

Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur

Innspill fra faglig rådgivingsgruppe for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan

04.05.2015

Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur

Innspill fra faglig rådgivingsgruppe for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan

Bakgrunn

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har Helse- og omsorgsdepartementet satt sammen en gruppe av fagfolk innen anestesi, kirurgi, ortopedi og indremedisin som kan gi departementet råd om faglige konsekvenser av de tre utviklingsretningene for norske sykehus som ble lansert av statsråd Bent Høie i sykehustalen 7. januar, 2015.

” I dagens sykehusstruktur er de fleste akuttmottakene bygd opp rundt tilbud om indremedisin, kirurgi og anestesi 24 timer i døgnet.

Vi ser nesten hver dag at denne organiseringen utfordres av at kirurgien sentraliseres. Dette er ikke en trend vi kan velge bort – den skjer i alle land og skyldes både den medisinske og teknologiske utviklingen, og det enkle faktum at øvelse gjør mester.

Vi vet for eksempel at sentralisering av brystkreftkirurgien har ført til at flere overlever kreftsykdommen.

Like viktig som at kirurgen er trent, er det at det diagnostiske teamet har bredde og erfaring. Slik unngår man også unødvendige inngrep.

Med dette som bakteppe, ser vi tre utviklingsmuligheter for framtidens sykehusstruktur. Disse retningene skal belyses i Nasjonal helse- og sykehusplan.

- *Vi kan fortsette med dagens struktur og opprettholder akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til.*
- *Nummer to er at vi følger tradisjonell medisinsk tenkning som sier at akutfunksjonene i indremedisin alltid må være sammen med akutfunksjoner i kirurgi. Når kirurgien sentraliseres, vil det bety vesentlig færre akuttmottak, og dermed vesentlig færre sykehus.*
- *Og den tredje retningen er at vi opprettholder vår desentraliserte sykehusstruktur, men tilpasser akutfunksjonene basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasienten bor.”*

Gruppen skal gi råd om hva som er de faglige konsekvensene av de tre modellene.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker særlig innspill på hva som kreves av støttefunksjoner for å gjøre en modell med akutt indremedisin, planlagt kirurgi og anestesi bærekraftig og faglig attraktiv for mindre sykehus.

Mandat

- Gi en vurdering av de faglige konsekvensene av de tre alternativene for framtidens sykehusstruktur, når det gjelder:
 - medisinsk teknologi og behandlingsmuligheter
 - nåværende og eventuell fremtidig spesialiststruktur for leger (jfr. rapport fra Helsedirektoratet)
 - rekrutteringssituasjonen for legespesialister

- demografisk utvikling
- fremtidig sykdomsbilde
- Gi en faglig vurdering av hva som kreves av infrastruktur, støttefunksjoner, kompetanse og behandlingstilbud for å gjøre en modell med akutt indremedisin, planlagt kirurgi (eller ortopedi) og anestesi bærekraftig og faglig attraktiv for mindre sykehus

Gruppen forventes ikke å levere en omfattende utredning, men skal bruke sin kompetanse og erfaring og sitt faglige skjønn til å utforme råd på ovennevnte områder.

Gruppen består av:

Johan Torgersen	Helsedirektoratet	(leder)
Kjersti Bergjord	Helse Møre og Romsdal	(anestesi)
Elin V. Thorsen	Oslo universitetssykehus	(gastrokirurgi)
Tom Glomsaker	Stavanger universitetssykehus	(generell kirurgi)
Øystein Berg	Sørlandet sykehus	(ortopedi)
Beate Sørslett	Nordlandssykehuset	(indremedisin)
Svein Rotevatn	Helse Bergen	(kardiologi)
Kristine Wiencke	Oslo universitetssykehus	(gastromedisin)
Gudmund Nordby	Lovisenberg	(medisinsk klinikk)
Trine Vingsnes	Helse Førde	(medisinsk avdeling)
Andreas Moan	HOD	(sekretær)

Gruppen har hatt tre møter: 5.februar, 11.mars og 17.april.

Faglige konsekvenser av de tre alternativene for fremtidens sykehusstruktur

Sykehusenes primære oppgave er pasientbehandling, forskning, utdanning og pasient- og pårørende opplæring. Foretaksmodellen er organisatorisk fornuftig, men man har ikke fått til oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus innad i et helseforetak i tilstrekkelig grad frem til nå. Det betyr at man ikke har evnet å utnytte sykehusene i en helhetlig modell. Medisinsk utvikling krever funksjonsdeling.

Planlagt og forutsigbar oppgavedeling er en viktig del av et helhetlig kvalitetsarbeid og med stor betydning for pasientsikkerhet, og gruppen mener at det bør settes tydeligere krav til samarbeid og oppgavedeling mellom sykehus. Det er derfor avgjørende at en ved fordeling av funksjoner mellom sykehus tydelig kan vise til de kvalitetsmessige positive konsekvensene fordelingen av funksjoner fører til og at dette begrunnes faglig.

I det følgende gir gruppen sin vurdering av helseministerens tre skisserte utviklingstrekk.

Modell 1: Videreføring av dagens struktur og oppgavedeling

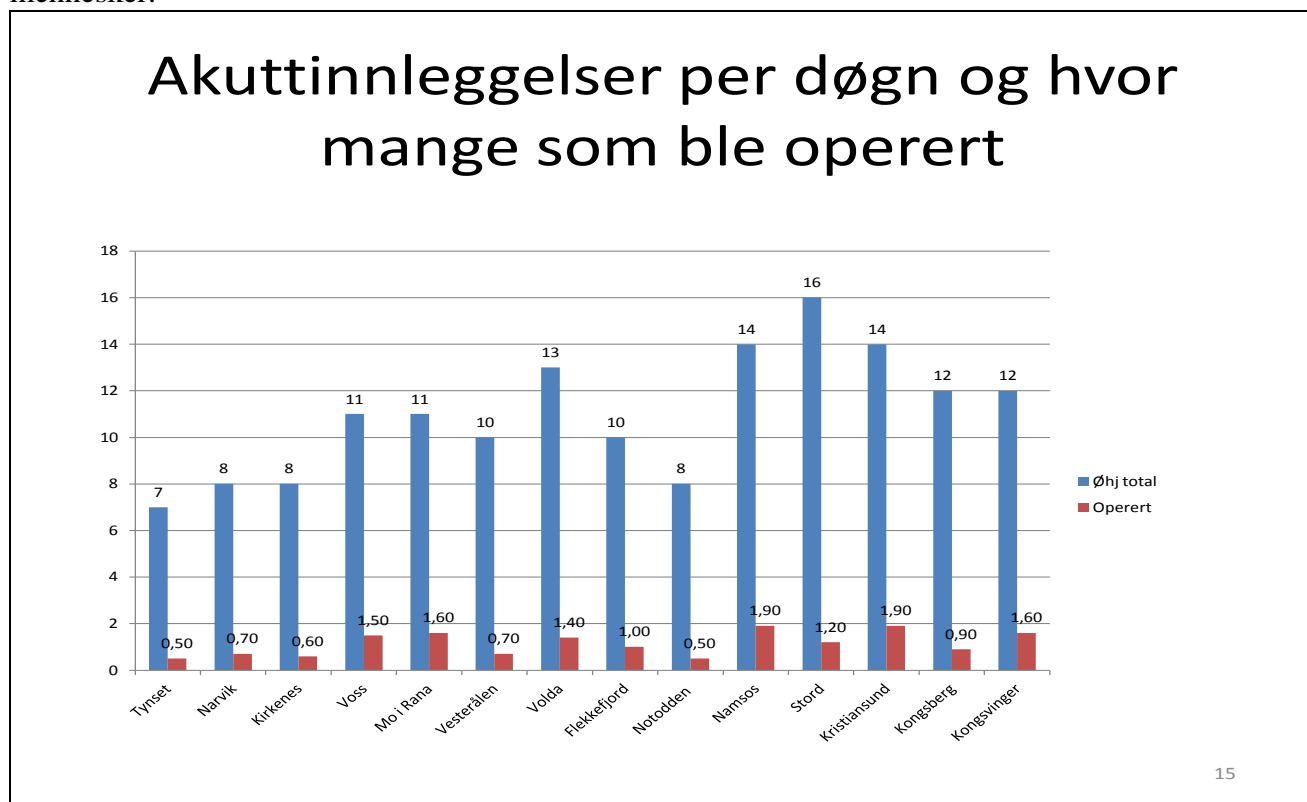
Denne modellen tar som utgangspunkt at man ikke gjør vesentlige endringer verken i lokalisering av sykehus eller oppgavedelingen mellom dem. I praksis betyr det at man opprettholder akutfunksjoner i indremedisin og kirurgi ved de fleste sykehusene (fire sykehus har i 2014 bare akutt indremedisin).

Utfordringer med dagens modell

Det er i hovedsak to forhold som gjør at dagens modell ikke oppfattes som egnet for fremtidig utvikling:

1. Norge har mange svært små sykehus. Lite pasientvolum gir liten trening og gjør det vanskelig å vedlikeholde kunnskap, kvalitet og praktisk ferdighet. Det gjelder alle diagnoser som ikke forekommer ofte, men i særlig grad alvorlige akutte tilstander og kirurgi.
2. 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 akutt medisin.

Bildet under er hentet fra delrapport ”Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus (2014)”. Det synliggjør hvor ofte det foregår akuttkirurgiske inngrep i disse sykehusene som har befolkningsgrunnlag fra 25- 60 000 mennesker.



(Dette er aktivitet i et utvalg av mindre sykehus. Utvalget er gjort for å være representativt og ikke fordi man mener at det er spesielle forhold knyttet til disse sykehusene. Tabellen kan derfor ikke leses som ”sykehus med spesielt liten aktivitet/spesielt utsatte sykehus”).

I løpet av de siste 10 år har man sett en stor utvikling innen alle de kirurgiske fagområdene. Man har for eksempel gått fra åpen kirurgi til kikkhullskirurgi for mange ulike inngrep. Nye metoder, nytt utstyr og mer spesialiserte inngrep gjør at den enkelte kirurg ikke lenger behersker alle de nødvendige inngrep eller metoder for å kunne «ta seg av alt».

Dette gjenspeiles også i den faglige utviklingen. Generell kirurgi er i ferd med å forsvinne som fagfelt. Tidligere inneholdt generell kirurgi krav til ferdigheter innen ortopedi og gynekologi og fødselshjelp. Diagnostikk og behandling som tidligere ble håndtert av generelle

kirurger, ivaretas i dag av grenspesialiserte kirurger innen for eksempel karkirurgi og urologi og mange av de tidligere generellkirurgiske inngrepene ivaretas nå av gastrokirurger.

I gastrokirurgi fortsetter spesialiseringen, og er i dag i ferd med å etablere seg som tre hovedretninger (øvre og nedre gastrokirurgi og lever/galle-kirurgi). Akuttkirurgi er et fagfelt i betydelig utvikling og vil kreve mer spesialisert kompetanse, avanserte støttefunksjoner og utstyr i enda større grad enn i dag.

Teknologiutviklingen har gitt helt nye muligheter for å diagnostisere og behandle sykdommer (avansert billeddiagnostikk, intervensjonsradiologi, kikkhulskirurgi og lignende). Det er utbredt enighet om at denne utviklingen har ført til mindre invasive inngrep, mindre sykkelighet, lavere dødelighet, bedre palliative tilbud, bedre livskvalitet og skreddersydde løsninger for pasientene. Det er dermed ikke et aktuelt alternativ å snu utviklingen, som også er en global utviklingsretning.

Grensene mellom de medisinske spesialitetene endres også. Diagnoser som tidligere krevde en kirurg, behandles i dag av team som i tillegg til kirurg også kan bestå av radiologer og indremedisinere (for eksempel behandling via katetre i karsystemet eller via skop i mage/tarm) samt i multidisiplinære team der kirurger og indremedisinere samarbeider tett med radiolog, kreftspesialist og andre. Spesialisering, nok trening og gode team trykker kvalitet i pasientbehandlingen ved planlagt aktivitet på dagtid så vel som ved behandling av akutte tilstander på kveld, natt og helg.

Videre er rekruttering til spesialisthelsetjenesten utfordrende. Selv på universitetssykehus er det vanskelig å rekruttere visse typer legespesialister. Generelt er det imidlertid langt vanskeligere å sikre stabil spesialistkompetanse til de minste sykehusene.

Dette medfører utstrakt bruk av vikarer, dels i form av stabile vikarordninger, men også ved tilfeldig innleide vikarer gjennom vikarbyråer. Det siste gir ikke forutsigbar kompetanse, og bidrar lite til å utvikle lokale fagmiljøer eller kvalitet. Det er i ferd med å utvikle seg et todelt helsevesen der små sykehus i for stor grad bemannes av utenlandske leger med varierende kompetanse både medisinsk og språklig.

Mangel på teknologi og rekrutteringsproblemer begrenser altså allerede utbredelsen av en del tjenester.

Fortsatt har mange kirurger som arbeider i små norske sykehus generell kompetanse og kan utføre flere ulike inngrep med god kvalitet. Problemet er at det ikke utdannes nye generelle kirurger, den generelle kompetansen opprettholdes ikke og dagens modell med akuttkirurgi på så mange sykehus blir mindre og mindre stabil. På noen sykehus er det ikke lengre forutsigbart hvilken kirurgisk kompetanse som finnes på vakt. Det kan være gastrokirurg en dag og ortoped den neste selv om de skal betjene samme pasientgruppe. Kvaliteten i behandlingstilbudet blir varierende. Dette er et alvorlig varsel om at dagens modell ikke kan videreføres.

Det eksisterer dermed et tidsvindu på kanskje 5-10 år som må brukes til å etablere fremtidens sykehusstruktur. Det er ikke et reelt alternativ å beholde dagens modell uten endringer.

Konklusjon modell 1 (dagens organisering og struktur):

Målet med helsetilbudet i Norge må være å sikre lik kvalitet og sikkerhet i pasienttilbudet. På mange steder vil pasienttilbudet være for lite til at trening, ferdigheter og kvalitet kan opprettholdes på det nivå dagens medisinske utvikling krever.

Noe må gjøres annerledes – enten må vi få flere mennesker, redusere antall sykehus eller fordele oppgavene på en annen måte.

Dagens struktur (omtalt som modell 1) innebærer i praksis en dårlig styrt avvikling av de minste sykehusene der det er uklart hvem som bestemmer og etter hvilke kriterier en nedbygging skjer. Det gir dårlig forutsigbarhet for fagfolk som igjen resulterer i at det er vanskelig å rekruttere kvalifisert personell, som igjen gir en uforutsigbar kvalitet for pasienter. Modellen kan ikke kontinuieres uten endringer.

Gruppen anbefaler derfor ikke at modell 1 opprettholdes.

Modell 2 - Sentralisering av akuttfunksjoner

Denne modellen baserer seg på at (akutt)kirurgi krever en viss størrelse på opptaksområdet for at kirurger og teamene rundt skal ha tilstrekkelig trening og erfaring. Det finnes ingen objektiv norm for hvor stort opptaksområdet bør være, men ulike fagmiljø og utredninger har antydnet 100 000 som et minimum dersom man baserer seg på rent faglige kriterier.

En tilleggsforutsetning i modellen er at akutt indremedisin og akutt kirurgi ikke kan drives uavhengig av hverandre – alle sykehus med akuttfunksjon må ha begge.

Selv om modellen er lett å forklare medisinsk og organisatorisk er det ikke gitt at den gir best medisinsk kvalitet – først og fremst fordi lokal akuttberedskap svekkes betydelig.

Konklusjon modell 2

Dersom denne modellen innføres vil mer enn halvparten av landets sykehus være for små til å ha akuttfunksjoner (selv om opptaksområdet skjønnsmessig reduseres til 60- 80 000).

Det betyr en så dramatisk nedbygging av landets samlede akuttberedskap og samfunnsberedskap at gruppen oppfatter denne modellen som teoretisk og ikke praktisk gjennomførbar, og har derfor brukt lite tid på modellen.

Modell 3: Sykehus med tilpassede oppgaver og akuttfunksjoner

Nøkkelen til denne modellen ligger i organiseringen av akuttfunksjonene og en forutsetning om at også akuttfunksjonene kan differensieres i de minste sykehusene. Allerede i dag har de minste sykehusene en begrenset rolle i håndtering av flere alvorlige tilstander. Det er fem tilstander som defineres som tidskritiske av den europeiske akuttmedisinforingen; store skader, hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertestans og akutte pustevansker. For de fire første går veien allerede i dag ofte forbi de minste sykehusene og til de som har bredere utrednings- og behandlingstilbud.

Større enheter og subspecialisering er nødvendig for optimal pasientbehandling innen for de kirurgiske fag. Dette vil i stor grad også gjelde for de alvorlige akutte indremedisinske tilstandene.

I dag har det utviklet seg formaliserte seksjoner på alle de største sykehusene der avdelingene subspecialiserer sine leger. I tillegg er flere funksjoner allerede regionalisert og noen også funksjonfordelt til 1-2 sentra i Norge, eksempelvis brannskader (nasjonalt senter på Haukeland), onkologisk ortopedi (kun to sentra i Norge) og visse typer hjerteinfarkt (syv PCI senter i Norge). En slik subspecialisering kan ikke etableres på de minste sykehusene da ingen spesialister vil være i stand til å beherske hele faget teoretisk, ei heller praktisk ved at man behersker alle grunnleggende teknikker på et tilfredsstillende nivå.

Erfaringsmessig vet vi at enhver som utfører en praktisk aktivitet blir dyktigere når samme handling gjentas mange ganger og gjerne over lang tid. Alle blir flinkere av repetisjon og rutine. Slik er det også for eksempelvis ortopeder og gastrokirurger som øker sin presisjon og reduserer feilmargin når det utføres et høyt antall inngrep av samme type. Dersom disse skal beherske et stort antall ulike kirurgiske inngrep må nødvendigvis dette føre til at antall operasjoner av hvert slag må gå ned. Herunder vil rutinen og kvaliteten på hvert enkelt inngrep ikke kunne bli så god som hos den som vier all sin arbeidstid til et mindre antall ulike operasjoner.

Dette er dokumentert i et høyt antall vitenskapelige artikler. Det er bl.a vist at antall komplikasjoner er høyere for institusjoner og for ortopeder med lavt operasjonsvolum for det enkelte inngrep. Likende resultat er vist innen for gastrokirurgien for bl.a. behandling av kreft i endetarmen og innen karkirurgi for behandling av sprukket hovedpulsåre. Nøyaktig hvor stort pasientgrunnlaget må være kan diskuteres, og vil også variere noe for ulike inngrep/sykdomstilstand.

For mange akutte indremedisinske tilstander kan imidlertid behandling skje på sykehus med et mindre befolkningsgrunnlag enn det som kreves for akutte kirurgiske sykdommer. Dette gjelder sykdommer som ikke krever høyspesialisert diagnostikk eller behandling i akutfasen og har også sammenheng med høy andel kroniske lidelser (diabetes, hjertesvikt, KOLS med flere) innenfor det indremedisinske fagfeltet. Pasientene som har disse sykdommene bruker spesialisthelsetjeneste hyppigere enn pasienter med kirurgiske diagnoser (flere kontakter per pasient), og vil ha nytte av større nærhet til bosted og kommunal helsetjeneste. Slike sykehus vil også ha en viktig funksjon ved å behandle pasienter som overflyttes fra større sykehus etter at diagnostikk er utført og behandling igangsatt.

Imidlertid vil mulighetene for å kunne behandle alvorlige indremedisinske sykdommer ved små sykehus uten akutt kirurgi være begrenset av flere forhold.

1. Den anestesilogiske og intensivmedisinske beredskapen er avgjørende for å kunne intubere pasienter og utføre respiratorbehandling ved akutt respirasjonssvikt, alvorlige hjerterytmeforstyrrelser og hjertestans.
2. Det vil være en utfordring å opprettholde kompetansen blant leger og sykepleiere for slik behandling på små sykehus uten akutt kirurgi. Må suppleres med ambulering.
3. Noen akutte indremedisinske tilstander krever kompetanse ut over det som er omfattet av en generell vaktkompetanse i indremedisin. For eksempel vil gastroskopi ved blødende magesår kreve betydelig erfaring for å håndtere tilstanden.
4. Den teknologiske utviklingen har medført at det nå utføres en rekke radiologiske og endoskopiske prosedyrer hos indremedisinske pasienter der dette tidligere ikke var aktuelt.

Endringer i ytre forutsetninger

Informasjonsteknologien har gitt pasientene store muligheter til å få tilgang på kunnskap, og helsevesenet kan på en helt annen måte kommunisere internt og eksternt. Telemedisinske løsninger kan bidra til å gi bedre behandling ved at informasjon kan nå spesialister selv om de ikke er fysisk tilstede. Spesialistene kan kommunisere med hverandre når tilstanden er komplisert og avgjørelser kan tas i team.

Utviklingen i transportsektoren har gjort avstandene kortere. Veiene har blitt bedre, nye tunneler og broer er bygget og en omfattende utbygging av helikopter og flytransport er organisert. Ut i fra de planer som foreligger i nasjonal transportplan, vil vi se ytterligere forbedringer i løpet av få år.

Helsevesenet har også brukt mye ressurser på å utvikle en prehospital tjeneste som har ført spesialisttjenesten ut der pasienten er, og sørger for å gi primær behandling og får pasienten til rett sted.

Sammenheng mellom akuttkirurgi og fødetilbud

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

Day or stay?

Planlagt kirurgi kan organiseres både sentralisert og desentralisert.

Dagkirurgi kan være enkle inngrep der pasienten alltid reiser hjem, eller man kan overvåke pasienten over natten. Gruppen kan ikke se for seg en 24 timers indremedisinsk beredskap kombinert med planlagt kirurgi med overliggende pasienter uten kirurgisk vaktberedskap. Imidlertid er det mulig å differensiere på på kirurgisk vaktberedskap for ivaretagelse av kirurgiske komplikasjoner og kirurgisk vaktberedskap for akutte tilstander.

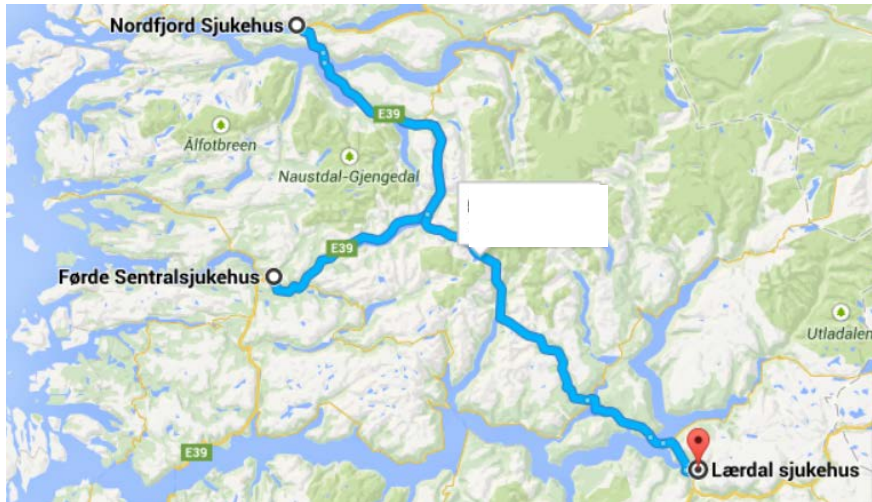
Ny oppgavedeling mellom sykehus

Gruppen har valgt å belyse modell 3 med 2 konkrete allerede eksisterende eksempel som de mener kan videreutvikles til å gjelde nasjonalt med tanke på organiseringen av akuttfunksjonen og sykehusstruktur:

1. Hva kan vi lære av Helse Førde
2. Hva kan vi lære av traumesystemet

Hva kan vi lære av Helse Førde

Helse Førde består av sykehusene Nordfjord, Lærdal og Førde. Samlet befolkningsgrunnlag er omtrent 115 000 mennesker.



Nordfjord og Lærdal har akutt indremedisin men ikke akutt kirurgi, mens Førde har alle funksjoner. Reisetid fra Nordfjord og Lærdal til Førde er 2-2.5 timer med bil. Helse Førde har utviklet dagens modell gjennom om lag 10 år.

Helse Førde styrer sine sykehus faglig som om det var ett sykehus. Et viktig grep er at konfereringen ved innleggelse av pasienter er sentralisert i helseforetaket.

Ettersom sykehusene har ulike funksjoner er det avgjørende at pasienten kommer på rett sykehus. Samtidig ønsker man å flytte den beste faglige kompetansen så langt frem i behandlingsskjeden som mulig.

Som eneste helseforetak (med mer enn et sykehus) i Norge har Helse Førde felles konferering.

Om vi bruker hjerneslag som eksempel, så vil en fastlege i Lærdal ved mistanke om at en pasient i Lærdal har fått hjerneslag ikke lenger melde pasienten til vakthavende indremedisiner på sykehuset i Lærdal. I stedet går telefonen til nevrolog i Førde som bestemmer over hele behandlingsskjeden i Helse Førde.

Dette er alternativene som vurderes ut fra pasientens tilstand:

1. Pasienten flys rett til Haukeland Universitetssjukehus for spesialisert behandling der.
2. Pasienten kan tas rett til slagavdelingen i Førde.
3. Pasienten kan innlegges for akutt diagnostikk og eventuelt trombolysebehandling i medisinsk avdeling på lokalsjukehuset i Lærdal.

Det er mange forhold som vil avgjøre hvor pasienten får sin primærbehandling. I tillegg til medisinske vurderinger er avstand, fremkommelighet og tilgang på transport avgjørende.

Dersom pasienten legges inn i Lærdal, så kobler man opp akuttmedisinsk videokonferanse til nevrolog i Førde. Turnuslege, indremedisiner og anestesilege håndterer pasienten på akuttrommet i Lærdal, og nevrologen i Førde er med via video, gir råd osv.. CT gjennomføres i Lærdal som deretter tolkes i Lærdal eller i Førde før nevrolog i Førde eventuelt ordinerer blodproppløsende behandling.

Deretter bestemmes om pasienten skal ferdigbehandles i Lærdal eller (vanligst) overføres til slagenheten i Førde.

Slik fungerer fordelingen av pasienter også innen akutt indremedisin. Styrker ved arbeidsmåten er

- Første medisinske vurdering gjøres av lege med høyere kompetanse.
- Kompetansen og kapasiteten i Førde brukes for alle tre sykehus.
- Legen som sitter sentralt og mottar innmeldingene gjør en totalvurdering av hva som faglig vil være best for pasienten.

Man har videre retningslinjer for hvilke pasienter som behandles hvor. Pasienter med risiko for å utvikle intensivbehold, trenge kirurgisk behandling eller flere blodoverføringer og dermed en større blodbank, transporteres til Førde. Lokalsykehusene brukes til stabilisering når nødvendig.

Hva kan vi lære av traumesystemet?

I 2007 etablerte man en sammenhengende behandlingsskjede for pasienter med alvorlige skader. Denne omfatter alt fra hva som skal gjøres på skadeplass, rutiner for varsling og hva som skjer i AMK og prinsipper for fordeling av pasienter mellom ulike sykehus basert på objektive kriterier.

Ikke minst er det laget en tydelig oppgavedeling mellom de ulike sykehusene. Med ulike oppgaver følger ulikt krav til kompetanse, organisering, trening og utstyr.

Traumesystemet revideres og utvikles i ny versjon i 2015, og gruppen har vurdert dette arbeidet med tanke på overføringsverdi til andre områder og mener det er en rekke ting her som egner seg for generell utbredelse og er direkte overførbart:

1. Tydelige kriterier for hvilke pasienter som skal til hvilket nivå i spesialisthelsetjenesten.
2. Tydelige krav til konferering og mobilisering av tilstrekkelige ressurser.
3. Definerte krav til hvilken plass det enkelte sykehus skal ha i behandlingen av denne pasientgruppen. For å ha traumefunksjon må sykehuset ha akuttkirurgi 24/7 med tilhørende anestesi og medisinsk støtte. Der er krav til utstyr, organisering og trening. Det kreves egen traumekoordinator, og det er ikke slik at jo færre traumer et sykehus har jo mindre trenger man traumekoordinator. Det er omvendt, fordi det ved lite pasientantall er nødvendig å trene mer og arbeide mer aktivt med å holde et team samlet og funksjonelt.
4. Klare regler for overflytninger.
5. Kvaliteten i systemet overvåkes via fagfellevurderinger (faglig revisjon). Man får besøk av en gruppe fagfolk fra sykehus av tilsvarende størrelse samt et større traumesenter og går gjennom organisering, trening og kompetanse. Det regionale helseforetaket er bestiller og garantist for ordningen.

Konklusjon:

Gruppen mener at oppbyggingen og prinsippene fra nasjonal traumeplan bør overføres og brukes som utgangspunkt for funksjonsfordeling og kvalitetssikring av de ulike sykehusnivåer også for akutt medisinske- og akutt kirurgiske tilstander. Helse Førde har allerede et liknende system.

En nasjonal plan må definere de ulike kravene til ulike sykehusnivå samt besørge et system som påser at kravene etterleves. Dette må til for å sikre robuste system med høy kvalitet og kompetanse og et så likeverdig behandlingstilbud til alle pasienter som mulig.

Det bør etableres systemer som ivaretar koordinering av pasientforløpene nasjonalt, regionalt og lokalt.

Nasjonal plan for akutt sykehus

Ved økt oppgavedeling innen akuttfunksjonene er det nødvendig å lage en samlet plan som beskriver samspillet mellom de ulike sykehusene i behandlingsskjeden. En nasjonal plan for akutt sykehus må inneholde kriterier og krav for blant annet:

- Vurdering/konferering fra prehospital/innleggende innstans
- Institusjonens dedikasjon
- Infrastruktur
- Kompetanse
- Triage og overflyttingskriterier
- Kvalitetssikring samt evaluering/sertifisering av det enkelte sykehus

Vurdering og prehospitaltjenester – rett pasient til rett sykehus

De prehospitaltjenestene vil måtte endres ettersom akuttfunksjonene endres eller akutt sykehus forsvinner. Det er avgjørende at pasientene havner på riktig nivå. I dag finnes Medisinsk Index som AMK benytter for å sørge for riktig respons til pasientene. Denne er oppbygd rundt symptomer. Her er det mulig å utvide Index, slik at pasienten også havner på riktig sykehus gitt ulike kriterier. Disse kriteriene kan være basert på enten symptomer og funn eller klare diagnose kriterier, f. eks STEMI hjerteinfarkt, slag, sepsis osv.

Det er også viktig at de prehospitaltjenestene styrkes både med tanke på kvantitet, kompetanse og kvalitet.

Konferering om innlegging bør legges til kompetent vakt i sentrale sykehus.

Institusjonens dedikasjon

Inkluderer bl.a. støtte fra ledelse, dedikert personell, kvalitetssikringsplan, skriftlige rutiner, oppfølgingsplan, overflyttingskriterier, registrering i nasjonale register, utdanningsplan for alle personell grupper, plan for samarbeid mot sykehus på nivåene over osv.

Krav til infrastruktur og utstyr

Ulike krav til ulike type akutt sykehus:

Krav til egnede mottaksrom, krav til støttefunksjoner som rtg/lab, krav til blodbank, krav til anestesiberedskap, krav til evt intensivsenger og respirator, krav til tilgjengelighet av operasjonsstuer, krav til tilgjengelig av intervensjonsradiologi med mer

Krav til kompetanse og team

De ulike nivåene må ha definerte krav til:

- Teamsammensetning
- Teamaktiverings kriterier
- Teamtrening

- Ansvarlige leger inkl erfaringsnivå/år i faget/spesialitet samt kurskrav, kompetanse- og ferdighets krav etc.
- Trening, vedlikehold av ferdigheter og kompetanse hos det enkelte team medlem/ansvarlig lege – spredning av kompetanse inkl rotasjonsordninger
- Innkallingskriterier for bakvakter inkl tidsavstand fra sykehus og kompetansekrav

Klare overflyttingskriterier både til regionalt og sentralt nivå.

Viktig for å fange opp feil triage initialt, endring i pasientens tilstand, nytilkomne symptom osv. I disse tilfellene er det viktig med konferering til høyere nivå raskt.

Kvalitetssikring og overvåkning

-Registrering av kvalitet, etterlevelse av retningslinjer og klinisk utkomme bør være selvsagt, og kan skje på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Fra traume til akuttmedisin

Vi har ”indremedisinske” pasientforløp som minner om overstående. EKG tatt prehospitalt vil være avgjørende for om en hjerteinfarkt pasient skal rett til et sentralt PCI senter (for ø.h. utblokking av blodårer), liknende sløyfe er for hjerneslagpasienter.

Gruppen tenker seg liknende seleksjon for flere konkrete medisinske tilstander.

For eksempel kan en pasient med en akutt blødning i mage-tarmsystemet triageres til et akutt sykehus med de nødvendige funksjoner ut fra symptomene alene. Akutt sykehus med tilpasset funksjon uten endoskopiberedskap bør ikke ta imot en slik pasient, ved større blødning trengs akutt kirurgisk beredskap.

I andre tilfeller kan fysiologiske kriterier og transportavstand avgjøre hvor pasienten fraktes primært; til et sykehus med akutt kirurgi og akutt endoskopiberedskap eller til et sykehus som i tillegg har akutt intervensjonsradiologisk mulighet (hvis pasienten tåler transporten hit).

På den annen side kan de aller fleste pasienter som har pådratt seg en akutt lungebetennelse med allmennpåvirkning, men som har liten/ingen fare for respirasjonsvikt, egne seg for innleggelse på et akutt sykehus med tilpasset funksjon. Her vil man kunne behandle med antibiotika og væske.

Også på sykehus med tilpasset akutt funksjon vil det være krav til infrastruktur (for eksempel mottaksrom med overvåkingutstyr, lab prøver inkl blodgass, i.v. tilganger, rtg-undersøkelser osv.) Sykehus med tilpassede akutt funksjoner kan også ha ulike tjenestenivå, for eksempel når det gjelder endoskopiberedskap. Men full intensivavdeling, intervensjonsradiologi eller akutt kirurgi vil ikke inngå i disse sykehusene.

Egen akuttmedisinsk spesialitet?

Pasienter som er funnet egnet til å bli tatt hånd om på et lite sykehus har også krav på best mulig behandling. Dette ivaretas best av spesialister med kompetanse innen et fagfelt. I tråd med norsk praksis har anestesilegen en viktig rolle ved ivaretagelsen av pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp. Gruppen mener at kombinasjonen av leger med bred indremedisinsk kompetanse og anestesileger best vil ivareta pasientene.

I en modell med små sykehus med tilpasset akutfunksjon som baserer seg på god triagering og fordeling av pasientene, vil det være mindre behov for egen akuttmedisinsk spesialitet. Denne spesialistens fremste rolle er å triagere og sortere pasienter slik at de havner i rett pasientforløp og på rett omsorgsnivå. Dette skal i det foreslåtte systemet i stor grad være ivaretatt prehospitalt før pasienter ankommer de små lokalsykehusene. Egne organspesialister vil så sørge for at pasientene som legges inn vil få oppdatert og god behandling i tråd med beste praksis.

Konsekvenser av økt oppgavedeling mellom sykehusene

For utdanning

Når sykehusene i større grad deler oppgaver seg imellom innenfor et helseforetak, betyr det at ulike pasientgrupper behandles i ulike sykehus. Dette vil ha konsekvens for utdanningen av helsepersonell – både leger og sykepleiere.

Utdanningen må finne sted der pasientene er. Det betyr at flere helsearbeidere må få flere deler av sin utdanning på ulike sykehus innenfor helseforetaket - ambulerende må tas i bruk som et virkemiddel for å opprettholde god kompetanse på små sykehus og for å sikre bredere utdanning av spesialister.

Ambulering i utdanning forbereder også for ambulering senere.

For kompetanse og bemanning

Det er ikke gitt at økt oppgavedeling mellom sykehusene vil gjøre rekruttering samlet sett lettere eller vanskeligere.

Reglene for spesialistutdanning er under endring. Det gir både muligheter og utfordringer. Den mest umiddelbare utfordringen er at gastrokirurgi gjøres til vaktbærende kirurgisk spesialitet. Det er allerede i dag for få gastrokirurger. Det betyr at hvis dagens modell med så mange sykehus med akuttkirurgi opprettholdes vil det oppstå et betydelig underskudd på gastrokirurger. Helseforetakene må ta høyde for bemanning av små sykehus i sine rekrutteringsstrategier. De små sykehusene må ikke bli overlatt til seg selv når det gjelder rekruttering av stabil arbeidskraft.

Ambulering og hospitering

Krav til kvalitet, pasientsikkerhet og god faglighet medfører behov for hospitering og ambulering.

Det er en utbredt myte at fagfolk ikke vil ambulere. Gruppen fremhever at det er mulig å få dette til dersom man legger til rette for det, og at fagfolk faktisk ofte er de som ser behovet tydeligst. Dette fungerer i Helse Førde, i Vestre Viken, i Finmarkssykehuset og mange andre foretak.

For å bli spesialist i mange fag må du faktisk rotere – fordi funksjoner er fordelt mellom ulike sykehus. Spesialister må gjennom sin utdanning lære seg hele behandlingsskjeden og både vanlige og sjeldne tilstander. Helseforetak som består av både små og store sykehus vil være gode læringsarenaer for utdanning av spesialister.

Ambulering kan vurderes som prinsipp i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Oppsummering og hovedkonklusjoner :

- 1. Gruppen konkluderer med at modellen med økt oppgavedeling mellom sykehus og differensierte akutfunksjoner (modell 3) er den som vil gi best kvalitet og sikkerhet for pasientene. Det krever at man lager entydige retningslinjer for hvordan utredning og behandling skal fordeles mellom ulike sykehus etter modell fra hvordan pasienter med alvorlig skade fordeles og behandles. Dette systemet bør utvides til å omfatte alle pasienter med akutt alvorlig sykdom.**

Gruppen mener at oppbyggingen og prinsippene fra nasjonal traumeplan bør overføres og brukes som utgangspunkt for funksjonsfordeling og kvalitetssikring av de ulike sykehusnivåer også for akutte indremedisinske- og akutte kirurgiske tilstander. Liknende oppbygging er allerede gjennomført i Helse Førde. Uavhengig av hvilken modell som velges, må det stilles krav til det enkelte akuttsykehus. Disse vil være ulike for regionale sentra, akuttsykehus med akuttkirurgi og traumefunksjon og for mindre akuttsykehus med tilpasset funksjon. En nasjonal plan må definere de ulike kravene til ulike sykehusnivå samt besørge et system som påser at kravene etterlevs. Dette må til for å sikre robuste system med høy kvalitet og kompetanse og et så likeverdig behandlingstilbud til alle pasienter som mulig. Allerede i dag eksisterer slike forløp for flere indremedisinske og andre kirurgiske tilstander og det ligger et stort potensial i å utvide denne tankegangen til all øyeblikkelig hjelp.

Gruppen anbefaler at hvert helseforetak definerer sine minimums øyeblikkelig-hjelp tilbud og deretter fordeler oppgavene mellom de ulike sykehusene. Oppgavene fordeles i tråd med hvilke ressurser det enkelte sykehus har. Om helseforetaket inneholder sykehus med akutt indremedisin uten akutt kirurgi må det for eksempel defineres at pasienter som trenger/kan trenge kirurgisk vurdering ikke skal sendes dit.

Helseforetaket bør ta ansvar for at pasienter selekteres til sykehus i samsvar med den kompetansen sykehusene har. Melding om pasient som skal legges inn tiltrengende øyeblikkelig hjelp bør gå til en konfereringsinstans (AMK i samarbeid med spesifikk kompetanse) i det enkelte helseforetak. Pasienten sendes til rett sykehus, ikke nødvendigvis til det nærmeste. Konfereringsinstansen forholder seg til gjeldende faglige retningslinjer samt prosedyrer utviklet nasjonalt samt i helseforetaket for de lokale forholdene som tar høyde for de enkelte sykehus sine ressurser. Dette gir også forutsigbarhet for innleggende instans i tillegg da all kontakt om pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp går til samme koordineringsinstans.

I tillegg til kriterier for plassering av pasient på rett omsorgsnivå, må det etableres rutiner for evaluering av pasient etter mottak i sykehus og gjennom observasjon. Pasienters tilstand kan endres og det særlig viktig at dette erkjennes raskt slik at pasient kan overføres til høyere omsorgsnivå dersom nødvendig.

- 2. Gruppen anbefaler at antall sykehus i Norge som driver akutt kirurgi utover skadepoliklinisk virksomhet (større kirurgi og traumemottak) reduseres betydelig i løpet av planperioden (10-15år).**

Med utgangspunkt i krav til teknologi, beredskap og kompetanse er det vanskelig å se for seg at et sykehus kan ha akutt funksjon innen kirurgi med mindre enn 80000-100.000 mennesker i

opptaksområdet. Et befolkningsgrunnlag fra 30 000 mennesker og oppover kan være tilstrekkelig for å drive akutt indremedisin på døgnbasis. Et sykehus kan dermed ha tilstrekkelig grunnlag for å drive akutt indremedisin, men være for små til å drive med akutt kirurgi.

I regioner hvor værforhold og geografi gjør at avstanden blir altfor lang, må det settes inn ekstra ressurser for å dekke beredskapen, og det kan være nødvendig å gjøre unntak slik at man har akutt kirurgi selv om befolkningsgrunnlaget er under 80- 100 000. Kravene til kvalitet og kompetanse må ikke bli salderingspost. Helseforetakene må ta ansvar og organisere løsninger gjennom samarbeid og rotasjonsordninger. Spesialistene på sykehusenhetene som deltar i akuttkirurgi og traumemottak, må få særskilte krav til kompetansebygging og vedlikehold.

Små sykehus i distriktene har en viktig rolle med tanke på samfunnssikkerhet, beredskap og som lokale trygghetsbaser. Denne rollen bør videreføres, men da må de minste sykehusenes funksjon tilpasses slik at de blir levedyktige og bærekraftige.

Det er ikke her pasientene med alvorlig akutt skade eller sykdom skal behandles, men sykehusene skal inneholde et tilbud til befolkningen for de vanlige og mindre akutte tilstander samt tilby for eksempel organspesifikk utredning og behandling både poliklinisk og som inneliggende. Gruppen ser liten beredskapsmessig nytte av å ha planlagt dagkirurgi som supplement til indremedisin i de minste sykehusene.

Det må for alle deler av spesialisthelsetjenesten være krav til kvalitet og sikkerhet, tilgang på spesialister med rett kompetanse, tilgang på nødvendig teknologi og tilstrekkelig pasientgrunnlag. Ny sykehusplan må basere seg på realitetene i medisinsk utvikling.