

KOMMENTARAR TIL PROSJEKTRAPPORT VERØRANDE ODDA SJUKEHUS I LYS AV FØRINGANE I NASJONAL HELSE-OG SJUKEHUSPLAN (2016-2019)

11 av 15 medlemmar i prosjektgruppa er for å behalda akutt kirurgisk beredskap ved Odda Sjukehus.

Dei 11 medlemma har søkt å få inn i rapporten ulike moment, dette har ikkje lykkast og ein har difor fått tilbod om å legge ved kommentarar til prosjektrapporten.

Kommentarane vil vera merka med pkt nummer frå sjølve prosjektrapporten.

Hovudtrekk i forbruk av spesialisthelsetenester i Odda-området

Det største forbruket av døgnopphald i Odda-område, og i Helse Fonna samla, gjeld medisinske tilstandar, og i mindre grad kirurgiske. Det er eit mykje høgare forbruk av sjukehusinnleggingar per 1000 innbyggjar, særleg i Odda kommune, men også i Ullensvang kommune, enn det som er gjennomsnitt i landet og i Helse Vest. Desse kommunane ligg særleg høgt på ø-hjelpsinnleggingar.

Ein liten del av døgnpasientane (10 %) står for ein stor del av bruken av sjukehussenger (53 %). Pasientar busette i Odda kommune dominerer blant storbrukarar både i absolutte tal og relativt i høve til befolkning.

Storbrukarane av sjukehusstenester har ofte multiple kroniske lidingar med tilstandar som krev langvarig og koordinert oppfølging frå både spesialist- og kommunehelsetenesta. Heilskaplege samhandlingstiltak er derfor viktig for desse pasientane, saman med t.d. god utnytting av kommunale ø-hjelpsenger.

Opptaksområde

Odda sjukehus har eit opptaksområdet med 3 kommunar og vel 11 000 innbyggjarar, og er dermed landets minste. Det er forventna liten befolkningsvekst, men ein auke i den eldre delen av befolkninga. Det har dei siste åra vore ein auka turiststraum til Hardanger og størst til Odda-området.

Nasjonal helse- og sjukehusplan legg til grunn at eit stort akuttjukehus med et breitt tilbod innan akuttkirurgi og andre medisinske spesialitetar, skal ha eit befolkningsgrunnlag på minst 60-80 000 innbyggjarar. Denne størrelsen på opptaksområdet blir i planen diskutert som ei nedre grense for akuttkirurgi.

Myndighetene har seinare gjort det klart at sjukehus som i dag har akuttkirurgiske tilbod framleis vil ha dette når omsynet til pasientane sine behov gjer det naudsynt. Dersom opptaksområdet er under 20-30 000 innbyggjarar vil det vere få akuttinnleggingar per døgn. Nasjonal helse- og sjukehusplan stiller derfor spørsmål ved om det da er hensiktsmessig å oppretthalde ei døgnkontinuerleg vaktordning med spesialistar, eller om akuttberedskapen kan bli handtert betre i tett samarbeid mellom legevakt, ambulanseteneste og luftambulanseteneste. Stortinget har så konkludert med følgande: «Akuttsykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Vi mener at akuttsykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetenester og værforhold gjør det nødvendig.» Regjeringspartia og Venstre gjekk i mars ut med pressemelding der planen legg til rette for ein framleis desentralisert sjukehusstruktur, med ei «ryggrad» av akuttjukehus.

Avstand og vêrforhold

Nasjonale helse- og sjukehusplan legg vidare vekt på at busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og vêrforhold kan gjere det nødvendig å oppretthalde akuttkirurgisk tilbod i akuttsjukehusa, sjølv om opptaksområdet er lite.

Nasjonale traumeplan har som sterk anbefaling at dersom det er meir enn 45 minutters transporttid til traumesenter transporteres ein pasient som er fysiologisk påvirket til nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon («Nasjonale traumeplan – Traumesystem i Norge 2015, side 17).

Reisetida frå Odda til næraste større sjukehus er om lag 2 timar. Det er kortare til Voss sjukehus frå den nordlegaste delen av kommunane. Ein gjennomgang av vegstengingar viser at vegane ut og inn til Odda er svært ras- og flaumutsette. Det er stadig oftare ekstremvêr. Ein må pårekna at det kjem situasjonar der alle vegane er stengt på same tid. NVE sine prognoseframskrivingar tilseier eitt klimapåslag på 20-40% for planlegging frametter.

Prehospitale tenester

Grunnsteinen i all prehospital akuttmedisin er den lokale ambulansetjenesta og den kommunale legevakta. Nasjonale helse- og sjukehusplan peiker på at rask tilgang til bil-, båt- eller luftambulansetjenester, er det mest vesentlege tiltaket når det hastar. Dei siste åra er det utvikla prehospitale behandlingstiltak for akutte sjukdoms- og skadetilstandar som tidlegare berre blei gitt i sjukehus. Dette medfører større krav til fagleg kompetanse for alle involverte, også ambulansespersonell og kommunelegar.

Helse Fonna og Odda-området er godt dekkja av ambulansetjenester og luftambulansetjenester.

Luftambulansen er ein avgrensa ressurs, mellom anna på grunn av vêrforhold. Det vil alltid vere oppdrag som må løysast med hjelp av lokal ambulansetjeneste og legevaktslege. Det oppstår situasjonar der ambulansetjenesta ikkje kan løyse oppdraget tilfredsstillande.

Tidsaspekt ambulansetjeneste og luftambulansetjeneste:

Tidsaspektet Ambulanse



- 00:00 AMK varsler om ulykke i Jondal
- 00:03 Ambulanse rykker ut
- 00:35 Ambulanse fremme
- 00:50 Ambulanse returnerer
- 01:20 Odda Sjukehus
- 02:20 Haukeland sjukehus (via Jondal)
- 03:00 Haukeland sjukehus (via Årsnes beredsk. ferge)
- 03:05 Fremme Haugesund sjukehus



Øyeblikkeleg hjelp utført ved Odda sjukehus

Det meste av ø-hjelpa ved Odda sjukehus er medisinsk, og mykje av den kirurgiske ø-hjelpa føregår poliklinisk, og dei aller fleste pasientane kjem på dagtid mellom kl. 07 og 18. Sjølv om det er eit høgt forbruk per 1000 innbyggjar i Odda-området, er pasientgrunnlaget lite, og derfor er det få ø-hjelpsinnleggingar per døgn ved Odda sjukehus samanlikna med andre mindre sjukehus i landet.

39% av ø-hjelpsinnleggingane gjeld kirurgi. 61 % medisinske innleggingar. Pasientar som ikkje løyser ut kirurgisk DRG vert medisinske. På landsbasis er det 15 % av akuttinnleggingane som løyser ut kirurgisk DRG og 85% vert såleis medisinske, jf «kartlegging av akuttmedisinsk verksemd ved mindre lokalsjukehus». Det går i snitt 10 dagar mellom kvar ø-hjelpsoperasjon på innlagte pasientar. 15 % av akuttkirurgi som blir utført på innlagte pasientar frå Odda-området, blir utført ved Odda sjukehus. Det er i samsvar med prosedyrar om fordeling og handtering av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp.

Ein journalgjennomgang som blei gjort for prosjektet, viser at Odda sjukehus sjeldan behandlar alvorleg skadde pasientar. Over ein treårsperiode var det 11 alvorleg skadde pasientar (med ISS over 15), dvs. i snitt 4 pasientar per år. Ingen av dei 11 pasientane hadde behov for kirurgi med den intensjonen å stoppe alvorleg blødning. I etterkant av kartleggingsperioden har det vore 2 livreddande inngrep ved Odda sjukehus. Det er i dag ingen sikker dokumentasjon som viser at det å oppretthalde akuttkirurgi ved mindre sjukehus reddar liv, ei heller at det blir redde fleire liv ved å sentralisere akuttkirurgi til større sjukehus. Fordi volumet av akuttkirurgi ved lokalsjukehus er så lite, vil det ta svært lang tid å ha mange nok pasientar til å trekke ein sikker konklusjon om effekten av akuttkirurgi ved små sjukehus.

Det er likevel neppe tvil om at akuttkirurgi ved dei mindre sjukehusa i nokre tilfelle er livreddande. (tas bort då det er syning og ikkje retta til Odda sjukehus som rapporten omhandlar).

Den akuttmedisinske kjeda i Helse Vest

Sjukehusa i Helse Vest utgjer til saman eit trygt akutttilbod for innbyggjarane og vil ta vare på dei akutt skadde og sjuke pasientane gjennom det etablerte traumesystemet. Traumesystemet og den akuttmedisinske kjeda er ei samanhengande rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp, og gjeld også i akutte situasjonar i Odda-området. I den akuttmedisinske kjeda inngår også fastlege, legevakt, kommunal legevaktssentral, AMK-sentral og ambulansenesta. Ei vidare utvikling som sikrar rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulanse, vil vere viktige tiltak for å redusere risiko for død og varig skade i dei mest tidskritiske situasjonane. Til liks med å oppretthalda den akuttkirurgiske beredskapen ved Odda sjukehus.

Tilrådingar

På grunnlag av gjennomgangen av Nasjonal helse- og sjukehusplan og resultata frå analysar og utgreiingar i prosjektet, har ei samstemt prosjektgruppe kome fram til følgjande tilrådingar for den vidare utviklinga av Odda sjukehus:

1. Sjukehus i nettverk

Helse Fonna må framover legge stor vekt på å utvikle ein felles kultur - «vi-haldning» - i eit samla Helse Fonna. Sjukehusa i helseføretaket skal fungere saman i eit forpliktande nettverk både fagleg og organisatorisk. Innføring av felles ventelister er eit viktig tiltak i denne samanhengen.

Odda sjukehus skal inngå i ei samla spesialisthelseteneste i Helse Fonna, og vareta eit trygt og godt tilbod til befolkninga i sjukehusområdet saman med Haugesund sjukehus, Haukeland universitetssjukehus og dei prehospitale tenestene.

2. Samarbeid mellom kommune og sjukehus innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Kommunane og Helse Fonna må inngå eit forpliktande samarbeid for å sikre tilbodet til pasientane som har behov for tenester frå begge nivåa, innanfor både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Kommunale øyeblikkeleg hjelp-senger og interkommunal legevakt må vidareutviklast. Desse tenestene bør vere lokaliserte til Odda sjukehus. Kompetanseheving krevst spesielt innan psykiatri og rus.

Ein forpliktande avtale mellom kommunane og Helse Fonna om desse tenestene bør vere på plass i 2017 dersom den akuttkirurgiske beredskapen vert oppretthaldd. Arbeidet må starte opp første halvår. Odda kommune bør vere initiativtakar.

8. Mindretalet tilrår avvikling av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Prosjektleder Helge Bryne, Ingvill Skogseth, Haldis Økland Lier, Berit Haaland:

Ut frå størrelsen på opptaksområdet til Odda sjukehus, er det ikkje grunnlag for å oppretthalde døgnkontinuerlege akuttfunksjonar ved sjukehuset. Odda sjukehus skal likevel ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt dagkirurgi og skadepoliklinikk. Dette blir

grunnlagt med lang avstand til næraste større sjukehus. Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på dette som alternativet, dersom akuttkirurgien blir avvikla.

Den akuttkirurgiske verksemda ved Odda sjukehus blir avvikla. Analysane i prosjektet viser at Odda sjukehus sjeldan behandlar alvorleg skadde pasientar. Øyeblikkeleg hjelp skal tas vare på gjennom den etablerte akuttmedisinske kjeda i Helse Vest. Alvorleg skadde pasientar skal få tilbod ved Haukeland universitetssjukehus/Haugesund sjukehus. Mindre alvorlege skadar skal framleis bli behandla ved Odda sjukehus. Skadepoliklinikken skal styrkast i samarbeid med legevakta.

Befolkninga i Odda-området er godt dekt med dagens ambulanse- og luftambulansetenester. Helse Fonna må kontinuerleg utvikle den prehospitale tenesta i samsvar med nasjonale retningslinjer slik at ein alvorleg skadd pasient kjem raskt fram til traumesenter.

Ressursar som i dag blir brukte for å oppretthalde akuttkirurgien, skal brukast til å utvide tilbodet ved Odda sjukehus til dei store pasientgruppene som treng spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært. Dette vil vere særleg viktig for å vareta dei aukande behova til eldre pasientar, dei med mange samtidige sjukdommar og dei med kroniske sjukdommar. Å ivareta behovet for langvarige og koordinerte tenester, føreset tett og forpliktande samarbeid mellom sjukehus og kommunar, jf. forslaga prosjektgruppa har til slike tiltak. Dette vil gi eit breiare spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga i Odda-område.

9. Fleirtalet tilrår vidareføring av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Roald Aga Haug, Daniela Brüel, Ingunn- Olin Haugen, Trond Dyngeland, Hans Burchardt, John -Olav Digranes, Else Berit Ingvaldsen, Kåre Ystanes, Randi Guddal, Anne Cathrine Skaar, Arvid Storgjerde:

Odda sjukehus skal ha akuttkirurgisk tilbod, akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar. Dette blir grunnlagt med lang avstand til næraste traumesenter.

Ein finn det medisinsk uforsvarleg med Odda sjukehus som akuttsjukehus utan akutt kirurgisk beredskap. Tilrådinga har bakgrunn i Odda sjukehus sin plass i behandlingsskjeda ved akutte tilstandar, den aukande turismen i området, den aukande mengda av traumealarmar, og opptaksområdets spesielle utfordringar når det gjeld avstandar, klimatiske forhold og transportmoglegheiter/innskrenkingar. Det er få om nokon stader det er så store utfordringar med geografi, topografi, vêrtilhøve og stengde vegar som i opptaksområde til Odda sjukehus. Odda sjukehus blir og brukt ved nokre høver akutte hendingar for delar av Kvinnherad kommune som har kort avstand til Odda.

Ei avvikling av akuttkirurgien vil:

- vanskeleggjere rekrutteringa av legespesialistar og turnuslegar til Odda sjukehus, jf vedlegg frå indremedisinske overlegar, anestesilegar. Samt FTV/DNLF. Jamfør rekrutteringsutfordringar ved Nordfjord sjukehus, sjå Stord-rapporten.
- Det er fare for å miste skadepoliklinikken
- gi eit tap av tryggleik i kommunehelsetenesta og svekke rekruttering av fastlegar. Døgnkontinuerleg akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus skaper tryggleik for kommunelegane.

- gi eit tap av moglegheit for livreddande kirurgisk stabilisering når det ikkje let seg gjere å transportere pasienten direkte til traumesenter, jf sterk anbefaling i nasjonal traumeplan side 17.
- ikkje kunne erstattast av prehospitala tenester
- gi eit tap av tryggleik for befolkninga i Odda-området. Innbyggjarane vil kjenne uro dersom den akuttkirurgisk beredskapen blir avvikla. Det må stillast spørsmål om innbyggjarane skal finne seg i å ha dårlegare akuttberedskap enn resten av befolkninga

Dagens akuttkirurgiske tilbod fungerer godt og er tilpassa utfordringane i regionen. Det gir ein tilpassa robust akuttkirurgisk beredskap.

Ulike typar sjukehus i nettverk

(i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Helseministeren har sjølv uttalt i møte at det ikkje skal forståas slik at sjukehusplanen hadde føringar på kva sjukehus som vert råka av planen.

2.2. Organisering og gjennomføring av det utvida prosjektet for Odda sjukehus

(i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

- Pasientgrunnlag/forbruksmønster - grunnlag for planlegging og dimensjonering (Analyser av det samla forbruket av sjukehusstenester for befolkninga i kommunane i Odda sjukehus sitt opptaksområde, og vurdere grunnlaget for framtidige desentraliserte spesialisthelseteneste-tilbod innanfor ulike fagområde, ved Odda sjukehus for innbyggjarane i kommunane Odda, Ullensvang og Jondal). (Sist oppdatert og tilsendt prosjektgruppa) 10.11.2016
Analyse av storbrukarar av sjukehusstenester (tilsendt prosjektgruppa 18.11.2016)

3.2 Geografi og samferdsel (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

I Nasjonal traumeplan , under destinasjonskriterier, føreligg som sterk anbefaling at «dersom det er meir enn 45 minutters transporttid til traumesenter transporteres en pasient som er fysiologisk påvirket til nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon.

3.3.1 Befolkningssamansetning og -utvikling (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Dei siste åra har det vore ein betydeleg auke i talet på turistar til Odda og Hardanger. Dette gjenspeglar seg i aukande mengd oppdrag hos Røde Kors og aukande traumeteam-utkallingar ved Odda sjukehus.

3.3.2 Forbruksmønster og pasientgrunnlag - grunnlag for planlegging og dimensjonering (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Storbrukaranalysen av somatiske døgnopphald viser at det er stor forskjell i forekomst av storbrukarar av sjukehustenester mellom dei tre kommunane. Pasientar busett i odda kommune er dominerande i høve Ullensvang og Jondal i både absolutte tal og realtivt i høve befolkningen.

Tal henta frå NIMES/DIPS og som er sjukehuset sine tal, visar at det i 2015 var totalt 1844 ØH innleggingar ved Odda sjukehus. 1120 (61%) ved medisinsk avdeling og 724 (39%) ved kirurgisk avdeling. Dette visar at det er eit sprik i NPR data og i NIMES/DIPS data. NPR data viser berre kirurgiske pasienter som utløyser kirurgiske prosedyrer. Mange akutte kirurgiske tilstandar skal behandlast konservativt med observasjon og evt medikamentell behandling.

Grunnlag for dagkirurgisk tilbod (ynskjer ein i tilleg å ha med fylgjande);

NPR data legg til grunn at det i 2015 vart gjort 504 dagkirurgiske inngrep ved Odda sjukehus. NIMES/DIPS visar at det vart gjort 814 dagkirurgiske inngrep ved Odda sjukehus. Utvalet er bestemmande for kva resultat ein får. NIMES data gjer eit bilete av faktiske aktiviteten ved dagkirurgisk eining.

3.3.3 Pasientstraumar (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Under tabell 13: Tala kan hentast ut på ulike måter og gje heilt ulike resultat. Nyttar ein NIMES/DIPS (altså sjukehusets tal) finn ein at det totale talet på døgnpasienter ved Odda sjukehus i 2015 var 2042. Av desse var 1844 ØH pasientar, 1120 medisinske og 724 kirurgiske (Elektive døgnopphald 154 kirurgiske og 44 medisinske).

3.3.5 Prehospitale tenester(i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Ved akutte situasjonar utanfor sjukehus er det ofte vanskeleg å få heile bilete av sjukdommen eller skaden. Det krevs ofte betre undersøkningstilhøve enn det prehospitale tilbudet kan bidra med.

Odda ambulansesetasje utførte i 2015-2022 oppdrag, av dei vart 921 avlevert på Odda Sjukehus. Dei fordeler seg slik: 262 akuttoppdrag, 353 hasteoppdrag og 306 vanlege oppdrag (utan hastegrad). Ambulansen gikk akutt frå Odda sjukehus til Bergen 10 gongar, og direkte utan å vere innom sjukehuset, 1 gong. Frå Ullensvang køyrde dei direkte til Bergen eller Voss 5 gongar. Ingen blei køyrd frå Jondal direkte til Bergen. Ambulansen gjekk akutt frå Odda sjukehus til Haugesund 10 gongar, og direkte utan å vere innom sjukehuset, 4 gongar. Ingen pasientar vart køyrd direkte frå Ullensvang eller Jondal til Haugesund.

Luftambulansedekning i Helse Fonna og Odda-området

Luftambulansen landar som regel på Ænes, eventuelt direkte på skadestaden. Det er ca. 24 kilometer frå Odda sjukehus. Enkelte gonger vert Gjerde, Torsnes eller Eitheim brukt. Pasienten blir frakta med ambulanse gjennom den 11 kilometer lange Folgefonntunnelen, og eventuelt gjennom Jondalstunnelen, og vidare med helikopter til Bergen. Flytida til Bergen blir på den måten kortare. Kartet viser dei vanlege landingsplassane og ordinær reisetid frå sjukehuset med bil.

3.3.6 Øyeblikkeleg hjelp utført ved Odda sjukehus (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Dette baserer seg på NPR data og ikkje NIMES/DIPS data som visar 90 % ØH (1844), kor 61 % var medisinske (1022 pasientar) og altså 39 % kirurgiske (724 pasientar). *Figur 1 Akutte innleggingar og mengd operasjon av desse (Kjelde NPR 2014)*

Tabell 18 viser at den øyeblikkelege hjelpa utført på Odda sjukehus i hovudsak dreier seg om medisinske prosedyrar og i mindre grad kirurgiske, 79 % medisinske og 21 % kirurgiske. Ser ein berre på døgnopphalda, er 89 % medisinske og 11 % er kirurgiske. Dette er ikkje så ulikt tala på landsbasis. Dette er ein naturleg konsekvens av at ein over år har tilpassa sjukehuset utan ortopedi, urologi og føde. Kirurgiske pasientar er ikkje berre pasientar som blir opererte, ofte krev den kirurgiske pasienten medikamentell behandling og vert registrert som medisinsk pasient.

Om ein legg til grunn sjukehuset sine egne data (NIMES/DIPS) vert resultatata heilt andre sjølv om talet på kirurgiske prosedyrar er lågt.

3.3.7 Journalgjennomgang av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

SATS er meint å nyttast primært til vurdering og prioritering i akuttsituasjonar, og kan ikkje sjåast på i retro -perspektiv. Det er ulik vurdering av dei som har gjort gjennomgangen av journalane, årsaka kan vera ulik fagleg bakgrunn. Delutgreiinga gir likevel ei deskriptiv skildring av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp. Ein ser at det er stor variasjon i type kirurgiske inngrep som blir gjort som øyeblikkeleg hjelp.

Kirurgene ved Odda sjukehus skal ha vurderingskompetanse ikkje behandlingskompetanse innen de ulike kirurgiske spesialiteter. Det er her «generalisten» kommer inn. Vi skal sende frå oss pasienter for behandling på høyerer nivå når det er indisert. Pasientar med ulike infeksjonstilstandar, pasientar

med forverring av kronisk obstruktiv lungesjukdom som peikar seg ut som grupper der ein kan sjå på samarbeidsmodellar mellom kommunehelsetenesta og spesialist-helsetenesta. Dette er også i tråd med funn i analysar av storforbrukarar av spesialisthelsetenester.

Det er også stort volum av pasientar som blir lagt inn for observasjon etter skader. Rask avklaring med radiologisk undersøkingar, kortvarig observasjon og eventuelt smertelindring er det vanlegaste tilbodet til denne gruppa.

Ein bør sjå på om og eventuelt korleis ein skadepoliklinikk kunne handtert denne pasientgruppa. Ein har i dag døgntkontinuerleg skadepoliklinikk som blir dekkja av turnuslegar med oppfølging av kirurg i bakvakt. De pasientene som man ved vurdering på skadepoliklinikken finner at trenger observasjon legges inn for dette. At det blir noen «unødvendige innleggelse» er internasjonalt akseptert og faren er det motsatte at man sender hjem en pasient som er dårligere enn kva man først antok (overtriage vs undertriage)

Ingen av desse 11 pasientane hadde behov for hemostatisk naudkirurgi ved Odda sjukehus. Det vil seie at ingen av dei hadde behov for kirurgi med den intensjonen å stoppe alvorleg blødning. Stabilisering av en ustabil bekkenfraktur, såkalla open bok, er ei hemostatisk prosedyre, døme frå behandling av et barn sommar 2015.

Det blei også gjort ein gjennomgangen av raude responsar, dvs. hendingar der det blei sendt ut ambulanse akutt med bakgrunn i skade eller mogleg alvorleg hending, og der Odda sjukehus var leveringsstad. Til saman var det 1401 raude responsar i perioden frå juli 2013 til juni 2016. 76 pasientar ble lagt inn på Odda sjukehus (3 hendingar resulterte i innlegging av meir enn ein pasient). Av dei 76 pasientane blei berre 1 pasient vurdert som alvorleg skadd. Dette er ein av dei 11 pasientane omtalt ovanfor. 17 pasientar blei berre behandla poliklinisk. For dei resterande 13 hendingane er det noko manglande koding, men truleg har pasienten blitt sendt heim etter poliklinisk konsultasjon. 5 av dei var utanlandske statsborgarar.

I etterkant av perioden for journalgjennomgangen (dvs. frå juli og fram til slutten av november 2016) har det vore behov for å gjere 2 potensielt livreddande inngrep ved Odda sjukehus.

3.4 Kvalitetsindikator

Pasienterfaringar - pasientoplevd kvalitet og pasienttryggleik

Kunnskapssenteret har sidan 2011 gjennomført årlege nasjonale pasienterfaringsundersøkingar blant vaksne døgnpasientar ved somatiske sjukehus (www.kunnskapssenteret.no/serier/passopp-rapporter). I undersøkingane blir kvart sjukehus samanlikna med landssnittet på ni pasienterfaringsindikatorar. Resultata blir vist på ein skala frå 0-100, der 100 er best. Vidare blir det samanlikna med landssnittet, om sjukehuset skårar signifikant betre eller dårlegare enn landssnittet, og endringar frå tidlegare år.

PasOpp rapporten 2015 visar at 61 sjukehus i Norge er vurdert m.o.t. 9 pasienterfaringsindikatorar. Kunnskapssenteret har slått saman dei ni indikatorane til eit samlemål, ein totalvurdering av pasienterfaringane ved sjukehusa. Samlescoren går frå 1 til 5 der 5 er best. Av rapportene som omhandlar sjukehusa i Helse Fonna fremkjem det at Odda har score 4, Stord har score 3 og Haugesund har score 2. Samlescoren varierer frå år til år og er vel ikkje eit reelt uttrykk for kvalitet. Ein kan nytta resultatet som ein spore til stadig å betre pasienttilbodet.

Tabell 20 viser at Odda sjukehus i 2015 ikkje skil seg signifikant frå landssnittet, og at det er signifikant betre resultat på organisering og standard i 2015 enn i 2014. Tabellen viser ei totalvurdering av pasienterfaringane ved sjukehuset. Ifølgje Kunnskapssenteret er den statistiske usikkerheten knytt til denne indikatoren stor på grunn av eit lågt tal svar ved Odda sjukehus. Grunnen til det låge tallet er at kunnskapssenteret gløymde å sende ut spørsmåla i ein termin (3 månader), jamfør telefonsamtale med Folkehelseinstituttet.

Figur 22 viser utviklinga i indikatorane for Odda sjukehus frå 2011-2015. På grunn av eit lågt tal svar ved Odda sjukehus vil resultatata variere ein del frå år til år. Resultata på indikatorane var betre i 2013 og 2015 enn i 2014.

3.5 Kommunale helse- og omsorgstenester

Kommunale sjukeheimsplassar (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Jondal og Ullensvang har god dekningsgrad av kommunale sjukeheimsplassar. Odda kommune har låg dekningsgrad, og ligg under landsgjennomsnittet

KS har i samarbeid med kommunane analysert forbruk av ØH-innleggingar i opptaskområdet og konklusjonen er ein annan enn det ein fin i rapporten. Det er dessutan låge tall der få tilfeller gjev høgt utslag(stor statistisk usikkerheit)

3.6 Eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak;

Når Nasjonal helse- og sjukehusplan tilrår ei nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi på 60-80 000 innbyggjarar som ei av fleire føringar i vurderinga av kva for sjukehus som skal ha akutt kirurgi, er dette ei tydeleggjering av tilrådingar som allereie har vore der i mange år.

Til dømes peiker både Eriksteinutvalgets rapport «Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, 2007» og den førre nasjonale helse- og omsorgsplanen på alternative løysningar utan akutt kirurgi for dei mindre sjukehusa. Desse alternativa, som svarer til «akuttsjukehus» i den nye nasjonale helse- og sjukehusplanen, skal ha indremedisinske akuttfunksjonar, anestesilege i døgnberedskap, elektiv kirurgi og kompetanse innanfor visse akuttkirurgiske prosedyrar. Dette har ført til at det gjennom åra er valt ulike løysningar i sjukehus og helseføretak rundt omkring i landet.

Til tross for eit omfattande faktagrunnlag i denne rapporten og andre omfattande utgreiingsarbeid, faglege tilrådingar og retningslinjer, må vi erkjenne at ein ikkje kan analysere seg fram til eintydige svar på korleis løysingane skal sjå ut for akutt kirurgi ved Odda sjukehus. Faktagrunnlaget kan bidra langt på veg, men det vil òg vere nyttig å sjå til eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak.

Innanfor regionen har Helse Fonna til dels dei same utfordringar som Helse Førde sto ovanfor med

- Fagmiljøa spreidde, sårbare/små
- Rekruttering er krevjande og vil verte meir krevjande om akutt kirurgisk funksjon fell bort.
- Lite samarbeid mellom sjukehusa
- Uklar kopling mellom «behov» og «tilbod» til befolkninga

Utviklingsarbeidet i Helse Fonna kan dra nytte av erfaringane og framgangsmåten i utviklingsarbeidet i Helse Førde. Akutt generell kirurgi er samla ved Førde sentralsjukehus, mens Lærdal og Nordfjord sjukehus har akutt indremedisin på døgnbasis, anestesilege i vakt og vanlege støttfunksjonar som laboratorium og radiologi. Begge sjukehus har skadepoliklinikk og tett samarbeid med kommunane. Begge sjukehus driver også planlagt kirurgi. Det er ei klar oppgåvedeling og nært samarbeid mellom sjukehusa. Det polikliniske tilbodet er omfattande ved alle sjukehusa. Både Lærdal og Nordfjord har akutt-team som blir mobilisert ved akutt sjukdom. Det består av medisinsk bakvakt, turnuslege, anestesilege, spesialsjukepleiar, lab, røntgen og eventuelt skadepoliklinikklege. Akutte tilfelle er i hovudsak indremedisinske. Skadde pasientar kan bli stabilisert, men ikkje operert før vidare transport.

Mosjøen sykehus i Helgelandssykehuset HF har berre akuttfunksjonar i indremedisin. Av større sjukehus utan akuttfunksjon i kirurgi, kan nemnast Lovisenberg Diakonale sykehus AS, Elverum sykehus i Sykehuset Innlandet HF og Kongsberg sykehus i Vestre Viken HF. Dei to siste har likevel akuttfunksjonar i ortopedi.

Nokre sjukehus er gjort om til reine elektive sjukehus, og nokre av dei fungerer som dagsjukehus. Røros sykehus er ein del av St. Olavs hospital HF og leverer dagkirurgitenester, polikliniske tenester og laboratorie- og røntgenservice. Rjukan sykehus som er ein del av Sykehuset Telemark HF, er eit eksempel på eit sjukehus utan akuttfunksjonar. Rjukan-området har stor turisttrafikk. Sjukehuset gir polikliniske tenester innanfor kardiologi, lungesjukdommar, indremedisin, auge, øyre/nase/hals, urologi, ortopedi/kirurgi, enklare medisinsk kreftbehandling og radiologi- og laboratorietenester. Rjukan sjukehus er å rekna som nedlagt. I desse dagar vert det arbeidd med sal av sjukehusbygningane og privat sjukehusdrift.

Det finst også eksempel på at store folketette område har funne løysningar som fungerer bra, med spesialisthelsetenester i samarbeid med andre aktørar. Alta helsesenter ligger 14 mil frå Hammerfest sykehus og består av spesialisthelsetenester, kommunale helse- og omsorgstenester og fylkeskommunale og private helsetenester. Her er det gode tilhøve med ambulansefly.

Hallingdal sjukestugu (HSS) blir driven av Vestre Viken HF som ei avdeling under Ringerike sykehus. HSS ligger 15 mil frå sjukehuset og består av somatisk sengeavdeling, spesialistpoliklinikk, vaksen- og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, dialyseavdeling, laboratorium og blodbank, røntgenavdeling og legevakt. Eit av mange samhandlingstiltak er oppretting av ei felles døgnavdeling med 10 desentraliserte sjukehusplassar og 10 interkommunale plassar. Avdelinga vil bli driven med tre legestillingar, der to vil vere spesialistar i allmenntmedisin og ein vil ha bakgrunn frå spesialisthelse-tenesta. Behov for legetilsyn kveld og natt vil skje frå den interkommunale legevakta i same bygg. Ål har basestasjon for luftambulanse.

Nasjonal helse- og sjukehusplan omtaler Tynset sykehus i Sykehuset Innlandet HF som eit sjukehus med eit avgrensa befolkningsgrunnlag som likevel skal vidareføre akuttfunksjonen i kirurgi. Grunngevinga er krevjande geografiske forhold og lange avstandar til næraste sjukehus. Tynset har ikkje utfordringar med stengde vegar. Befolkningsgrunnlaget for Tynset sykehus er større enn for Odda sjukehus. Tynset har i utgangspunktet 18 000 i opptaksområdet sitt, men det er styrevedtak både i Sykehuset Innlandet og St. Olavs hospital om at kommunane Røros og Holtålen i naboføretaket St. Olavs hospital i naboregion Helse Midt-Norge, skal få tenester frå Tynset som lokalsjukehus. Det betyr at det reelle opptaksområdet for Tynset er 25 000 innbyggjarar. Reisetida frå Tynset sykehus til næraste sjukehus, St. Olavs hospital i Helse Midt-Norge, er meir enn to timar.

Kirurgisk akuttberedskap ved Tynset sykehus blir organisert med utgangspunkt i kompetansen som i dag ligg i generell kirurgi eller gastrokirurgi. Denne breiddekompetansen sikrar vurdering av pasientar, observasjon og behandling av enkelte tilstandar etter avklarte retningslinjer utarbeidd i

samarbeid med overordna sjukehus. Sjukehuset profilerer sjølve verksemda si som distriktssjukehusmodellen. Terskelen for å gjere bukinggrep på vakttid er veldig høg, slik at den kirurgiske vaktordninga meir er å oppfatte som ein vurderingsberedskap. Kirurgi og ortopedi blir sikra elektivt volum (må ha eit tilstrekkeleg elektivt volum til å understøtte akuttverksemda). Det blir lagt til grunn at så langt som mogleg skal diagnostikk gjerast lokalt.

Rekrutteringsmodellen for overlegar på Tynset er ei turnusordning med 2 veker aktiv teneste og 3-4 veker avspasering, fagleg påfyll, kurs, ferieavvikling med meir. Vidareføring av akuttkirurgi på Tynset føreset ifølgje nasjonal helse- og sjukehusplan, nært samarbeid med dei andre sjukehusa i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og overføring av planlagt kirurgi.

4.2 Samarbeid mellom kommune og sjukehus innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Tilråding – samarbeid mellom kommune og sjukehus innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling

Arbeidsgruppa er samstemde om vidareføring av akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus.

Kommunane og Helse Fonna må inngå eit forpliktande samarbeid for å sikre tilbodet til pasientane som har behov for tenester frå begge nivåa, innanfor både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

Kommunale øyeblikkeleg hjelp-senger og interkommunal legevakt må vidareutviklast. Desse tenestene bør vere lokaliserte til Odda sjukehus. Dei kommunale ØH-sengene skal i 2017 også tas i bruk innan psykisk helse og rus.

Ein forpliktande avtale mellom kommunane og Helse Fonna om desse tenestene bør vere på plass i 2017, og arbeidet må starte opp første halvår. Odda kommune bør vere initiativtakar.

Tilråding - spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært

Arbeidsgruppa er samstemde om vidareføring av akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus.

Det ligg til rette for utvida poliklinisk tilbod ved Odda sjukehus. Basert på analysane av pasientane sine behov og gjennomgangen i prosjektet, må Helse Fonna utarbeide ein konkret plan for utviding av dei polikliniske tenestene. Det kan vere i form av ambulerande spesialistar eller privatpraktiserande avtalespesialistar. Det er ein føresetnad at polikliniske tenester innan øyre-nase-hals, inkludert høyresentral, inngår i planen.

4.4 Dagkirurgiske tenester (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Tilboda innan dagkirurgi er et resultat av eit nært samarbeid mellom poliklinikk og dagkirurgisk eining. I visse høve gjer ein eit poliklinisk tilbod til pasientar som skal handsamast ved anna sjukehus i helse Fonna og Helse Bergen grunna dei lange reisevegane. Dette er etter avtale ved sjukehuset pasienten skal behandlast ved. Arbeidsgruppa har same tilråding for oppbygging og styrking av det dagkirurgiske tilbodet ved Odda sjukehus uavhengig av om det skal vere akuttkirurgisk beredskap der eller ikkje.

Arbeidsgruppa er av den meining at Odda sjukehus skal ha akutt kirurgisk funksjon og at dette vil lette rekrutteringa av kirurgar til den dagkirurgiske aktiviteteten. Konkret anbefalar arbeidsgruppa at det blir tilsett eitt årsverk innan ortopedi, fordelt på to stillingar. Dette for opprette eit god ortopedisk tilbod ved Odda sjukehus. 43% av ortopediske dagkirurgiske pasientar frå Odda opptaksområde blir i dag operert ved Voss sjukehus. Det vil likevel ikkje vere nok omfang innan ortopedisk dagkirurgi til eitt årsverk, så oppbygging må skje i samband med ei styrking innan ortopedisk poliklinikk og. Innan generell kirurgi har ein tilstrekkeleg bemanning i dag. Moderne brokk-kirurgi (TEP) blir gjort ved Odda i dag, men det er moglegheiter for å behandla lang fleire enn det som det blir gjort. Tilbodet innan avansert proktologi kan også utvidast. Innan gynekologi har Odda sjukehus ein fast tilsett i dag, men han gjer også operasjonar innan andre fagområder. For å kunne oppnå betre kapasitet enn det ein har i dag, og redusera ventetidene kan denne kirurgen i større grad allokera til kirurgi innan gynekologi.

Forbruksanalysen som dannar grunnlag for mykje av arbeidet har nytta tal frå NPR. Gjennom prosjektet har ein funne til dels store forskjellar mellom NPR-tala og tala som Odda sjukehus sjølv tar ut frå DIPS/Nimes. Tala tatt ut frå DIPS/Nimes viser at det er utført ganske mange fleire dagkirurgisk inngrep ved Odda sjukehus enn kva NPR tala viser. Forskjellane i tala vil ikkje påverke arbeidsgruppa sine konklusjonar eller anbefalingar.

Ventelistedata for kvart einskild sjukehus i Helse Fonna verkar å vere noko upålitelege, og det bør dermed ikkje leggast stor vekt på desse tala i vurderinga av det dagkirurgiske tilbodet i Helse Fonna.

Tilrådinga frå prosjektgruppa er at det skal vere dagkirurgisk aktivitet ved Odda sjukehus og at denne aktiviteteten skal vere med å støtte akutt funksjon i kirurgi.

Tilråding – dagkirurgiske tenester

Arbeidsgruppa er av den meining at Odda sjukehus må ha akutt kirurgisk funksjon.

Analysane og gjennomgangen i prosjektet viser at det er aktuelt å utvide den dagkirurgiske aktiviteteten ved Odda sjukehus innanfor fleire fagområde, til dømes ortopediske inngrep (m.a. kne- og

skulderinngrep) og grå stær-operasjonar og augelokkoperasjonar. Helse Fonna må sjå samla på den dagkirurgisk aktiviteten innan alle fagområda, og på fordelinga av dagkirurgitilbodet mellom sjukehusa i helseføretaket.

4.5 Den akuttmedisinske kjeda (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Prehospitale tenester som del av den akuttmedisinske kjeda

Det er ei sterk tilråding i Nasjonal traumeplan at dersom det er meir enn 45 minutt transporttid til traumesenter, skal ein pasient som er fysiologisk påverka bli transportert til næraste akuttsjukehus med traumefunksjon. Dette er ikkje ein norm for at pasienten skal nå eit akuttsykehus innan 45 minutt. Ein slik norm finst ikkje i Noreg. Men dersom ein har eit akuttsjukehus med traumefunksjon nærare enn traumesenteret, pasient er alvorleg skadd og transporttida til traumesenteret er over 45 minutt, skal ein prioritere stabilisering på næraste akuttsjukehus med traumefunksjon dersom dette er betydeleg nærmare.

Akuttkirurgi og traumebehandling (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Traumer er relativt sett vanlegare i Odda sjukehusområde enn befolkningsgrunnlaget skulle tilseie. Kvar deltager av traumeteamet opplever > 10 traumeteamutkallingar per år og talet er aukande.

Odda har med andre ord i utgangspunktet eit befolkningsgrunnlag som skulle tilseie at sjukehuset ikkje skal ha ein akuttfunksjon i kirurgi. Det er også slik i dag at berre 15 % av akuttkirurgi som blir utført på innlagte pasientar frå Oddas sjukehusområde, blir utført ved Odda sjukehus. Dette er naturleg og ein påventa konsekvens av at Odda har og skal ha ein viktig silingsfunksjon og vurderingskompetanse.

Det er neppe tvil om at akuttkirurgi ved dei mindre sjukehusa er livreddande. Dette må likevel sjåast i forhold til at sjukehusa i nokre tilfelle også kan forsinke livreddande behandling i meir spesialiserte sjukehus. Det er verken i dei gjennomførte journalgjennomgangane eller analysane av raude responsar frå prehospitale tenester funne eksemplar på gjennomført livreddande hemostatisk naudkirurgi ved Odda sjukehus i dei undersøkte tidsperiodane. I etterkant av kartleggingsperioden har det vore gjort 2 livreddande inngrep ved Odda sjukehus. At desse situasjonane vil vere sjeldne, samsvarar med funn i andre tilsvarande kartleggingar. Det vert alltid vurdert om det er mogleg å senda pasienten direkte til traumesenter.

Frå Odda sjukehus si side er det spesielt peika på utfordringa med avgrensa breidde på den planlagde kirurgien, spesielt når det gjeld innlagte pasientar. Sjukehuset har mista spesialistkompetanse innan både urologi og ortopedi. Denne kompetansen er ikkje erstatta. Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på at sjukehus utan akuttfunksjon i kirurgi, skal ha planlagt kirurgi og at overføring av planlagt kirurgi til dei små sjukehusa vil sikre aktivitet ved mindre lokalsjukehus og samtidig frigjere kapasitet på større sjukehus til å handtere ei auka tilstrømming av akuttpasientar. Denne utfordringa må kunne løysast på føretaksnivå, for eksempel ved innføring av felles ventelister.

Oddamodellen for akuttkirurgi er tilpassa opptaksområdet og fungerer godt i dag. Modellen reddar liv og helsetap i opptaksområdet. Den er robust nok for oppgåvene med 3,75 kirurg i vaktordning.

Eit akuttsjukehus må ha ein stabiliseringsfunksjon både i forhold til innlagte pasientar og omverda dette krev kirurg tilstades.

Nasjonal traumeplan side 116:

«**STERKE ANBEFALINGER:**

Sjukehus utan traumefunksjon, helsesentre m.v. kan brukes for midlertidig undersøkelse og behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan gjøres avhengig av tilgjengelig kompetanse, men i samråd med traumeleder på det traumesenter/sykehus pasienten venter på å komme til. Diagnostikk og behandling skal ikke forsinke transport.

Anbefalinger:

Helseforetak og regionale helseforetak bør informere befolkningen og ansatte i AMK, ambulansetjeneste, luftambulanse etc. om sin beredskap for behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Befolkningen bør vite at transport til akuttsykehus med traumefunksjon og traumesenter er tryggere enn transport til sykehus uten definert traumeberedskap.»

Også for andre personellgrupper vil det vere nødvendig å sette i verk spesielle tiltak for å bevare nøkkelpersonell og sikre ny rekruttering. Tynset sykehus har valt ein utradisjonell modell der fast tilsette legar jobbar såkalla «nordsjøturnus». Modellen har sikra god stabilitet på overlegesida. Rekrutteringsmodellen for overlegar på Tynset er en turnusordning med 2 veker aktiv teneste og tre til fire vekers periode med avspasering, fagleg påfyll, kurs, ferieavvikling med meir. Legane blir lønna etter totallønnprinsippet.

Kirurgane ved Odda sjukehus er erfarne og budde på å handtera krevande akutte situasjonar. Dei er vane med å handtera situasjonar der ein ikkje kan lita på transport til traumesenter. Samstundes vert hendingane fordelt på få kirurgar (3,75).

Akutt indremedisin

Det akutte indremedisinske tilbodet ved Odda sjukehus dekkjer det volummessig største behovet for akutttinnleggingar frå Odda sjukehus til opptaksområde. Eldre og kronikarar utgjør den største pasientgruppa her. Dersom akuttkirurgien blir avvikla, peiker Nasjonal helse- og sjukehusplan på akuttsjukehus med minimum akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi, som alternativet. Denne modellen har vore trekt fram som ei løysing for dei mindre sjukehusa gjennom mange år, og helseforetak har tilpassa seg dette alternativet på ulike måtar (jf. kap. 3.6). Modellen har likevel ingen støtte i Legeforeningen som meiner at alle akuttsjukehus skal ha både akutt kirurgi og indremedisin.

Dersom Odda sjukehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin utan akuttfunksjon i kirurgi, vil det ha konsekvensar for pasientselekteringa til sjukehuset. Visse indremedisinske pasientar der kirurgi kan bli nødvendig, skal da ikkje ligge på Odda sjukehus. Det kan for eksempel dreie seg om pasientar med gastrointestinale blødningar. Indremedisinske pasientar som treng ordinært tilsyn av kirurg, kan få dette frå kirurgar som er til stades på dagtid i samband med poliklinikk og dagkirurgi. Dersom det er tilsyn som hastar og der problemstillinga ikkje kan avklarast med eit videomøte, må pasienten sendast vidare til Haugesund sjukehus.

Nasjonal helse- og sjukehusplan påpeiker også at når det gjeld ei eventuell nedre grense for akuttfunksjon i indremedisin, må mange forhold leggast vekt på. Størrelsen på opptaksområdet er berre eitt.

Skadepoliklinikk (i tillegg til det som står i dette avsnittet ynskjer gruppa å ha med fylgjande);

Dagens skadepoliklinikk blir i stor grad tatt hand om av turnuslegen med støtte frå vaktavande overlege i kirurgi. Det kjem i snitt 3 øyeblikkeleg hjelp polikliniske pasientar per døgn. Desse kjem i hovudsak i tidsrommet mellom kl. 7 og 18. Dagens ordning fungerer godt og det vil derfor vere naturleg å vidareføre denne dersom akutfunksjonen i kirurgi blir oppretthalden.

Legevaktslegen behandlar skader som høyrer til ved Legevakta, legevaktslegene skal ikke behandle skader som høyrer til spesialisthelsetjenesten.

Tilråding om akutttilbodet ved Odda sjukehus

Sjukehusa i Helse Vest utgjer til saman eit trygt akutttilbod for innbyggjarane og vil ta vare på dei akutt skadde og sjuke pasientane gjennom det etablerte traumesystemet. Traumesystemet og den akuttmedisinske kjeda er nærare omtalt i innleiinga til kapittel 4.5 og i kapittel 4.1. Denne samanhengande rekka av tiltak for å sikre akutt helsehjelp, gjeld også i akutte situasjonar i Odda-området.

Ei vidare utvikling som sikrar rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, vil vere det viktigaste tiltaket for å redusere risiko for død og varig skade i dei mest tidskritiske situasjonane. For å sikre innbyggjarane i Odda-området eit trygt, godt og breitt tilbod i akutte traumesituasjonar, er ein del av prosjektgruppa av den oppfatning at dette best blir tatt hand om ved primært å bruke traumesenteret ved Haukeland universitetssjukehus, alternativt å bruke Haugesund sjukehus som akuttsjukehus med traumefunksjon. Denne delen av prosjektgruppa er av den oppfatning at volumet av akuttkirurgien ved Odda sjukehus er så lågt at det for framtida ikkje vil vere mogleg å oppretthalde den nødvendige kompetansen hos kirurgar, behandlingsteam og medisinske og andre støttefunksjonar. Avstandar og framkomelegheit er ei utfordring i regionen. Det understrekar at det er viktig med den framtidige utbygginga og utviklinga av dei prehospitala tenestene.

Mindretallet i prosjektgruppa vil derfor tilrå at Odda sjukehus blir vidareført i samsvar med definisjonen av akuttsjukehus i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Det vil seie med indremedisin, anestesilege i døgnkontinuerleg vakt og elektiv kirurgi, men utan akutfunksjon i kirurgi. Med tanke på alle pasientar uavhengig av fagområde, må det etablerast eit stabiliseringsteam som kan mobiliserast i akutte situasjonar og stabilisere pasientar for vidare transport der det er aktuelt. Det blir også tilrådd at det indremedisinske og skadepolikliniske tilbodet blir vidareutvikla i eit nært samarbeid med kommunane i Odda-området.

Fleirtallet i prosjektgruppa er av ei anna oppfatning. Eit trygt tilbod til innbyggjarane i Odda-området avhenger av at sjukehuset framleis har ein akutt-kirurgisk funksjon. Avstanden til næraste sjukehus er lang, og erfaringa viser at det i av og til kan vere vanskeleg å ta seg fram pga. rasutsette vegar og dårleg flyvêr. Samla sett meiner denne delen av prosjektgruppa at dette gir ei uforsvarleg lang transporttid til alternativt sjukehus. For slike situasjonar må det vere eit akutt-kirurgisk tilbod som til dømes kan stoppe store blødningar i buken. Denne delen av prosjektgruppa meiner også at å oppretthalde Odda sjukehus som akuttsjukehus med traumefunksjon, vil vere i tråd med intensjonen i tilrådinga i Nasjonal traumeplan, om at dersom det er meir enn 45 minuttar transporttid til traumesenter, skal ein pasient som er fysiologisk påverka transporterast til nærast akuttsjukehus med traumefunksjon.

Denne delen av prosjektgruppa tilrår derfor at Odda sjukehus blir vidareført med dei same akuttfunksjonar som i dag.

Dersom akuttkirurgien blir avvikla fryktar denne delen av prosjektgruppa at det blir vanskeleg/umogleg å rekruttere nøkkelpersonell til sjukehuset, og at det kan bety at sjukehuset etterkvart bukkar under. Samla sett vil dette skape stor uro både blant befolkninga og den samarbeidande primærhelsetenesta. Samla sett vil dette skape stor uro både blant befolkninga og den samarbeidande primærhelsetenesta.

Odda sjukehus har funne pragmatiske løysingar på mange av dei utfordringane Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på ved dei mindre sjukehusa. Ein klarer til dømes i dag å oppretthalde døgntkontinuerleg vaktordning med 3-4 kirurgar ved Odda sjukehus.

Denne delen av prosjektgruppa forventar også at Helse Fonna legg til rette for at det i tråd med Nasjonal helse- og sjukehusplan blir overført meir elektiv kirurgi til Odda sjukehus slik at sjukehuset blir stabilisert med ein større breidde. Det blir tilrådd at ein etablerer felles ventelister i føretaket og at Odda sjukehus blir representert i leiargruppa i føretaket på same måte som Stord sjukehus. Denne delen av prosjektgruppa ser også positivt på eit nært samarbeid med primærhelsetenesta i den vidare utviklinga av sjukehuset.

Mindretallet tilrår avvikling av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Prosjektleiari Helge Bryne, Ingvill Skogseth, Haldis Økland Lier, Berit Haaland:

Ut frå størrelsen på opptaksområdet til Odda sjukehus, er det ikkje grunnlag for å oppretthalde døgntkontinuerlege akuttfunksjonar ved sjukehuset. Odda sjukehus skal likevel ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt dagkirurgi og skadepoliklinikk.

Dette blir grunnleggjande med lang avstand til næraste større sjukehus, og at dei aller fleste som treng ei akuttinnlegging ved Odda sjukehus, har behov for eit akutt indremedisinske tilbod. Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på dette som alternativet, dersom akuttkirurgien blir avvikla.

Den akuttkirurgiske verksemda ved Odda sjukehus blir avvikla. Analysane i prosjektet viser at Odda sjukehus sjeldan behandlar alvorleg skadde pasientar. Øyeblikkeleg hjelp skal tas vare på gjennom den etablerte akuttmedisinske kjeda i Helse Vest. Alvorleg skadde pasientar skal få tilbod ved Haukeland universitetssjukehus/Haugesund sjukehus. Mindre alvorlege skadar skal framleis bli behandla ved Odda sjukehus. Skadepoliklinikken skal styrkast i samarbeid med legevakta.

Befolkninga i Odda-området er godt dekt med dagens ambulans- og luftambulansetjenester. Helse Fonna må kontinuerleg utvikle den prehospitale tenesta i samsvar med nasjonale retningslinjer slik at ein alvorleg skadd pasient kjem raskt fram til traumesenter.

Ressursar som i dag blir brukte for å oppretthalde akuttkirurgien, skal brukast til å utvide tilbodet ved Odda sjukehus til dei store pasientgruppene som treng spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært. Dette vil vere særleg viktig for å vareta dei aukande behova til eldre pasientar, dei med mange samtidige sjukdommar og dei med kroniske sjukdommar. Å ivareta behovet for langvarige og koordinerte tenester, føreset tett og forpliktande samarbeid mellom sjukehus og kommunar, jf. forslaga prosjektgruppa har til slike tiltak. Dette vil gi eit breiare spesialisthelsetestetilbod til befolkninga i Odda-område.

2. Fleirtalet tilrår vidareføring av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Roald Aga Haug, Daniela Brüel, Ingunn - Olin Haugen, Trond Dyngeland, Hans Burchardt, John - Olav Digranes, Else Berit Ingvaldsen, Kåre Ystanes, Randi Guddal, Anne Cathrine Skaar, Arvid Storgjerde:

Odda sjukehus skal ha akuttkirurgisk tilbod, med kirurgisk beredskap, samt akuttberedskap innan indremedisin og anestesi. Dette blir grunnlagt med lang avstand til næraste traumesenter og større sjukehus. Det er ikkje medisinsk forsvarleg at indremedisiner, anestesilege eller legevakslege skal dekke den kirurgiske beredskapen.

Ein finn det medisinsk uforsvarleg med Odda sjukehus som akuttsjukehus utan akutt kirurgisk beredskap. Tilrådinga har bakgrunn i Odda sjukehus sin plass i behandlingsskjeda ved akutte tilstandar, den aukande turismen i området, den aukande mengda av traumealarmar, og opptaksområdets spesielle utfordringar når det gjeld avstandar, klimatiske forhold og transportmoglegheiter/innskrenkingar. Det er få om nokon stader det er så store utfordringar med geografi, topografi, vêrtilhøve og stengde vegar som i opptaksområde til Odda sjukehus. Odda sjukehus er eit alternativ ved akutte hendingar for delar av Kvinnherad kommune som har kort avstand til Odda.

Ei avvikling av akuttkirurgien vil:

- gi eit tap av moglegheit for livreddande kirurgisk stabilisering når det ikkje let seg gjere å transportere pasienten direkte til traumesenter, jf sterk anbefaling i nasjonal traumeplan side 17.
- ikkje kunne erstattast av prehospitala tenester, heller ikkje høgspesialiserte prehospitala tenester erstattar eit godt akuttsjukehus
- ved avvikling av akutt kirurgi vil ein på sikt mista Odda sjukehus som eit akuttsjukehus også innan akutt indremedisin. Innan elektiv medisinsk og kirurgisk virksamheit vil dette skape utfordringar innan rekruttering.
- gi eit tap av tryggleik for befolkninga i regionen. Innbyggjarane vil kjenne uro dersom den akuttkirurgisk beredskapen blir avvika. Det må stillast spørsmål om innbyggjarane skal finne seg i å ha dårlegare akuttberedskap enn resten av befolkninga
- vanskeleggjere rekrutteringa av legar til Odda sjukehus, jamfør rekrutteringsutfordringar ved Nordfjord sjukehus. Det vert meir utrygt for indremedisinarar og anestesi- og kirurgilegar dersom ein risikerar å få hardt skadde pasientar direkte til sjukehuset når ein ikkje lenger har beredskap for desse. Ein må basera drifta på vikarar noko som ikkje er til pasientens beste. Det fagmiljøet ein har bygd opp ved sjukehuset vil gå tapt.
- For indremedisinske problemstillingar vil ein ofte vera avhengig av kirurgiske vurderingar, dette vil føre til at fleire medisinske pasientar mister sitt tilbod i Odda og då svekkar ein tilbudet til dei eldre pasientane.
- Det er fare for å miste skadepoliklinikken, rekruttering av spesialistar for å drifta ein skadepoliklinikk vil vera ekstremt ressurskrevande.
- gi eit tap av tryggleik i kommunehelsetenesta og svekke rekruttering av fastlegar. Døgnkontinuerleg akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus skaper tryggleik for kommunelegane.

Dagens akuttkirurgiske tilbod fungerer godt og er tilpassa utfordringane i regionen. Det gir ein tilpassa robust akuttkirurgisk beredskap. I Odda blir alle større skader tatt imot av spesialistar innan kirurgi og anestesi, så tilbudet er meir robust enn på fleire mellomstore sjukehus.

