. 4.3.3)
- Kunnskap om befolkning- og næringsutviklingen i kommuner som har UNN Narvik som sitt nærmeste sykehus
- Kunnskap om transportmuligheter, avstander/geografiske forhold, vær, luft-, bil- og båtambulansetjenesten.
- Drøfting og klargjøring av begrepene kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap. 5.4).

7.2. Avklarende premisser

7.2.1. Strategisk utviklingsplan UNN HF

Strategisk utviklingsplan gir noen viktige føringer for arbeidet i foretaket i perioden 2015-2025:

- Felles opptaksområde; jf. også [presisert mandat](#) av 11.01.2017
- Arbeidsdeling og avklart funksjonsfordeling som innebærer sentralisert avansert diagnostikk og behandling ved UNN Tromsø, og desentralisert utredning med diagnostikk og behandling

for de vanligste tilstander og sykdommer i befolkningen på lokalsykehusnivå. Dette etter prinsippet «sentralisere det man må, og desentraliserer det man kan»

- Lokalsykehusfunksjonen ved UNN Tromsø skal tidlig i planperioden defineres tydeligere og vurderes skilt ut fra regionfunksjonene. Dette vil, sammen med den tydelige prioriteringen av regionfunksjonene i Tromsø, medføre at deler av lokalsykehusfunksjonene for Tromsø og omegn blir lokalisert til UNN Narvik og UNN Harstad.
- Felles drift og fremtid (kvantitativt og kvalitativt)
- Tilgang på kompetent helsepersonell vil være en knapphetsfaktoren og vil også få betydning for fordeling av arbeidet
- Felles ansvar for utdanning og kompetanseutvikling/kompetansevedlikehold
- Rotasjonsplaner for spesialister og utdanningskandidater
- Felles tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- Felles forskningsaktiviteter.

Alle momenter nevnt ovenfor fordrer solid forankring i sentral ledelse ved UNN HF. Den øverste ledelse må sørge for styrt implementering av funksjonsfordeling, for i sum oppnå god ressursutnyttelse i hele helseforetaket.

7.2.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik

UNN Narvik skal være et *akuttsykehus med døgkontinuerlig akuttkirurgi og traumefunksjon*. UNN Narvik spiller en viktig rolle i at det tidskritiske stabiliserings- og behandlingstilbudet for hele befolkningen i Nord-Norge sikres.

Mandatet for arbeidet inneholder formuleringen *døgkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens*. Formuleringen må ses i sammenheng med [Protokoll](#) fra foretaksmøtet Helse Nord RHF 04.05.2016. Foretaksmøtet har pekt på at *Akuttsykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser*. Det forstås slik at det ikke finnes en allmenngyldig eller omforent norm for betydningen av begrepet *generelt akuttkirurgisk tilbud*. Foretaksmøtets presisering om at tilbudet i akuttsykehus *kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet* kan derfor legges til grunn for akutt kirurgi.

Foretaksmøtets påpekning om samarbeid mellom «sykehus i nettverk og team» gjelder dermed også for akutt kirurgi.

I [presiseringer av mandatet](#) (av 11.01.2017) fremgår også at *”akuttfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlaget og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes”*.

Det er viktig at UNN Tromsø som det går frem av den strategiske utviklingsplanen utnytter kapasiteten ved UNN Narvik og UNN Harstad til "hverdagskirurgien".

7.2.3. Spesialisthelsetjeneste og kirurgisk spesialisering

Det har skjedd en økende spesialisering (og sentralisering) innenfor kirurgifagene (kap. 4.3.1).

Konsekvensen er at stadig færre kirurger har en bred nok kompetanse til å dekke hele spekteret av akuttkirurgiske tilstander; både bløt og ortopedisk kompetanse samtidig. Det er heller ikke lengre slik at alle kirurger gjennom elektiv kirurgi på dagtid vedlikeholder akuttkirurgisk kompetanse, ikke minst gjelder dette for kirurger på de store sykehusene. Selv ved UNN Tromsø som er regionalt traumesenter i Helse Nord er det så få laparatomier at ingen kirurger får reell erfaring med dette. Intervensjon med koiling av blødninger har redusert behovet for akutte laparatomier nasjonalt.

Den nye spesialistutdanningen ble vedtatt 8. desember 2016. Modul 1 er definert, og modul 2 og 3 er ute på høring med frist 1. april 2017. Den nye strukturen rundt spesialistutdanningen overfører nå ansvaret for spesialistutdanningen til RHF-ene. I vårt område er det Helse Nord som nå skal overta ansvaret for utdanningen av nye spesialister, og dermed ansvaret for å dekke en hel landsdel med spesialister.

For alle sykehus i vår landsdel med unntak av Tromsø og Bodø er det en reell utfordring at generell kirurgien nå fases ut over en 20 års periode. Imidlertid ligger det nå en unik mulighet i å etablere robuste fagmiljøer og overgangsordninger når utfordringen er definert allerede nå. Ikke minst vil sykehus i nettverk være avgjørende, ikke bare innad i UNN HF isolert men hele Nord-Norge sett under ett. UNN Narvik vil være et godt sted å starte sin kirurgiske utdanning i modul 2 med et bredt panorama av akuttkirurgiske hendelser jf. tallmaterialet. UNN Narvik har også nisjefunksjoner pr i dag innen ortopedi, urologi og varicekirurgi (åreknuter) som vil være en bidragsyter til modul 3 perioden for spesialistkandidatene.

Prosjektet legger til grunn at pasientene som behandles ved UNN Narvik, så langt det er mulig, skal møte en spesialist (evt. lege i spesialisering under supervisjon) på det fagområdet (sykdomsgruppe) pasienten tilhører. Det er et mål at dette må gjennomføres for alle pasienter som får tilbud om elektiv (planlagt) behandling. Som et eksempel fra vårt tallmateriale viser deg seg at 17 % av de elektive operasjonene innen gastrokirurgi ble utført av to kirurger fra gastrokirurgisk avdeling UNN Tromsø. Dette er eksempel på et godt samarbeide som har løst manglende operasjonsstuekapasitet i Tromsø for disse pasientene med et velfungerende pasientforløp pr 2017. For akutt virksomhet (akutt kirurgi) var det frem til 2012 to parallelle vaktteam i bløt- og ortopedisk kirurgi. Da vekten i akutt ortopedi ble avviklet medførte det et vakuumbilde i behandlingskjeden for disse pasientene.

Erfaringene var at UNN Harstad og UNN Tromsø ikke var forberedt på denne endring i pasientstrøm og konferering fra UNN Narvik. Prosjektgruppens flertall ser at volumet av ortopedi er av et slik omfang at akutt ortopedi bør gjenetableres ved UNN Narvik (Se 7.3.1). I overgangsperioden der spesialiteten i generell kirurgi fases ut ser vi for oss at løsningen er et vaktteam bestående av gastrokirurger og urologer i fremtiden. Dette vil sikre virksomheten for traumemottak slik vi kjenner det i dag fra mandatet.

For akutt kirurgi er balansen mellom rekruttering av fagfolk, kvalitet og nærhet krevende. UNN Narvik har god erfaring med å rekruttere fagfolk, men det aller viktigste tiltaket for å rekruttere et stabilt miljø er å utnytte lakseeffekten med LIS stillinger innenfor de etablerte spesialitetene i dag ved UNN Narvik. Gledelig er siste tilskudd av LIS i gynekologi- og fødselshjelp fra 1.mars 2017. Det vil derfor være viktig for de ulike avdelingene at det innenfor budsjetttrammene etableres eget budsjett for LIS stillinger som kun øremerkes til dette formålet, og ikke kan omdisponeres til å dekke evt andre underskudd som kan tilstøte en avdeling- for eksempel økte utgifter til kreftmedisiner og medisinsk teknisk utstyr.

Helse Nord må derfor etableres tydelige systemer for å bruke kompetansen i foretaket samlet. Med en hensiktsmessig funksjonsfordeling av akuttfunksjonene (jf presisering av mandat 11.01.2017) og gjennom systematisk utdanning og kompetansekompenserende tiltak, for eksempel slik traumeorganiseringen i dag er bygget opp, og med felles forståelse av kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse (kap 5.4.), kan befolkningen sikres et trygt akuttkirurgisk spesialisthelsetjenestetilbud. Kortere reisetid mellom sykehusene i UNN HF legger det til rette for en arbeidsdeling som i enda større grad kan trygge kvalitet og utnytte spesialistressurser.

7.2.4. Andre føringer og avgrensninger

Foretaksprotokollen (04.05. 2016) og [mandatet](#) for prosjektgruppens arbeid peker på at det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttsykehusene. I et geografisk område med liten befolkningsvekst (som i UNN HF) vil det i sin konsekvens medføre at akuttfunksjonene funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlag og rekruttering sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, jf presisering av mandatet av 11.01.2017.

Mandatet og [prosjektbeskrivelse](#) avgrenser arbeidet til det fremtidige behandlingstilbudet for føde og for kirurgi (akutt og planlagt). Det inngår ikke i mandat eller prosjektdirektiv å gjøre vurderinger av drifts- og bemanningsmessige konsekvensene av forslagene.

7.3. De kirurgiske fagområdene

De kirurgiske spesialiteter som er mest aktuelle for UNN Narvik slik situasjonen er i dag; ortopedisk kirurgi, mage-tarm-kirurgi (inkludert rester av dagens generell kirurgi i det nye utdanningssystemet), urologi, venøs kirurgi av åreknuter og gynekologi.

Arbeidsfordeling ved kreft pakkeforløpene foregår i hovedsak ved lokalsykehusene. Det utføres CT, MR, coloskopier og cystoskopier samt oppmelding til tverrfaglige kreftmøter.

7.3.1. Døgnbehandling (innleggelser)

Analysene av aktiviteten ved UNN Narvik bidrar som en av faktorene til grunnlaget for anbefalingene. Den økende spesialiseringen og sentraliseringen av kreftkirurgien innebærer at kirurgene er mer "smale" en tidligere. Det betyr at det vil være en god tilnærming å satse på å styrke den kirurgisk aktivitet som representerer en dominerende aktivitet ved sykehuset. Aktivitetstallene (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at det er to områder som peker seg ut; ortopedisk kirurgi og mage tarm-kirurgi (gastroenterologisk kirurgi).

Det foreslås å utvikle og styrke ortopedisk kirurgi. Ortopedisk kirurgi har ca 1/3 av døgnbasert aktivitet (innleggelser) og omlag halvparten av dagkirurgisk aktivitet i dag. Det er også en stor poliklinisk aktivitet ved sykehuset innen ortopedi (traumatologi), spesielt akutt (øyeblikkelig hjelp; ØH) poliklinikk og med samlet ca. 4800 polikliniske konsultasjoner i 2015. En styrking av ortopedi vil bidra til at mindre skader (hverdagstraumer, lavenergiskader) får et godt tilbud. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving av styrevedtak i Helse Nord ([styresak 135-2011](#)) og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Innleggelser i sengepost vil i hovedsak være pasienter med skader i muskel- og skjelettsystemet, og elektiv (planlagt) ortopedisk kirurgi. Omfanget av den elektive virksomheten krever planlegging og formelle samarbeidsordninger mellom de 3 sykehusene i UNN HF. Vedlegg [Data og tabeller](#) dokumenterer at det er en lekkasje av pasienter som trenger leddproteseoperasjoner ut av opptaksområdet for UNN Narvik. Dette styrker argumentet om en tydelig og dominerende ortopedisk aktivitet i sykehuset. UNN Narvik kan være et alternativ til de som i dag reiser ut av foretaksområdet og regionen.

Satsingen på ortopedi ved UNN Narvik innebærer også at en tar hensyn til og planlegger for økningen i eldre over 67 år.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter. Omfanget av planlagt (elektiv) kirurgi er 159 opphold med operasjon i 2015. Type operasjoner, der gallekirurgi er den vanligste, viser at disse i hovedsak kan overføres til dagkirurgi som også i fremtiden kan utføres ved UNN Narvik (se operasjonstyper, vedlegg [Data og tabeller](#)). Prosjektgruppen har fått presentert kapasitetsutfordringer innen foretaket, der noe av løsningen kan være å tilrettelegge for at flere av disse pasientene kan få behandling ved UNN Narvik og UNN Harstad. Eksempelvis sendte UNN Tromsø sendte 60 brokk- og 30 galleoperasjoner til Finnmarkssykehuset Kirkenes i 2016.

Akutt innlagte pasienter med behov for snarlig kirurgi (operert samme dag eller dagen etter innleggelse) utgjorde i 2015 vel 3 pasienter per måned (38 pasienter totalt i 2015). Av disse var gastrointestinal endoskopi (kikkertundersøkelser) og blindtarmsoperasjon de vanligste. De aller fleste ble lagt inn på dag- og kveldstid. En vurdering av operasjonskategorier (vedlegg [Data og tabeller](#)) viser at behovet for tidskritiske inngrep er få.

Av 1289 polikliniske konsultasjoner (2015) innen gastroenterologisk kirurgi var 11% akutte (ØH). Av 2192 akutte polikliniske konsultasjoner innen kirurgi var 140 (6%) innen mage-tarm spesialiteten. Tallene speiler at det er etablert en felles poliklinikk i Narvik, og at det relativt lave tallet med 6 % skriver seg fra to forhold: 1. pasienter som hører inn under akutt abdomen sluses direkte til akuttmottaket; dette er 900 pasienter i 2015. 2. UNN Narvik har felles poliklinikk og tallene i prosent er både indremedisinske og kirurgiske pasienter sett under ett. Tallene ville vært høyere prosentvis hvis man hadde valgt å rendyrke dem for kirurgi.

Det er utført pasientstrømsanalyser over alle innlagte kirurgiske pasienter (døgnpasienter) uavhengig av om de ble operert fordelt på kommunene (inkludert Bardu og Målselv)⁹⁴. Den gjennomsnittlige andelen i kommunene samlet av elektivt innlagte pasienter ved UNN Narvik var 30% (variasjon fra 0% Evenes til 78% Ballangen). Av akutt innlagte var gjennomsnittet i de 9 kommunene 61% (variasjon fra 0% Evenes til 100% Gratangen; få pasienter)⁹⁵.

For *opererte* pasienter var andelen i de 7 kommunene rundt Narvik som fikk planlagt kirurgi ved UNN Narvik 20%. For akutte operasjoner var andelen 29% (se vedlegg [Pasientstrømsanalyser](#)).

⁹⁵ For mange av kommunene er tallene små (under 5). Med så små tall må prosentandel brukes med forsiktighet i og med at en enkelt pasient kan medføre endringer i %-angivelse på over 10%.

Prosjektgruppen har ikke vurdert konsekvensene for UNN Harstad/UNN Tromsø med et betydelig større antall kirurgiske vurderinger gitt endringer i det akutt kirurgiske tilbudet.

Akutttilbudet også i gastroenterologisk kirurgi må være forutsigbart. Pasienter som ikke kan avklares lokalt må overføres til annet sykehus i UNN HF. Tydeliggjøring av vurderingskompetansen ved sykehuset vil redusere behovet for overføringer til andre sykehus. Den nye spesialiteten i Akutt- og mottaksmedisin (kap. 6.2.2) er en spesialitet som er pr i dag vil være valgfri å opprette i akuttmottak. Nordlandssykehuset Bodø skal ikke etablere en slik spesialitet, og det er det trolig ikke hensiktsmessig å etablere en slik spesialitet ved UNN Narvik

I presiseringer av mandatet (av 11.01.2017) fremgår det at akutfunksjonene skal funksjonsfordeles slik at pasientgrunnlaget og rekrutteringen sikrer forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, og slik at grunnlaget for drift av region- og universitetssykehusfunksjonene ved UNN Tromsø ikke svekkes. Det er nettopp derfor det viktig å ikke flytte «vanlig diagnostikk og behandling» bort fra lokalsykehusene. Se kap. 7.2.1.

Prosjektgruppen har ikke fått forelagt brukererfaringer, forskning med mere som belyser evt. ulemper som transport og reise til andre sykehus medfører for pasienten og pårørende. Imidlertid har man ved UNN Narvik gjort noen erfaringer med at de akutte ortopediske pasientene nå over noen år har vært transportert til UNN Harstad. Dette har avstedkommet avisskriverier, negativ mediaomtale og vært til behandling som egen sak i OSO (overordnet samordningsorgan mellom UNN og kommunene).

Pasienter med fremskredet kreftsykdom sorterer under diagnosen akutt abdomen. For denne pasientgruppen vil det være uheldig om de skal transporteres i timevis i ambulanse og helikopter til annen lokasjon i UNN for vurdering. *Å belaste denne pasientgruppen med ytterligere transport i UNN vil være å sentralisere døden.*

Dagens spesialitet i generell kirurgi vil utgå. Den generelle kirurgien vil ikke lengre utgjøre ryggraden i det akuttkirurgiske tilbudet på sikt. I et 10 til 20 års perspektiv vil pasienter som har behov for tjenester som i dag skjøttes av spesialiteten generell kirurgi og som ikke hører til en spesifikk spesialitet, sannsynligvis bli en arbeidsoppgave for mage-tarm-kirurger (kap 4.3.3.). Dog er det krefter innad i det kirurgiske miljøet i Norge som nå snakker om å etablere ordninger som i realiteten demmer opp for dette tapet av breddekompetanse. Analysene utført i prosjektet viser at den dominerende kirurgiske aktiviteten i dagens generelle kirurgi-kategori er innen urologi (urinveiskirurgi; se under). Fagområdet forøvrig er dårlig avgrenset og utgjør nominelt sett ca 40% av

døgnoppholdene med om lag 450 dagkirurgiske behandlinger per år og med om lag 3000 polikliniske konsultasjoner. Noe av forklaringen på denne dårlige avgrensingen kan være at UNN Narvik har felles sengepost ved UNN Narvik og ikke egen DRG koderådgiver ansatt ved UNN Narvik.

Kap. 4.3.3 omtaler [Helsedirektoratets rapport](#) (fra november 2016)⁹⁶ om «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten» som konkluderer med at gastroenterologisk kirurgi er en sårbar spesialitet (definert som få nye spesialister i forhold til behovene) som det må satses på fremover. I perioden 2013-2015 ble det henholdsvis godkjent 11, 9 og 12 nye spesialister innen dette fagområdet. Det er de små sykehusene som mest sannsynlig er taperne når det er konkurranse om arbeidskraften. Målrettet rekrutteringsarbeid og opprettelse av LIS-stillinger blir avgjørende i årene fremover.

Urinveiskirurgi (urologi). Det foreslås at en viderefører tilbudet ved UNN Narvik. Urologi har i hovedsak utviklet seg til å bli en dagkirurgisk og poliklinisk aktivitet. Behovet for akutte innleggelse vil også i fremtiden omfatte pasienter med akutte nyrestenssmerter og akutt scrotum, dog er dette tilstander i UNN HF som ikke dominerer de akutte innleggelsene. Ved UNN Narvik har man etablert et regionalt tilbud for hele Helse Nord's befolkning innen nevrourologi. Nærmere definert blæreforstyrrelser og inkontinens, og avansert kirurgi med inkontinensproteser og sacral nervemodulering. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke for UNN Narvik. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Gynekologi Det foreslås å videreføre dette tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale jfr. Strategisk utviklingsplan til UNN Tromsø å få en økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

7.3.2. Dagkirurgi

Det er godt grunnlag for en økning av dagkirurgi i foretaket og dermed også i UNN Narvik. UNN Narvik utførte i 2015 om lag 60% av all dagkirurgi i det tradisjonelle opptaksområdet. De resterende 40% som blir behandlet annet sted utgjør om lag 300 pasienter. Dagkirurgien kan styrkes innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

⁹⁶ "Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten" Rapport 2016. Helsedirektoratet, IS 2554, november 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1266/IS-2554%20Leger%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf>

Flere bosatt i kommunene rundt UNN Narvik bør tilbys dagkirurgi der. Kortere reisetid etter åpningen av Hålogalandsbrua samt nytt sykehus i 2022 sannsynligvis medføre at flere pasienter vil benytte tilbudet ved UNN Narvik. UNN HF har en ambisjon om å styrke den elektive virksomheten ved å utnytte den totale kapasiteten i foretaket mer effektivt. Økningen må dermed skje ved en aktiv, planlagt og systematisk styring av pasientstrømmen slik det er varslet i den strategiske utviklingsplanen for foretaket. Det er kjent at en innen spesialitetene som er aktuelle for dagkirurgi ved UNN Narvik har ventelister og kapasitetsproblemer i foretaket. Det er også en viss strøm av pasienter ut av helseforetaket og regionen (kap 5.2. og 7.2.3).

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

7.3.3. Poliklinikk

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk ved UNN Narvik. Økt dagkirurgisk aktivitet vil generere økt poliklinisk aktivitet. Behandlinger utført ved operasjonsstuene flyttes til poliklinisk virksomhet pga. den teknologiske utviklingen av medisinsk teknisk utstyr. Det er behov for økte polikliniske kontroller for pasienter som har fått primærbehandling/operasjon ved andre sykehus, spesielt i UNN HF-systemet. I tillegg vil kortere reisetid etter åpningen av Hålogalandsbrua samt nytt sykehus i 2022 sannsynligvis medføre at flere pasienter vil benytte tilbudet ved UNN Narvik.

Vi har kunnskap om poliklinisk aktivitet i UNN Narvik på befolkningsnivå. Analyser fra 2015⁹⁷ viser behandlingsrater ved sykehuset (forbruksrater; uttrykt som polikliniske konsultasjoner per 1000 innbyggere) for befolkningen i kommunene. Behandlingsratene for kommunene er om lag på gjennomsnittet for Norge (ca. 1400 polikliniske besøk per 1000 innbygger). Tallene gjelder hele den somatiske spesialisthelsetjenesten og ikke bare kirurgi. Det antas likevel at ratene også gir et rimelig bilde av kirurgifagene.

Fra desember 2015 til desember 2016 er den felles poliklinikken ved UNN Narvik gjennomgått et omfattende LEAN prosjekt i regi av K3K som er ansvarlige avdeling for poliklinikken. Nye driftsformer ved sykehuset vil initiere diskusjoner med fastlegene og kommunehelsetjenesten om justering av praksis. Både internasjonalt og i Norge arbeider en mot et tydeligere skille mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten/fastleger. Spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som

⁹⁷ [Pasientstrømmer](#). Analyser fra Sykehusbygg. Helse Nord 2016

krever spesialisert kompetanse, mens samhandlingsreformen tilsier at kommunene skal utføre en større del av helsetjenesten.

7.3.4. Traumemottak

UNN Narvik er lokalisert i et område som er et geografisk knutepunkt for transport og logistikk langs vei (E6 og E10) og bane. I Narvik by omlastes cirka 100 000 containere årlig mellom tog og vei. Transportmengden er økende både med godstrafikk nordover og en betydelig og økende fiskeeksport sørover. De tre mest trafikkerte veger for tungtransport i Nord-Norge har utgangspunkt i Narvik. Trafikkulykker med tungtransport betyr ofte personskade. Det ligger store og veletablerte alpinanlegg 2, 7, 48 og 77 km fra Narvik by. En presis beskrivelse av traumesystemet i UNN HF bør beskrive ulykkespanorama i det aktuelle sykehusets opptaksområde, ikke bare tilfanget fra sykehusets vertskommune.

Tabell 21: Ulykker fordelt på kommune 2006 – 2015

Kategori	Narvik med oml*	Harstad med oml*	Tromsø med oml*	Narvik kommune	Harstad kommune	Tromsø kommune
Ant drepte	23	10	59	11	4	18
Ant meget alvorlig skadd	8	4	11	5	2	4
Antall alvorlig skadd	59	53	133	29	20	35
Antall drepte og skadde	677	391	1668	353	189	757

(Kilde Trond Harborg, Statens vegvesen, Region nord). Tall fra kommuner med oml er fordelt ut fra korteste avstand til nærmeste sykehus. Ulykkestall fra Evenes er fordelt mellom UNN Narvik og UNN Harstad. Etter ferdigstilling av Hålogalandsbruen i 2017 vil andel trafikkskadde som har kortest avstand til UNN Narvik øke med mellom 10 og 20 %.*

Dette er viktig for å illustrere konsekvenser av å eventuelt fjerne lokal beredskap for stabilisering av akutt skadde i Ofoten og Sør-Troms. Det vil føre til et stort hull i traumeberedskapen langs to av landsdelens aller mest trafikkerte hovedveier. En strekning på mellom 316 og 418 km mellom Bodø og Harstad vil være uten traumeberedskap (kjøretid 6:24 eller 7:21)⁹⁸. Det foreligger avtale om grensesamarbeid mellom etatene helse og brann over den norsk-svenske grensen. Trafikk og

⁹⁸ Se Visveg: <http://www.vegvesen.no/Trafikkbeta/?lat=68.02697&long=16.00707&zoom=6>

fritidsulykker på svensk side av grensen som sokner til UNN Narvik er ikke med i statistikken. Trafikkulykker på svensk side av grensen, fritids- og hjemmeulykker samt scooterulykker som ikke blir registrert av Statens vegvesen kommer i tillegg til trafikkskadene.

Omfanget av multitraume ved UNN Narvik slik det beskrevet i kap. 3.3.2. viser at stabiliseringsfunksjonen er det viktigste elementet i traumebehandlingen. Behovet for kirurgisk behandling er likevel til stede, og skal ivaretas ved UNN Narvik. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det forutsettes at den reviderte nasjonal traumeplan⁹⁹, eventuelt med Helse Nord RHF sine modifikasjoner/tilpasninger, legges til grunn for virksomheten. Etterutdanning, vedlikehold av kompetanse i form av kurs og regelmessige øvelser og revisjoner er en forutsetning for videreføring av traumeberedskapen. VAKe-støtte i vanskelige situasjoner vil bidra til en god nød-kirurgisk beredskap. I vinterhalvåret, november-mars, er det pga. dårlig vær en betydelig irregulærhet i flyvninger med ambulanse helikopter med opptil 40-60 % kanselleringer. Dette periodevis dårlige været medfører og økt transporttid for ambulanser langs vei som i slikt vær gir nedsatt kjørehastighet (kap. 3.6). Se rapporten [Prehospitaltjenester og tilgjengelighet](#).

Prosjektgruppens flertall mener dette understøtter behovet for akutt kirurgisk beredskap ved UNN Narvik.

7.3.5. Skadepoliklinikk

Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, frakturer, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

7.4 Føde og gynekologi

Gynekologi er også en del av akutt kirurgi, samt fødetilbudet. Vurdering av akutt abdomen er ikke fullstendig hos kvinner uten tilsyn av gynekolog. Akutte gynekologiske tilstander hos kvinner har samme kliniske bilde som ved akutt abdomen. Få situasjoner i en kvinnes liv er så tidskritisk som ved blødninger i forbindelse med fødselen. Et sykehus som har fødeavdeling trenger «varme operasjonsstuer» - det vil si stuer som er i drift 24/7, og støttepersonell, samt gynekologer som utfører keisersnitt.

⁹⁹ [Plan foreligger](#), er under saksbehandling i helseforetakene samlet. Forventes styrebehandlet i RHF-ene primo 2017

7.4.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

UNN Narvik kan vise til tidligere lokalt forankret prosjekt med å rekruttere gynekologer som på kort tid rekrutterte tre gynekologer til UNN Narvik. Etter at prosjektet opphørte har det vært sporadiske forsøk med å rekruttere nye gynekologer til avdelingen. Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Prosjektgruppens flertall anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste). Prosjektgruppens flertall har inntrykk av at det nasjonale fagmiljøet er delt i sitt syn på fødestuer¹⁰⁰, men vi har ikke fått fremlagt noen utdypende fakta vedrørende dette tilbudet.

¹⁰⁰ Utdypende litteratur om dette: <https://www.nrk.no/norge/flere-fodes-utenfor-sykehus-1.11919549> <https://www.nrk.no/livsstil/--trippel-risiko-ved-hjemmefodslar-1.7197647> og Wax, JR (2010), Evers ACC (2010), Jakobsen, SE (2000) og Gunnarsson, B (2014)

7.4.2 Gynekologi

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid, kombinasjonen av dagkirurgi, fødselsberedskap og poliklinikk gir tilstrekkelig aktivitet for 4 gynekologer ved UNN Narvik. I 2015 var det 2800 elektive polikliniske konsultasjoner i UNN Narvik som i realiteten ble avviklet med 2 gynekologer tilstede hver uke. Dette er meget god ressursutnyttelse av to gynekologer (medregnet ca. 370 konsultasjoner hos jordmor).

Strategisk utviklingsplan til UNN HF indikerer et potensiale for å få en økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket i tillegg til betydningen som kortere reisetid til sykehuset etter 2018 samt nybygg i 2022 vil ha for aktivitet. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for 2-3 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk. Se kap. 7.4.1.

7.5 Annet – hotellsenger og observasjonssenger

Dagkirurgiske pasienter som har behov for noe forlenget medisinsk observasjon skal få dette ved sengeenheten (se kap. 6.3). Pasienter som får komplikasjoner etter planlagt kirurgi vil og kunne få tilbud her. Akutte polikliniske pasienter og noen dagkirurgiske pasienter kan ha behov for overnattingsmulighet som ikke representerer en sykehusseng med den infrastruktur og forpliktelse som en sykehusseng representerer. Forutsetningen er at disse pasientene klarer seg selv og ikke har behov for medisinsk oppfølging og observasjon. Det foreslås derfor å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

7.6. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved sykehuset

Prosjektgruppens flertall har i mindre fått presentert mulige konsekvenser for andre fagområder ved UNN Narvik, og alle tre sykehusene samlet. Underveis i prosessen valgte prosjekteier å skille ut risiko- og mulighetsanalysen som en prosess. Det forutsettes en grundigere konsekvensanalyse der. Vi ønsker imidlertid å belyse noen momenter i delkapitlene under.

7.6.1. Konsekvenser for indremedisin

Prosjektgruppens flertall vurderer kombinasjonen av indremedisin, kirurgi og anestesi som definisjonen på et akuttsykehus. Den tverrfaglige tilnærmingen disse spesialitetene sammen tilfører den akutt syke pasienten må ikke forringes.

7.6.2. Konsekvenser for andre fagområder og tjenester ved UNN Narvik og for andre sykehus i foretaket

Ved å følge prosjektgruppens flertalls anbefaling om å opprettholde et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud og fødeavdeling vil de foreslåtte endringene i liten grad berøre de andre enhetene ved UNN Narvik. Økt ortopedisk vakt vil fordre bedre utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten. Prosjektgruppen har ikke fått forelagt mulige konsekvenser for andre sykehus i foretaket ved evt. endringer av aktiviteten ved UNN Narvik.

7.6.3. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse (land- og luftbasert)

Viser til rapporten [Prehospitaltjenester og tilgjengelighet](#), og følgende trekkes frem:

- Nedlegging av Narvik lufthavn Framnes med bruk av Harstad/Narvik lufthavn Evenes betyr økt tidsbruk for ambulansetjenesten i forbindelse med ambulanseflytransporter (FW) på cirka 45 minutter hver vei. Med om lag 260 ambulansoppdrag til og fra Narvik-Evenes årlig vil dette bety svekket ambulanseberedskap i området.
- En eventuell nedlegging av kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik vil føre til økt antall sekundærtransporter med ambulansefly (FW) til Tromsø og tallet kan derfor øke.
- En eventuell nedlegging av kirurgisk akuttberedskap på UNN Narvik vil føre til økt tidsforbruk for ambulansetransport av kirurgiske pasienter til nærmeste sykehus med akuttkirurgisk beredskap (UNN Harstad). Noen pasienter rutes sannsynligvis til mottak i Harstad direkte, mens andre vil ha vært innom Narvik IKL. Avhengig av hvor pasienten befinner seg og hvilken ambulansestasjon som utfører oppdraget, vil det medføre 43-86 minutter hver vei.
- Statistikk fra akuttmottaket i UNN Narvik viser at omlag 100 pasienter innlegges som kirurgiske øyeblikkelig hjelp-pasienter pr måned. En eventuell nedlegning av den kirurgiske akuttberedskapen ved UNN Narvik vil medføre nye pasientstrømmer med økt behov for sykestransport (drosje) og ambulanse.

Til punkt fire bemerkes at dette ikke omfatter pasienter som er kirurgisk vurdert ved UNN Narvik til behov for overflytning til annet sykehus. Ved å følge prosjektgruppens anbefalinger vil konsekvensen nevnt i punkt 2-4 bortfalle.

7.7. Samfunnsperspektivet

Framskrivningen av befolkningsutviklingen viser at folketallet vil holde seg stabilt i Narvikregionen med unntak av Bardu som får en befolkningsvekst. Økningen av antall eldre vil være betydelig i alle kommunene. Prosjektgruppa vil fremheve to forhold som utfordrer fremskrivningstallene. For det første har ledelsen i UNN HF i forbindelse med nedleggelsen av Troms militære sykehus på

Setermoen, gitt klare signaler til kommunene i Indre Troms, samt til Forsvarets avdelinger, om at lokalsykehusfunksjonen ville bli endret og orientert mot UNN-Narvik. Dette vil påvirke pasientstrømmen.

For det andre pågår det i Narvikregionen inkludert Sør-Tromskommunen et samordnet og offensivt arbeid for å etablere nye arbeidsplasser. Det er naturlig særlig å fremheve mulighetene innen transport/logistikk, havbruk, forsvar og reiseliv. Næringsutviklingen vil definitivt kunne påvirke folketallsutviklingen positivt. Som et eksempel skal det på forsvarsbasen på Evenes etableres ca. 600 arbeidsplasser med det ringvirkningspotensialet dette får for næringslivet i regionen.

Narvikregionens næringsforening har gjennomført undersøkelse blant sine medlemmer om betydning av å ha et heldøgns kirurgisk akuttberedskap og fødeavdeling på UNN Narvik. Medlemsbedriftene gav en entydig tilbakemelding på den avgjørende betydning dette vil ha på utviklingen av nye arbeidsplasser og tilflytning til regionen.

8. Prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, mandat fra Helse Nord, Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2025 og resultater fra analyser og utredninger, har en delt prosjektgruppe med hhv prosjektleder og et mindretall av prosjektgruppen (A) og flertallet av prosjektgruppen (B) kommet fram til følgende alternative tilrådninger til videre utvikling ved UNN Narvik:

8.1. Fødeavdelingen ved UNN Narvik videreføres- to alternative anbefalinger

8.1.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap. 6)

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Prosjektgruppen anbefaler videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det opprettes en utdanningsstilling (LIS-stilling) i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres. Dersom en med en målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser ikke får ansatt 3 nye gynekologer til sykehuset i løpet av 12 måneder må saken tas opp til ny vurdering og drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (opprettholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Nasjonale helse- og sykehusplan peker på at de fast ansatte må ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid. Uavhengig av vurderingene om fødetilbudet, er det behov for minst 2 gynekologer ved UNN Narvik for dagkirurgi og poliklinikk.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Når det gjelder fødevirksomheten i Narvik, mener vi det er rimelig at man forsøker å rekruttere 3 gynekologer innen 12 mnd. Det er viktig for oss å presisere at grensen på 12 måneder er endelig, og at det umiddelbart skal startes en prosess med de øvrige alternativene dersom man ikke ser konturene av en vellykket rekruttering innen denne fristen.

8.1.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap. 7)

Det anbefales en videreføring av fødeavdelingen med følgende forutsetninger: det må startes et målrettet arbeid med å rekruttere 3 nye gynekologspesialister til UNN Narvik. Nyrekrutteringen må sikre en 4-delt vaktordning og med unntaksvis bruk av korttidsvikarer. I perioden frem til full bemanning må det tilsettes langtidsvikarer.

Vi ser det helt nødvendig at kombinasjonen av føde og gynekologi er bærekraftig for 4 gynekologer ved UNN Narvik. Ikke minst er det behov for 4 spesialister for å sikre god faglig kvalitet, samt ha tid til kvalitetssikring av prøvesvar og rapportering til kvalitetsregistre, internundervisning, regionale nettverkssamlinger og overlegepermisjoner.

Det anbefales videre, som er mer langsiktig rekrutteringsvirkemiddel, at det LIS-vikariatet som starter ved UNN Narvik 1.mars 2017 omgjøres til en fast stilling i spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik.

Fødeavdelingen har i flere år hatt bemanningsmessige utfordringer med avvik fra nasjonale og regionale normer for bemanning. Det er full enighet om at denne situasjonen ikke kan videreføres, men det krever også at ledelsen i K3K (Kirurgi, kreft og kvinnehelse-klinikken ved UNN) støtter opp om avdelingen.

Med målrettede og repeterte rekrutteringsprosesser i løpet av 12 måneder må enten fødeavdelingen ha full bemanning, eller med en kombinasjon av nyrekruttering og forpliktende avtaler som sikrer full rekruttering innen rimelig og nær fremtid.

Dersom man ikke lykkes å sikre forsvarlig bemanning, må saken tas opp til ny vurdering med drøfting av de 3 gjenstående alternativene nevnt i rapporten; jordmorstyrt fødestue, «God start enhet» eller avvikling av fødetilbudet (oppretholde kun polikliniske tjenester og ivaretagelse av følgetjeneste).

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

8.2. Akuttkirurgisk tilbud ved UNN Narvik- to alternative anbefalinger

8.2.1. Anbefaling, alternativ A (jf. kap 6)

Prosjektleder har lagt fram sitt forslag (gjengitt i kapittel 6). Anbefalingene med dens enkeltelementer representerer en helhetlig utforming av det samlede kirurgiske tjenestetilbudet ved UNN Narvik. En kan dermed ikke hente ut isolerte enkeltforslag eller velge bort andre. Forslaget innebærer styrket ortopedisk kirurgi, bortfall av gastroenterologisk kirurgisk som døgnaktivitet (med unntak av spesialiserte oppgaver som skjøttes i samarbeid mellom UNN Tromsø og UNN Narvik), videreføring av urinveiskirurgi, økt dagkirurgi og poliklinisk aktivitet. Traumemottaket videreføres. Det forslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik i forbindelse med planleggingen av nytt sykehus. Dette er en formalisering av øyeblikkelig hjelp-poliklinikken og skal ta hånd om enkle skader, lavenergiskader etc, der pasienten kan behandles poliklinisk.

Forslaget innebærer ingen vesentlige endringer i det øvrige tjenestetilbudet i sykehuset. Avvikling av Framnes flyplass vil innebære økt behov for ambulansetransport fra Narvik til Evenes, og/eller bruk av helikopter til overflyttinger. Omfanget er ikke utredet og ambulansetjenesten må dermed gjennomgås på nytt der også eventuelle endringer som følger av justering av aktiviteten ved UNN Narvik må beskrives.

Anbefalingen støttes av: Prosjektleder Odd Søreide, samt Knut Kjørstad, Cathrin Carlyle og Rita Pernille Martnes med følgende presisering:

Det er ingen hemmelighet at den kommende spesialiststruktur vil gi rekrutteringsvansker, og at det vil bli vanskelig å rekruttere kompetent fagpersonell på lengre sikt. Det er derfor viktig med en tydelig funksjonsfordeling mellom sykehusene, og at rekruttering og bemanning står til dette. Kompetanse er viktig og stor vikarbruk er en risikofaktor. Det bør presiseres at fast bemanning er hovedregelen fremfor vikarer på alle fagfelt fordi dette er en forutsetning for et påregnelig tilbud til pasientene.

Det er i tillegg viktig at tilbudet er forutsigbart ved at det er systemavhengig og ikke personavhengig.

Når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet må den samme standarden gjelde i hele foretaket. Det kan ikke være forskjellig kvalitetskrav til sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. For å sikre kvaliteten er det viktig å ha en god og stabil bemanning.

Det er behov for styrke elektivt ortopedisk virksomhet i Narvik. I dag sendes mange av ø-hjelpspasientene fra Narvik til Harstad på kveld/natt og helg da de ikke har ortoped i vakt. Så lenge det ikke skal være ortoped i vakt, er dette en praksis som må videreføres.

8.2.2. Anbefaling, alternativ B (jf. kap 7)

Ortopedisk kirurgi utvikles og styrkes. Pasienter som i dag får behandling ved UNN Harstad for brudd vil nå kunne få behandling ved UNN Narvik. Dermed anbefales en oppheving tidligere vedtak og gjeninnføring av en ortopedisk vaktlinje forslagsvis til klokken 21 hverdager og tre timer aktiv vakt helg.

Gastroenterologisk kirurgi opprettholdes som døgnaktivitet med mulighet for innleggelse av pasienter.

Tilbudet i Urinveiskirurgi ved UNN Narvik videreføres. Behovet for sengeplasser og hotellsenger til denne pasientgruppen vil trolig øke. Behovet for urologisk spesialkompetanse vil øke i takt med den aldrende befolkningen.

Det foreslås å videreføre gynekologi-tilbudet ved UNN Narvik. Gynekologi er en poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet som har et potensiale for økt aktivitet med pasienter fra hele foretaket.

Det er grunnlag for økning av dagkirurgi innen gastroenterologisk kirurgi, urologi, ortopedi og gynekologi. Spesialiteten plastikk kirurgi, samt øre-nese, hals kan tilbys som dagkirurgiske aktiviteter i noe omfang dersom UNN HF av strategiske og kapasitetsmessige grunner samlet sett finner det formålstjenlig.

Et døgnbasert kirurgisk tilbud i UNN Narvik må innrettes slik at de få dagkirurgiske pasientene som har behov for noe lengre observasjon og overnatting kan få det lokalt. Det samme gjelder for komplikasjoner etter egen elektiv (planlagt) kirurgi. Eldre pasienter vil grunnet komorbiditet trolig ha større behov for heldøgnsenger.

Det er rom for økning i kirurgisk poliklinikk. Traumemottaket som er etablert i kombinasjon med akuttmottaket med bløtdelskirurger i 24/7 i vakt anbefales videreført.

Det foreslås å utrede etableringen av en skadepoliklinikk ved UNN Narvik og å gjennomgå hotellsengkapasiteten i sykehuset på nytt, slik at kapasitet er tilpasset behovene.

Anbefalingen støttes av: Kari Fiske, Anne Marthe F. Jenssen, Jon Harr, Ulla Dorte Mathisen, Arne Holm, Bengt-Ole Larsen, Bjørn Bremer, Heidi E Laksaa og Sverre Håkon Evju.

9. Vedlegg

9.1. Innspill fra prosjektgrupped medlem Bengt-Ole Larsen (konsernverneombud)

Konsernverneombudet har representert konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF i prosjektet. KVO oppfatter at prosjektleder har besluttet at han skal gi en egen anbefaling (kap6) hvor han ber om støtte til sitt forslag om anbefalinger og hvor de som ikke er enig i hans forslag må utarbeide sitt eget forslag (kap7). Dette krever enormt med ressurser fra prosjektdeltakerne. Blant annet har vi i realiteten kun 5 dager på oss til dette, inkludert helg. Vi er ikke samlet geografisk, vi har andre presserende arbeidsoppgaver vi ikke bare kan legge til side, og vi har ikke enkelt tilgjengelig sekretariat.

KVO har i dag konferert med kollegiet KTV/KVO. Det reageres sterkt på denne løsningen til å presentere anbefalinger. Man kjenner seg ikke igjen i alle de prosjekter som kollegiet har deltatt i opp gjennom årene.

Det var tidlig i prosjektet enighet om at når man kom fram til anbefalinger så skulle flertallets anbefalinger legges fram på en måte hvor også mindretallets syn på forslag til løsninger ble godt synlig, og det skulle også framkomme hvem som mente hva.

Prosjektet startet tidlig siste høst. Det har vært flere møter hvor det har blitt lagt fram mange tall på demografi, aktivitet på UNN Narvik siste par år, tanker og ideer om hvordan utdanning av legespesialister vil skje i framtiden og en del annet grunnlagsmateriale.

Kun på siste møte den 13. februar ble det i realiteten satt av tid til å diskutere grunnlagsmaterialet og drøfte og foreslå forslag til anbefalinger. Til denne diskusjonen var det satt av 5 timer. Og som grunnlag til løsning hadde prosjektleder utformet et kapittel 6. Egentlig var det ganske stor enighet etter klinikkverneombudets oppfatning om mye av innholdet. Men det var endel viktige momenter som skilte det store flertallet fra prosjektleders anbefaling. Blant annet så kom det fram i diskusjonen at det var uenighet om man skal ta hensyn til at UNN Narviks tradisjonelle opptaksområde vil endre seg når Hålogalandsbrua står ferdig i 2018, og det var en del uenighet om hva som kan behandles akutt etter normal arbeidstid og om hvilken kompetanse de som skal gå i vakt skal ha. Det var også en liten divergens om hvor fort man skulle ha fått fast ansatte gynekologer før man skulle endre dagens fødetilbud.

Likevel oppfattet ikke KVO at uenigheten var større enn at det overveldende flertallets anbefalinger lett kunne utformes i kapittel 6, samtidig som det enkelt kunne framkomme hvor mindretallet (i realiteten omtrent kun prosjektleder) hadde andre forslag. Ved å presentere forslag til løsninger på denne måten ville presentasjonen kunne bli oppfattet slik den burde som en seriøs gjennomarbeidet anbefaling med noe forskjellig tilnærming til løsning.

KVO var tilstede på prosjektleders informasjon til ansatte ved UNN Narvik under siste møte den 13. feb. KVO oppfattet at informasjonen han ga var i tråd med diskusjonen på prosjektmøtet og det var med stor undring at man i avisen 2 dager etterpå kunne lese at prosjektleder viste til at det var framkommet nye momenter under prosjektmøtet som medførte at man ikke kunne legge fram et felles forslag. Flere av tilhørerne har også kommentert at de ble overrasket over hva som framkom i Fremover. Det har heller ikke kommet noe dementi fra prosjektleder om Fremovers opplysninger. KVO kan ikke stille seg bak at det framkom **nye** momenter under møtet den 13. feb.

KVO frykter at ved å presentere prosjektleders forslag til løsning som et kapittel og resten av prosjektgruppens anbefalinger (eventuelt med et eller to unntak) som et kapittel, så kan det oppfattes som at uenigheten er mye større enn den egentlig er. Hovedbudskapet slik KTV/KVO

oppfatter arbeidet er at akuttkirurgien og fødetilbudet ved UNN Narvik skal fortsette å dekke befolkningens behov og at man skal gjeninnføre akutt hverdagsortopedi i større deler av døgnet enn i dag. Det er etter vår oppfatning også stor enighet at det som **skal** behandles på høyere nivå skal, som i dag, overføres til dette. Men at hverdagsbehov skal behandles lokalt for ikke å utsette pasienter for unødvendig belastninger. Man er også enige om at Hålogalandsbrua og økt virksomhet fra Forsvaret på Evenes og i Bjerkvik høyst sannsynlig vil måtte påvirke behovet for både økt akutt og elektiv virksomhet.

KTV/KVO er bekymret for at en del av prosjektleders anbefalinger vil kunne forårsake at det vil bli satt forskjellige krav til lokalsykehusene i regionen til antall og type legespesialister. Samtidig som noen vil bli tillatt til å drive med døgnvirksomhet og noen med kun dagvirksomhet. Dette vil kunne medføre at noen sykehus kan bli oppfattet som at de gir dårligere kvalitet på tjenesten. Befolkningen og også de ansatte vil ha vanskeligheter med å forstå at man kan gi et tilbud på dagtid, men ikke på vakttid på noen sykehus, og ikke på andre selv om de i utgangspunktet har samme bemanning. Og hvis en overføring til et annet sykehus også medfører at tilbudet blir faglig bedre, men kun foretatt en annen geografisk plass vil være vanskelig å forklare. Dette vil ikke være en god situasjon for personalets arbeidsmiljø. Det må være et krav om at pasienter blir overført fordi de vil få bedre behandling etter overføring.

KTV/KVO er også bekymret for at en overføring av pasienter til sykehus som allerede er overbelastet vil kunne medføre at operasjoner og behandling som ville blitt foretatt i normal arbeidstid vil overføres til arbeid på kveld, natt og helger. Det er ikke i henhold til Arbeidsmiljølovens intensjoner. Vi er også bekymret for de belastninger et eventuelt sykehus uten beredskap for akuttkirurgi vil gi de ansatte når været slår til og hindrer overføring av pasienter til høyere nivå.

KTV/KVO vil også påpeke viktigheten av at det til enhver tid er utarbeidet gode kompetanseplaner tilpasset det enkelte sykehusets behov og viktigheten av et profesjonelt rekrutteringsarbeid og tilstrekkelig vedlikehold av personalets faglige og HMS-behov.

9.2. Øvrige vedlegg

Alle vedlegg er elektronisk lenket ved hyperkobling og fotnoter fortløpende i rapporten

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Utredning av kirurgisk akuttberedskap og berørte fagområder ved UNN Narvik

Risiko- og mulighetsanalyse

2. mars 2017

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag.....	3
2. Bakgrunn og mandat	4
3. Alternativer.....	5
Kirurgisk akuttberedskap	5
Organisering av fødetilbudet.....	5
Elektiv kirurgisk virksomhet.....	5
4. Metode	6
Gjennomføring.....	6
Skalaer og begreper	6
Begrensninger.....	7
5. Kirurgisk akuttberedskap.....	9
Oppsummering.....	9
Risikoer ved ytteralternativ 1	9
Risikoer ved ytteralternativ 2	11
Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning	12
Muligheter.....	15
6. Organisering av fødetilbudet.....	16
Oppsummering.....	16
Risikoer ved alternativ 1.....	16
Risikoer ved alternativ 2.....	17
Muligheter.....	18
7. Elektiv kirurgisk virksomhet.....	19
Oppsummering.....	19
Risikoer ved alternativ 1.....	19
Risikoer ved alternativ 2.....	20
Muligheter.....	21
8. Vedlegg – Stemmeresultater	22

1. Sammendrag

Kirurgisk akuttberedskap

Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til høy arbeidsbelastning hos kirurger, som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Organisering av fødetilbudet

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Elektiv kirurgisk virksomhet

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

2. Bakgrunn og mandat

Helse Nord RHF har som en del av arbeidet med oppfølging av Nasjonale helse og sykehusplan (Meld. St. 11, 2015-2016)¹ bedt Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) utrede alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Denne utredningen er organisert som et prosjekt som eies av administrerende direktør ved UNN.

I henhold til veilederen for arbeidet med utviklingsplaner² skal det gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes. Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

Direktøren er prosjekteier for utredningen og dermed også for risiko- og mulighetsanalysen av alternative løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi ved UNN Narvik. Direktøren har besluttet at:

- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres som anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner og med ekstern tilrettelegger. UNN har valgt å benytte EY til dette arbeidet etter en minikonkurranse på rammeavtalen for konsulent tjenester.
- Risiko- og mulighetsanalysen gjennomføres i forlengelsen av siste møte i prosjektgruppen, dvs. i perioden 15.-28. februar 2017, og utgjør en del av beslutningsgrunnlaget til styret i Helse Nord RHF. Denne sendes på høring sammen med utredningen i perioden 3 -16. mars.
- En gruppe på seks deltakere gjennomfører risiko- og mulighetsanalysen. Tre av disse kommer fra prosjektgruppen (kommunal helsetjeneste, UNN Narvik, tillitsvalgt), mens de resterende utpekes av direktøren (UNN Tromsø, UNN Harstad, brukerrepresentant). Prosjektgruppen skal selv utpeke de tre deltakerne.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016>

² <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan/Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

3. Alternativer

Risiko- og mulighetsanalysen omfatter følgende alternativer, som er oppgitt i mandatet fra Helse Nord og diskutert i prosjektgruppen:

Kirurgisk akuttberedskap

- Ytteralternativ 1: Fullt døgntilbud generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)
- Ytteralternativ 2: Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akutt kirurgi.
- Mellomløsning – alternativ 3: Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF.

Organisering av fødetilbudet

- Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning
- Jordmorstyrt fødestue

Elektiv kirurgisk virksomhet

- Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens
- Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF

For ytterligere beskrivelse av alternativene vises det til rapporten fra prosjektgruppen.

4. Metode

Gjennomføring

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i henhold til metoden som er anbefalt i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Analysen og representasjonen dekker pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv. Gruppen skal ikke ta stilling til hvilke(t) alternativ som skal velges. EY (Ernst & Young AS) har vært engasjert for å legge til rette for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen og har også hatt ansvar for å utarbeide denne oppsummerende rapporten. EY har ikke gjort egne vurderinger av risikoer og muligheter ved de ulike alternativene.

Risiko- og mulighetsanalysen er gjennomført i et arbeidsmøte i Narvik den 21. februar 2017 av en gruppe på seks deltakere, sammensatt i henhold til direktørens beslutning:

- Margrethe H. Larsen, brukerrepresentant
- Niels Krum-Hansen, overlege K3K, UNN Harstad
- Tonje A. M. Drecker, kvalitetsrådgiver OPIN, UNN Tromsø
- Jon Harr, overlege OPIN, UNN Narvik
- Bjørn Bremer, rådgiver Narvik kommune
- Ulla Dorte Mathisen, foretakstillitsvalgt UNN HF

I forkant har deltakerne fått tilsendt et utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen, samt link til en nettside³ med data, analyser og andre relevante bakgrunnsdokumenter. Utdraget fra rapporten inkluderte ikke prosjektgruppens løsningsforslag.

Overordnet var prosessen i arbeidsmøtet som følger:

1. Individuell idémyldring av risikoer relatert til ett av alternativene
2. Risikoer ble diskutert i plenum og konsolidert om mulig
3. Sannsynlighet og konsekvens ved identifiserte risikoer ble bestemt gjennom avstemning
4. Muligheter ved alternativene som avviker fra dagens situasjon ble diskutert

For å effektivt utføre og dokumentere avstemning av sannsynlighet og konsekvens for risikoene ble et elektronisk stemmeverktøy benyttet. Resultatene hentet fra dette stemmeverktøyet er kilden til tallene og illustrasjonene i denne rapporten.

I etterkant har EY oppsummert resultatene i foreliggende rapport. Deltakerne har fått tilsendt et utkast og fått mulighet til å korrigere og presisere formuleringer, men ikke endre resultatene.

Skalaer og begreper

Sannsynlighet: Et begrep brukt for å beskrive hvor trolig et utfall inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer meget liten sannsynlighet og 5 indikerer svært stor sannsynlighet. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene ved de forskjellige alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert prosentintervall for de fem tallene i skalaen.

Konsekvens: Et begrep brukt for å beskrive hvor alvorlige følgene vil være om en risiko inntreffer. En skala fra 1 til 5 er valgt, hvor 1 indikerer en ubetydelig konsekvens og 5 indikerer en svært alvorlig konsekvens. Da målet med analysen har vært å synliggjøre de største risikoene med de forskjellige

³ <https://unn.no/om-oss/nasjonale-helse-og-sykehusplan>

alternativene og ikke kvantifisering av risiko, er det ikke definert konkrete scenarier for de fem tallene i skalaen. Det er i denne analysen vurdert konsekvenser for pasientsikkerhet, helseforetak (UNN), kommuner (Narvik og omegn) og samfunnet.

Risiko: Risiko er en kombinasjon av sannsynlighet og konsekvens hvor størrelsen på risikoen kan ses på som et produkt av sannsynlighetsfaktor og konsekvensfaktor. I figuren nedenfor vises en matrise hvor fargen på ruten indikerer hvor betydelig risikoen er. Rutene markert i rødt innebærer en høy risiko, gul en middels risiko og grønn en lav risiko.

Sannsynlighet	Svært stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Stor	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Moderat	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Liten	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
	Meget liten	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig

Uenighet: Sannsynlighetsverdi og konsekvensverdi er basert på et gjennomsnitt av avlagte stemmer for de forskjellige risikoer. For å vise i hvilken grad de seks deltakerne i arbeidsmøtet var enige i sine estimater av sannsynlighet og konsekvens er det inkludert en vurdering av uenighet i resultatene i denne rapporten. Graden av uenighet er også delt inn en femdelt skala, hvor vurderingen av uenighet er basert på standardavviket i avlagte stemmer. Dette er et mål på den gjennomsnittlige differansen avlagte stemmer har fra gjennomsnittlig, stemt, verdi. Grunnlaget for vurdering av uenighet vises i intervallene nedenfor.

Svært lav uenighet: $\sigma < 0,5$

Lav uenighet: $0,5 \leq \sigma < 0,75$

Middels uenighet: $0,75 \leq \sigma < 1$

Høy uenighet: $1 \leq \sigma < 1,25$

Svært høy uenighet: $\sigma \geq 1,25$

Muligheter: En mulighet er i analysen behandlet som en potensiell gevinst som kan realiseres ved å velge en alternativ løsning framfor dagens løsning. Disse gevinstene kan komme pasientsikkerheten, helseforetaket, kommunen og/eller samfunnet til gode. Sannsynlighet for å oppnå disse gevinstene, samt størrelsen på gevinstene, er ikke vurdert.

Begrensninger

Varigheten av arbeidsmøtet var én dag, noe som setter begrensninger for detaljeringsgraden i risiko- og mulighetsanalysen. Innenfor rammene og mandatet har det ikke vært mulig å gjennomføre detaljerte analyser av risikoer og muligheter, og analysen er basert på deltakernes kunnskap, samt foreliggende data, analyser og bakgrunnsdokumenter fra prosjektet. Deltakerne har påpekt at det

har vært kort tid mellom utsendelse av utdrag fra foreløpig rapport fra prosjektgruppen (15. februar) og arbeidsmøtet (21. februar). Spesielt deltakerne som ikke er med i prosjektgruppen, synes at det har vært krevende å sette seg inn i dette materialet innenfor denne tidsrammen. I tillegg har deltakerne påpekt at alternativene som danner grunnlaget for gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen ikke er ferdig diskutert i prosjektgruppen. Deltakerne synes at analysen burde vært gjennomført når den endelige rapporten fra prosjektgruppen foreligger. Enkelte deltakere synes også at alternativene ikke er entydig definert og gir rom for ulike tolkninger.

EY har ikke vurdert hvorvidt begrensningene som er beskrevet i dette avsnittet har påvirket resultatet av risiko- og mulighetsanalysen.

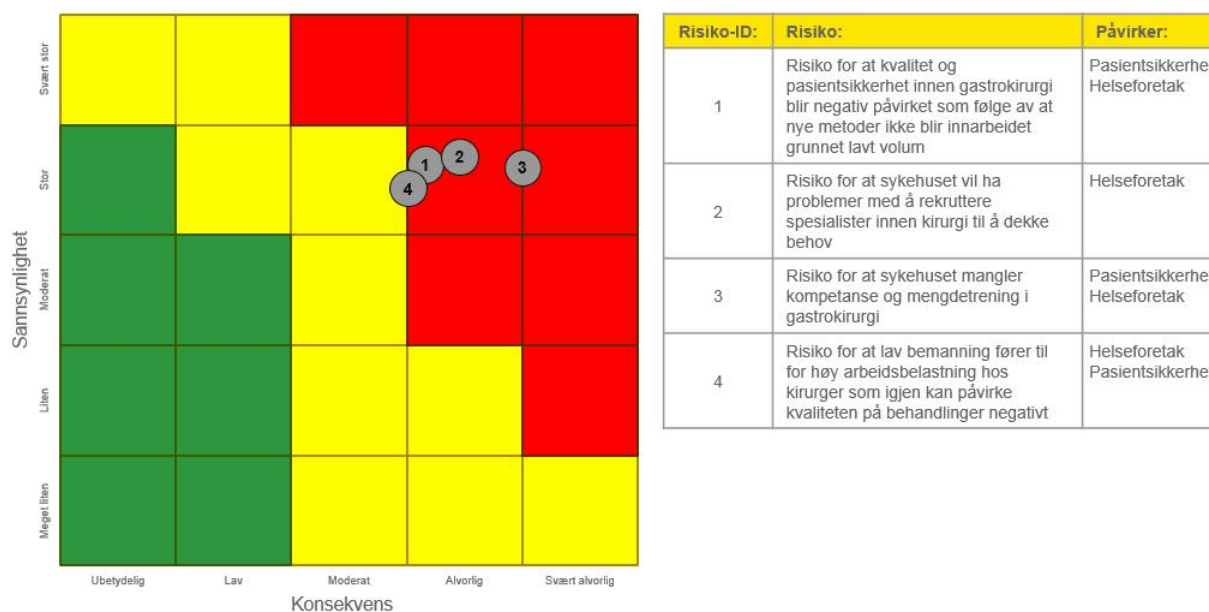
5. Kirurgisk akuttberedskap

Oppsummering

Analysen viser at det er vesentlige risikoer forbundet med begge ytteralternativer. Å opprettholde dagens akuttkirurgiske tilbud kan på sikt få negative konsekvenser for pasientsikkerheten og helseforetaket, blant annet fordi det er risiko for at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum, at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi, at sykehuset får problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi og at lav bemanning kan føre til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvalitet på tjenestene. Å fjerne akuttkirurgien kan blant annet føre til at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi), at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting og næringsliv som følge av lavere opplevd trygghet, samt økte kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø. I tillegg er det risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet, samt lavere pasienttilfredshet som følge av lengre transportvei, men disse risikoene er vurdert til å være moderate. Mellomløsningen der UNN Narvik fortsatt har et akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet, medfører mindre risiko enn de to ytteralternativene. Å fjerne akuttkirurgien skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, samtidig som kvaliteten på den akutte større kirurgien kan øke på grunn av større volum ved andre sykehus. Det finnes også muligheter for å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes.

Risikoer ved ytteralternativ 1

Fullt døgkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)



Risiko 1 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet innen gastrokirurgi blir negativ påvirket som følge av at nye metoder ikke blir innarbeidet grunnet lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (svært lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er per i dag et relativt lavt volum av utførte operasjoner innen gastrokirurgi ved UNN Narvik. Dette kan føre til at kirurger ikke får den nødvendige mengdetreningen til å innarbeide nye metoder innen fagfeltet.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik med alvorlig konsekvens. Dette var det høy enighet om i arbeidsgruppa.

Risiko 3 - Risiko for at sykehuset mangler kompetanse og mengdetrening i gastrokirurgi.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Da volumet på gastrooperasjoner per i dag er relativt lavt, vurderes det som sannsynlig at gastrokirurgene ikke får tilstrekkelig kompetanse og mengdetrening, noe som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Risiko 4 - Risiko for at lav bemanning fører til for høy arbeidsbelastning hos kirurger som igjen kan påvirke kvaliteten på behandlinger negativt.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (lav uenighet)

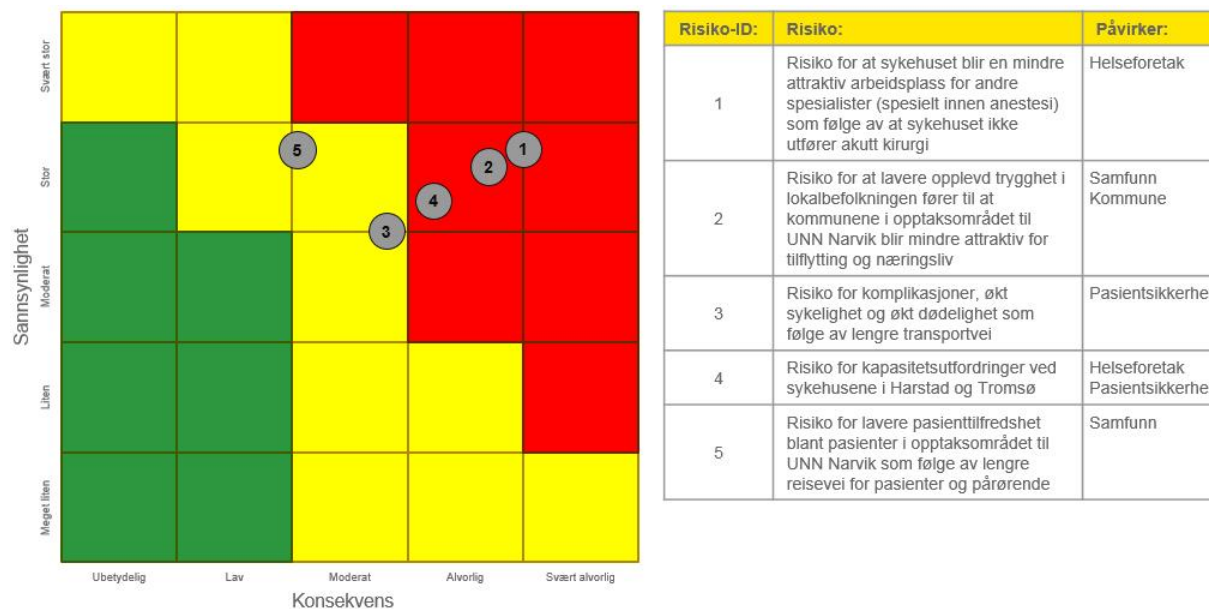
Risiko: Middels/Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Grunnet lav bemanning er det en høy arbeidsbelastning hos kirurger ved UNN Narvik. Bemanningen er spesielt sårbar ved sykdom og annet fravær. Dette kan i ytterste konsekvens påvirke kvaliteten på behandlinger negativt og dermed gå på bekostning av pasientsikkerheten. Selv om sannsynligheten for denne risikoen vurderes som høy av arbeidsgruppen

er den vurdert som den minst kritiske risikoen av de fire identifiserte, fordi konsekvensen er vurdert til å være mellom moderat og alvorlig. Denne risikoen henger sammen med risiko 2.

Risikoer ved ytteralternativ 2

Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Ingen akuttkirurgi.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt kirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Når en lege skal velge arbeidsplass er fagmiljø et viktig kriterium. Det vurderes som sannsynlig at et sykehus uten akutt kirurgi vil være mindre attraktiv for andre spesialister, spesielt innen anestesi. Konsekvensen av dette vil være at sykehuset mangler spesialistkompetanse og dermed ikke tilfredsstillende kravene til akuttsykehus. Dette vurderes som alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert i arbeidsgruppen at mangel på akutt kirurgi vil

kunne gi en lavere opplevd trygghet og at dette er noe som kan påvirke valget til personer og selskaper som vurderer å lokalisere seg i Narvik og omegn.

Risiko 3 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat/høy (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: I tilfeller hvor det er behov for akutt kirurgi er det en fare for at den forlengede transportveien vil kunne føre til komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet. Denne risikoen ble vurdert til å ha den laveste risikoene av de identifiserte risikoene relatert til ytteralternativ 2.

Risiko 4 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er allerede utfordringer relatert til kapasiteten ved sykehusene i Harstad og Tromsø. Det er naturlig å anta at utfordringene vil bli større om pasienter skal henvises fra Narvik ved behov for akutt kirurgi, med mindre kapasiteten økes.

Risiko 5 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor/svært stor (lav uenighet)

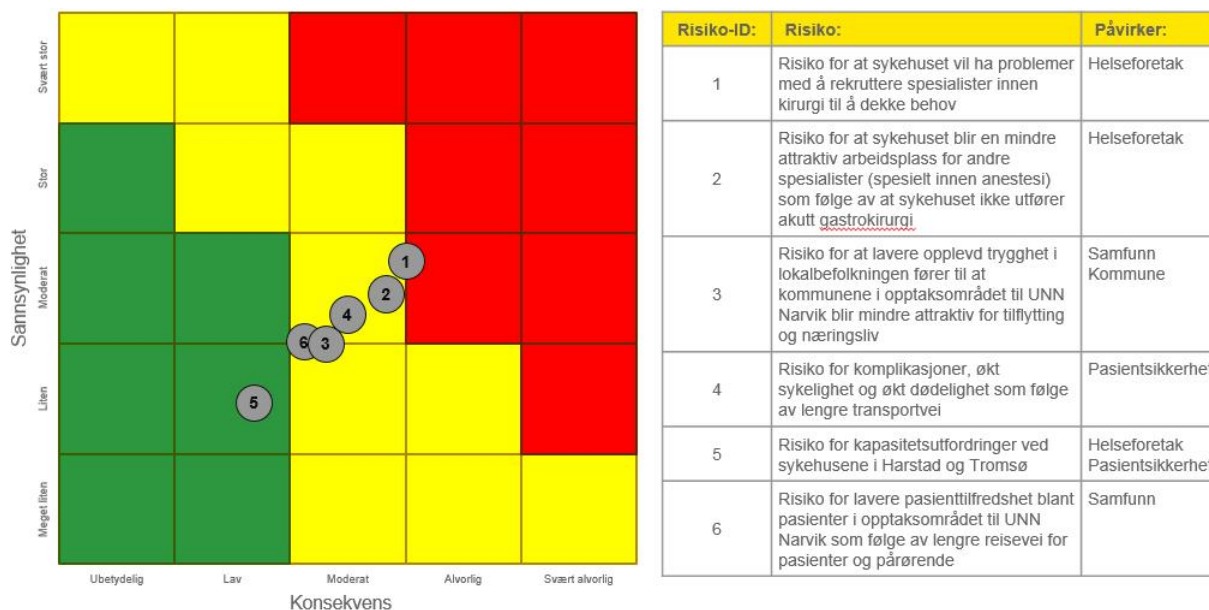
Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienten og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Risikoer ved alternativ 3 – Mellomløsning

Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnaktivitet. Dagkirurgi og elektiv gastrokirurgisk virksomhet som før, mens akutte gastropasienter som ikke kan avklares lokalt overføres til annet sykehus i UNN HF. Det gjøres med andre ord ikke ø-hjelps gastro-operasjoner ved UNN Narvik.



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke behov.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat/stor (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ny spesialistutdanning innen kirurgi der spesialiteten generell kirurgi vil utgå, vil gjøre det utfordrende for mindre sykehus å rekruttere spesialister innen kirurgi til å dekke sitt behov. Det er trolig at dette på sikt vil bli et problem for UNN Narvik dersom dagens akuttkirurgiske tilbud opprettholdes. Det er vurdert til å være moderat til stor sannsynlighet for at dette fortsatt vil være tilfellet selv om akutt gastrokirurgi opphører.

Risiko 2 - Risiko for at sykehuset blir en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister (spesielt innen anestesi) som følge av at sykehuset ikke utfører akutt gastrokirurgi.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes av arbeidsgruppen at det er moderat sannsynlighet for at mangel på akutt gastrokirurgi vil gjøre UNN Narvik til en mindre attraktiv arbeidsplass for andre spesialister, spesielt innen anestesi.

Risiko 3 - Risiko for at lavere opplevd trygghet i lokalbefolkningen fører til at kommunene i opptaksområdet til UNN Narvik blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Samfunn, kommune

Sannsynlighet: Liten/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det vurderes som mindre sannsynlig at den opplevde tryggheten vil reduseres slik at den påvirker personer og selskapers valg om å lokalisere seg i Narvik, og om den har en påvirkning vil denne være lav til moderat.

Risiko 4 - Risiko for komplikasjoner, økt sykkelighet og økt dødelighet som følge av lengre transportvei.

Påvirker: Pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Moderat (middels uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: : I tilfeller hvor det er behov for akutt gastrokirurgi vurderer arbeidsgruppen at det er en moderat sannsynlighet for at dette vil utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. I tilfeller hvor risikoen intreffer er den forventet til å være moderat.

Risiko 5 - Risiko for kapasitetsutfordringer ved sykehusene i Harstad og Tromsø.

Påvirker: Helseforetak, pasientsikkerhet

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (middels uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert som lite sannsynlig at pasientene som transporteres fra Narvik til sykehusene i Harstad og Tromsø for akutt gastrokirurgi vil skape kapasitetsutfordringer. Dette da det er et lavt volum av disse tilfellene årlig.

Risiko 6 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter i opptaksområdet til UNN Narvik som følge av lengre reisevei for pasienter og pårørende.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Liten/moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Lav/moderat (lav enighet)

Risiko: Lav/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det spesifiseres at dette ikke er en risiko relatert til pasientsikkerhet, men relatert til at pasienter og deres pårørende vil oppleve situasjonen mindre positivt grunnet lengre reisevei.

Muligheter

- Mulighet til å øke og reindyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at kvaliteten på den akutte større kirurgien økes på grunn av større volum ved andre sykehus
- Mulighet til å utnytte moderne teknologi til å avgjøre hvor pasientene skal sendes

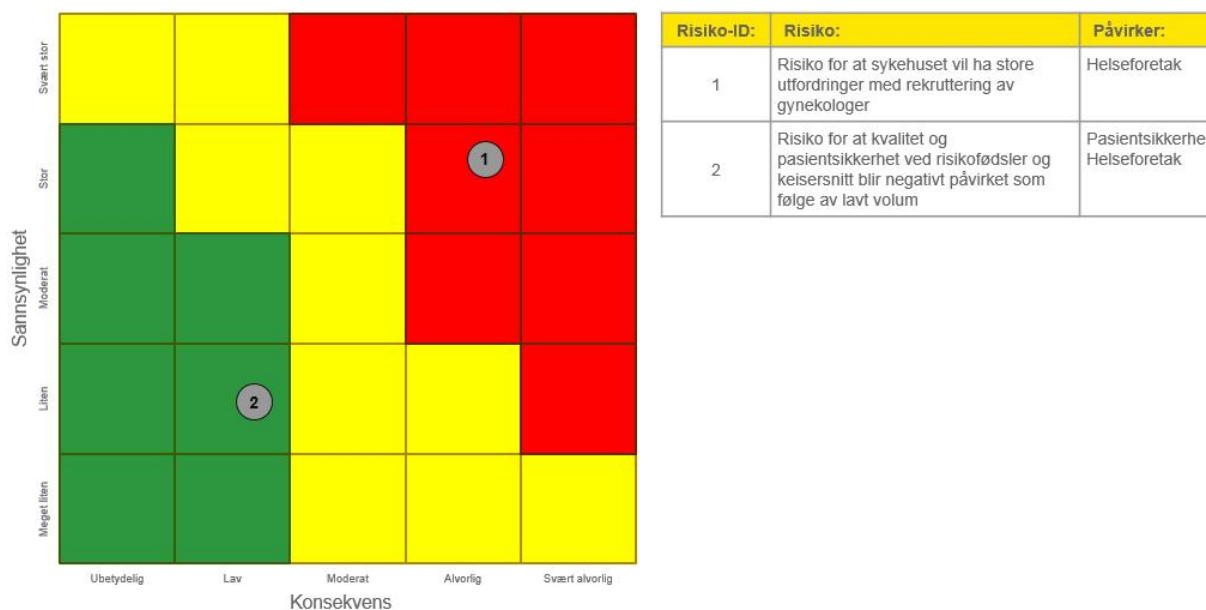
6. Organisering av fødetilbudet

Oppsummering

Analysen viser at den største risikoen forbundet med å opprettholde en fødeavdeling på nivå med dagens, er at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer. Risikoen for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum, er vurdert som lav. Å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue kan føre til at Narvik og omliggende kommuner blir mindre attraktive for tilflytting. Det er også identifisert vesentlig risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue med tilhørende ansvar, og at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned. I tillegg er det risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet som følge av lengre transportvei ved risikofødsler og keisersnitt, men denne risikoen er vurdert til å være lavere. Det er ikke identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

Risikoen ved alternativ 1

Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning



Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha store utfordringer med rekruttering av gynekologer.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: UNN Narvik har ved dagens løsning en utfordring med å rekruttere gynekologer og det er vurdert til å være stor sannsynlighet for at denne utfordringer vil

vedvare om man velger å fortsette med dagens løsning. Det var enstemmig i arbeidsgruppen at konsekvensen av denne risikoen er alvorlig.

Risiko 2 - Risiko for at kvalitet og pasientsikkerhet ved risikofødsler og keisersnitt blir negativt påvirket som følge av lavt volum.

Påvirker: Pasientsikkerhet, helseforetak

Sannsynlighet: Liten (høy uenighet)

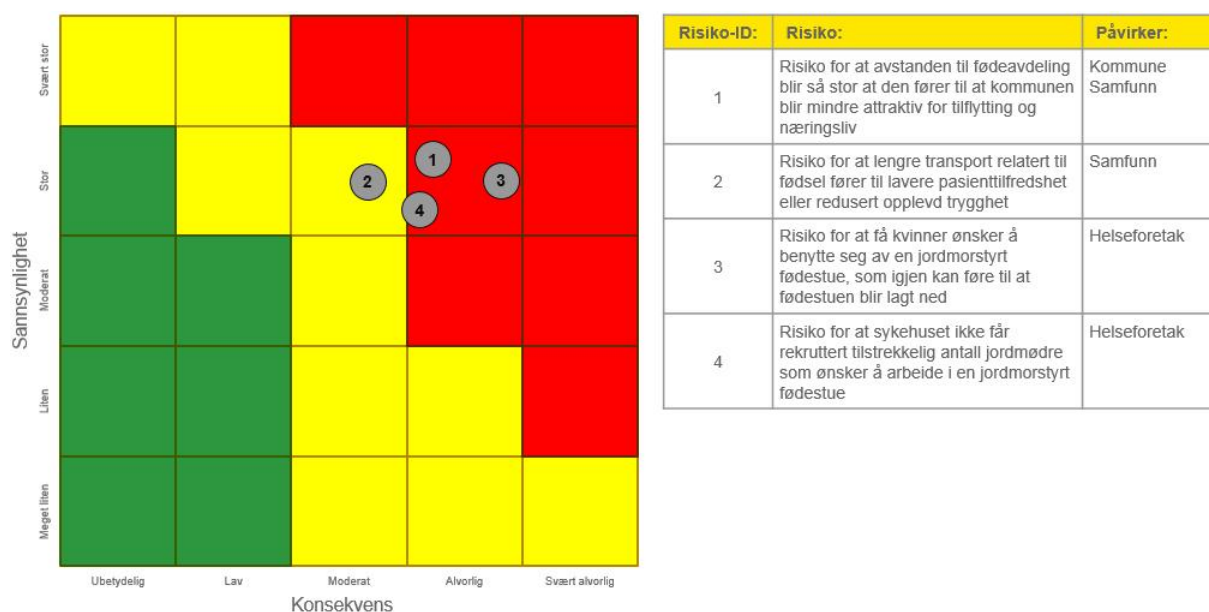
Konsekvens: Lav (høy uenighet)

Risiko: Lav

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble vurdert av arbeidsgruppen som lite sannsynlig at kvaliteten og pasientsikkerheten blir negativt påvirket av et lavt volum på risikofødsler og keisersnitt. Det var stor spredning i de forskjellige deltakeres vurdering av både sannsynlighet og konsekvens.

Risikoer ved alternativ 2

Jordmorstyrt fødestue



Risiko 1 - Risiko for at avstanden til fødeavdeling blir så stor at den fører til at kommunen blir mindre attraktiv for tilflytting og næringsliv.

Påvirker: Kommune, samfunn

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (lav uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det ble trukket frem at det er svært viktig for noen å ha nærhet til et sykehus med et godt fødetilbud når man velger boplass. Det var uenigheter om hvorvidt en slik risiko vil inntreffe, men enighet om at det vil det ha alvorlige konsekvenser for kommunen og lokalsamfunnet hvis den inntreffer.

Risiko 2 - Risiko for at lengre transport relatert til fødsel fører til lavere pasienttilfredshet eller redusert opplevd trygghet.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat (høy uenighet)

Risiko: Middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved risikofødsler basert på seleksjonskriterier, keisersnitt og komplikasjoner vil pasienten måtte transporteres til Tromsø eller Harstad. Dette vurderes til å medføre en middels risiko for lavere pasienttilfredshet og opplevd trygghet.

Risiko 3 - Risiko for at få kvinner ønsker å benytte seg av en jordmorstyrt fødestue, som igjen kan føre til at fødestuen blir lagt ned.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/svært alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Det er vurdert at det er stor sannsynlighet for at en jordmorstyrt fødestue vil være et mindre attraktivt valg når en skal føde og at det derfor er en risiko for at få vil velge å benytte seg av fødestuen. Dette kan føre til at fødestuen i neste omgang blir lagt ned. Konsekvensen av dette vurderes til å være alvorlig til svært alvorlig.

Risiko 4 - Risiko for at sykehuset ikke får rekruttert tilstrekkelig antall jordmødre som ønsker å arbeide i en jordmorstyrt fødestue.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/moderat (middels uenighet)

Konsekvens: Alvorlig/moderat (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Ved aktuelt alternativ vil det være behov for flere jordmødre ved sykehuset enn det er i dag, og disse vil få et større ansvar. Det vurderes som en høy til middels risiko at sykehuset ikke klarer å rekruttere disse, og at ikke alle jordmødre som i dag jobber på sykehuset, ønsker å ta det ansvaret som de får i en jordmorstyrt fødestue. En jordmorstyrt fødestue innebærer en helt annen måte å jobbe på for jordmødre med et større beslutningsbehov.

Muligheter

Det har ikke blitt identifisert noen åpenbare muligheter ved å erstatte dagens fødeavdeling med en jordmorstyrt fødestue.

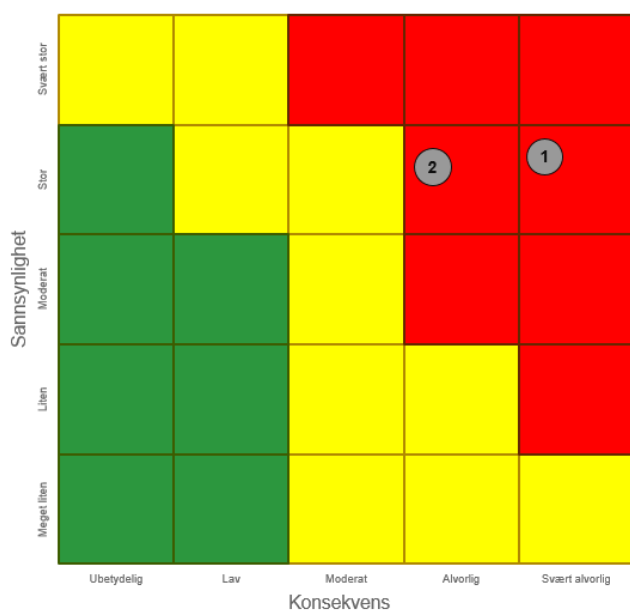
7. Elektiv kirurgisk virksomhet

Oppsummering

Analysen viser at det er høy risiko for at sykehuset vil få problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akuttkirurgi og ikke øker elektiv kirurgisk virksomhet. I tillegg er det høy risiko for uutnyttet operasjonskapasitet. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS. Det er også risiko for at pasienter som bor i nærheten av sykehuset i Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg dersom de blir henvist til Narvik, noe som vil medføre økte kostnader for helseforetaket. Det er ikke identifisert risikoer som påvirker pasientsikkerheten ved alternativene for elektiv kirurgisk virksomhet. Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF skaper muligheter for å øke og rendyrke den elektive kirurgien i Narvik. Dette kan føre til mer effektive elektive kirurgiske pasientforløp, og sykehuset i Narvik kan bli et kompetansesenter innen elektiv kirurgi. Dette vil kunne bidra til at det blir enklere å rekruttere kirurger til sykehuset i Narvik, og det gir muligheter for å øke forskning og skreddersy LiS-løp for leger i hele UNN HF.

Risikoer ved alternativ 1

Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens



Risiko-ID:	Risiko:	Påvirker:
1	Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet	Helseforetak
2	Risiko 2 - Risiko for uutnyttet operasjonskapasitet	Helseforetak

Risiko 1 - Risiko for at sykehuset vil ha problemer med å rekruttere spesialister innen kirurgi dersom man fjerner akutt kirurgi og ikke øker elektiv virksomhet.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor/svært stor (svært lav uenighet)

Konsekvens: Svært alvorlig/alvorlig (svært lav uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Spesialister ønsker å praktisere og det antas at sykehuset vil være et mindre attraktivt valg for spesialister dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi. Dette vurderes til å være en høy risiko.

Risiko 2 - Risiko for utnyttet operasjonskapasitet

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (svært lav uenighet)

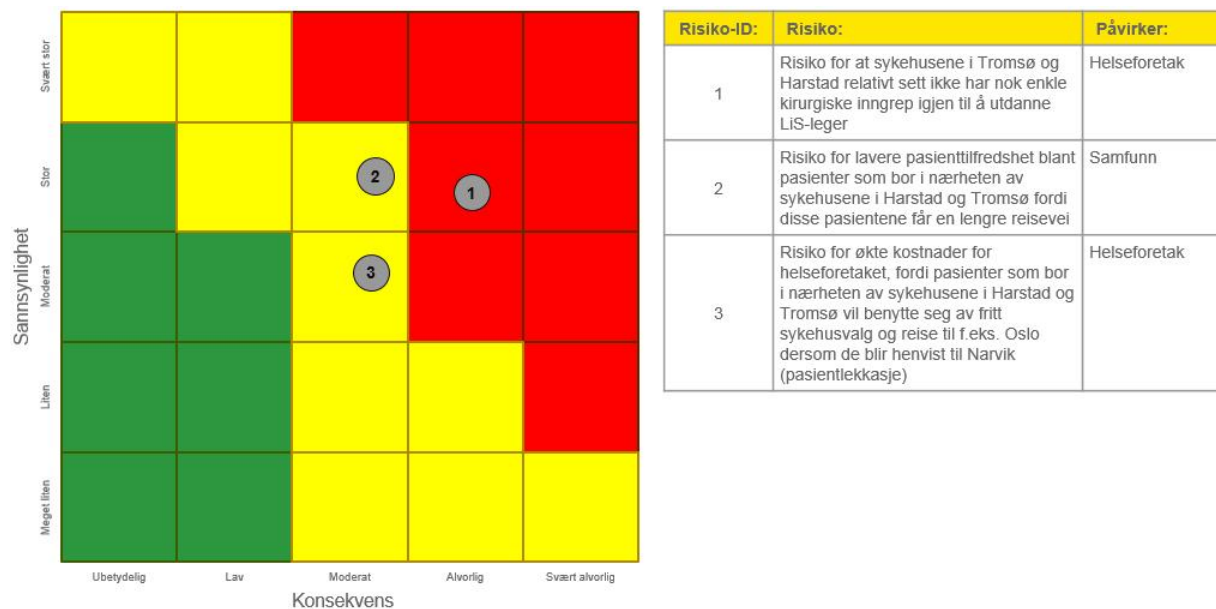
Konsekvens: Alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Høy/middels

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Sykehuset har kirurger, operasjonsteam og operasjonsstuer som med stor sannsynlighet vil ha utnyttet ledig kapasitet dersom akutt kirurgi avvikles uten å øke volumet på elektiv kirurgi.

Risikoer ved alternativ 2

Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF



Risiko 1 - Risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad relativt sett ikke har nok enkle kirurgiske inngrep igjen til å utdanne LiS-leger.

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Stor (høy uenighet)

Konsekvens: Alvorlig (høy uenighet)

Risiko: Høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Enkle kirurgiske inngrep er et viktig element i utdanning av LiS innen kirurgi. Dersom mye elektiv kirurgi overføres til Narvik, medfører det risiko for at sykehusene i Tromsø og Harstad ikke har nok enkle kirurgiske inngrep til å utdanne LiS innen kirurgi.

Risiko 2 - Risiko for lavere pasienttilfredshet blant pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø fordi disse pasientene får en lengre reisevei.

Påvirker: Samfunn

Sannsynlighet: Stor (lav uenighet)

Konsekvens: Moderat/alvorlig (middels uenighet)

Risiko: Middels/høy

Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres og for å besøke pårørende. Dette er ikke en risiko relatert til pasientsikkerhet, men til pasienters og pårørendes opplevelse av behandlingen.

Risiko 3 - Risiko for økte kostnader for helseforetaket, fordi pasienter som bor i nærheten av sykehusene i Harstad og Tromsø vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo dersom de blir henvist til Narvik (pasientlekkasje).

Påvirker: Helseforetak

Sannsynlighet: Moderat (høy uenighet)

Konsekvens: Moderat (lav uenighet)

Risiko: Middels

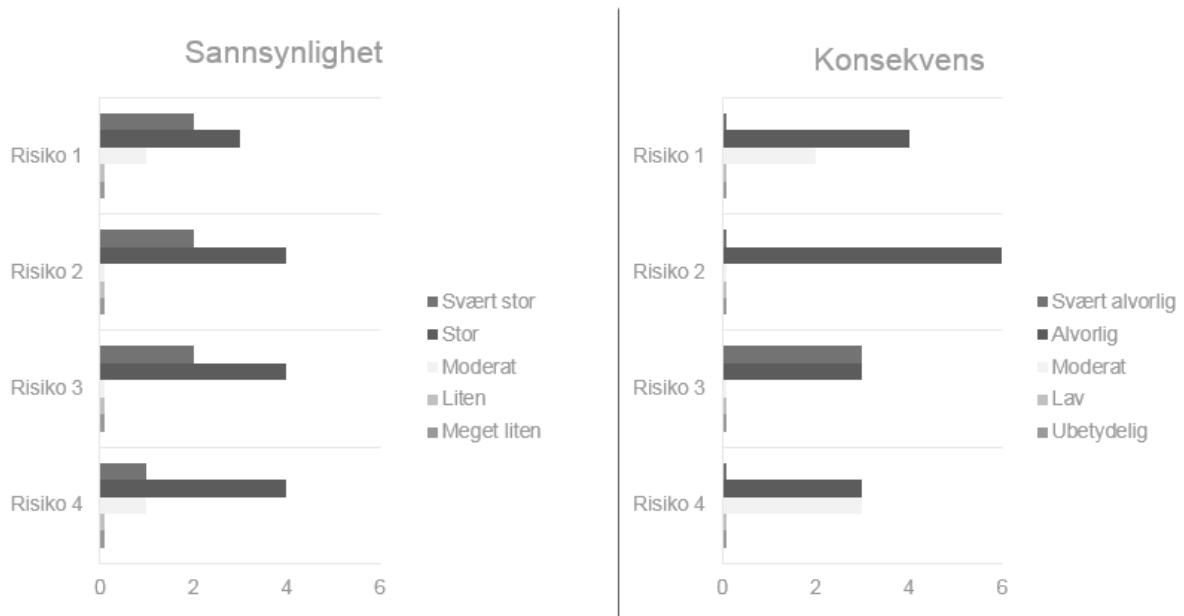
Kort om diskusjonen i arbeidsmøtet: Hvis elektiv virksomhet flyttes fra sykehusene i Harstad og Tromsø til sykehuset i Narvik vil dette bety at innbyggere i Harstad, Tromsø og området rundt vil måtte reise lengre for å opereres. Det er en risiko for at disse pasientene i så fall vil benytte seg av fritt sykehusvalg og reise til f.eks. Oslo, noe som medfører økte kostnader for helseforetaket. Risikoen antas å være større for pasienter som bor i Tromsø enn for pasienter som bor i Harstad.

Muligheter

- Mulighet til å ytterligere øke og rendyrke den elektive kirurgien. Den planlagte kirurgien separert fra den akutte kan være mer effektiv.
- Mulighet for at rekruttering kan bli enklere
- Mulighet til å styrke sykehusets status ved å bli et kompetansesenter
- Mulighet til å øke forskning i takt med økt pasientvolum
- Mulighet for å skreddersy LIS-løp for leger i hele UNN HF

8. Vedlegg – Stemmeresultater

Sak 1 - Alternativ 1

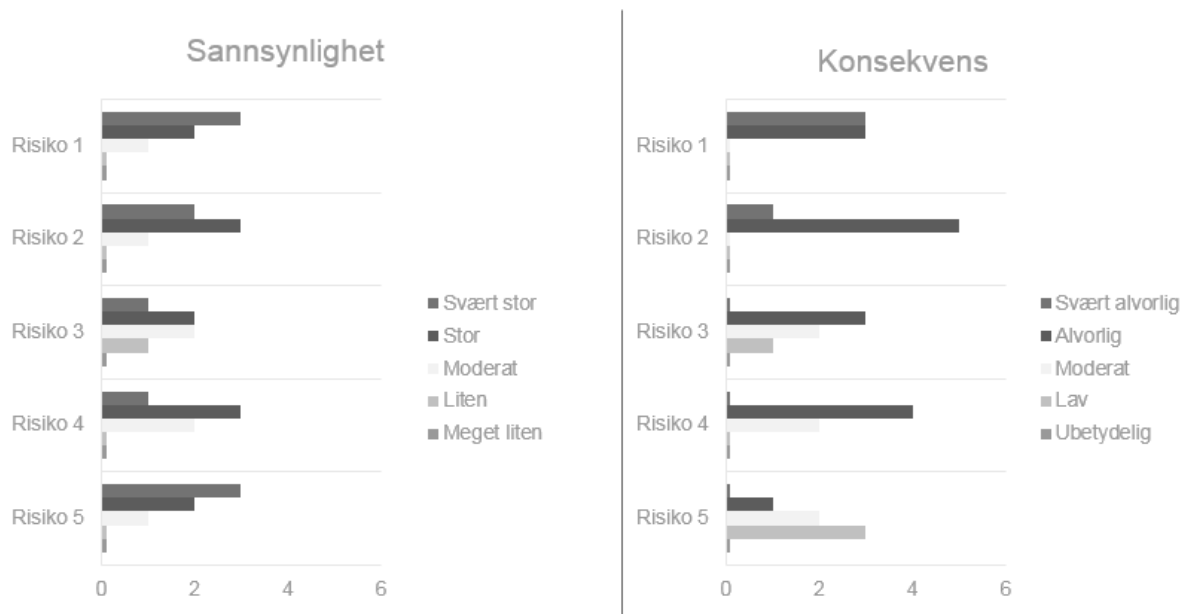


Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	2	4	0	3,67	0,47	15,28
2	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	6	0	4,00	0,00	17,33
3	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	3	3	4,50	0,50	19,50
4	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	0	3	3	0	3,50	0,50	14,00

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 2

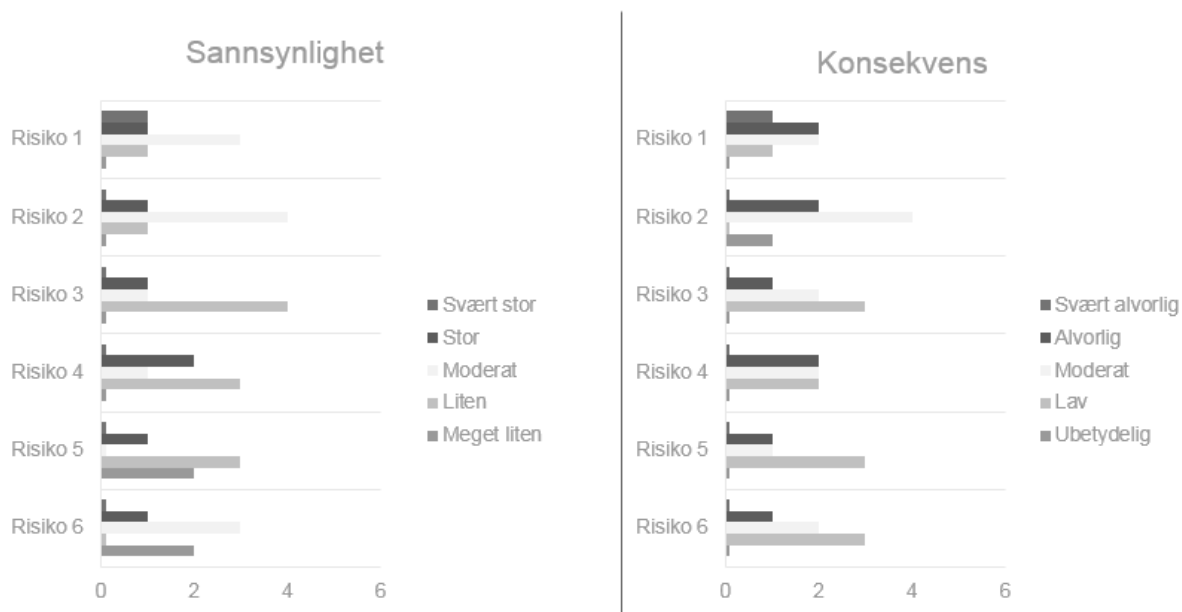


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	0	1	2	3	4,33	0,75	0	0	0	3	3	4,50	0,50	19,50		
2	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	0	5	1	4,17	0,37	17,36		
3	0	1	2	2	1	3,50	0,96	0	1	2	3	0	3,33	0,75	11,67		
4	0	0	2	3	1	3,83	0,69	0	0	2	4	0	3,67	0,47	14,06		
5	0	0	1	2	3	4,33	0,75	0	3	2	1	0	2,67	0,75	11,56		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 1 - Alternativ 3

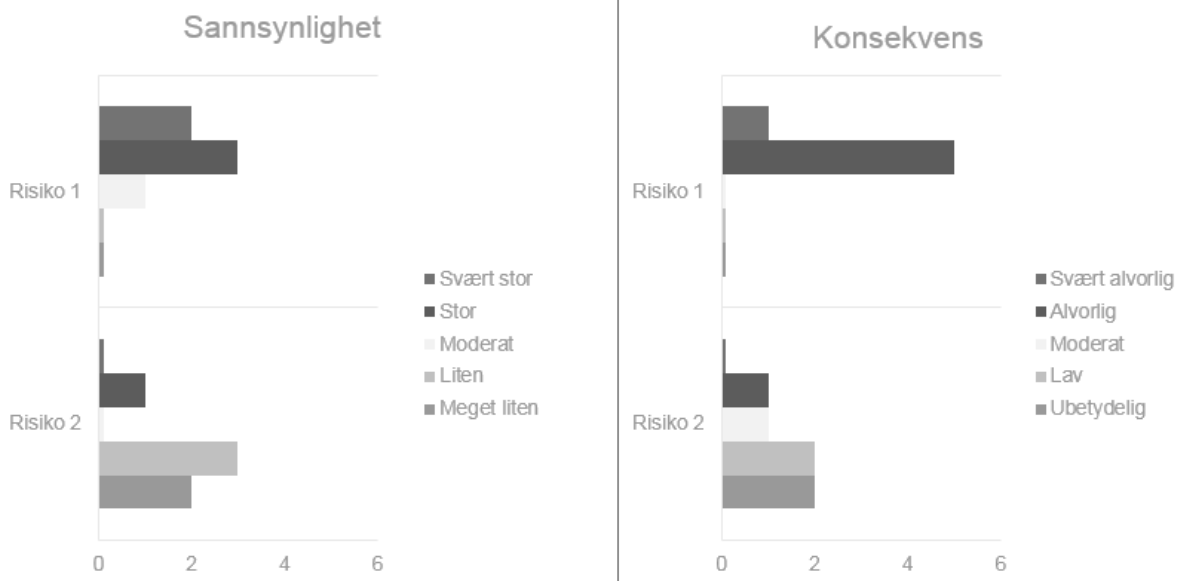


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	1	3	1	1	3,33	0,94	0	1	2	2	1	3,50	0,96	11,67		
2	0	1	4	1	0	3,00	0,58	0	0	4	2	0	3,33	0,47	10,00		
3	0	4	1	1	0	2,50	0,76	0	3	2	1	0	2,67	0,75	6,67		
4	0	3	1	2	0	2,83	0,90	0	2	2	2	0	3,00	0,82	8,50		
5	2	3	0	1	0	2,00	1,00	1	3	1	1	0	2,33	0,94	4,67		
6	2	0	3	1	0	2,50	1,12	0	3	2	1	0	2,67	0,75	6,67		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 1

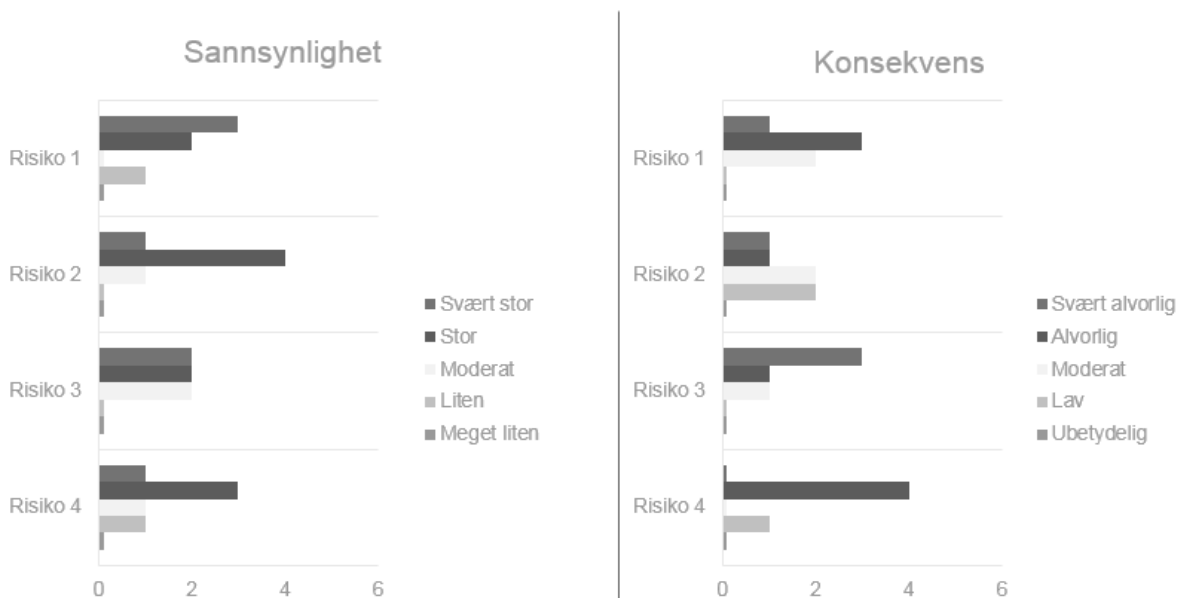


Risiko	Sannsynlighet								Konsekvens								Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ			
1	0	0	1	3	2	4,17	0,69	0	0	0	5	1	4,17	0,37	17,36		
2	2	3	0	1	0	2,00	1,00	2	2	1	1	0	2,17	1,07	4,33		

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 2 - Alternativ 2

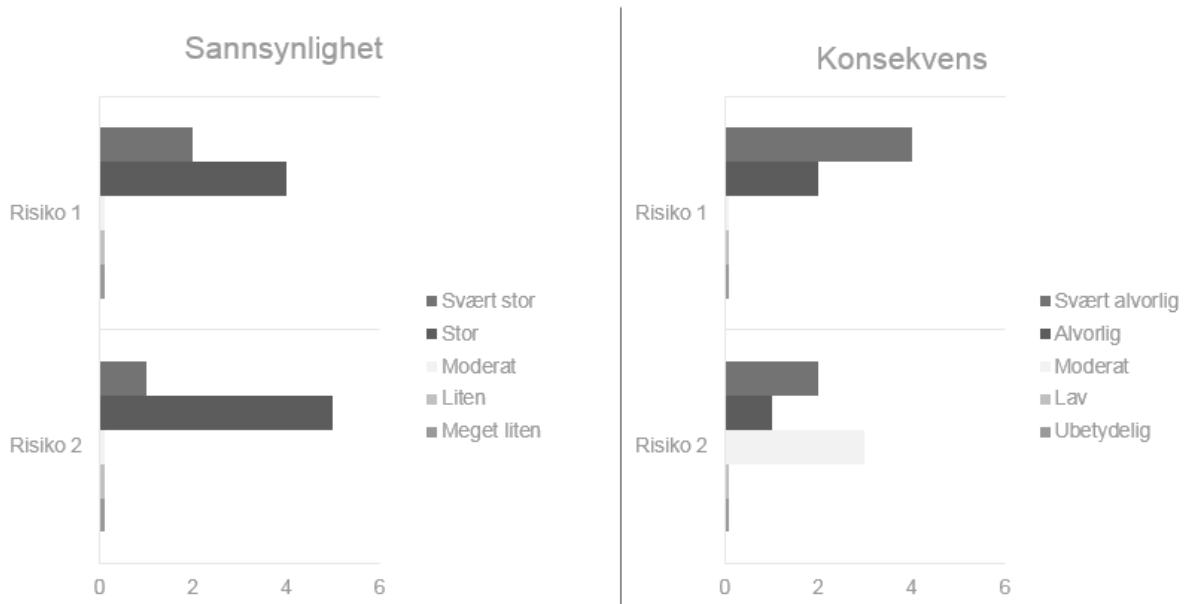


Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	1	0	2	3	4,17	1,07	0	0	2	3	1	3,83	0,69	15,97
2	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	2	2	1	1	3,17	1,07	12,67
3	0	0	2	2	2	4,00	0,82	0	0	1	1	3	4,40	0,80	17,60
4	0	1	1	3	1	3,67	0,94	0	1	0	4	0	3,60	0,80	13,20

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 1

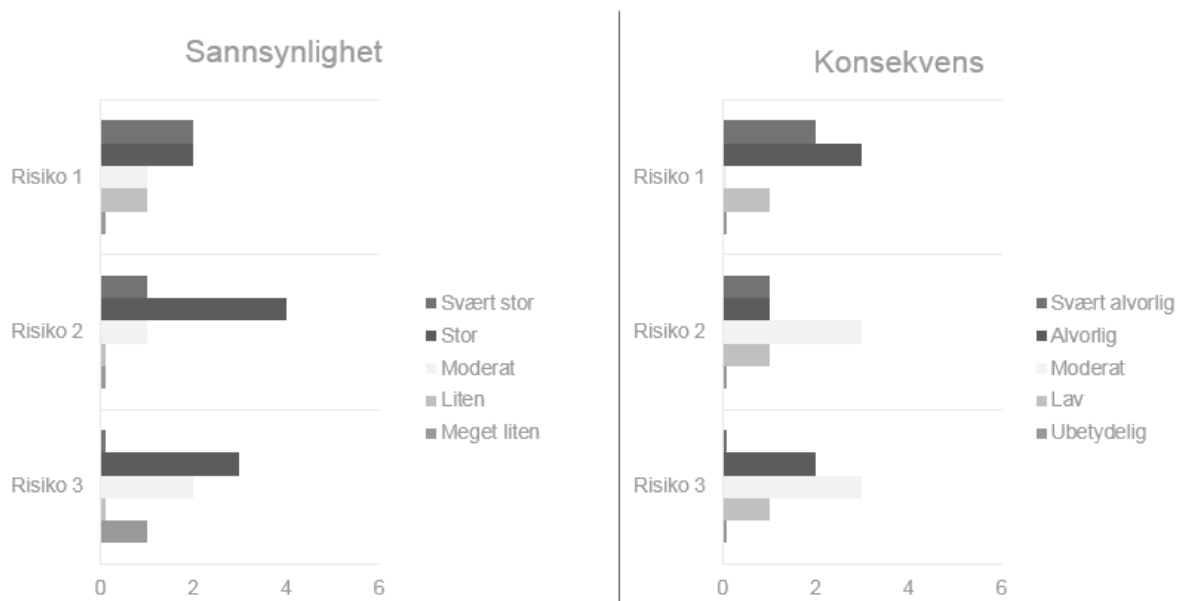


Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	0	0	4	2	4,33	0,47	0	0	0	2	4	4,67	0,47	20,22
2	0	0	0	5	1	4,17	0,37	0	0	3	1	2	3,83	0,90	15,97

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig

Sak 3 - Alternativ 2



Risiko	Sannsynlighet							Konsekvens							Risiko (S*K)
	1	2	3	4	5	Snitt	σ	1	2	3	4	5	Snitt	σ	
1	0	1	1	2	2	3,83	1,07	0	1	0	3	2	4,00	1,00	15,33
2	0	0	1	4	1	4,00	0,58	0	1	3	1	1	3,33	0,94	13,33
3	1	0	2	3	0	3,17	1,07	0	1	3	2	0	3,17	0,69	10,03

Sannsynlighet: 1 = Meget liten, 2 = Liten, 3 = Moderat, 4 = Stor, 5 = Svært stor

Konsekvens: 1 = Ubetydelig, 2 = Lav, 3 = Moderat, 4 = Alvorlig, 5 = Svært alvorlig