



Ekstern kvalitetssikring Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ved UNN Narvik

Dette er en kvalitetssikring av UNN Narvik sin utredning om kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder, utarbeidet av Deloitte AS mars 2017

Sammendrag

I foretaksmøtet den 4. mai 2016 ble Helse Nord RHF bedt om å legge til grunn Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse og sykehusplan, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med avklaring av akuttfunksjoner skulle være gjennomført innen 1. april 2017.

Etter styrebehandling i Helse Nord RHF (styresak 60-2016) ble UNN HF bedt om å iverksette utredningen «Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik». Av mandatet fremgår det at innhold og organisering av akuttberedskap og traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv kirurgi skal omtales i utredningen. UNN HF ble bedt om å utrede:

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

Helseforetaket skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

Utredningen foreligger nå, og Helse Nord RHF har bedt Deloitte kvalitetssikre utredningen. Grunnlaget for kvalitetssikringen er føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og prosjektmandatet for oppfølging av styresak 60-2016 i Helse Nord RHF. Anvendbare retningslinjer i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» er lagt til grunn.

Kvalitetssikrers hovedinntrykket er at det har vært en åpen og involverende prosess. Det har vært stor oppslutning og engasjement i prosjektgruppen som har avholdt syv møter. Prosjektgruppen er delt i sin innstilling. Denne uenigheten ble først tydelig meget sent i prosessen og preget derfor siste del av arbeidet, også hvordan prosjektdeltagerne oppfatter prosessen. Det ble brukt mye tid innledningsvis til gjennomgang av faktagrunnlaget. Prosjektgruppens flertall er av den oppfatning at mer av tiden med fordel kunne vært brukt til diskusjoner rundt gruppens innstilling i et forsøk på å komme frem til en felles innstilling. Prosjektgruppen er samstemt i at uenigheten er godt beskrevet i den foreliggende utredning.

Prosjektgruppen har levert to forslag til utforming av tjenestetilbudet ved UNN Narvik; det ene støttet av flertallet og det andre støttet av mindretallet. Begge forslagene er innenfor mandatet for utredningen og begge forslagene anbefaler en fortsatt kirurgisk vaktordning, dog med den forskjell at mindretallet foreslår at akutte innleggelser for kirurgiske gastroenterologiske problemstillinger ikke lenger skal finne sted ved UNN Narvik. Kvalitetssikrer er bedt om å vurdere om alternativene som er belyst i prosjektrapporten representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, for å oppfylle det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på utfordringer med både kvalitet og rekruttering ved mindre sykehus som eksempelvis UNN Narvik, og foreslår en løsning der disse akuttsykehusene ikke lenger har en kirurgisk vaktordning om ikke geografi, avstand mellom sykehus, bosetningsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Kvalitetssikrer er av den oppfatning at dette alternativet ikke er tilstrekkelig vurdert. Slik kvalitetssikrer forstår dialogen mellom Helse Nord RHF og UNN HF ved oppstart av prosjektet, har dette implisitt heller ikke ligget inne i Helse Nord RHF's forventninger til utredningen. Kvalitetssikrer anbefaler derfor Helse Nord RHF å se nærmere på dette i det videre arbeidet.

Fleire av forslagene i utredningen vil ha konsekvenser for UNN HF sin samlede kapasitetsutnyttelse både når det gjelder areal, medisinsk teknisk utstyr og personell, i tillegg til mulige konsekvenser for legers spesialistutdannelse. Kvalitetssikrer er av den oppfatning at dette foretaksperspektivet ikke er tilstrekkelig vurdert og anbefaler derfor Helse Nord RHF å se nærmere på dette i det videre arbeidet.

Videre er kvalitetssikrer av den oppfatning at det innenfor mange fagområder vil kunne være potensialer for økt aktivitet ved UNN Narvik både når det gjelder dagbehandling og poliklinikk. Kvalitetssikrer anbefaler Helse Nord RHF å gi disse mulighetene større oppmerksomhet i det videre arbeidet.

Fødeavdelingen innfrir i dag ikke de nasjonale kravene til fødselsomsorgen og Helse Nords egne krav til fødevirksomhet. Kvalitetsikrer er av den oppfatning av enten må kraftfulle og realistiske tiltak for å endre rekrutteringssituasjonen av gynekologer iverksettes, eller dersom dette ikke er mulig, må det planlegges for alternative fødetilbud.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 3 |
| 1. Om denne rapporten | 6 |
| 1.1 Fremgangsmåte og utarbeidelse av kvalitetssikringsrapporten | 7 |
| 2. Kvalitetssikring av prosess | 9 |
| 2.1 Evalueringskriterier | 9 |
| 2.2 Overordnet inntrykk av prosessen | 9 |
| 2.3 Åpenhet | 9 |
| 2.4 Involvering | 10 |
| 2.5 Forutsigbarhet | 11 |
| 2.6 Kommunedialog | 12 |
| 3. Kvalitetssikring av utredningens innhold | 13 |
| 3.1 Vurderingskriterier | 13 |
| 3.2 Kvalitetssikring i forhold til måloppnåelse | 13 |
| 3.3 Kvalitetssikring i forhold til risiko- og mulighetsanalysen | 17 |
| 3.4 Kvalitetssikring av øvrig innhold | 19 |
| 3.5 Anbefalte oppfølgingspunkter | 21 |

1. Om denne rapporten

Dette dokumentet er en kvalitetssikringsrapport av prosjekt Oppfølging av Nasjonal helse og sykehusplan – styresak 60-2016 Helse Nord RHF ved sykehuset i Narvik (UNN HF). Dokumentet tar for seg prosjektrapporten «Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, utredning av kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder ved UNN Narvik». Kvalitetssikringsrapporten er utarbeidet av Deloitte AS (heretter kun omtalt som ekstern kvalitetssikrer, EKS) på oppdrag fra Helse Nord RHF. Kvalitetssikringsarbeidet har vært utført av Lene Lunde, Magne Flatlandsmo og med Helge Torgersen som ansvarlig partner.

Siden høsten 2016 har en prosjektgruppe nedsatt av UNN HF jobbet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan ved å utrede kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder.

Utredningen ble gjort på bestilling av, og etter mandat fra, Helse Nord RHF. Helse Nord RHF ønsket forslag til utforming av tjenestetilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF som en oppfølging til Nasjonal helse- og sykehusplan. Arbeidet skulle bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir fremtidsrettet og at løsningene som foreslåes ivaretar faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

I mandatet er en felles metodikk i utredning og analyse av området kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder beskrevet. Helseforetaket ble i mandatet bedt om å se på:

- Innhold og organisering av akuttberedskap og traumeberedskap
- Innhold og organisering av fødetilbudet
- Innhold og organisering av elektiv kirurgi

Helseforetaket ble videre bedt om å utrede to løsninger for fremtidig kirurgisk akuttberedskap, og komme med en anbefalt løsning. Løsningen som var bedt utredet er:

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

Utredningene skulle vise hvordan befolkningen får i varetatt sitt behov for slike tjenester, inkludert traumeberedskap, eventuelle konsekvenser for andre fagområder og for foretakets øvrige sykehus.

I følge Nasjonal helse- og sykehusplan skal helseforetakene ha en overordnet plan som grunnlag for å gjennomføre endringer og utviklingstiltak. Vesentlige tiltak kan ikke gjennomføres før det er satt inn i en slik utviklingsplan og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. Endringer i eventuell akuttfunksjon er å betrakte som vesentlig, og er i så måte et tiltak som må legges inn i en utviklingsplan. For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, er det utarbeidet en egen veileder for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, og det er forutsatt at det gjennomføres ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanene. Arbeidet som her kvalitetssikres er ikke en utviklingsplan, men et element som kan komme til å inngå i helseforetakets utviklingsplan.

Grunnlaget for denne kvalitetssikringen er:

- Føringerne i Nasjonal helse- og sykehusplan
- Prosjektmandat for oppfølging av styresak 60-2016 i Helse Nord RHF
- Anvendbare retningslinjer i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner»
- Avrop om kvalitetssikring av spesifikke elementer fra oppdragsbeskrivelsen fra Helse Nord RHF til kvalitetssikrer

På grunn av kort tid til kvalitetssikringen ble EKS bedt om å ha fokus på områder i prosessen og i utredningen hvor det kan synes å være mangler og uenigheter.

Kvalitetssikringen er tredelt, og EKS har evaluert følgende:

- Prosessen knyttet til arbeidet med utredningen, med fokus på åpenhet, involvering, forutsigbarhet og kommunedialog
- Utredningens innhold, med spesielt fokus på måloppnåelse. Øvrig innhold er også evaluert med spesielt fokus på samhandling med kommunene, muligheter for omstilling og effektivisering, og vurdering av nye behandlingsformer
- Risiko- og mulighetsanalysen som er utført

Kvalitetssikringen er å betrakte som overordnet i sin form, da det i prosjektet er utarbeidet en rekke underlagsmaterieell og analyser som EKS ikke har gjennomgått og vurdert i detalj. Dette materiale har blitt brukt som oppslag i tilfeller der det har vært nødvendig å oppdrive detaljert informasjon for å forklare forhold som er omtalt i utredningen.

1.1 Fremgangsmåte og utarbeidelse av kvalitetssikringsrapporten

Deloitte har arbeidet på oppdrag for Helse Nord. Det ble innledningsvis avholdt et oppklaringsmøte mellom oppdragsgiver og ansvarlig partner mandag den 27.2.17 for å avklare kvalitetssikringsprosessen. Planleggingen av prosessen ble gjort i uke 9. Utredningene ble offentliggjort og tilgjengelig for EKS torsdag den 2.3.17. I uke 10 ble det gjennomført intervjuer av prosjektdeltakerne, og avholdt et statusmøte med oppdragsgiver. I uke 11 ble kvalitetssikringsrapporten utarbeidet, og det ble også da avholdt et statusmøte. Endelig kvalitetssikringsrapport ble levert til Helse Nord 23.3.17.

Det har vært en åpen dialog med oppdragsgiver underveis i prosessen om funn som er gjort. Som ansvarlig for den eksterne kvalitetssikringen har ikke Deloitte utført noen egne analyser, eller utarbeidet noe materiale, eller kommet med noen anbefalinger som inngår i utredningen. Deloittes rolle gjennom kvalitetssikringsarbeidet har vært å gi konkrete tilbakemeldinger til Helse Nord på prosessen rundt utredningen, utredningens innhold og utredningens risiko- og mulighetsanalyse, samt komme med konkrete råd for veien videre.

Det er viktig å være oppmerksom på at kvalitetssikringen er gjort med fokus på eventuelle avvik fra planer og mandat i tråd med formålet med en slik kvalitetssikring. Kvalitetssikringsrapporten gir derfor ikke en omtale av alt som har vært gjennomført i utredningsarbeidet.

Selv om Deloitte har hatt dialog med Helse Nord underveis i prosessen, er kvalitetssikringsrapporten og vurderingene som fremkommer Deloittes uavhengige oppfatning. Kvalitetssikringsrapporten har på ingen måte vært gjenstand for påvirkning fra oppdragsgiver eller andre berørte aktører.

I tilknytning til kvalitetssikringen av prosess har Deloitte utført intervjuer av prosjektdeltakerne for å få en mer grunnleggende forståelse av prosessen og hva som har fungert og ikke fungert. Når det gjelder kvalitetssikring av innhold i utredningen har EKS brukt den dokumentasjon som foreligger. Det ble laget en intervjuguide i forkant av intervjuene for å sikre at alle intervjuene fulgte samme struktur.

Tabell 1 viser en oversikt over prosjektdeltakerne som er intervjuet. Sekretariatsleder og kommunikasjonssjefen i UNN var involvert i prosjektarbeidet og er også intervjuet. De fleste intervjuene har foregått ansikt til ansikt, mens noen har foregått over skype/telefon. Av 16 personer som var involvert i arbeidet er det intervjuet 14 personer. EKS oppfatter at dette antallet er representativt

| Navn | Tittel | Rolle i prosjektet |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Odd Søreide | Innleid prosjektleder | Leder prosjektgruppen UNN |
| Hege Andersen | Rådgiver UNN Tromsø | Sekretariatsleder |
| Esben Haldorsen | Brukerrepresentant - ikke møtt | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Cathrin Carlyle | Brukerrepresentant | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Bengt-Ole Larsen | Konsernverneombud | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Bjørn Bremer | Narvik kommune | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Sverre Håkon Evju | Narvik kommune | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Heidi E Laksoa | Narvik kommune | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Arne Holm | Bardu kommune | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Jon Harr | UNN Narvik | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Anne Marthe F Jenssen | UNN Narvik | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Rita Pernille Martnes | UNN Harstad | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Knut Kjørstad | UNN Tromsø | Prosjektgruppemedlem UNN |
| Hilde Annie Pettersen | UNN | Kommunikasjonssjef |

Tabell 1 Intervjuobjekter fra prosjektgruppen ved UNN Narvik

2. Kvalitetssikring av prosess

2.1 Evalueringskriterier

Arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan har stor betydning for befolkningen i sykehusets opptaksområde, og får ofte stor offentlig oppmerksomhet. I henhold til prosjektmandatet skal prosessen rundt prosjektet være basert på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og andre samarbeidsaktører. Det er nettopp disse elementene oppdragsgiver har bedt EKS om å vurdere.

I dette kapitlet presenteres vurderingene gjort rundt selve prosessen. EKS vurderer om prosessen har sikret tilstrekkelig åpenhet, forutsigbarhet og involvering, og om dialogen med kommunene har vært tilstrekkelig god. Prinsippene som vurderes er de samme prinsippene som skal legges til grunn for helseforetakene sitt arbeide med utviklingsplaner. Prosessen er primært evaluert gjennom intervjuer med prosjektgruppedeltagerne og vurdering av tilgjengelig informasjon på nettsider som f.eks. mandat, prosjektplan, møtereferater.

Det er lagt vekt på å gå dypere inn i de områder hvor det er ansett å kunne være forbedringspotensialer og/eller hvor det kan stilles spørsmål ved kvaliteten av arbeidet.

2.2 Overordnet inntrykk av prosessen

Hovedinntrykket er at prosessen har vært åpen og at involveringen har vært god. Det har vært avholdt syv møter i prosjektgruppen, og det har vært stor oppslutning og engasjement fra prosjektgruppedeltagerne.

Prosjektgruppen er delt i sin innstilling og denne uenigheten ble først tydelig på møtet som ble avholdt i januar. EKS oppfatter at dette kom overraskende på mange av prosjektdeltagerne. Uenighet preget derfor siste del av arbeidet, og også hvordan prosjektdeltagerne oppfatter prosessen. Det pekes på at man brukte mye tid innledningsvis på gjennomgang og analyse av faktagrunnlag, og relativt lite tid på diskusjon og drøfting av løsninger. Det er dog ingen tegn på at uenigheten ikke har kommet frem eller at rapporten ikke er dekkende for prosjektdeltagernes syn, selv opp prosjektgruppens flertall gjerne skulle hatt bedre tid til å formulere sin flertallsinnstilling.

2.3 Åpenhet

I henhold til Veileder for utviklingsplaner og mandatet for selve prosjektet er det slått fast at arbeidet skal foregå i åpenhet. Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn. I prinsippet betyr dette at dokumenter som mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, tidslinje og milepæler skal være tilgjengelig for alle. I praksis løses dette enkelt ved å ha en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

Observasjoner

I prosjektplanen beskrives det at mål for kommunikasjonsarbeidet er at «interessentene har tillit til prosessen, prosjektet og målsettingen».

For å nå dette målet ble det utarbeidet interessentanalyse og kommunikasjonsplan for prosjektet.

Konkrete tiltak som har vært gjennomført er:

- Oppdaterte nettsider med tilgang til prosjektmateriale, som for eksempel mandat, plan referatet fra møter, bakgrunns litteratur og data/analyser etc.
- Informasjonsmøte for ansatte ved UNN Narvik i forbindelse med hvert prosjektgruppemøte
- Møter med pressen etter hvert prosjektgruppemøte

- Egen e-postkasse, hvor allmennheten kunne sende inn spørsmål og innspill til prosessen

Vurderinger

EKS vurderer at veilederens prinsipp om åpenhet er tilfredsstillende, og at prosessen har vært mulig å følge av alle som ønsket det. Dette baseres vi på følgende inntrykk:

- Det har vært gjort aktive tiltak som møter med ansatte, i tilknytning til prosjektgruppemøtene, møte med pressen og andre som har vist interesse. Prosjektleder har hatt høy grad av tilgjengelighet
- Prosjektet har egen nettside på www.unn.no som er lett tilgjengelig, oversiktlig og inneholder mye prosjektmateriale. Selv om nettsidene inneholder mye informasjon, er de oversiktlige, og nettsidene har vært oppdatert i prosjektperioden

2.4 Involvering

Både mandat for prosjektet og Veileder for utviklingsplanene peker på viktigheten av involvering og brukermedvirkning. I følge veilederen skal det i en oppstartsfase gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter. Interessentene skal som en hovedregel avgjøre i hvilken grad de vil involveres, altså om de vil være direkte involvert i prosjektet, eller om de bare vil informeres underveis i prosjektet. Involvering vil typisk innebære deltakelse i prosjekt/-eller styringsgrupper. Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge. Hvordan de ulike interessentene skal informeres skal beskrives i en kommunikasjonsplan. Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres. For å sikre faglighet i utredninger og beslutningsprosesser kombinert med informasjon og medvirkning fra berørte aktører, er det i mandatet bedt om at en rigger en prosjektgruppe, med minimum denne representasjonen:

- 2 repr. fra UNN Narvik
- 1 repr. fra UNN Harstad
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 1 repr. fra KTV/KVO
- 1 brukerrepresentant

Observasjoner

Prosjektgruppen ble komplettert tidlig i prosjektperioden og besto av totalt 13 medlemmer:

- 3 repr. fra UNN Narvik
- 1 repr. fra UNN Harstad
- 1 repr. fra UNN Tromsø
- 4 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 2 repr. fra KTV/KVO
- 1 brukerrepresentant
- 1 innleid prosjektleder

Antallet prosjektgruppemedlemmer ble økt for å bedre involveringen og bredden i gruppen. Tidlig i prosessen ble det gjort en interessentanalyse som inkluderer både interne og eksterne interessenter. Man har hatt en brukerrepresentant i prosjektgruppen, mens veilederen beskriver at man skal vurdere å oppnevne to representanter tatt i betraktning arbeidets omfang.

Vurderinger

EKS vurderer det til at veilederens prinsipp om involvering er oppfylt. Det vurderes at interessentanalysen er gjort på en god måte, både når det gjelder omfang og vurderinger. Interessentanalysen er også fulgt opp fra sekretariatets side.

2.5 Forutsigbarhet

I nasjonal Veileder for utviklingsplaner defineres forutsigbarhet som at prosjektet må være rigget på en slik måte at alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer i prosjektet, når det skjer, og hvor beslutningspunktene er. Det er ikke lagt noen konkrete føringer som kan knyttes til forutsigbarhet i selve mandatet for arbeidet, utover Helse Nord sin milepælsplan. EKS har lagt vekt på å vurdere om mandatet har vært klart og tydelig for prosjektdeltakerne, om man har fulgt en prosjektplan, og om beslutningspunktene har vært tydelige, og om dette har vært kommunisert ut. Det er også vurdert hvordan eventuell uenighet i prosjektet har blitt håndtert, og hvordan forutsigbarheten i prosjektet eventuelt har vært for utenforstående.

Observasjoner

Prosjektet har utarbeidet en egen plan for arbeidet som har vært tilgjengelig for alle på prosjektets nettside, men uten noen detaljert plan for hvilke emner som skulle diskuteres på hvert møte.

Mandatet ble av flere prosjektgruppedeltagerne oppfattet som noe uklart, og det ble brukt mye tid på avklaringer av dette i oppstarten av prosjektet. I tillegg ble mandatet presisert fra oppdragsgivers side.

Prosjektgruppen kom ikke til enighet om en felles innstilling. I prosjektplanen er det lagt til grunn at prosjektgruppen skulle søke å komme frem til en omforent anbefaling til UNN-styret. EKS oppfatter at dette ble formidlet i starten av prosjektet, og at prosjektgruppen hadde et klart mål om en felles innstilling.

Når det gjelder håndtering av uenighet ser det fra referater og intervjuer ut til at dette først var emne på prosjektgruppemøte 12. januar: *«Prosjektleder redegjorde for «spilleregler» for diskusjon og senere utforming 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».*

Flertallet i prosjektgruppen beskriver at de fikk mindre enn en uke til å formulere sin uenighet. Utkastet til gruppens samlede anbefaling ble først sendt ut i begynnelsen av februar. Det var lagt opp til en tett tidsplan for ferdigstilling av rapporten.

De fleste av prosjektgruppedeltakerne mener at det ble satt av for lite tid til diskusjoner og drøfting av løsningsalternativene til fordel for gjennomgang av mye tall- og bakgrunnsmateriale. De som utgjør prosjektgruppens flertall uttrykker skuffelse over dette, og mener at mer tid til diskusjon ville kunne gitt grunnlag for en felles innstilling. Ut i ifra referatene og intervjuene oppfatter vi det slik at de konkrete løsningsalternativene først ble debattert på de to siste møtene.

Vurdering

EKS vurderer at forutsigbarheten i prosessen har mangler, spesielt gjelder dette håndtering av uenighet og tiden som var satt av til drøfting av løsningsalternativer. Erfaringsmessig tar skriftliggjøring av materiale lengre tid enn man i utgangspunktet forventer. Fordelingen mellom fremhenting og diskusjon av grunnlagsmateriale på den ene side, og drøfting av løsningsforslag og skriftliggjøring på den andre siden kunne vært planlagt bedre.

EKS vurderer at spilleregler for hvordan eventuell uenighet skulle håndteres kunne vært tatt opp på et tidligere tidspunkt for å skape større forutsigbarhet. Dette kunne da ha vært med på å legge grunnlag for en bedre og grundigere diskusjon rundt løsningsalternativene.

Basert på historikken knyttet til lokalsykehusdebatten andre steder i landet, burde det ikke komme som en overraskelse at man ikke kom til en enstemmig anbefaling. EKS vurderer at denne uenigheten kunne vært avdekket tidligere og håndtert på en annen måte, og at dette kunne ført til en bedre avslutning av prosjektet.

2.6 Kommunediialog

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet peker veilederen for utviklingsplaner på at kommunene gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid skal involveres, og ikke bare informeres. I EKS sin oppdragsbeskrivelse er det også påpekt at en skal vurdere hvordan dialogen med kommunene har vært gjennom prosessen. EKS har i så måte undersøkt om det har vært en formalisert dialog mellom prosjektet og kommunene underveis i prosjektet, og hvordan kommunene i sykehusets nedslagsfelt har vært involvert.

Observasjoner

Kommunene var representert i arbeidet med tre representanter fra Narvik kommune, og en representant fra Bardu kommune. Disse var involvert i arbeidet på lik linje med andre prosjektgruppedeltagere. I tillegg har det vært avholdt møter med andre kommuner i eksisterende nettverk. Det har vært holdt informasjonsmøter med Ofoten Regionråd og med Overordnet samarbeidsorgan mellom UNN og alle kommuner i opptaksområdet. Her ble det informert om prosessen og oppfordret til å bruke nettsider for informasjon og å komme med innspill via prosjektets e-postkasse. Det synes å være en samstemt oppfatning at kommunene har vært godt ivaretatt.

Vurdering

Etter EKS sin vurdering har kommunene vært involvert på en tilfredsstillende måte i denne prosessen. Dette baserer seg på følgende:

- Kommunene har hatt fire egne representanter i prosjektgruppen, som har deltatt på lik linje med andre prosjektdeltagere
- Det har vært avholdt flere møter om prosessen i eksisterende samarbeidsorganer
- Den generelt gode kommunikasjonen med samfunnet og åpenheten for innspill

3. Kvalitetssikring av utredningens innhold

3.1 Vurderingskriterier

Utredningen som kvalitetssikres er et ledd i Helse Nord's oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Utredningens samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan står derfor svært sentralt i arbeidet med kvalitetssikringen. Det samme gjelder det mandat som er utarbeidet for arbeidet. Konkret vurderes det hvordan anbefalingene i utredningen står seg i forhold til måloppnåelse, om samhandling med primærhelsetjenesten er vurdert og beskrevet, om man i anbefalingene legger opp til omstilling og effektivisering og om nye behandlingsområder og konsekvensen av disse er vurdert.

3.2 Kvalitetssikring i forhold til måloppnåelse

Det finnes konkrete mål og krav til spesialisthelsetjenesten definert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Ett hvert utviklingsprosjekt i sykehus bør tilstrebe å realisere og oppfylle disse målene og kravene. Prosjektet som kvalitetssikres er som nevnt en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, og det er derfor naturlig at de gitte anbefalinger er i tråd med denne. EKS oppfatter at Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler syv områder som en må vurdere måloppnåelse ut i fra. Disse områdene er å styrke pasienten, prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling, fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten, tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse, større pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene, mer rasjonell oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus, og styrke de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Helse Nord har et «sørge for»-ansvar og EKS undersøker hvorvidt alternativene som er belyst i rapporten representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til det mulighetsrommet som foreligger for å ivareta dette ansvaret. Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best organiserer øyeblikkelig-hjelp tilbudet.

3.2.1 Framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik

Utgangspunktet for dette arbeidet er Nasjonal helse- og sykehusplan med spesielt fokus på det akuttkirurgiske tilbudet. EKS finner det naturlig nødvendig å peke på noen av hovedpoengene fra Nasjonal helse- og sykehusplan.

Planen legger til grunn at mindre sykehus ikke skal ha akuttfunksjon i kirurgi. I rapporten fra den faglige rådgivingsgruppen for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan er bekymringen knyttet til den akutt-kirurgiske funksjonen ved de mindre sykehusene oppsummert slik:

- Lite pasientvolum gir liten trening og gjør det vanskelig å holde ved like kunnskap, kvalitet og praktisk ferdighet. Det gjelder alle diagnoser som ikke forekommer ofte, men i særlig grad alvorlige akutte tilstander og kirurgi
- Medisinsk spesialisering innen diagnostikk og behandling har gitt bedre kvalitet og bedre overlevelse, men krever mer spesialisert kunnskap, utstyr og organisering. Dette er særlig tydelig innen kirurgiske fag og avansert akuttmedisin

Nasjonal helse- og sykehusplan legger et befolkningsgrunnlag på 60 000 til 80 000 innbyggere til grunn som en nedre grense for å skulle ha akutt kirurgi. Det blir samtidig pekt på at det ikke er klart hvor mye av sammenhengen mellom volum og kvalitet som skyldes den enkelte kirurgens erfaring, hvor mye som skyldes kompetansen i det samlede behandlingsteamet, og hvor mye som skyldes medisinske og andre støttefunksjoner.

Planen påpeker også at mange mindre sykehus har rekrutteringsutfordringer og er avhengig av vikarstafetter:

- Den generelle kirurgen med bred og allsidig kompetanse vil forsvinne over tid fordi arbeidet blir mer spesialisert

- For å opprettholde døgnkontinuerlig vaktordning trengs det 6-8 generelle kirurger. Det er vanskelig å bemanne små sykehus med så mange kirurger allerede i dag. I årene som kommer, blir det enda vanskeligere fordi det blir færre generelle kirurger

På denne bakgrunn legges det til grunn at ikke alle sykehus i framtiden skal ha et akutt-kirurgisk tilbud. Følgende betegnelser på sykehus skal gjelde:

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

Stort akuttisykehus: Befolkningsgrunnlag på minste 60-80 000 innbyggere. Har et bredt tilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter

Akuttisykehus: Skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt 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 akuttfunksjoner: Sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner

Basert på sitt befolkningsgrunnlag er UNN Narvik altså definert som et akuttisykehus som i utgangspunktet ikke skal ha akuttfunksjon i kirurgi. Nasjonal helse- og sykehusplan åpner imidlertid for at i regioner der værforhold og geografi gjør at avstandene blir altfor lange, kan det måtte gjøres unntak slik at en har akuttkirurgi også ved mindre befolkningsgrunnlag.

EKS oppfatter at kjernes spørsmålet i denne utredningen er om vær og geografi representerer en så stor utfordring at UNN Narvik kan komme inn under denne unntaksbestemmelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er flere eksempler på andre steder med utfordrende lange reiseavstander som har sykehus uten akuttfunksjon i kirurgi, og i noen tilfelle heller ikke har sykehus.

I mandatet ber Helse Nord RHF UNN HF om å utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik:

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

Den sistnevnte formuleringen har sin basis i følgende punkt fra sak 7 i protokollen fra foretaksmøtet i Helse Nord RHF (4. mai 2016): Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi og beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.

UNN HF skal ifølge mandatet anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

For EKS kan det se ut til at det i prosjektarbeidet har vært usikkerhet rundt forståelsen av begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse, og om det er den samme forståelsen som er lagt til grunn i mandatet for dette arbeidet som foretaksmøtet har lagt til grunn. Et av de sentrale usikkerhetsmomentene er om vurderings- og stabiliseringskompetanse betyr at det alltid må være en kirurg i vakt på UNN Narvik.

EKS skal kvalitetssikre utredningen både i forhold til Nasjonal helse- og sykehusplan og mandatet gitt av Helse Nord RHF. EKS velger å legge forståelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan til grunn for sine vurderinger. Slik EKS forstår planen, legges det til grunn at vurderings- og stabiliseringskompetansen skal kunne ivaretas uten generell kirurg/gastroenterologisk kirurg i vakt. EKS baserer sin forståelse blant annet på følgende:

- Mange av drøftingene i Nasjonal helse- og sykehusplan legger til grunn at det i akuttisykehus ikke er en kirurg på vakt
- De beskrevne scenariene i planen legger heller ikke det til grunn
- Det gis eksempler på sykehus som ikke har kirurgisk vaktordning

- Det gis konkrete eksempler fra sykehus der vurderings- og stabiliseringsløsninger ivaretas uten bruk av kirurg
- UNN Narvik er nevnt som et av eksemplene på sykehus der det kan vurderes løsninger uten akuttfunksjon i kirurgi

Flere tidligere utredninger har også påpekt mulighetene av akuttsykehus uten vaktfunksjon med kirurg. Helse- og omsorgsdepartementet har i dialog med Helse Nord RHF i løpet av denne prosjektperioden bekreftet denne forståelsen av vurderings- og stabiliseringskompetanse.

I mandatet har Helse Nord bedt UNN HF vurdere et alternativ på nivå med dagens og et annet alternativ som minimum skal ha vurderings- og stabiliseringskompetanse. Denne formuleringen åpner for at det alternativet som Helse Nord ber om, gjerne kan være mer enn en minimumsløsning. Den sistnevnte muligheten er den som prosjektgruppens mindretall har lagt til grunn, mens prosjektgruppens flertall har lagt til grunn en videreføring på dagens nivå.

Vurdering

Helse Nord er opptatt av å få belyst alternativer som representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar (jfr. oppdragsbeskrivelsen for den eksterne kvalitetssikringen). Mandatet for arbeidet er imidlertid formulert på en måte som gjør at prosjektgruppen har kunnet levere en utredning med alternativer som etter EKS sin vurdering ikke har utforsket det mulighetsrommet som Nasjonal helse- og sykehusplan har lagt opp til. Selv om kirurgisk akuttberedskap har fått omfattende omtale i den foreliggende utredning, er EKS likevel av den oppfatning at det hadde vært ønskelig at sentrale problemstillinger for Helse Nord kunne vært omtalt i større grad for å få synliggjort det foreliggende mulighetsrommet. Slik EKS forstår dialogen mellom Helse Nord RHF og UNN HF ved oppstart av prosjektet, har Helse Nord RHF implisitt ikke hatt forventninger om at løsninger uten kirurgisk vaktordning skulle utredes i dette arbeidet.

Prosjektgruppens flertall går inn for å bevare dagens vaktordninger samt reetablere den ortopediske vaktordningen. EKS er av den oppfatning at flertallet i for liten grad synes å være opptatt av utfordringene Nasjonal helse- og sykehusplan peker på ved små sykehus, eksempelvis med små volumer og store rekrutteringsutfordringer. Et sentralt spørsmål er om værforhold og geografi er av en slik karakter at Nasjonal helse- og sykehusplans anbefaling om innholdet i et akuttsykehus må fravikes. Hvordan sikre ivaretagelse av den faglige kvaliteten ved så lav akuttkirurgisk virksomhet og hvordan sikre en stabil og kompetent bemanning, er også sentrale spørsmål i denne sammenheng; spørsmål som gjerne kunne vært besvart mer eksplisitt. Det kan i den sammenheng vises til at Nasjonal helse- og sykehusplan understreker at videreføring av akuttkirurgi ved Tynset sykehus (opptaksområde 25 000) har som vilkår at det er et nært samarbeid med de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulerende, hospitering og overføring av planlagt kirurgi.

Prosjektgruppens mindretall går inn for å bevare dagens vaktordninger, men at innleggelser for kirurgiske gastroenterologiske problemstillinger ikke lenger skal utføres ved sykehuset. Helse Nord har med andre ord ikke fått en vurdering av alternativet uten kirurgisk vaktordning, som er utgangspunktet i Nasjonal helse- og sykehusplan for et sykehus på størrelse med UNN Narvik. Dette alternativet kunne vært relevant for Helse Nord å få belyst ettersom værforhold og geografi ikke er problematisert mer enn det er i utredningen. Relevante problemstillinger kunne i denne sammenheng være:

- Hvordan kunne akuttfunksjonen vært ivaretatt ved å utnytte resurser i foretaket som en helhet? Hvordan kan ny teknologi utnyttes i denne sammenheng?
- Hvordan kunne samarbeidet mellom sykehuset og kommunene vært utviklet for å sikre en helhetlig tilnærming til den akuttmedisinske kjeden?
- Hvordan kunne erfaringene med vurderings- og stabiliseringsløsninger fra andre sykehus uten akuttfunksjon i kirurgi ha relevans for UNN Narvik
- I omtalen av alvorlige skader fastslår Nasjonal helse- og sykehusplan at rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko

for død og varig skade i de mest tidskritiske situasjonene. Hvordan bør den prehospitale tjenesten utvikles i dette scenariet?

EKS er således av den oppfatning at det hadde vært ønskelig at flere relevante sider ved problemstillingen knyttet til kirurgisk akuttberedskap hadde vært mer eksplisitt omtalt i den foreliggende utredningen, for derved å gi Helse Nord et bredere perspektiv på det mulighetsrommet som foreligger for ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret. Det kompliserer bildet ytterligere at prosjektgruppens flertall forholder seg til sin egen definisjon av akuttstusykehus og ikke Nasjonal helse- og sykehusplan sin definisjon av akuttstusykehus (utredningens kap 7.6.1: «Prosjektgruppens flertall vurderer kombinasjonen av indremedisin, kirurgi og anestesi som definisjonen på et akuttstusykehus»).

3.2.2 UNN Narvik som en del av UNN HF

Nasjonal helse- og sykehusplan legger til grunn at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus i et foretak skal styrkes og bli mer forpliktende. Planen understreker betydningen av samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger for å sikre kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp.

Den foreliggende utredning inneholder forslag om å endre vaktordninger og elektive oppgaver, og kunne etter EKS sin vurdering fokusert mer på hvilke konsekvenser forslagene, både når det gjelder akutte og elektive tjenester, vil kunne ha for de andre sykehusene i helseforetaket:

- Hvilke konsekvenser vil forslagene ha for legespesialistutdannelsen?
- Hvordan blir den samlede kapasitetsutnyttelsen i helseforetaket?
- Hvordan blir den samlede kapasitetsutnyttelsen når det gjelder kostbart medisinsk teknisk utstyr?
- Nasjonal helse- og sykehusplan legger stor vekt på mangelen på helsepersonell fremover og derav behov for riktig bruk av helsepersonell. I hvor stor grad bidrar forslagene til å sikre en god personellutnyttelse samlet i foretaket? Bidrar forslagene til å redusere tid bundet i beredskapsordninger til fordel for tid til aktiv pasientbehandling?

Vurdering

Helse Nord ber i mandatet om en beskrivelse av konsekvenser for de øvrige sykehusene i helseforetaket. EKS sin vurdering er at dette i liten grad er omtalt, samtidig som konsekvensene for blant annet legers spesialistutdanning og den samlede kapasitetsutnyttelsen vil kunne være betydelige.

3.2.3 Annen planlagt virksomhet ved UNN Narvik

Mandatet setter fokus også på den elektive virksomheten i UNN Narvik. Dette er i den foreliggende utredning grundig omtalt i relasjon til drøftingen innenfor de fagområdene der akuttfunksjonene står i sentrum. Befolkningens behov for elektive tjenester i form av dagbehandling og poliklinikk er samlet sett langt mer omfattende enn behovet for akutte tjenester og er aktuelt innen de fleste fagområder. Erfaringene fra andre utredninger, inkludert Helse Nord's egen utredning om desentraliserte spesialisthelsetjenester, viser at det er et stort potensiale for desentralisering av tjenester til de mindre sykehusene både når det gjelder dagbehandling og poliklinikk. Dette er tjenester som kan ytes av lokale leger, ambulerende leger fra andre sykehus eller i form av hjemler til avtalespesialister. Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at 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.

Vurdering

Planer for den elektive kirurgien er grundig omtalt i den foreliggende utredning. EKS sin erfaring fra tilsvarende prosesser andre steder tilsier at det er betydelige potensialer for økt dagbehandling og

poliklinikk ved UNN Narvik innenfor flere fagområder. Dette mulighetsperspektivet kunne etter EKS sin vurdering fått større fokus i utredningen, ikke minst siden UNN HF i sin strategiske utviklingsplan har kroniske og sammensatte lidelser som prioritert utviklingsområde. Som også nevnt i utredningen, har Helse Nord metoder for beregning av behov innenfor ulike fagområder.

3.2.4 Organisering av fødetilbudet

Dagens fødeavdeling sliter med rekrutteringen av gynekologer og har derfor en omfattende vikarbruk. Dette er hovedgrunnen til at avdelingen har problemer med å innfri alle kravene som fremgår av de nasjonale kravene til fødselsomsorgen og Helse Nord's egne krav til fødevirksomhet. Prosjektgruppen er samstemt i at dette ikke kan fortsette og at rekrutteringstiltak må iverksettes. Det er uenighet internt i gruppa om hva som bør skje dersom ikke resultater av rekrutteringstiltak er oppnådd i løpet av 12 måneder.

Vurdering

EKS er av den oppfatning at det haster med å tilfredsstille kvalitetskravene til fødselsomsorgen i Norge samt Helse Nord's egne krav til fødevirksomheten. Skal dette kunne oppnås vil dette trolig kreve innsats for foretaksledelsen side, inkludert en vurdering av det samlede kapasitetsbehovet for gynekologiske tjenester, muligheter for tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og eventuelt overføring av planlagt kirurgi.

Historikken er at rekrutteringen av leger har vært en utfordring over lang tid og trendene gir ikke grunnlag for å tro at dette blir lettere fremover. EKS er derfor av den oppfatning at dette vil være krevende og at en meget god plan må komme raskt på plass for å oppnå resultater; alternativt må det planlegges med andre alternativer for fødselsomsorgen.

3.3 Kvalitetssikring i forhold til risiko- og mulighetsanalysen

3.3.1 Vurderingskriterier

I henhold til Veileder for arbeidet med utviklingsplaner skal det gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte. Endring i akuttfunksjon og fødetilbud vil typisk være vesentlige. Det er også i mandatet for prosjektet bedt om at en gjør en risikovurdering av ulike alternativ. I henhold til Veileder for arbeid med utviklingsplanen må risikoanalysen minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer, og hvilke konsekvenser det kan medføre. Analysen må involvere alle som omfattes av tiltaket. Det er pekt på at en risikoanalyse av endring i akuttfunksjon ikke kan gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert. Mulighetsanalysen skal som et minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes. Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternativene som er vurdert for sykehuset. Analysen må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og foretakets perspektiv.

EKS har valgt å skille mellom selve gjennomføringen av risiko- og mulighetsanalysen, og analysens grunnlag og innhold. I forhold til innhold i analysen vurderes det om både dagens situasjon, og de ulike alternativene er evaluert, og om både pasientenes, primærhelsetjenesten og helseforetakets perspektiv er i varetatt både gjennom muligheter og risiko.

EKS vurderer ikke selve skåringen av risikoer. EKS har gått gjennom utvalgte risikoer og vurdert disse.

3.3.2 Gjennomføring av risiko- og mulighetsanalysen

Observasjoner

Risiko- og mulighetsanalysen ble gjennomført i slutten av prosjektperioden av en arbeidsgruppe sammensatt etter beslutning fra direktøren i UNN. Arbeidsgruppen besto av seks personer; tre fra

prosjektgruppen og tre andre, fra UNN Harstad, UNN Tromsø og en brukerrepresentant. I gruppen satt det representanter både fra tillitsvalgte, brukerrepresentant, kommune, UNN Narvik og andre sykehus i foretaket.

Analysen ble gjennomført i løpet av en dag, og grunnlaget for analysen var et foreløpig utkast til rapport. Utkastet inneholdt på det tidspunktet ikke prosjektgruppens flertalls anbefalte løsning.

I prosjektmandatet er det beskrevet at *«den felles tilnærming til arbeidet med tolking og analyse av datagrunnlaget skal baseres på blant annet: ...en risikovurdering av ulike alternativ»*.

I fra prosjektgruppemøte 15. november ble det bemerket av kommunerepresentantene: *«Det ble av prosjektdeltakerne påpekt at risiko og mulighetsanalysen må forelegges prosjektgruppa før endelig konklusjoner blir trukket. Disse analysene er et viktig beslutningsgrunnlag»*.

I risiko- og mulighetsanalysen er det beskrevet begrensninger ved analysen, blant annet organiseringen og at løsningsalternativene/grunnlaget for analysen ikke var ferdig diskutert i prosjektgruppen.

Vurdering

EKS vurderer at arbeidsgruppen hadde god representativitet av deltagere og hadde en tilfredsstillende sammensetning for å gjøre analysen.

EKS vurderer at gjennomføringen av risiko- og mulighetsanalysen ikke var fullt ut tilfredsstillende og at dette satte klare begrensninger for analysen og gruppens arbeidsforhold. EKS baserer dette på følgende:

- Arbeidsgruppen som utførte analysene fikk kort tid til forberedelse av analysene. Tre av medlemmene hadde ikke vært med i arbeidet fra før, og måtte sette seg inn i mye materiale på kort tid.
- Arbeidsgruppen hadde et heldagsmøte hvor man skulle sette seg inn i metodikk, gjennomgå grunnlagsmateriale og analysere. EKS har erfaring med at slike analyseprosesser med fordel kan gjøres over flere møter. På den måten kan analysedeltakerne få anledning til å komplettere og korrigere analysen.
- Det ble lagt opp til at risiko- og mulighetsanalysen skulle gjøres mot slutten av prosjektarbeidet. Risiko og muligheter i forhold til nåsituasjon og alternativer kunne vært analysert tidligere i prosessen, og dermed vært et bidrag i drøftingen av løsninger i prosjektgruppen.

3.3.3 Grunnlag og innhold

Observasjoner

Risiko- og mulighetsanalysen omfatter tre områder; Kirurgisk akuttberedskap, organisering av fødetilbudet og elektiv kirurgisk virksomhet. Dette er områder som er oppgitt i prosjektmandatet fra Helse Nord og/eller diskutert i prosjektgruppen:

«Kirurgisk akuttberedskap

- *Ytteralternativ 1: Fullt døgkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud (på nivå som i dag)*
- *Ytteralternativ 2: Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og akutte hendelser. Ingen akutt kirurgi*
- *Mellomløsning – alternativ 3: Fortsatt akuttkirurgisk døgntilbud, men gastrokirurgi opphører som døgnavt. 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 (Alternativ 1)
- Jordmorstyrt fødestue (Alternativ 2)

Elektiv kirurgisk virksomhet

- *Elektiv kirurgisk virksomhet på nivå med dagens*
- *Overføring av elektiv kirurgisk virksomhet fra andre sykehus i UNN HF»*

EKS oppfatter at Ytteralternativ 1 og Mellomløsning (kirurgisk akuttberedskap), tilsvarer hhv flertallets og mindretallets løsningsforslag. Når det gjelder organisering av fødetilbudet oppfatter EKS at mindretallets og flertallets løsningsforslag er variasjoner av risikoområde 1, Fødeavdeling på nivå med dagens, med tilstrekkelig kompetent bemanning.

Arbeidsgruppen har identifisert ulike risikoområder for hver av de syv alternativene, og hvert alternativ har ulike risikoområder. Risikoområdene er ikke gruppert innenfor eksempel kvalitet, pasientsikkerhet, pasientopplevelse, rekruttering og lokalsamfunn. Slik EKS oppfatter det omfatter risikoområdene i varierende grad konsekvenser for pasientopplevelse, lokalsamfunnet, kvalitet, rekruttering og bemanning.

Vurdering

EKS vurderer at grunnlaget og innholdet for risiko og mulighetsanalysen ikke er fullt ut tilfredsstillende, og at dette setter begrensninger for hvordan den kan brukes videre.

- Risikoene som er analysert for hvert område er ulike, dette gjør sammenlikningen av alternativene vanskelig. Det kan også gjøre at viktige risikoområder blir utelatt, eksempelvis er ikke pasientsikkerhet og kvalitet vurdert i alternativet med Jordmorstyrt fødestue.
- Resultatet av risiko- og mulighetsanalysen er ikke gjort kjent for prosjektgruppen, og det reduserte dermed muligheter for prosjektgruppen til å korrigere eller ta inn mulige tiltak for å redusere risiko ved de løsningsalternativene som er anbefalt i rapporten.
- Muligheter som er skissert i analysen er heller ikke vurdert i prosjektgruppens arbeid.

3.4 Kvalitetssikring av øvrig innhold

Helse Nord RHF har gjennom mandatet for prosjektet spesifikt bedt om at konsekvenser på definerte områder beskrives. Herunder skal eventuelle konsekvenser for kommunehelsetjenesten og de kommunale akuttfunksjoner beskrives. EKS er bedt om å gjøre en kvalitetssikring av vurderingen rundt samhandlingen med kommunene. I tillegg er det også bedt om at EKS kvalitetssikrer vurderingene som er gjort av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet og vurderinger av hvordan fremtidige behandlingsformer og prioriteringer vil slå ut for de ulike tjenestene. I dette kapitlet samles våre kommentarer til disse vurderingene.

3.4.1 Samhandling med primærhelsetjenesten

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best mulig løser øyeblikkelig-hjelp tilbudet. Dette samarbeidet må også involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må sees på og planlegges som en helhet. Det betyr i henhold til veileder for utviklingsplaner at fastleger, legevakt, distriktpsykiatriske sentre og lokalmedisinske sentre, prehospital kapasitet, utstyr og kompetanse må sees på som en helhet og planlegges sammen med sykehusets akuttfunksjoner.

Samhandling med primærhelsetjenesten er nevnt i både mindretallets og flertallets innstilling i lys av at en vil få en økt poliklinisk aktivitet som følger av økt dagkirurgi. Det konstateres her at det er uvisst i hvilken grad UNN Narviks poliklinikker brukes av pasienter som kan og bør få sin behandlingen i primærhelsetjeneste. Det er også konstatert at nye driftsformer ved sykehuset vil initiere diskusjoner med fastlegene og kommunehelsetjenesten om justering av praksis. Det er ikke gitt noen grundige diskusjoner hva som eventuelt vil endre seg, annet enn at samhandlingsreformen tilsier at kommunene

skal utføre en større del av tjenestene. Konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse er diskutert i eget avsnitt både i mindretallets og flertallets innstilling. I mindretallets innstilling påpekes det at siden ikke alle kirurgiske tjenester vil bli tilbudt hele døgnet må en legge til grunn at det blir noe økning av transportoppdragene. På den annen side vil en få redusert antall transportoppdrag ved å unngå å frakte ortopediske pasienter til andre sykehus. I flertallets innstilling drøftes også konsekvenser for prehospitaltjenester og ambulanse, og det er her fokusert på konsekvenser av nedlegging av flyplass i Narvik, og konsekvenser ved eventuell nedlegging av kirurgisk akuttberedskap.

Vurdering

Utredningen viser at prosjektgruppen har tenkt på ulike konsekvenser for de prehospitaltjenester i området. I sin innstilling ønsker mindretallet å opprettholde det akuttkirurgiske tilbudet, men at man ikke legger inn pasienter med kirurgiske gastroenterologiske problemstillinger akutt. I flertallets innstilling ønsker man å videreføre dagens akuttfunksjon. Slik prosjektgruppen ser det innebærer dette at det ikke følger noen vesentlig endrede konsekvenser for primærhelsetjenesten. Prosjektgruppen ser derimot at nye driftsformer ved sykehuset vil kunne endre på oppgavedelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. EKS ser positivt på at prosjektgruppen er oppmerksom på dette, men det hadde vært ønskelig at gruppen også hadde drøftet hvilke endringer det vil være snakk om. Det at en ikke gjør vesentlige endringer ved det akuttkirurgiske tilbudet er ikke til hinder for at alternative løsninger og potensialet for samarbeid med primærhelsetjenesten kunne vært diskutert ytterligere.

3.4.2 Nye behandlingsområder

Teknologien er under stadig utvikling, og det kommer hele tiden nye behandlingsformer som gir nye muligheter for spesialisthelsetjenesten. Ett av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan er nettopp å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten. Nye behandlingsformer kan være med på å nå dette målet. Nye trender innen kirurgifaget er presentert i prosjektrapporten, og det er konstatert at teknologiske nyvinninger vil komme til å legge premissene for utviklingen både innen kirurgi og fødselsomsorg fremover. Slik EKS ser det, er det derimot ikke gjort noen spesifikke vurderinger rundt hvordan nye behandlingsformer og nytt utstyr kan være med på å endre den akuttmedisinske kjeden.

Vurdering

EKS er av den oppfatning at det mulighetsrommet nye behandlingsformer og ny teknologi skaper kunne vært utforsket ytterligere, spesielt sett i lys av organiseringen av det akuttmedisinske tilbudet. Eksempelvis er nye redningshelikopter som er langt mer robuste ovenfor vær og vind, på vei, og vil kunne endre mulighetene for prehospital diagnostikk og behandling.

3.4.3 Omstilling og effektivisering

Omstilling er et gjennomgående tema i hele Nasjonal helse- og sykehusplan. Med de utfordringene helsevesenet står ovenfor i dag med hensyn til demografi og økende ressursbruk, er omstilling helt nødvendig for å kunne sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Ikke bare må man omstille, man må også øke omstillingstakten ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan. Etter EKS sin oppfatning fremgår det ikke av prosjektrapporten noen direkte drøftinger eller vurderinger av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering.

Vurdering

I begge anbefalingene som fremkommer i utredningen oppfatter EKS at man ønsker å beholde kirurgisk vaktordning slik den er i dag, beholde øvrig kirurgisk døgnaktivitet (med unntak av i mindretallets innstilling hvor man ikke ønsker å videreføre det kirurgiske gastroenterologiske akutttilbudet), øke

omfanget av dagkirurgi og poliklinikk, beholde fødetilbudet slik det er i dag, gitt at en får en økt og sikker bemanning, i tillegg til å utrede etablering av en skadepoliklinikk. Det er i så måte fokus på aktivitetsøkning og i begrenset grad på omstilling og effektivisering. EKS mener likevel at dette kunne ha vært drøftet. Det er noe uklart for EKS hva som danner grunnlag for den tenkte økningen i aktivitet og utvidet tilbud. Dette kan være todelt, enten på grunn av økt helsetjenestebehov i nedslagsfeltet, eller på grunn av en styrt funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene i UNN HF, og tildeling av nye ansvarsområder. I lys av dette mener EKS at omstilling og effektivisering kunne vært drøftet mer direkte. EKS mener også at konsekvensene av en omstilling av fødetilbudet kunne vært diskutert og brakt mer frem i lyset.

3.5 Anbefalte oppfølgingspunkter

Helse Nord RHF har gitt UNN HF i oppdrag å utrede blant annet fremtidige løsninger for kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er bedt om å finne løsninger som er framtidsrettede og bærekraftige over tid, og samtidig ivaretar faglig kvalitet, pasientsikkerhet og økonomiske rammer. Helse Nord RHF ber UNN utrede alternative løsninger for den framtidige kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomhet og elektiv kirurgi

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at mange små sykehus har utfordringer med et for lite pasientgrunnlag til å gi et trygt og forutsigbart døgnkontinuerlig akutttilbud og har i tillegg vanskeligheter med å rekruttere og er således avhengige av vikarstafetter. Nasjonal helse- og sykehusplan trekker derfor opp et alternativt innhold for akutttsykehus på UNN Narvik sin størrelse; en løsning uten akutfunksjon i kirurgi ved sykehuset, dog under forutsetning om at værforhold og geografi ikke gjør dette nødvendig.

Det foreligger en omfattende utredning med et godt og omforent faktagrunnlag til hjelp i disse vurderingene. Drøftingene bygger i stor grad opp under en videreføring av dagens oppgaver ved sykehuset, dog foreslår mindretallet at det kirurgiske gastroenterologiske døgntilbudet opphører.

EKS er av den oppfatning at Helse Nord i begrenset grad har fått utredet alternativer som er mer i tråd med signalene i Nasjonal helse- og sykehusplan om å vurdere sykehus uten akutfunksjon i kirurgi. Dette lå heller ikke implisitt inne i Helse Nord RHF's forventninger til utredningen. EKS kan heller ikke se at tiltak for å motvirke Nasjonal helse- og sykehusplans påpekte utfordringer ved små sykehus, har fått nødvendig plass i utredningen, spesielt ikke i flertallets innstilling.

Nasjonal helse- og sykehusplan understreker at i morgendagens sykehus må sykehusene i enda større grad fungere i nettverk. Sykehus i nettverk betyr god oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Dette perspektivet er ikke fremtredende i den foreliggende utredningen. EKS er også av den oppfatning at mulig utvidelse av tilbudet ved UNN Narvik om dagbehandling og poliklinikk på flere fagområder kunne fått en større plass i utredningsarbeidet.

Fødeavdelingen innfrir i dag ikke de nasjonale kravene til fødselsomsorgen og Helse Nord's egne krav til fødevirksomhet. EKS mener derfor det haster med å iverksette tiltak for å komme ut av denne situasjonen.

Med dette som utgangspunkt har EKS følgende anbefalinger til Helse Nord RHF for den videre prosessen:

- Alternativer til dagens løsning for kirurgisk akuttberedskap bør utredes i tråd med alternativ beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan
- I det videre utviklingsarbeidet i UNN HF bør tilbudene ved de tre sykehusene i helseforetaket sees og vurderes samlet som ett nettverk
- I det videre utviklingsarbeidet i UNN Narvik bør utvidelse av tilbudet om dagbehandling og poliklinikk på flere fagområder få større oppmerksomhet
- Det bør snarlig avklares hva som skal skje med fødetilbudet videre. Enten må kraftfulle og realistiske tiltak for å endre rekrutteringssituasjonen iverksettes, eller dersom dette ikke er mulig, må det planlegges for alternative fødetilbud.



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte provides audit, consulting, financial advisory, risk management, tax and related services to public and private clients spanning multiple industries. Deloitte serves four out of five Fortune Global 500® companies through a globally connected network of member firms in more than 150 countries bringing world-class capabilities, insights, and high-quality service to address clients' most complex business challenges. To learn more about how Deloitte's approximately 245,000 professionals make an impact that matters, please connect with us on Facebook, LinkedIn, or Twitter.