

ODDA SJUKEHUS

i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)

Prosjektrapport desember 2016



Innhald

| | |
|---|----|
| 1. Samandrag og tilråding - prosjektet for Odda sjukehus..... | 2 |
| 2. Bakgrunn | 9 |
| 2.1. Mandat og mål for prosjektet for Odda sjukehus..... | 9 |
| 2.2. Organisering og gjennomføring av det utvida prosjektet for Odda sjukehus..... | 11 |
| 2.3. Nasjonal helse- og sjukehusplan | 12 |
| 2.4. Endringsbehov i helsetenesta | 15 |
| 3. Nå-situasjonen og utfordringar | 17 |
| 3.1. Hovudtrekk - Helse Fonna | 17 |
| 3.2. Geografi og samferdsel | 21 |
| 3.3. Befolkninga og bruken av spesialisthelsetenester | 24 |
| 3.4. Kvalitetsindikatorar | 43 |
| 3.5. Kommunale helse- og omsorgstenester | 45 |
| 3.6. Eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak..... | 47 |
| 4. Moglege løysingar - tilrådingar | 48 |
| 4.1. Sjukehus i nettverk - oppgåvedeling og samarbeid | 48 |
| 4.2. Samarbeid mellom kommune og sjukehus innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling..... | 50 |
| 4.3. Spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært..... | 54 |
| 4.4. Dagkirurgiske tenester | 57 |
| 4.5. Den akuttmedisinske kjeda | 59 |
| 4.6. Bemanning, rekruttering, kompetanse | 68 |
| 4.7. Stadleg leiing | 70 |
| 4.8. Teknologiske løysingar - digital kommunikasjon..... | 71 |
| 5. Vidare arbeid..... | 72 |
| 6. Vedlegg..... | 75 |

1. Samandrag og tilråding - prosjektet for Odda sjukehus

Prosjektorganisering og mandat

Prosjektet for Odda sjukehus er ei vidareføring og utviding av prosjektet Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019). Prosjektet er eigd av administrerande direktør i Helse Vest RHF og administrerande direktør i Helse Fonna HF.

Det opphavlege prosjektet blei organisert med ei prosjektgruppe for Stord sjukehus og ei prosjektgruppe for Odda sjukehus. Arbeidet starta i mars 2016. Prosjektet for Stord sjukehus leverte sluttrapport i juni 2016, rapporten blei sendt på høyring og blei deretter behandla i styret i Helse Fonna i oktober 2016 og styret i Helse Vest i desember 2016. Prosjektet for Odda sjukehus blei utvida og forlenga ut hausten 2016.

Begge prosjektgruppene hadde i mandat å bygge på omtalen av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Undervegs i prosjektperioden blei helse- og sjukehusplanen behandla i Stortinget 17. mars og i føretaksmøtet 4. mai 2016. Stortingets vedtak og føringar i føretaksmøtet blei lagt til grunn for prosjektet. Prosjektet for Odda sjukehus fekk mandatet utvida til å sjå på heile verksemda ved sjukehuset. Prosjektrapport blei levert til prosjekteigarane 31. desember 2016.

Endringsbehov og faktagrunnlag

Nasjonal helse- og sjukehusplan har, på linje med tidlegare nasjonale meldingar og planar, skissert eit behov for endring og omstilling i helsetenestene for å møte utviklinga i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og medisinsk-fagleg utvikling. Dette er bakteppe også for prosjektet for Odda sjukehus.

Endringar i sjukehusfunksjonar må så langt som rå, byggast på eit solid faktagrunnlag som sikrar at tilbodet svarar til behova i befolkninga, samtidig som den samfunnsøkonomiske berekrafta blir oppretthalden. På same tid må ein ikkje rokke ved tryggleiken i befolkninga og tilliten til helsetenestene.

Gjennom Nasjonal helse- og sjukehusplan vil regjeringa skape pasientens helseteneste. Det betyr trygge sjukehus og betre helsetenester – uansett kvar du bur. Vidare står det i planen: «Å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens behov i et så langstrakt og spredt befolket land som vårt, handler i stor grad om å finne god balanse mellom det som haster og det som kan planlegges, mellom det som må gjøres sentralt, og det som kan skapes lokalt. Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen ett gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst.»

Prosjektet har derfor gjennomført ei rekke analysar og utgreiingar. I tillegg har fire arbeidsgrupper gått gjennom ulike tema. Den vidare utviklinga av Odda sjukehus skal sikre at tenestene ved sjukehuset treff behova til dei breie pasientgruppene i Odda-området.

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 langt 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. Det dreier seg i all hovudsak om medisinske tilstandar.

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 absolute tal og relativt i høve til befolkning. Dette kan vere ein effekt av at kommunar der eit sjukehus er lokalisert, ofte har eit høgare forbruksnivå. Det kan også vere trekk ved det kommunale tilbodet som bidrar til at sjuke eldre blir kanaliserte til eit høgare nivå i tenestekjeda enn nødvendig.

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. Det vil også kunne gi færre ø-hjelpsinnleggingar i sjukehus.

Heilskaplege samhandlingstiltak krev at kommunane og spesialisthelsetenesta samarbeider om den konkrete ansvars- og oppgåvedelinga. Samhandlingsreforma la opp til endringar i oppgåvedelinga, der spesialisthelsetenesta utvidar det desentrale tilbodet innanfor dagbehandling og poliklinikk, mens kommunane utvidar helsetenestetilbodet. Målet er at tenestene skal utfylle kvarandre.

Pasientgrunnlaget for polikliniske tilbod og dagkirurgi ved Odda sjukehus

Berekningar som er gjort for prosjektet viser at det er grunnlag for utvida polikliniske tilbod ved Odda sjukehus innanfor nokre fagområde. Innanfor dagkirurgi er pasientgrunnlaget lite, men ved mellom anna å sjå på aktiviteten i samheng med det polikliniske tilbodet, vil det vere aktuelt å utvide tilbodet. Utvida tilbod ved Odda sjukehus på desse områda, vil særleg avlaste dei eldste pasientgruppene for lange reisevegar. Eit gjensidig forpliktande samarbeid om ei avklart oppgåvedeling i Helse Fonna, mellom det store sjukehuset og dei små sjukehusa, er vesentleg i denne samanhengen.

Pasientstraumar i Odda-området

Pasientstraumane viser, med unntak for ø-hjelpsinnleggingar, at ein stor del av pasientane i Odda-området mottar behandling ved Haukeland universitetssjukehus. Pasientar frå Odda kommune nyttar Odda sjukehus i størst grad, også for dagbehandling og polikliniske konsultasjonar. Pasientstraumen til Haukeland er større enn forventa ut frå funksjonsdelinga i regionen. Det er truleg slik at tilboda ved Odda sjukehus i dag i for liten grad dekker dei tenestene innbyggjarane i området treng ofte og mykje, slik at pasientlekkasjane er større enn nødvendig. Ein del av forklaringa kan også vere at det frå den nordligaste delen av opptaksområdet, er kortare reiseveg til Bergen og til Voss enn til Haugesund. Eit utvida poliklinisk og dagkirurgisk tilbod ved Odda sjukehus vil kunne bidra til å snu delar av pasientstraumen.

Det er også pasientstraumar inn til Odda sjukehus. Når det gjeld planlagt dagkirurgi kjem dei fleste pasientane tilreisande utanfrå sjukehusområdet (71 %).

Analysane av forbruksmønster og pasientstraumar legg til grunn data frå Norsk pasientregister (NPR) som er den nasjonal kjelda for styringsdata i spesialisthelsetenesta. Gjennom prosjektperioden er det vist til at data som blir henta ut lokalt ved Odda sjukehus avviker frå nasjonale tal. Kva for definisjonar

som ligg til grunn i uttrekket av lokale data er ikkje klargjort. Avviket vil ikkje ha innverknad på hovudkonklusjonane i analysane.

Opptaksområde

Odda sjukehus har eit opptaksområdet med 3 kommunar og vel 11 000 innbyggjarar, og er dermed landets minste. Det er forventa 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 akuttsjukehus 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. Dersom opptaksområdet er under 20-30 000 innbyggjarar vil det vere få akutttinnleggingar per døgn. Nasjonal helse- og sjukehusplan stiller derfor spørsmål ved om det da er hensiktsmessig å oppretthalde ei døgnkontinuerleg vaktordning med spesialistar, eller om akuttbereidskapen kan bli handtert betre i tett samarbeid mellom legevakt, ambulanseteneste og luftambulanseteneste. I Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan blei det understreka at sjukehus som i dag har akuttkirurgiske tilbod framleis vil ha dette når omsynet til pasientane sine behov gjer det naudsynt, og kvalitet og pasientsikkerheit er ivaretatt.

Avstand og vêrforhold

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

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 kan derfor ikkje sjå vekk frå at det kan kome situasjonar der alle vegane er stengt på same tid, sjølv om det ikkje hadde skjedd i den to-årsperioden som blei kartlagt i prosjektet.

Prehospital tenester

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

Helse Fonna og Odda-området er godt dekkja av ambulanseteneste og luftambulansetenester. Luftambulansen er ein avgrensa ressurs, mellom anna på grunn av vêrforhold, men ikkje i større grad enn at det sjeldan får alvorlege konsekvensar. Dette blir bekrefta av ein gjennomgang av ein treårsperiode som blei gjort for prosjektet. Det vil alltid vere oppdrag som må løysast med hjelp av lokal ambulanseteneste og legevaktslege. Ein kan likevel ikkje utelukke at det kan oppstå situasjonar der ambulansetenesta ikkje kan løyse oppdraget tilfredsstillande. Slike situasjonar vil vere sjeldne.

Nasjonal traumeplan tilrår at ein skal prioritere stabilisering av alvorleg skadde pasientar på næraste akuttstjukehus med traumefunksjon, dersom dette er betydeleg nærare enn traumesenteret, og transporttida til traumesenteret er over 45 minutt.

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.

Få av ø-hjelpsinnleggingane gjeld kirurgi. 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, 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 potensielt 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 redda 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 sjeldne tilfelle er livreddande. Dette må likevel sjåast i forhold til at sjukehusa i nokre sjeldne tilfelle også kan forseinke livreddande behandling i meir spesialiserte sjukehus. Ein må rekne med at begge desse situasjonane vil kunne førekome ved Odda sjukehus, men begge vil vere svært sjeldne.

Den akuttmedisinske kjeda i Helse Vest

Sjukehusa i Helse Vest utgjer til saman eit trygt akuttilbod 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 legevaktsentral, AMK-sentral og ambulansetenesta. Ei vidare utvikling som sikrar rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulanse, vil vere det viktigaste tiltaket for å redusere risiko for død og varig skade i dei mest tidskriske situasjonane.

Tilrådingar

På grunnlag av gjennomgangen av Nasjonal helse- og sjukehusplan og resultatata 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. Vidareutviklinga må sjåast i samheng med at dei kommunale ØH-sengene i 2017 også skal 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.

3. Spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært

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 høysesentral, inngår i planen.

4. Dagkirurgiske tenester

Analysane og gjennomgangen i prosjektet viser at det er aktuelt å utvide den dagkirurgiske aktiviteten 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.

5. Bemanning, rekruttering, kompetanse

Helse Fonna må delta aktivt i arbeidet med å implementere ny ordning for spesialistutdanning for legar, og i eit langsiktig perspektiv styrke utviklinga av breiddekompetanse, som er særleg viktig for dei mindre sjukehusa. Tiltak for å sikre anna helsepersonell vil også vere viktig.

Det er viktig for den framtidige spesialisthelsetenesta ved Odda sjukehus at det blir lagt til rette for ambuleringsordningar innan dei spesialitetane der befolkninga har eit avgrensa behov for tenester. Gjensidige hospiterings- og rotasjonsordningar, og å legge til rette for vidareutdanning, er viktige verkemiddel for fagutvikling og betre samhandling mellom sjukehusa i Helse Fonna. For å utvikle måten å rekruttere på til Odda sjukehus, bør Helse Fonna vidareføre det gode arbeidet som blir gjort lokalt i dag, og i tillegg sjå til eksempel frå andre små sjukehus.

6. Stadleg leiar

Ordninga med stadleg leiar ved Odda sjukehus må vidareførast. Det blir tilrådd at stadleg leiar skal inngå i leiargruppa i helseføretaket. Organiseringa av gjennomgåande klinikkstruktur vidareførast.

7. Teknologiske løysingar og digital kommunikasjon

Dei store regionale IKT-satsingane skal mellom anna sikre effektiv og trygg utveksling av pasientinformasjon mellom einingane internt i spesialisthelsetenesta, mellom spesialist- og kommunehelsetenesta og med pasientane. Dette legg grunnlaget for betre samarbeid og nettverk på tvers av einingar. Alle sjukehusa skal bidra aktivt i utviklings- og implementeringsarbeidet knytt til IKT-satsingane. Helse Fonna vidareutviklar bruken av telemedisinske løysingar.

Når det gjeld tilråding om den akuttkirurgiske verksemda ved Odda sjukehus, er prosjektgruppa delt:

8. Tilråding om 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 akutfunksjonar ved sjukehuset. Odda sjukehus skal likevel ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt dagkirurgi og skadepoliklinikk. Dette blir grunnlagt 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 spesialisthelsetjenester 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 spesialisthelsetjenestetilbod til befolkninga i Odda-område.

9. Tilråding om vidareføring av akuttkirurgi

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

Odda sjukehus skal ha akuttkirurgisk tilbod, akutfunksjon 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 er eit alternativ ved 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.
- gi eit tap av tryggleik i kommunehelsetenesta og svekke rekruttering av fastlegar. Døgntkontinuerleg 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.
- 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.

2. Bakgrunn

2.1. Mandat og mål for prosjektet for Odda sjukehus

Det utvida mandat til prosjektet for Odda sjukehus er som følgjar:

Prosjektet blir utvida til å gjelde heile verksemda ved Odda Sjukehus.

Prosjektperioden blir utvida til utgangen av desember 2016.

Prosjektgruppa blir utvida med to representantar frå Odda sjukehus og ein frå prehospitala tenester i Odda. Representasjon frå kommunane blir utvida med representantar til arbeidsgrupper.

Sekretariatet blir utvida med ein representant frå Helse Fonna HF. Ekstern konsulentbistand blir vurdert etter behov.

Prosjektet skal i det vidare arbeid særleg fokusere på:

- Tilboda ved Odda sjukehus må vere innretta mot dei pasientgruppene som kan og bør få eit spesialisthelsetenestetilbod lokalt i Odda
- Utvida samarbeid med kommunane for å styrke tilbudet til befolkninga. Tilboda må i størst mogleg grad tilfredstille kommunehelsetenesta sine behov.
- Ytterlegare utgreiing og kartlegging av fakta som grunnlag for planlegging og dimensjonering
- Avklaring av akutt tilbudet ved Odda sjukehus
- Prehospitala tenester som del av den akuttmedisinske kjeda

I tillegg gjeld mandatet og prosjektdirektivet for prosjektet Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (vedlegg 1). Mandatet er som følgjar:

Arbeidet skal bygge på omtale av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019). Prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidretta og trygt tenestetilbod ved Odda og Stord sjukehus der nærleik, tilgjengelegheit, at ein blir møtt med omsorg og respekt og at tenestene er trygge og av høg kvalitet, står sentralt. Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta.

Nasjonal helse- og sjukehusplan er ein viktig del av regjeringa sitt arbeid for å skape pasientens helseteneste. Planen skal sikre trygge sjukehus og betre helsetenester, uansett kvar du bur. Nasjonal helse- og sjukehusplan gjeld for perioden 2016-2019, men beskriv og drøftar utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sjukehusplan har sju hovudområder og mål:

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Alle måla har eige kapittel i sjukehusplanen www.sykehusplan.no

I Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF, krav og rammer for 2016, heiter det:

Forslaga som er lagt fram i Meld.St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019) vil få stor innverknad på helseføretaka. Stortinget skal behandle meldinga våren 2016. Styra i dei regionale helseføretaka må gjere seg kjent med innhaldet og starte arbeidet med å førebu verksemdene på forslaga som ligg i Nasjonal helse- og sjukehusplan, mellom anna ved å samle inn data og førebu dialog med kommunane.

Mål for prosjektet, jf. prosjektdirektivet (vedlegg 1), er som følgjar:

Mål for prosjektet er å finne løysingar som sikrar eit framtidretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik, samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket.

Forståinga av oppdraget for prosjektet

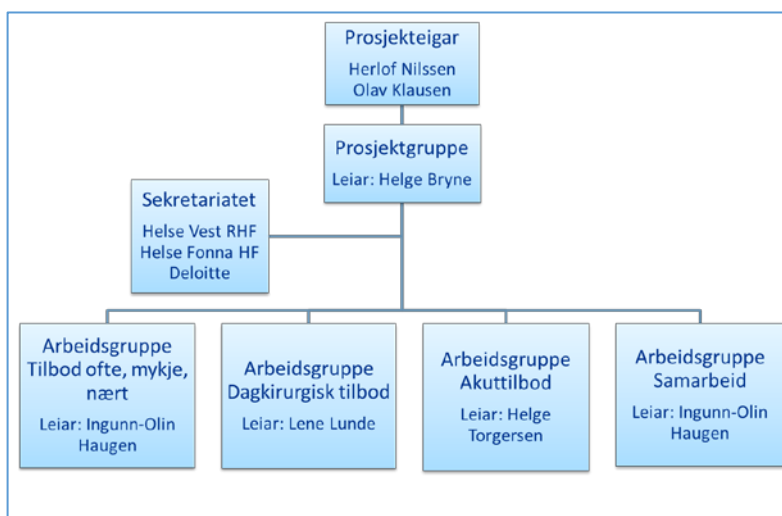
Oppdraget til det opphavlege prosjektet for Stord og Odda sjukehus, var å sjå sjukehusa i lys i føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Prosjektmandatet la til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) og føringar i føretaksmøtet i 12. januar 2016. Undervegs i prosjektperioden blei helse- og sjukehusplanen behandla i Stortinget 17. mars (Innst. 206 S (2015–2016)). På grunnlag av vedtak i Stortinget blei føringar for Helse Vest formidla i føretaksmøtet 4. mai 2016. Prosjektet har i tillegg til mandatet, lagt til grunn først Stortingets vedtak 17. mars, og deretter føringar i føretaksmøtet 4. mai.

Det utvida prosjektet for Odda sjukehus har same oppdrag. Kapittel 2.3 gjer greie for innhaldet i Nasjonal helse- og sjukehusplan og føretaksmøtet 4. mai, som er særleg vesentlege for forståinga av oppdraget for prosjektet.

Både i det opphavlege prosjektet om Stord og Odda sjukehus og i det utvida prosjektet for Odda sjukehus, vil erfaringar frå og framgangsmåten i utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Førde vere nyttig å sjå på. Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus, [Framtidas lokalsjukehus](#), hadde i oppdrag å utvikle ein nasjonal modell for lokalsjukehus. Nasjonal helse- og sjukehusplan har også brukt og vist til eksempel frå Helse Førde. Prosjektet for Odda sjukehus vil derfor bygge på modellane som blei utvikla i samband med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Førde. Modellane vil måtte tilpassast den lokale konteksten i Helse Fonna.

Tilrådingane i prosjektet vil dreie seg om dei overordna prinsippa for vidareutvikling av Odda sjukehus, mens den detaljerte utforminga/implementeringa av dei føreslåtte endringane, vil bli vidareført i regi av Helse Fonna.

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



Figur 1 Prosjektorganisering

Prosjekteigar er administrerende direktør i Helse Vest RHF og administrerende direktør Helse Fonna HF. Det har i prosjektperioden vore to møte mellom prosjektleiinga og prosjekteigarane.

Den utvida prosjektgruppa er leia av Helge Bryne (Helse Vest RHF) med følgjande deltakarar:

Haldis Økland Lier, fagdirektør Helse Fonna HF
Berit Haaland, klinikkdirektør Helse Fonna HF
Ingunn-Olin Haugen, seksjonsleiar somatikk Odda sjukehus/Helse Fonna HF
Trond Dyngeland, overlege kirurgisk avdeling Odda sjukehus/Helse Fonna HF
Hans Burchardt, overlege medisinsk avdeling Odda sjukehus/Helse Fonna HF
John Olav Digranes, seksjonsleiar Prehospitale tenester
Roald Aga Haug, ordførar Odda kommune
Daniela Brühl, kommuneoverlege Ullensvang herad
Randi Guddal, [føretakshovudverneombod](#) Helse Fonna HF
Anne Cathrine Skaar, [føretakstillitsvalt](#) DNLF
Arvid Storgjerde, [klinikkstillitsvalt](#) Fagforbundet
Else Berit Ingvaldsen, [Regionalt brukarutval](#)
Kåre Ystanes, [Brukarutvalet](#) Helse Fonna HF
Wenche Evensen, [Brukarutvalet](#) Helse Fonna HF (ikkje deltatt i arbeidet)
Ingvill Skogseth, [seniorrådgivar](#) Helse Vest RHF

Prosjektgruppa blei utvida med fleire deltakarar med arbeidsstad ved Odda sjukehus og lokal brukarrepresentant, i tillegg til brei lokal representasjon i den opphavslege gruppa. Dette blei gjort for imøtekomme eit sterkt engasjement og for å sikre at synspunkta blei høyrte. Prosjektgruppa har hatt fire prosjektmøte i Odda i perioden september - desember 2016.

Arbeidsgrupper blei oppretta for å løyse konkrete arbeidsoppgåver. Arbeidsgruppene har vore underlagt og levert tilrådingar til prosjektgruppa. Mandat og deltakarar i gruppene går fram av vedlegga 9, 10 og 11. Arbeidsgrupper har vore knytt til følgjande tema:

- Tilbod til pasientgrupper som har behov for spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært (desentraliserte poliklinikkar, dag- og døgntilbod)

- Samarbeid mellom kommunar og Helse Fonna om tilbod innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling
- Dagkirurgisk tilbod
- Akutttilbod

Dei to førstnemnte gruppene har vore leia av Ingunn Olin Haugen (Odda sjukehus/Helse Fonna HF) og gruppene har halde møta saman og sett mandata i samanheng. Gruppa som så på det dagkirurgiske tilbodet blei leia av Lene Lunde (sekretariatet/Deloitte) og gruppa som vurderte akutttilbodet blei leia av Helge Torgersen (sekretariatet/Deloitte). Tilrådingar frå arbeidsgruppene til prosjektgruppa går fram av kapitla 4.2 - 4.5 og notat frå gruppene ligg ved (vedlegg 9, 10 og 11).

Sekretariatet har bestått av:

Hilde Rudlang, Helse Vest RHF
 Ingvill Skogseth, Helse Vest RHF
 Haldis Lier Økland, Helse Fonna HF
 Bente Aae, Helse Vest RHF (kommunikasjon)
 Terje Beck Nilsen, Helse Vest RHF (analyse)
 Helge Torgersen og Lene Lunde, Deloitte

Gjennom prosjektperioden hadde sekretariatet statusmøte kvar veke saman med arbeidsgruppeleiarar.

Det er gjennomført følgjande analysar for prosjektet:

- 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 spesialisthelsetenestetilbod innanfor ulike fagområde, ved Odda sjukehus for innbygarane i kommunane Odda, Ullensvang og Jondal).
- Analyse av storbrukarar av sjukehusstenester
- Gjennomgang av akuttinnleggingar/akuttoppdrag (journalgjennomgang)

I tillegg har prosjektet gått gjennom prehospitala tenester i Odda-området og data for vegstengingar.

Hovudfunna blir gjort greie for i kapittel 3.3 og er lagt ved i vedlegg 2-8. Oversikt over alle vedlegga går fram av kapittel 6.

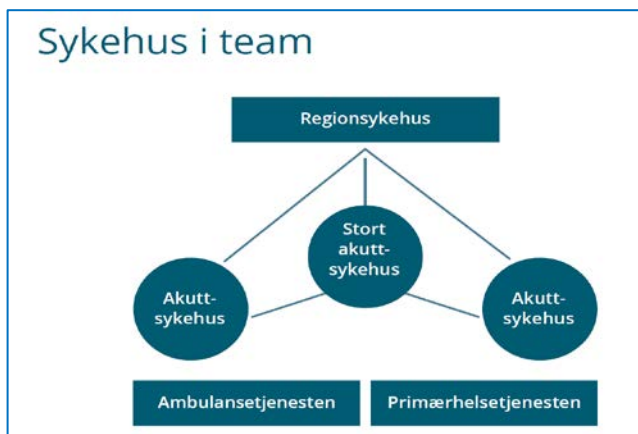
2.3. Nasjonal helse- og sjukehusplan

Dette kapittelet går gjennom vesentlege føringar frå Nasjonal helse- og sjukehusplan, frå Stortingets behandling av planen og frå føretaksmøtet 4. mai. Gjennomgangen bygger altså på protokollen frå føretaksmøtet 4. mai 2016 og Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandla i Stortinget 17. mars 2016.

Ulike typar sjukehus i nettverk

Eit av dei viktigaste måla i Nasjonal helse- og sjukehusplan er å betre oppgåvedelinga og samarbeidet mellom sjukehusa. Funksjonar skal samlast når det er nødvendig for kvaliteten, men dei skal samtidig

desentraliserast når det er mogleg – for å gi eit breiast mogleg tilbod med god kvalitet i nærmiljøet. Det skal framleis vere ein desentralisert og differensiert sjukehusstruktur i Noreg, med ulike typar sjukehus:



Figur 2. Sjukehus i team

Regionsjukehus er hovudsjukehuset i helseregionen. Det er Haukeland universitetssjukehus i Helse Vest. Regionsjukehuset vil ha det største tilbodet av regionsfunksjonar og nasjonale behandlingstenester i ein helseregion. Dette er ikkje til hinder for at store akuttsjukehus og universitetssjukehus kan ha regionsfunksjonar.

Stort akuttsjukehus har eit breitt tilbod innan akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter. I Helse Vest er dette Stavanger universitetssjukehus, Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus.

Akuttsjukehus:

- Skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar. Dette kan skje ved å utnytte dei samla ressursane i helseføretaket som heilhet.
- Akuttsjukehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod når busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetenester og vêrforhold gjer det nødvendig.
- Akuttsjukehusa vil på grunn av lokale forhold, kunne ha ulik kompetanse og system for vurdering, stabilisering og handtering av akutte hendingar. Fleire av sjukehusa vil framleis måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbod på grunn av lange avstandar.
- Eventuelle endringar i sjukehusstilbodet må ikkje svekke det samla fødetilbodet.
- Akuttsjukehus i Helse Vest er Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus, Voss sjukehus, Stord sjukehus og Odda sjukehus.

Sjukehus utan akuttfunksjonar (elektive sjukehus) er sjukehus med berre planlagt behandling.

Sjukehus må samarbeide tettare enn i dag. Det skal vere team av sjukehus akkurat som det skal vere team av helsepersonell. Små og store sjukehus er gjensidig avhengige av kvarandre. Store sjukehus må for eksempel overlata oppgåver til mindre sjukehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse. Tett samarbeid og faglege og organisatoriske nettverksfunksjonar mellom sjukehus er ein føresetnad for hensiktsmessig oppgåvedeling og krav til heilskaplege pasientforløp, og at organiseringa bør understøtte dette.

I samband med arbeidet med utviklingsplanar i helseføretaka, presiserte føretaksmøtet 4. mai følgjande føringar:

- Sjukehus som i dag har akuttkirurgisk tilbod, skal framleis ha dette når omsynet til pasienten gjer det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerheit er ivaretatt.
- I samband med helseføretaka sitt arbeid med utviklingsplanar skal dei regionale helseføretaka gjennomgå basestrukturen for luftambulansar i Noreg.
- Det skal bli starta ein prosess med å flytte meir av den elektive kirurgien i føretaka til akuttsjukehusa, der det ligg til rette for dette, for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved desse sjukehusa.

Ein må sjå sjukehusstruktur og ambulansetenester i samanheng. Endra oppgåvedeling må følgjast av nødvendig styrking av ambulansetenesta. Desentraliserte spesialisthelsetenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstenester, skal vidareutviklast for å gi gode tenester i nærmiljøet og heilskapelege pasientforløp.

Sentralisering og desentralisering

Utvikling av nye medisinske behandlingsmetodar, teknologi og IKT kan gi både sentralisering og desentralisering av helsetenester. Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på at faga utviklar seg ulikt.



Figur 3 Utvikling av fag (frå presentasjonen av Nasjonal helse- og sjukehusplan)

Innanfor dei kirurgiske spesialitetane er det ei auka i spesialisering og sentralisering. Når det gjeld dei vanlege og lettare inngrepa, gjerne dagkirurgiske, kan desse likevel desentraliserast. Nasjonal helse- og sjukehusplan legg opp til at meir av den elektive kirurgien kan desentraliserast der det ligg til rette for det, for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen lokalt.

Det er god dokumentasjon for at det er ein samanheng mellom pasientvolum og kvalitet, oftast målt som overleving, for ei rekke kirurgiske inngrep. Nasjonal helse- og sjukehusplan påpeiker at dei nasjonal kvalitetsindikatorane viser store forskjellar mellom sjukehus, men at det ikkje er systematiske forskjellar mellom små og store sjukehus. Dersom talet på pasientar ved eit sjukehus er svært lite, er det nærast umogleg å dokumentere kvalitet.

Ei kartlegging (2013-2014) av 14 mindre lokalsjukehus viste at det i gjennomsnitt var tre øyeblikkeleg hjelp innleggingar i kirurgiske avdelingar og seks i medisinske avdelingar per døgn. I gjennomsnitt blei det gjort eitt akuttkirurgisk inngrep per døgn, og i løpet av eitt år blei det mottatt i gjennomsnitt éin pasient med alvorleg skade (signifikant multitraume) (arbeidsgruppe på oppdrag frå HOD)

Innanfor indremedisinske fag har det også skjedd ei spesialisering, men samtidig er det framleis behov for breiddekompetanse. Det er mange eldre med kroniske sjukdommar, ulike diagnosar og mange medikament, som har behov for legar som kan forstå og behandle heilskapen.

Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at: «pasientens behov skal være styrende for hvordan vi organiserer sykehusene og hva slags oppgavedeling det skal være mellom sykehus i framtiden. Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt. Det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Her vil samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud.»

Stadleg leiing

Føretaksmøtet 4. mai 2016 viste til at tett samarbeid og faglege og organisatoriske nettverksfunksjonar mellom sjukehus er ein føresetnad for hensiktsmessig oppgåvedeling og krav til heilskapelege pasientforløp, og at organiseringa bør understøtte dette. Ved behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan gjorde Stortinget følgjande oppmodingsvedtak: "Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus".

Vedtaket gir helseføretaka ein viss fleksibilitet til å utforme leiarmodellar tilpassa lokale behov, men stadleg leiing skal vere hovudregelen. Kravet om stadleg leiing er ikkje til hinder for bruk av tverrgåande klinikkar. I ein tverrgåande klinikkstruktur må klinikkleiaren passe på at det finst leiarar på dei ulike geografiske stadene som er gitt fullmakter til å utøve stadleg leiing. Helseføretaka må organisere verksemda slik at lovkrav til einskapleg leiing blir oppfylte. Det inneber mellom anna at alle tilsette i sjukehusa skal vite kven som er nærmaste leiar, jf. rundskriv I-2/2013 om leiaransvar i sjukehus. Uavhengig av organisering skal ein sikre god kommunikasjon og nærleik til næraste leiar. Omstillingsprosessar og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med tilsette og organisasjonane.

2.4. Endringsbehov i helsetenesta

Endringar i demografi, sjukdomsmønster og medisinsk-fagleg utvikling

Nasjonal helse- og sjukehusplan, samhandlingsreforma og andre nasjonale meldingar og planar, beskriv eit behov for endring og omstilling i helsetenestene for å møte utviklinga i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og medisinsk-fagleg utvikling. Viktige utviklingstrekk som krev endring og omstilling er mellom anna:

- Fleire eldre i befolkninga - eldre over 70 år bruker dobbelt så mykje helsetenester som 40-åringar.

- Folketalet i dei store byane aukar, mens utfordringa i distrikta i første rekke er knytt til auken i delen eldre.
- Det blir fleire pasientar med kroniske og livsstilsrelaterte sjukdommar, psykiske lidingar og eldre som ofte har fleire diagnosar.
- Aukande behov for koordinering av helsetenester mellom ulike tenesteytarar internt i spesialisthelsetenesta og mellom forvaltningsnivåa.
- Aukande forventningar til helsetenestene i befolkninga.
- Mangel på helsepersonell, mellom anna pga. utfordringar med rekruttering.
- Ei rask medisinsk og teknologisk utvikling krev sentralisering av fleire tenester, men gir også potensiale for desentralisering av tenester.

Mange nye behandlingsformer vil krevje spesialkompetanse og kostbart utstyr og føre til sentralisering. Men forbetra anestesi og nye kirurgiske metodar kan også gi forenkla behandling, betre resultat, mindre komplikasjonar og kortare postoperativ liggetid. Det blir mindre behov for døgnbehandling og auka bruk av poliklinikk og dagbehandling. Enklare og meir mobilt utstyr inneber at mange utgreiingar og behandlingar kan utførast nært pasienten i små sjukehus, eller i eigen heim i samhandling mellom pasienten, spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Utviklinga innanfor dei prehospitala tenestene inneber at behandlingstiltak som tidlegare berre blei gitt i sjukehus, kan tas i bruk ved akutt sjukdom eller skadar utanfor sjukehus.

Konfliktlinjer og historie

Det er krevjande å endre og tilpasse tenestetilbodet i takt med utviklinga, og samtidig finne balansen mellom sentralisering og desentralisering av sjukehusstenestene. Eit lokalsjukehusa er ein viktig tryggleiksbase for befolkninga i nærområdet, og endringar kan bli oppfatta som ein trussel, og skape utryggleik.

I Noreg var lokaliseringa av sjukehusa relativt tilfeldig og følgde stort sett prinsippet om at alle byar skulle ha sjukehus. Små byar og tettstader med industriutvikling og store avstandar til nærmaste by, som Odda, Sauda, Rjukan, Høyanger og Kirkenes, blei også sjukehus etablert.

Historia til Odda sjukehus går langt tilbake i tid. Keiser Wilhelm II som var glad i fjellvandring donerte pengar til sjukehuset «Keiserbrakka» i 1909. Etablering av kraftkrevjande industri i Odda starta med Odda Smelteverk som i 1908 tok til med produksjon av kalsiumkarbid. I 1916 blei det starta opp med aluminiumsproduksjon i Tyssedal, mens det på Eitreimsneset har vore produsert sink sidan 1924. For nokre av desse etableringane var det ein del av konsesjonsvilkåra at det var sjukehus i nærleiken. Odda sjukehuset har dei siste åra tilpassa seg fleire endringar som følgje av den faglege utviklinga. Fødetilbodet er her eit eksempel; frå fødeavdeling, fødestove og tilbodet som i dag er God start-modellen.

Endringar i tilbodet ved lokalsjukehusa utløyser alltid eit sterkt engasjement. Det oppstår ofte eit spenningsfelt mellom faglege og politiske argument for endringar i tenestetilbodet. At det er ulike oppfatningar rundt endringar i sjukehusfunksjonar, er det mange eksempel på. Det er ein del av ein demokratisk prosess der ulike meiningar skal brytast. Usemje går ofte langs mange dimensjonar, frå usemje om prosessane og graden av involvering, til innhaldet i endringane og krav om at endringar ikkje blir gjennomførte. Motstridande verdiar og synspunkt her kan seiast å spegle ein kjent

konfliktdimensjon i norsk politikk - interessekonflikten mellom distrikta og sentrale strøk. Nokre av dei vanlege motsetningane kan forenkla summerast slik:

| Tema | Distrikt | Sentrum |
|-------------------------------------|--|---|
| Kvalitet, pasientsikkerhet | Små einingar skårar godt på t.d. pasienterfaringsundersøkingar og har ikkje fleire avvik enn store. | Moderne medisinsk utvikling krev stadig meir spesialisert kompetanse på smalare felt. |
| Tryggleik for lokalsamfunnet | Kortast moglege avstandar og reisevegar til livreddande tenester. | Sjeldne tenester må ein reise til, vanlege tenester (akutte og planlagde) skal gis nært – vanleg er viktig for flest. |
| Samferdsel og prehospitale tenester | Ferjer, rasutsette vegar og vinterstengte fjellovergangar. Tåke og sterk vind som hindrar helikopter/flytrafikk. | Fleire betre og ferjefrie vegar med tunnelar og bruer. Beredskap med helikopter, fly og ambulansar. |

Tabell 1 Konfliktlinjer - eksempel

Endringar i sjukehusfunksjonar må så langt som rå, byggast på eit solid faktagrunnlag som sikrar at tilbodet svarar til endra behov i befolkninga, samtidig som den samfunnsøkonomiske berekrafta blir oppretthalden. På same tid må ein ikkje rokke ved tryggleiken i befolkninga og tilliten til helsetenestene. Skal innbyggjarane vere sikre på at dei får dei tenestene dei treng framover, må kunnskapsgrunnlaget ein bygger på og innhaldet i endringane, bli kommunisert opent og tydeleg.

Gjennom Nasjonal helse- og sjukehusplan vil regjeringa skape pasientens helseteneste. Det betyr trygge sjukehus og betre helsetenester – uansett kvar du bur. Vidare står det i planen: «Å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens behov i et så langstrakt og spredt befolket land som vårt, handler i stor grad om å finne god balanse mellom det som haster og det som kan planlegges, mellom det som må gjøres sentralt, og det som kan skapes lokalt. Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen ett gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst.»

3. Nå-situasjonen og utfordringar

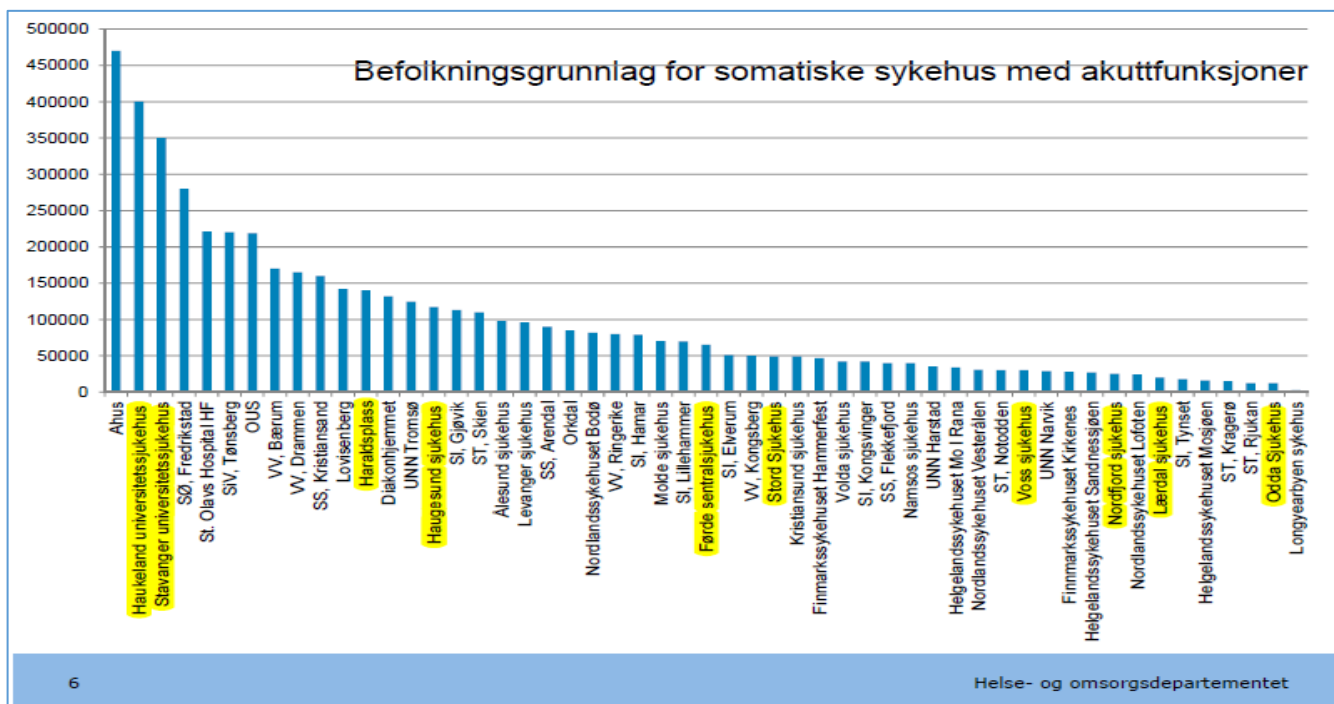
3.1. Hovudtrekk - Helse Fonna

Opptaksområde

Figur 4 nedanfor viser oversikt over befolkningsgrunnlag for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar i landet, m.a. for dei tre sjukehusa i Helse Fonna. Odda sjukehus er det minste i landet.

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

Størrelsen på opptaksområdet er ein av mange faktorar som må vurderast. Andre faktorar er geografi og busettingsmønster, tilgjenge til bil-, båt og luftambulansetenester og vêrforhold. I Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan blei det understreka at sjukehus som i dag har akuttkirurgiske tilbod framleis vil ha dette når omsynet til pasientane sine behov gjer det naudsynt, og kvalitet og pasientsikkerheit er ivarettatt.

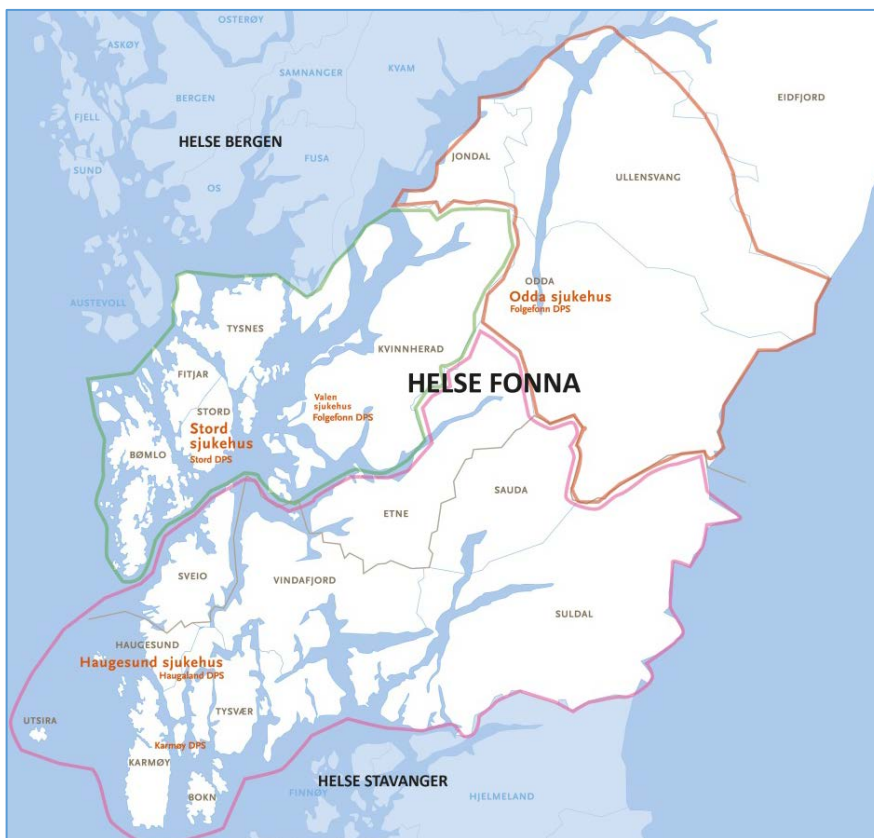


Figur 4. Befolkningsgrunnlag for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar

Helse Fonna yter spesialisthelsetenester til ei befolkning på 180 349 (per 1.1.2016), og består av Haugesund sjukehus, Stord sjukehus og Odda sjukehus. Innanfor psykisk helsevern er det Valen sjukehus og fire distriktpsikiatriske senter (Folgefonn DPS, Haugaland DPS, Karmøy DPS og Stord DPS).

Haugesund sjukehus dekker 10 kommunar (Haugesund, Utsira, Karmøy, Bokn, Tysvær, Suldal, Sauda, Vindafjord, Etne og Sveio). Stord sjukehus dekker 5 kommunar (Stord, Bømlo, Fitjar, Tysnes og Kvinnherad) med til saman 49 761 innbyggjarar. Odda sjukehus dekker 3 kommunar (Odda, Ullensvang og Jondal) med til saman 11 435 innbyggjarar. Sjukehusområda går fram av figur 5.

I tillegg høyrer Eidfjord kommune til Helse Fonna, men innbyggjarane får spesialisthelsetenester frå Helse Bergen, i hovudsak frå Voss sjukehus. Denne ordninga blei vedtatt av styret i Helse Vest i 2013, på bakgrunn av prosjektet «Føretaksgrenser i Indre Hardanger». Befolkninga i delar av Kvinnherad kommune nyttar i nokon grad Odda sjukehus (jf. omtale i kap. 3.3).



Figur 5. Sjukehus/opptaksområde i Helse Fonna

Hovudfunksjonar ved Haugesund sjukehus

Haugesund sjukehus har eit vidt spekter av spesialisthelsetenester, og er eit stort akuttjukehus, jf. nasjonal helse- og sjukehusplan. Helse Fonna er likevel eit relativt lite helseføretak som skal ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle, og særleg gi eit tilbod til dei store sjukdomsgruppene som treng nærleik til tenestene.

Dei mest spesialiserte tenestene blir dekt i Helse Bergen (Haukeland universitetssjukehus) og til dels i Helse Stavanger (Stavanger universitetssjukehus). Eksempel på dette er nevrokirurgi, kardiologisk intervensjon, større thorax kirurgi, spiserørskirurgi, kjevekirurgi og behandling for ei rekke kreftformer, t.d. strålebehandling og kirurgisk kreftbehandling av barn. Andre eksempel er rehabilitering etter traumatiske skadar som ryggmargsskade eller hovudskade. Det gjeld også nasjonale funksjonar, som t.d. avansert brannskadebehandling. For ein del nasjonale funksjonar reiser pasientane også til andre regionar.

Helse Fonna (Haugesund sjukehus) har regionsfunksjon på fertilitetsklinikk/sædbank.

Haugesund sjukehus har føretaksdekkande funksjonar innanfor følgjande spesialitetar: auge, habilitering, karkirurgi, brystkirurgi, nevrologi, pediatri, øyre-, nase- og hals.

Fødetilbodet i Helse Fonna er delt slik at riskofødsjar frå heile helseføretaket skal samlast ved Haugesund sjukehus, og fødande frå Hardanger føder i Haugesund eller på Stord, mens barseloppald (God Start) gis ved Odde sjukehus.

Hovudfunksjonar ved Odda sjukehus

Odda sjukehus er eit akuttsjukehus som skal gi tilbod til dei store pasientgruppene i området. Meir spesialiserte tenester er lokalisert ved Haugesund sjukehus eller Haukeland universitetssjukehus, dette gjeld til dømes kreftforløp.

Ved sjukehuset er det ein medisinsk sengepost med sju medisinske og to interkommunale akuttsenger og ein kirurgisk sengepost med fire kirurgiske senger og fem overvåkingsplassar. Det er fire dagkirurgisenger (mogleg med sju). I tillegg er det ei operasjonsavdeling med to operasjonsstover og ei operasjon/skiftestove, dialyseavdeling og ei «god start» barseleining.

Ved Odda sjukehus er det ved poliklinikken tilbod om spesialisthelsetenester for pasientar med diabetes, nyre-, mage/tarm, lunge- og hjartesykje. Poliklinikken gir vidare tilbod innan generell kirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, ortopedi, gynekologi og øyre-nase-hals. Sjukehuset har radiologisk eining med CT maskin, laboratorium for medisinsk biokjemi og blodbank.

Odda sjukehus har føretaksdekkande funksjon innanfor smertebehandling, søvnforstyrningar og åreknutekirurgi.

Følgefonn DPS held til både på Odda sjukehus og på Valen, og har poliklinikk og døgntilbod til vaksne med ulike psykiske lidingar, inkludert rusproblem.

Odda sjukehus er organisert med eigen seksjonsleiar under medisinsk klinikk ved Haugesund sjukehus.

Avtalespesialistar

Lokalisert ved Odda sjukehus er det ein avtalespesialist som dekkjer fagområdet augesykje. Avtalespesialisten har ikkje kirurgisk tilbod. Det er samarbeid med fleire av avtalespesialistane i Haugesund og i Bergen.

I området til Haugesund sjukehus er det 22 avtalespesialistar, fordelt med 1 innanfor anestesi, 3 i augesykje, 2 innanfor fødselshjelp og kvinnesykje, 4 indremedisinarar, 3 psykiatrar, 4 psykologar, 1 urolog og 3 avtalespesialistar innanfor øyre-nase-halssykje.

Driftskostnader Helse Fonna

I tabell 2 nedanfor er driftskostnader per somatiske sjukehus i Helse Fonna summert. Inkludert i summen er direkte driftskostnad, klinisk verksemd, løns- og pensjonskostnad, radiologitenester (legetenester som gjer analysearbeid er lagt til Haugesund sjukehus), laboratorietenester (utan patologi), prehospital teneste per område (kostnad ambulansébåt er lagt til Stord sjukehus) og fordeling av felleskostnader. I driftskostnadene er ikkje overheadkostnader inkludert.

| | Odda | Stord | Haugesund | Total |
|---|-------------|-------------|---------------|---------------|
| Driftskostnader per sjukehus | 127 170 049 | 364 791 245 | 1 125 181 381 | 1 617 142 675 |
| % av totale driftskostnader | 8 | 23 | 70 | |
| Befolkning i opptaksområdet | 11 435 | 49 761 | 119 153 | 180 349 |
| % av befolkninga i føretaket | 6 | 28 | 66 | |
| Driftskostnad per innbyggjar i opptaksområdet | 11 087 | 7 331 | 9 509 | |
| Driftskostnad per døgnopphald | 85 694 | 62 347 | 62 562 | |
| Driftskostand per vekta opphald | 35 587 | 29 248 | 24 281 | |

Tabell 2 Driftskostnader. «Vekta opphald» er eit mål for samla aktivitet innan døgn, dag og poliklinikk. Døgnopphald har vekta 1, dagopphald 0,5, og poliklinikk 0,25.

Odda sjukehus har 8 % av dei samla driftskostnadene i Helse Fonna, og 6 % av befolkninga. Odda sjukehus har føretaksfunksjon innan nokre område, men ein kunne likevel anta at delen driftskostnader skulle ha vore lågare enn del av befolkninga. Det er på bakgrunn av at:

- fleire av kostnadene ved Odda sjukehus er registrert på andre sjukehus, i hovudsak Haugesund sjukehus. Til dømes er legetenestene på radiologi som tolkar bilete for Odda sjukehus ført på Haugesund sjukehus
- oppgåvedeling mellom sjukehusa, gjer at meir spesialisert behandling føregår ved Haugesund sjukehus. Til dømes er kreftbehandling samla ved Haugesund sjukehus.
- Haugesund sjukehus behandlar mange pasientar frå Odda sjukehus sitt opptaksområde.

Om ein ser på driftskostnadene opp mot aktivitet, finn ein at Odda sjukehus har høgast driftskostnad per døgnopphald med vel 85 000, mens Haugesund har vel 62 000.

Driftskostnad per vekta opphald er eit mål for samla aktivitet innan døgn, dag og poliklinikk ved sjukehusa (døgnopphald har vekta 1, dagopphald 0,5, og poliklinikk 0,25). Odda sjukehus har den høgaste driftskostnaden også når ein ser på samla aktivitet ved sjukehuset. Haugesund sjukehus har den lågaste kostnaden i føretaket, men differansen mellom sjukehusa er mindre når ein ser på samla aktivitet enn på berre døgnopphald.

Ser ein på driftskostnader per innbyggjar i opptaksområda, finn ein at kostanden er høgast i Odda sjukehusområde og lågast i Stord sjukehus sitt område.

3.2. Geografi og samferdsel

Nasjonal helse- og sjukehusplan legg vekt på at busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansenester og vêrforhold kan gjere det nødvendig å oppretthalde traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod i akuttsjukehusa.

I eit samferdselsperspektiv har Odda-området ein krevjande geografi/topografi med fjord og fjell som er utsett for snø-, jord- og steinras og flom frå elver. Kommunane byggjar beredskapen sin på ROS-analysar.

Følgefonntunellen, Jondalstunellen, Hardangerbrua, utbetringar på Rv13 mot Bergen og E134 mot Haugesund har dei siste åra betra vegstandarden og redusert reisetidene med bil frå Indre Hardanger både til Haugesund og til Bergen. Kollektivtilbodet er framleis avgrensa.

Nedanfor er det vist eit kartutsnitt over området og ein tabell med reisetider og -avstandar med bil.



Figur 6. Kart over Hardanger, Sunnhordland, Haugalandet (kjelde Statens kartverk)

| Frå kommunesenter | Til Odda sjukehus | Til Stord sjukehus | Til Haugesund sjukehus | Til Haukeland universitetssjukehus | Til Voss sjukehus |
|-----------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Odda | | 162 km, 2 t 27 min | 131 km, 2 t 4 min | 135 km, 2 t 46 min (ferje) | 91 km, 1 t 34 min |
| Kinsarvik, Ullensvang | 42 km, 47 min | 204 km, 3 t 12 min | 172 km, 2 t 49 min | 153 km, 2 t 19 min | 50 km, 50 min |
| Jondal | 40 km, 43 min | 120 km, 3 t (ferje) | 170 km, 2 t 45 min | 97 km, 2 t 9 min (ferje) | 78 km, 2 t 5 min (ferje) |
| Rosendal, Kvinnherad | 47 km, 49 min | 68 km, 2 t 3 min (ferje)* | 109 km, 2 t 42 min (ferje) | 120 km, 2 t 27 min (ferje) | 137 km, 2 t 21 min |

* Ambulansebåt frå Sunde tar 20 minutt, vidare transport til Stord sjukehus med ambulanse.

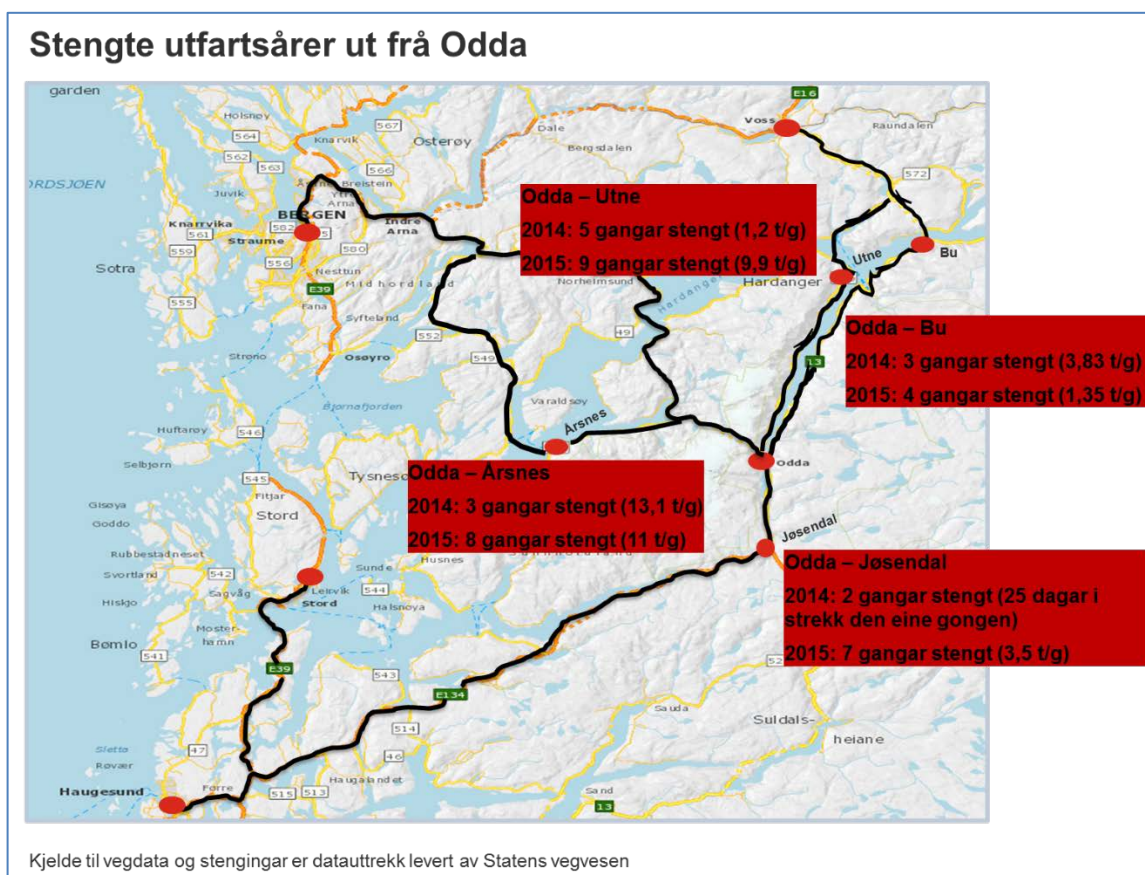
Tabell 3 Kilometer og reisetid med bil (kjelde Google maps)

Eksempel på kollektivtransport frå Odda-området til Haugesund og Bergen (kjelde er skyss.no):

- Jondal - Odda, buss om lag 45 minuttar (2-3 gongar dagleg)
- Jondal - Bergen, buss med meir om lag 2 timar (om lag 7 gongar dagleg)
- Jondal - Haugesund, buss via Seljestad 4 timar 30 minuttar
- Odda - Bergen, buss med meir om lag 3 timar (ca. 4-5 gongar dagleg)

- Odda - Haugesund, buss 2 timar 40 minuttar (ca. 4 gongar dagleg)
- Kinsarvik - Bergen, buss med meir om lag 3-4 timar (ca. 7 gongar dagleg)
- Kinsarvik - Odda, buss 55 minuttar (ca. 4 gongar dagleg)

Figur 7 nedanfor viser ein oversikt over kor mange gongar utfartsårene frå Odda har vore stengt i 2014 og 2015, og kor lenge vegane i gjennomsnitt var stengt per gong (sjå også vedlegg 2). Det er vegen mellom Odda og Utne som har vore stengt flest gongar både i 2014 og 2015, mens det er vegen mellom Odda og Årsnes som i gjennomsnitt var lengst stengt kvar gong. Då Odda blei råka av ekstrem flaum i 2014, var vegen mellom Odda og Jøsandal stengt i 25 dagar i strekk.



Figur 7 Oversikt over stengte vegar ut frå Odda i 2014 og 2015

Kortast reisetid til Bergen er via Jondal, og strekninga dit treng ikkje ha vore stengt når Odda-Årsnes har vore stengt. Statistikken frå 2014 og 2015 visar at ei av dei fire utfartsårene alltid har vore open når dei andre vegane har vore stengt på same tid.

Ved ekstremisituasjonen i 2014, da Odda-Jøsandal var stengt over mange dagar, var også vegen Odda-Bu og Odda-Årsnes stengt samtidig i inntil 6,5 timar. Timeanslaget er ikkje heilt presist fordi vi ikkje har data på dei nøyaktige klokkesletta kvar veg har vore stengt. Vegen mellom Odda og Utne var open.

I desember 2015 var det også ein situasjon der tre av utfartsårene var stengt samtidig i inntil 3,6 timar. Vegen mellom Odda og Jøsandal var då open.

Statistikken over stengingane vil variere frå år til år, men den viser at vegane ut frå Odda er svært ras- og flaumutsette. Det er stadig oftare ekstremvêr. Ved utarbeiding av kommunale ROS-analyser skal det

leggast til grunn 20-40 % klimapåslag, jf. NVE. Ein kan ikkje sjå vekk frå at det kan kome situasjonar der alle vegane er stengt på same tid. Analysane baserar seg på strekningane frå Odda til Bu, Utne, Jøsendal og Årsnes. Vegane kan også ha vore stengt mellom desse stadene og dei større sjukehusa.

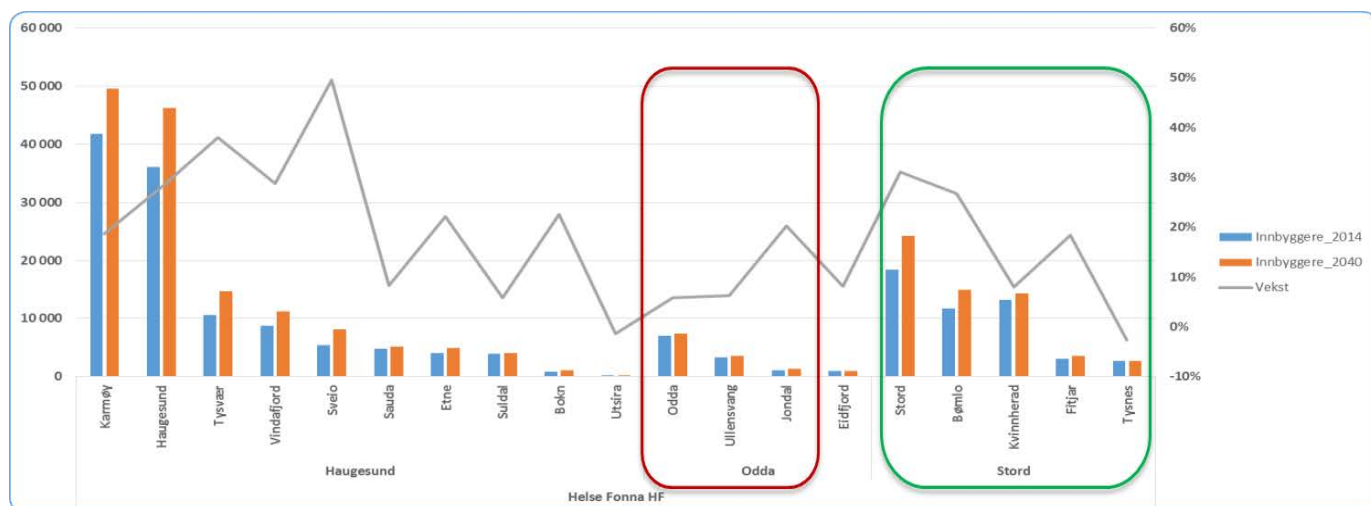
Rasutfordringar gjentar seg år om anna. Nokre år har vore særskilte krevande, t.d. 1993, 1994, 2011 og 2014. Det ligg ingen tiltak i Nasjonal transportplan for 2018-2029 som betrar vegtilhøva i opptaksområdet.

3.3. Befolkninga og bruken av spesialisthelsetenester

For å sikre at tenestene ved Odda sjukehus treff behova til befolkninga i opptaksområdet, er det lagt stor vekt på å sikre eit korrekt faktagrunnlag. Målet har vore å fange opp behova, uttrykt som historisk forbruk av spesialisthelsetenester, for befolkninga i Odda, Jondal og Ullensvang og identifisere dei breie pasientgruppene.

3.3.1. Befolkningssamansetning og -utvikling

Figur 8 er ei samla oversikt over tal innbyggjarar og befolkningsutvikling i kommunane i Helse Fonna-området. Den viser at opptaksområdet til Odda sjukehus har eit lågare folketal og ein lågare forventa vekst enn dei andre sjukehusområda i Helse Fonna. 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.



Figur 8. Innbyggjarar og befolkningsutvikling i Helse Fonna. SSB framskrivingsalternativ (MMMM) 2014-2040

Tabell 4 viser befolkningsamansetninga i 2016 for kommunane i Odda-området. Det er relativt stor variasjon i innbyggjartal mellom dei tre kommunane. Alle tre har ei eldre befolkning enn resten av fylket og landet, med ein høgare del innbyggjarar over 67 år.

Eidfjord kommune inngår ikkje lenger i opptaksområdet for Odda sjukehus, og er derfor utelatt. Innbyggjarar i delar av Kvinnherad kommune, som høyrer til Stord sjukehus sitt opptaksområde, bruker i nokon grad Odda sjukehus (sjå kap. 3.3.3, tabellar 9-12 om pasientstraumar).

| | 0-66 år | | 67-79 år | | 80-89 år | | 90 år+ | | Totalt | |
|-----------------------|---------|------|----------|------|----------|------|--------|------|-----------|-----------|
| | 2016 | 2030 | 2016 | 2030 | 2016 | 2030 | 2016 | 2030 | 2016 | 2030 |
| Odda | 80 % | 77 % | 13 % | 15 % | 6 % | 6 % | 2 % | 2 % | 6 930 | 7 223 |
| Ullensvang | 79 % | 78 % | 14 % | 14 % | 5 % | 7 % | 2 % | 2 % | 3 401 | 3 507 |
| Jondal | 78 % | 78 % | 15 % | 13 % | 5 % | 9 % | 2 % | 1 % | 1 104 | 1 243 |
| Opptaksområdet | 80 % | 77 % | 13 % | 15 % | 5 % | 7 % | 2 % | 2 % | 11 435 | 11 973 |
| Hordaland | 86 % | 84 % | 9 % | 11 % | 3 % | 5 % | 1 % | 1 % | 516 497 | 600 420 |
| Noreg | 86 % | 83 % | 10 % | 12 % | 3 % | 5 % | 1 % | 1 % | 5 213 985 | 5 948 156 |

Tabell 4 Innbyggartall per kommune i Odda sjukehus sitt opptaksområde, 2016 (Kjelde SSB)

Tabell 5 viser at det er forventa ein auke i innbyggartalet frå 2016 til 2030 for kommunane i Odda-området, men at auken er langt lågare enn i fylket og landet. Den største veksten er forventa i aldersgruppa 80-89 år i alle tre kommunar, men ikkje like stor som i fylket og landet.

| Forventa endring i folketalet frå 2016-2030 | | | | | |
|---|---------|----------|----------|---------|--------|
| | 0-66 år | 67-79 år | 80-89 år | 90 år + | Totalt |
| Odda | 0 % | 27 % | 20 % | -2 % | 4 % |
| Ullensvang | 1 % | 0 % | 57 % | -7 % | 3 % |
| Jondal | 12 % | -2 % | 98 % | -59 % | 13 % |
| Opptaksområde | 1 % | 15 % | 37 % | -11 % | 5 % |
| Hordaland | 12 % | 35 % | 63 % | 18 % | 16 % |
| Norge | 10 % | 32 % | 68 % | 16 % | 14 % |

Tabell 5 Forventa endring i folketalet (2016-2030) per kommune i Odda sjukehus sitt opptaksområde (Kjelde SSB. Innbyggartalet er framskriva med alternativ MMMM.)

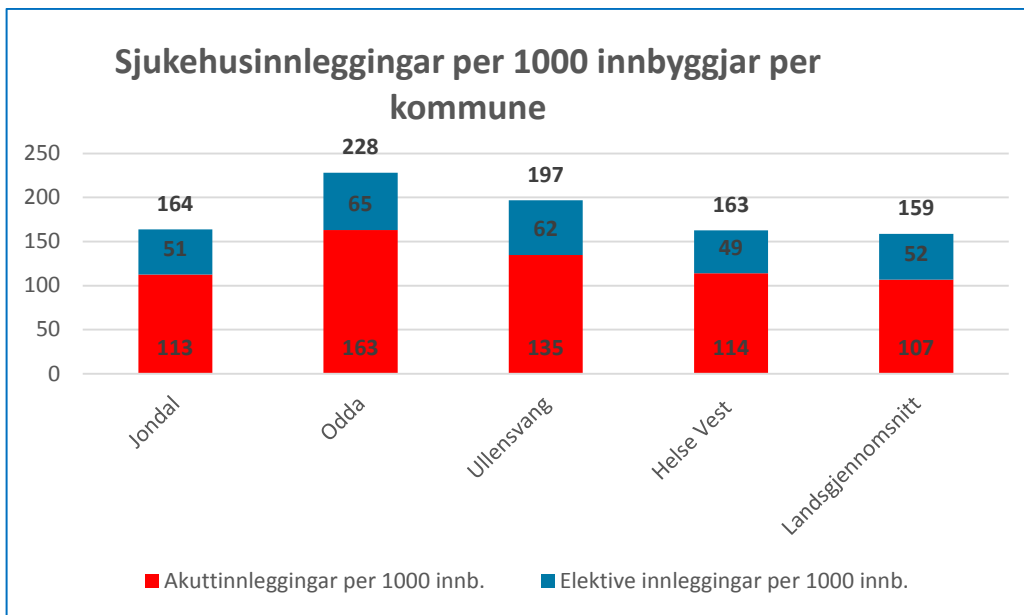
3.3.2. Forbruksmønster og pasientgrunnlag - grunnlag for planlegging og dimensjonering

Dette kapittelet gir eit bilde av forbruket av somatiske spesialisthelsetenester i befolkninga i Odda sjukehus sitt opptaksområde, og grunnlaget for tenester ved Odda sjukehus. Forbruket blir vist gjennom døgnopphald, polikliniske konsultasjonar og dagkirurgiske inngrep som er generert av innbyggjarane i Odda-området i 2015, uavhengig av kor dei er behandla. Sjå også vedlegg 3 analyserapporten «Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i Odda sjukehus sitt opptaksområde».

Analysen legg til grunn data frå Norsk pasientregister (NPR) som er den nasjonale kjelda for styringsdata i spesialisthelsetenesta. NPR er éi og same datakjelde som dekkjer heile opptaksområdet, uavhengig tenestestad. Arbeidet i prosjektet har vist avvik mellom NPR-data og data som blir henta ut lokalt ved Odda sjukehus frå DIPS/NIMES. Det kan vere mange årsaker til avviket, og temaet blir drøfta i kap. 5. Avviket vil ikkje ha innverknad på hovudkonklusjonane i analysane.

Forbruksmønster

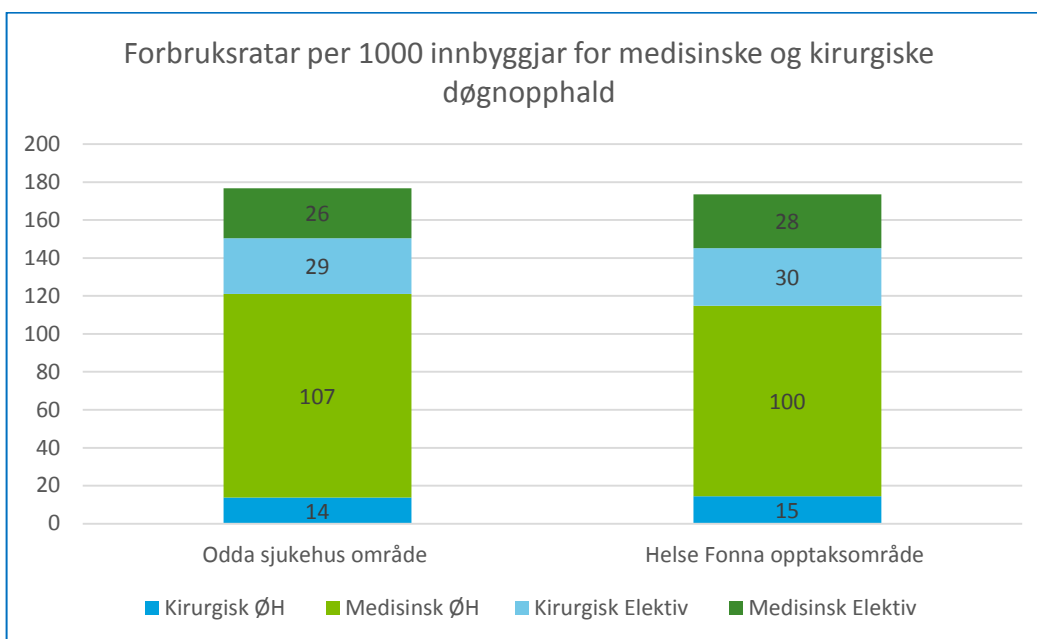
Figur 9 viser at forbruket av innleggingar per 1000 innbyggjarar er høgare i Odda kommune enn i dei to andre kommunane i opptaksområdet, i Helse Vest og i landet. Odda kommune ligg spesielt høgt på akuttinnleggingar, men har òg høgast rate planlagde innleggingar. Ullensvang har også eit høgare forbruk samanlikna med Helse Vest og landet.



Figur 9 Sjukehusinnleggingar per 1000 innbyggjar per kommune i Odda sjukehus sitt optaksområde 2015

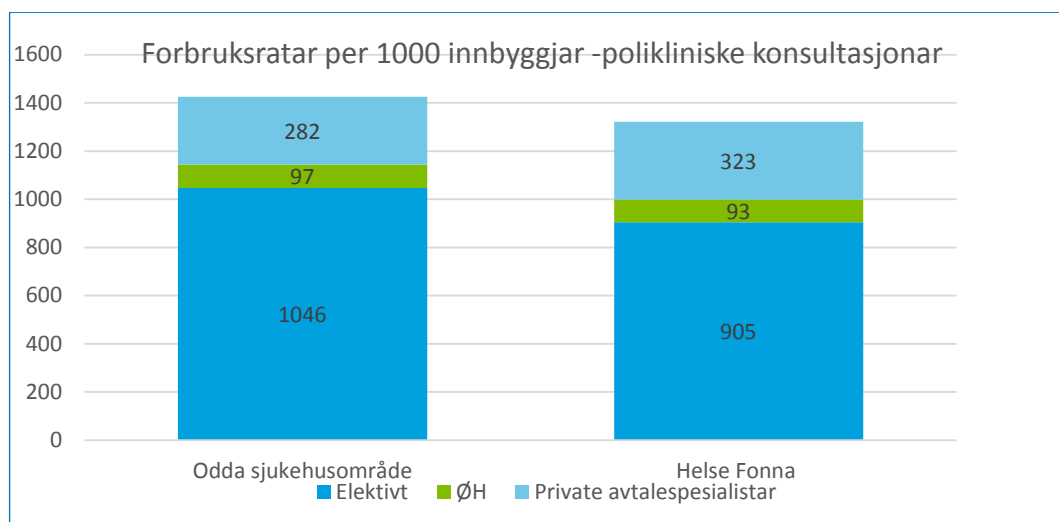
39 % av alle kirurgiske øh-prosedyrar (uavhengig av omsorgsnivå) for innbyggjarane i Odda-området, er utført ved Odda sjukehus, 22 % ved Haukeland sjukehus, og 15 % ved Haugesund sjukehus. Om ein ser på døgnopphald som er knytt til kirurgisk øh er delen utført ved Odda sjukehus mindre (24 %).

Figur 10 viser at forbruket av døgnopphald både i Odda sjukehusområde og i Helse Fonna i hovudsak gjeld medisinsk øyeblikkeleg hjelp. Gruppa som treng kirurgisk ØH utgjer ein liten del av det samla døgnforbruket.



Figur 10 Forbruksratar per 1000 innbyggjar for medisinske og kirurgiske døgnopphald i Odda sjukehus og Helse Fonna sitt optaksområde. Forbruksratane er aldersjustert for Odda sjukehusområde. Tala er frå 2015.

Figur 11 viser at det er eit større samla forbruk av polikliniske konsultasjonar i Odda-området enn i Helse Fonna. Det gjeld først og fremst elektive konsultasjonar. Variasjonane i forbruksratar kan forklarast med tilgang til helsetenester og forskjell i tilvisingsmønster hjå primærlegane.



Figur 11 Forbruksratar per 1000 innbyggjar for polikliniske konsultasjonar i spesialisthelsetenesta (elektiv og ØH) og private avtalespesialistar i Odda sjukehus og Helse Fonna sitt opptaksområde. Aldersjusterte forbruksratar Odda sjukehusområde. 2015

Grunnlag for polikliniske tilbod

For å rekne ut potensialet for framtidig poliklinisk tilbod ved Odda sjukehus for innbyggjarane i Odda-området, er det nytta same metode som i rapporten «Nordfjord sjukehus – Forbruk av somatiske helsetenester i kommunane rundt Nordfjorden». Utgangspunktet for berekningane er befolkninga sin bruk av spesialisthelsetenester, uavhengig av kor dei er behandla.

Analysen (sjå vedlegg 3) har lagt til grunn at legespesialisten vil trenge 15 pasientar kvar dag for å fylle ein arbeidsdag (majoriteten av konsultasjonane er antatt å vere kontrollar). Vidare er det lagt til grunn at 50 % av konsultasjonane kan utførast lokalt ved Odda sjukehus. Som kapittel 3.3.3 viser er pasientstraumane ut av sjukehusområdet store. Tala for potensiale føreset at ein lykkast med å snu ein del av desse straumane.

Det er tatt utgangspunkt i at ambulering må skje minst kvar månad for at rutinar og logistikk skal bli stabile og varige. Dette svarar til ein stillingsbrøk (årsverkbehov) på 0,05 som ei nedre grense for å etablere ambuleringsordningar.

Konsultasjonar hos private avtalespesialistar er inkludert, og tala gjeld innbyggjarane i Odda sjukehusområde, uavhengig av behandlingsstad. Det er lagt til grunn 240 arbeidsdagar i året og 20 arbeidsdagar per månad.

Tabell 6 syner pasientgrunnlag og potensiale for Odda sjukehus innan kirurgiske fagområder. Berekninga viser at det er pasientgrunnlag for poliklinisk tilbod innan fagområdet auge. Dette er per i dag dekt av ein privat avtalespesialist, lokalisert ved Odda sjukehus. Vidare har Odda allereie eit poliklinisk tilbod innan generell kirurgi, og tala bekreftar at det er tilstrekkeleg pasientgrunnlag for dette (kirurg 6,3 dagar i månaden vil dekke 50 % av konsultasjonane).

Odda sjukehus har per i dag også eit poliklinisk tilbod innan gynekologi, øyre-nase-hals og ortopedi, og ut frå tala ser ein at det er grunnlag for det. Pasientstraumane ut frå Odda er store innan øyre-nase-hals, og forbruket er stort blant eldre. For dei eldre kan det vere spesielt nyttig å sleppe lang reiseveg. Truleg vil befolkninga i området vere godt tent med ein høysesentral.

Pasientgrunnlaget innan gyn/føde og ortopedi er også stort nok til å vurdere å styrke tilbodet innan desse fagfelta.

| Kirurgiske fagområde | Total mengd konsultasjonar | Konsultasjonar per dag | 50 % av omfanget per dag | Tal dagar per mnd. med 15 beh. per dag | Anslag årsverk behov spesialist ved 15 beh. per dag |
|----------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|--|---|
| Gastrokirurgi | 524 | 2,18 | 1,1 | 1,5 | 0,07 |
| Generell kirurgi | 2279 | 9,50 | 4,7 | 6,3 | 0,32 |
| Gyn/føde | 1660 | 6,92 | 3,5 | 4,6 | 0,23 |
| Ortopedi | 1432 | 5,97 | 3,0 | 4,0 | 0,20 |
| Urologi | 488 | 2,03 | 1,0 | 1,4 | 0,07 |
| Øyre-nase-hals | 1552 | 6,47 | 3,2 | 4,3 | 0,22 |
| Auge | 3145 | 13,10 | 6,6 | 8,7 | 0,44 |

Tabell 6 Mogleg potensiale for kirurgiske spesialitetar ved Odda sjukehus

Pasientgrunnlaget for polikliniske tilbod innan dei medisinske fagområda er mindre enn for dei kirurgiske (sjå tabell 7). Kardiologi har størst volum, og her tilbyr sjukehuset tenester.

Hud er eit fagområde med pasientgrunnlag for eit poliklinisk tilbod litt oftare enn ein dag annakvar veke. Her er det ikkje tenester lokalt per i dag, og det kan vere potensiale for å bygge det opp.

Dei andre medisinske fagområda har eit behov for om lag 0,05 årsverk, noko som svarar til ein dag i månaden. Pasientgrunnlaget ligg nær ei nedre grense for å etablere ambuleringsordningar, og ein må vurdere om det lar seg gjere å sikre stabile og varige rutinar og logistikk for at tilboda skal vere gode og trygge. Med eit slik volum kan ein til dømes organisere ein ambulerande poliklinikk ei veke kvar fjerde måned. Mange eldre nyttar tilbod innan revmatologi, endokrinologi og nevrologi, så dette er områda ein kan spare eldre for reiseveg.

| Medisinske fagområde | Total mengd konsultasjonar | Konsultasjonar per dag | 50% av omfanget per dag | Tal dagar per mnd. med 15 beh. per dag | Anslag årsverk behov spesialist ved 15 beh. Per dag |
|----------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------|--|---|
| Pediatri | 292 | 1,22 | 0,6 | 0,8 | 0,04 |
| Endokrinologi | 437 | 1,82 | 0,9 | 1,2 | 0,06 |
| Gastromedisin | 280 | 1,17 | 0,6 | 0,8 | 0,04 |
| Kardiologi | 955 | 3,98 | 2,0 | 2,7 | 0,13 |
| Hud | 843 | 3,51 | 1,8 | 2,3 | 0,12 |
| Lunge | 348 | 1,45 | 0,7 | 1,0 | 0,05 |
| Nevrologi | 336 | 1,40 | 0,7 | 0,9 | 0,05 |
| Revma | 452 | 1,88 | 0,9 | 1,3 | 0,06 |

Tabell 7 Mogleg potensiale for medisinske spesialitetar ved Odda sjukehus

Grunnlag for dagkirurgisk tilbod

Forbruket av planlagt dagkirurgi per 1000 innbyggjar er forholdsvis likt mellom Odda sjukehusområde og Helse Fonna når ein ser på dei aldersjusterte ratane. Det er 43 dagkirurgiske inngrep per 1000 innbyggjar i Odda-området, og 41 i Helse Fonna.

På same måte som for polikliniske tilbod er pasientgrunnlaget og potensiale for dagkirurgisk tilbod ved Odda sjukehus analysert. Utgangspunktet for berekningane er befolkninga sin bruk av spesialisthelsetenester, uavhengig av kor dei er behandla.

Det er lagt til grunn at ein må ha 5 dagkirurgiske inngrep for å fylle ein arbeidsdag (i staden for 15 polikliniske konsultasjonar).

Tabell 8 viser at forbruket av dagkirurgi er lite i Odda sjukehusområde, og at pasientgrunnlaget for nye tilbod er lite. Ortopedi, auge og generell kirurgi er dei fagområda med størst pasientgrunnlag, og det er potensial for eit dagkirurgisk tilbod 1 dag i månaden. Dette ligg i grenseområdet for når stabile ambuleringsordningar kan etablerast (jf. ovanfor).

Berekninga føreset at ein behandlar halvparten av inngrepa generert av befolkninga i Odda-område. Den største pasientstraumen innan ortopedisk dagkirurgi går til Voss sjukehus, ein del til Haukeland og til private sjukehus. Truleg vil eit breiare ortopedisk dagkirurgisk tilbod ved Odda sjukehus kunne hente heim ein del av desse pasientane. Det same gjeld innanfor auge, der eit lokalt tilbod vil kunne spare eldre for lang reiseveg.

Truleg bør dagkirurgi ved Odda sjukehus kombinerast med andre tilbod innan same spesialitet. Om ein skal opprette nye tilbod innan dagkirurgi eller styrke eksisterande tilbod, bør det vurderast om pasientgrunnlaget bør utvidast til å dekke fleire område av Helse Fonna. Denne moglegheita til å etablere nisjekirurgi er til dels nytta, slik det går fram av tabellane 13-15 i kapittel 3.3.3 om pasientstraumar.

| Fagområde | Dagkirurgiske inngrep | Inngrep per dag | 50% av omfanget per dag | Dagar per mnd. med 5 inngrep per dag | Anslag årsverk behov kirug ved 5 inngrep per dag |
|------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|--------------------------------------|--|
| Generell kirurgi | 111 | 0,46 | 0,23 | 0,93 | 0,05 |
| Gyn/føde | 64 | 0,27 | 0,13 | 0,53 | 0,03 |
| Ortopedi | 139 | 0,58 | 0,29 | 1,16 | 0,06 |
| Urologi | 5 | 0,02 | 0,01 | 0,04 | 0,00 |
| Øyre-nase-hals | 31 | 0,13 | 0,06 | 0,26 | 0,01 |
| Auge | 120 | 0,50 | 0,25 | 1,00 | 0,05 |

Tabell 8 Mogleg potensiale for dagkirurgi ved Odda sjukehus

3.3.3. *Pasientstraumar*

Dette kapitlet beskriv pasientstraumane frå kommunane i Odda sjukehusområde (også vedlegg 3). I tillegg ser vi på Kvinnherad kommune, som høyrer til Stord sjukehus, ettersom delar av kommunen har kort reiseveg til Odda (tabell 9-12).

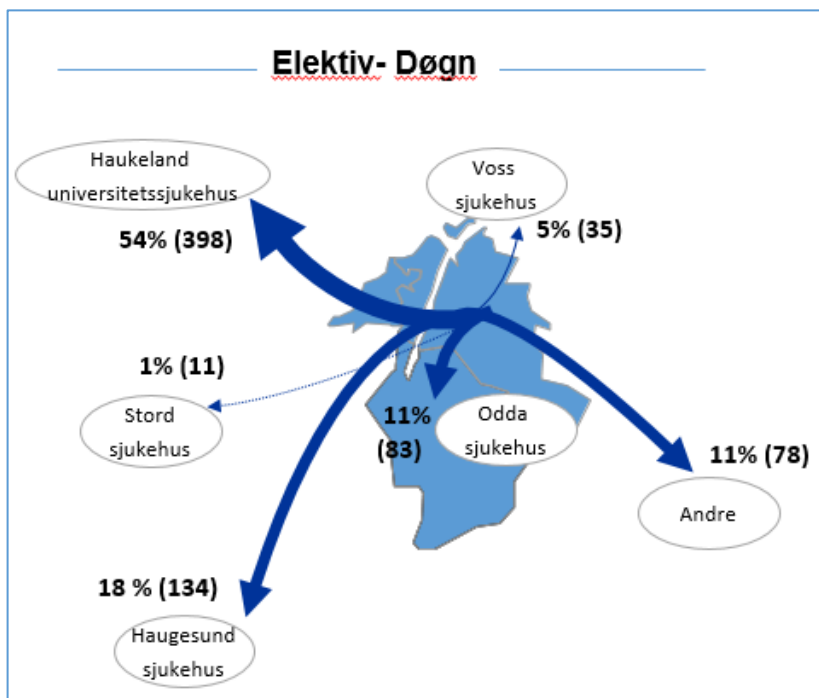
Pasientstraumane viser kor innbyggjarane i desse kommunane har blitt behandla i spesialisthelse-tenesta. Det blir også vist pasientstraumar inn til Odda sjukehus, altså kor pasientane som blir behandla ved Odda sjukehus, er heimehøyrande. Norsk pasientregister er datakjelde.

Pasientstraumar ut frå Odda sjukehus sitt opptaksområde

Her viser vi kor, det vil seie på kva for sjukehus, innbyggjarane har blitt behandla. Figurane 12-15 nedanfor viser pasientstraumane ut frå opptaksområdet samla for alle tre kommunane. Tabellane 9-12 nedanfor viser straumane frå kvar kommune.

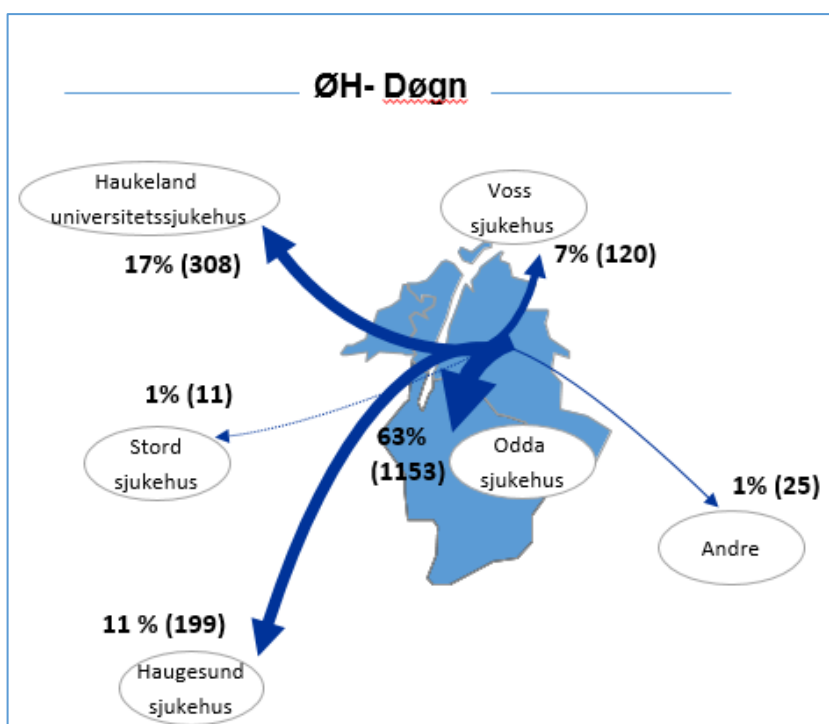
Ettersom Odda sjukehus ikkje har alle funksjonar, er ein stor del av pasientstraumane nødvendige. Når straumane i stor grad går til Helse Bergen, og i mindre grad til Haugesund sjukehus, heng det til ein viss grad saman med regionsfunksjonar ved Haukeland universitetssjukehus. Straumane er likevel først og fremst påverka av ønska til pasientane og av tilvisingspraksis hos fastlegane. Mangel på offentleg kommunikasjon mot Haugesund er også ein forklaringsfaktor. Mykje av pasientstraumane innan poliklinikk og dagbehandling ut av Helse Fonna er truleg unødvendige. Behandlinga kunne ha vore ivaretatt av eit sjukehus i Helse Fonna.

Pasientstraumane for elektiv døgnsbehandling er størst til Haukeland universitetssjukehus for alle kommunane (sjå også tabell 9).



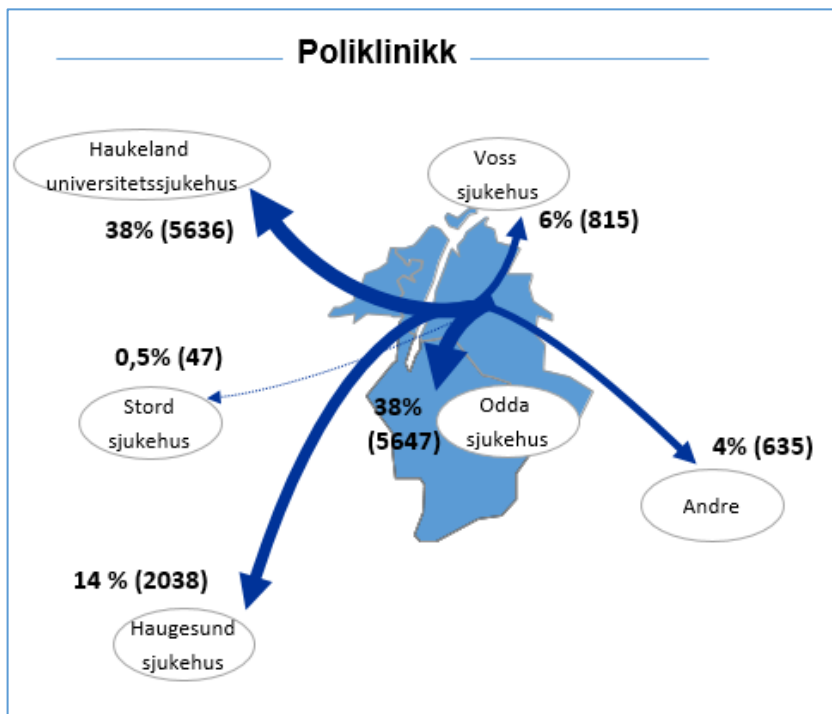
Figur 12 Pasientstraumane ut frå Odda sjukehus sitt opptaksområdet samla for alle tre kommunane, 2015

Straumar knytt til ØH-innlegingar er størst til Odda sjukehus frå dei tre kommunane i opptaksområdet. Frå Kvinnherad reiser flest til Stord sjukehus (sjå også tabell 10).



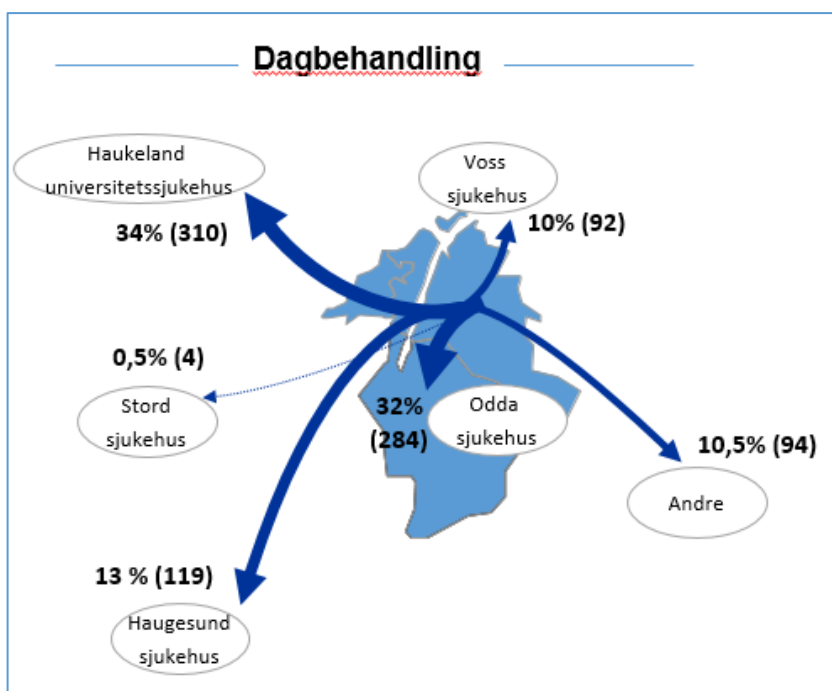
Figur 13 Pasientstraumane ut frå Odda sjukehus sitt opptaksområdet samla for alle tre kommunane, 2015

Når det gjeld poliklinikk nyttar innbyggjarane i Odda kommune i størst grad Odda sjukehus, mens frå dei andre kommunane går den største pasientstraumen til Haukeland (sjå tabell 11).



Figur 14 Pasientstraumane ut frå Odda sjukehus sitt opptaksområdet samla for alle tre kommunane, 2015

Innan dagbehandling ser ein det same, bortsett frå at Kvinnherad her nyttar Stord sjukehus mest (sjå tabell 12).



Figur 15 Pasientstraumane ut frå Odda sjukehus sitt opptaksområdet samla for alle tre kommunane, 2015

| Opptaksområde | Kommune | Behandlingsstad | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------|-----------------|-----|------|----|-------|-----|-----------|-----|------|----|-------|---|-----------|---|-------|----|
| | | Haugesund | | Odda | | Stord | | Haukeland | | Voss | | Førde | | Stavanger | | Andre | |
| Stord sjukehus | Kvinnherad | 18 % | 171 | 2 % | 22 | 18 % | 171 | 50 % | 476 | 1 % | 11 | 1 % | 9 | 1 % | 6 | 9 % | 83 |
| Odda sjukehus | Odda | 23 % | 104 | 13 % | 58 | 2 % | 7 | 50 % | 228 | 2 % | 10 | 0 % | 0 | 1 % | 6 | 10 % | 44 |
| | Ullensvang | 13 % | 29 | 9 % | 21 | 2 % | 4 | 57 % | 127 | 9 % | 20 | 1 % | 2 | 0 % | 0 | 9 % | 19 |
| | Jondal | 2 % | 1 | 7 % | 4 | 0 % | 0 | 72 % | 43 | 8 % | 5 | 0 % | 0 | 0 % | 0 | 12 % | 7 |

Tabell 9 Pasientstraumar **elektive døgnopphald** per kommune og sjukehus, 2015. Relative og absolutte tal.

| Opptaksområde | Kommune | Behandlingsstad | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------|-----------------|-----|------|-----|-------|------|-----------|-----|------|----|-------|---|-----------|---|-------|---|
| | | Haugesund | | Odda | | Stord | | Haukeland | | Voss | | Førde | | Stavanger | | Andre | |
| Stord sjukehus | Kvinnherad | 10 % | 177 | 9 % | 151 | 67 % | 1148 | 13 % | 217 | 0 % | 5 | 0 % | 3 | 0 % | 8 | 0 % | 2 |
| Odda sjukehus | Odda | 13 % | 150 | 74 % | 839 | 1 % | 7 | 10 % | 114 | 1 % | 10 | 0 % | 0 | 0 % | 4 | 1 % | 7 |
| | Ullensvang | 7 % | 41 | 46 % | 253 | 1 % | 4 | 27 % | 145 | 17 % | 95 | 0 % | 0 | 1 % | 3 | 1 % | 6 |
| | Jondal | 6 % | 8 | 44 % | 61 | 0 % | 0 | 36 % | 49 | 11 % | 15 | 0 % | 0 | 2 % | 3 | 1 % | 2 |

Tabell 10 Pasientstraumar **ØH-døgnopphald** per kommune og sjukehus, 2015. Relative og absolutte tal.

| Opptaksområde | Kommune | Behandlingsstad | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------|-----------------|------|------|------|-------|------|-----------|------|------|-----|-------|----|-----------|----|-------|-----|
| | | Haugesund | | Odda | | Stord | | Haukeland | | Voss | | Førde | | Stavanger | | Andre | |
| Stord sjukehus | Kvinnherad | 13 % | 1673 | 6 % | 731 | 34 % | 4168 | 39 % | 4807 | 0 % | 44 | 0 % | 41 | 1 % | 74 | 7 % | 883 |
| Odda sjukehus | Odda | 19 % | 1632 | 46 % | 4061 | 0 % | 33 | 29 % | 2560 | 1 % | 115 | 0 % | 8 | 1 % | 59 | 4 % | 343 |
| | Ullensvang | 8 % | 384 | 28 % | 1366 | 0 % | 13 | 48 % | 2299 | 12 % | 592 | 0 % | 13 | 0 % | 14 | 3 % | 143 |
| | Jondal | 2 % | 22 | 19 % | 220 | 0 % | 1 | 66 % | 777 | 9 % | 108 | 0 % | 1 | 0 % | 1 | 4 % | 53 |

Tabell 11 Pasientstraumar **polikliniske konsultasjoner** per kommune og sjukehus, 2015. Relative og absolutte tal.

| Opptaksområde | Kommune | Behandlingsstad | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------|-----------------|-----|------|-----|-------|-----|-----------|-----|------|----|-------|---|-----------|---|-------|-----|
| | | Haugesund | | Odda | | Stord | | Haukeland | | Voss | | Førde | | Stavanger | | Andre | |
| Stord sjukehus | Kvinnherad | 17 % | 140 | 5 % | 44 | 33 % | 275 | 31 % | 264 | 1 % | 5 | 0 % | 2 | 0 % | 3 | 13 % | 113 |
| Odda sjukehus | Odda | 20 % | 93 | 42 % | 197 | 1 % | 3 | 25 % | 117 | 3 % | 14 | 0 % | 0 | 0 % | 1 | 10 % | 49 |
| | Ullensvang | 7 % | 24 | 21 % | 75 | 0 % | 1 | 42 % | 150 | 19 % | 69 | 0 % | 1 | 0 % | 1 | 9 % | 33 |
| | Jondal | 3 % | 2 | 16 % | 12 | 0 % | 0 | 57 % | 43 | 12 % | 9 | 1 % | 1 | 0 % | 0 | 11 % | 8 |

Tabell 12 Pasientstraumar **dagbehandling** per kommune og sjukehus, 2015. Relative og absolutte tal.

Pasientstraumar inn til Odda sjukehus

Tabell 13-15 viser kor pasientane som blir behandla ved Odda sjukehus, kjem i frå.

Når det gjeld døgnopphald, kjem hovuddelen av pasientane frå eige opptaksområde, med unntak for planlagde døgnopphald med kirurgisk DRG. Her kjem dei fleste pasientane tilreisande utanfrå sjukehusområdet; 47 % av pasientane kjem frå andre kommunar i Helse Fonna og 28 % frå eit anna helseføretak. Dei absolutte tala her er små.

| Døgnopphald | Medisinsk DRG | | Kirurgisk DRG | |
|-----------------------|---------------|-----------|---------------|------------|
| | ØH | Elektiv | ØH | Elektiv |
| Odda sjukehusområde | 1 124 (83%) | 54 (75%) | 29 (76%) | 29 (25%) |
| Helse Fonna eks. Odda | 170 (13%) | 18 (25%) | 5 (13%) | 55 (47%) |
| Utanfor Helse Fonna | 65 (5%) | 0 (0%) | 4 (10%) | 32 (28%) |
| Totalt | 1 359 | 72 | 38 | 116 |

Tabell 13 Mengd døgnopphald ved Odda sjukehus, fordelt etter kvar pasientane knytt til døgnopphaldet er heimehøyrende, 2015

73% av dei polikliniske konsultasjonane som er utført ved Odda sjukehus, gjeld innbyggjarar i eige opptaksområde (tabell 14). Det gjeld for både planlagde og akutte. Det er ein litt høgare del pasientar utanfrå Helse Fonna som kjem til akutte polikliniske konsultasjonar samanlikna med dei planlagde konsultasjonane. Det kan skyldast turismen i området, men merk at dei absolutte tala også her er små.

| Poliklinikk | Elektiv | ØH | Totalt |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Odda sjukehusområde | 4 839 (73%) | 808 (73%) | 5 647 (73%) |
| Helse Fonna eks Odda | 1 498 (23%) | 175 (16%) | 1 673 (22%) |
| Utanfor Helse Fonna | 312 (5%) | 127 (11%) | 439 (6%) |
| Totalt | 6 649 | 1 110 | 7 759 |

Tabell 14 Mengd polikliniske konsultasjonar utført ved Odda sjukehus, fordelt etter kvar pasientane knytt til konsultasjonen er heimehøyrende, 2015

Når det gjeld planlagt dagkirurgi kjem dei fleste pasientane tilreisande utanfrå sjukehusområdet. 43 % av pasientane kjem frå ein annan Helse Fonna-kommune, og 28 % kjem frå eit anna helseføretak. Dette er same mønster som ein finn for planlagd døgnkirurgi. Odda sjukehus driv med nisjekirurgi innan åreknutar, dette kan truleg forklara den store pasientstraumen inn til sjukehuset frå kommunar som ikkje høyrer til Odda sjukehus sitt opptaksområde.

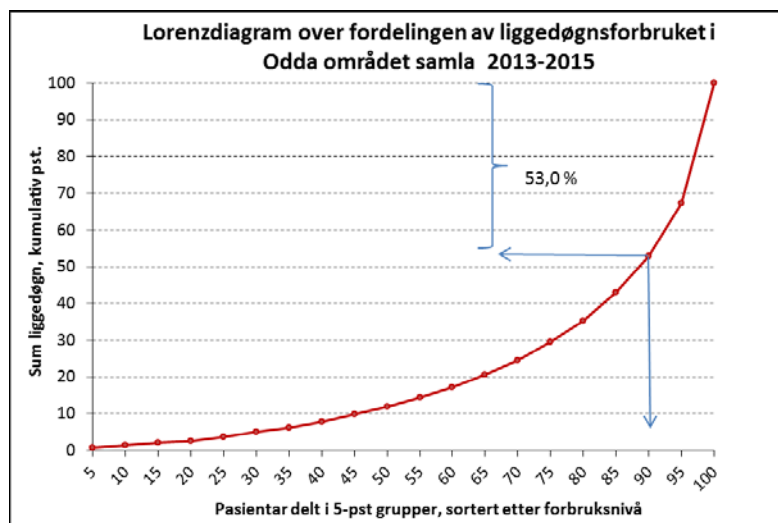
ØH dagkirurgi er utelatt då det var svært lite omfang.

| Dagkirurgi | Elektiv |
|----------------------|------------|
| Odda sjukehusområde | 145 (29%) |
| Helse Fonna eks Odda | 216 (43%) |
| Utanfor Helse Fonna | 143 (28%) |
| Totalt | 504 |

Tabell 15 Mengd planlagde dagkirurgiske inngrep utført ved Odda sjukehus, fordelt etter kvar pasientane knytt til inngrepa er heimehøyrende, 2015

3.3.4. Storbrukarar av spesialisthelsetenester

Ei analyse av storbrukarar av spesialisthelsetenester i Odda sjukehus sitt opptaksområde, viser at ein liten del av døgnpasientane står for ein stor del av sjukehusbruket (sjå vedlegg 4). Dei 10 % av pasientane med høgast liggedøgnforbruk, sto for heile 53 % av det totale forbruket.



Figur 16 Lorenzdiagram over fordeling av liggedøgnforbruket i Odda-området samla 2013-2015

Talet på storbrukarar i Odda-området i perioden 2013-2015 var totalt 268 personar, med stor variasjon mellom kommunane. Pasientar busette i Odda kommune har det største forbruket både i absolute og relative tal, også etter justering for forskjellar i befolkning:

| Kommune | Tal personar | Tal opphald | Faktisk rate personar / 1000 innbuar | Stand. rate personar (justert for alder og kjønn) / 1000 innbuar |
|---------------------------|--------------|-------------|--------------------------------------|--|
| Jondal | 9 | 36 | 8,2 | 5,5 |
| Odda | 212 | 1200 | 30,5 | 22,1 |
| Ullensvang | 47 | 240 | 13,8 | 10,1 |
| Odda-området samla | 268 | 1476 | 23,4 | 17,0 |

Tabell 16 Talet på storbrukarar i Odda-området i perioden 2013-2015

Fordi analysane her ikkje inkluderer data for bruk av andre sjukehus utanfor Helse Fonna, kan det reelle omfanget av storbrukarar vere høgare. Førekomsten er likevel på same nivå som i liknande analysar andre stader; 1-2 % av befolkninga er storbrukarar.

Funna viser at storbrukargruppa skil seg tydeleg frå resten av pasientane, både i form av ulike eigenskapar og ulikt forbruksmønster. Storbrukarane er, som gruppe:

- Eldre
- Har fleire ulike og kroniske lidningar
- Har i større grad opphald ved fleire ulike typar avdelingar/fagområde
- Har fleire ø-hjelpsinnleggingar, og fleire reinnleggingar innan ein månad
- Fleire døyr under eit sjukehusopphald

Pasientane har i stor grad multiple kroniske lidningar med tilstandar som krev oppfølging frå fleire ledd i behandlingsskjeda over tid. Gruppa utfordrar i høve til å tenkje meir på tvers og meir langsiktig, og til å sikre gode overgangar mellom ulike ledd i behandlingsskjeda. Heilskaplege samhandlingstiltak burde derfor kunne gi gevinst både i form av forbetra kvalitet i den langsiktige oppfølginga, og kunne gi færre ø-hjelpsinnleggingar på sjukehus.

Vidare er det grunn til å legge vekt på at gruppa har eit handterleg volum med tanke på iverksetting av målretta tiltak. Det er også grunn til å tru at det kan vere særleg ønskjeleg for mange i denne gruppa å ha dei fleste tilboda tilgjengelege nær der dei bur.

3.3.5. Prehospitale tenester

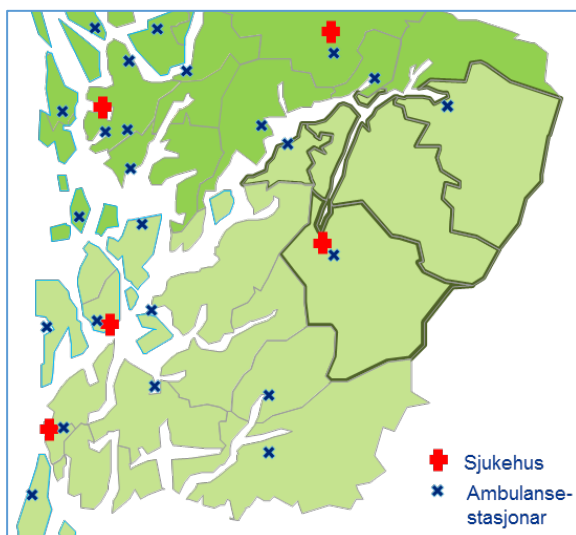
Ifølge akuttmedisinforskrifta delar kommunane ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen utanfor sjukehus med spesialisthelsetenesta. Helse- og omsorgstenestene i kommunane har ei plikt til å yte nødvendige helse- og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen. Dette gjeld også øyeblikkeleg hjelp og er sterkt understreka i NOU 2015:17; Først og Fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utanfor sykehus.

Ambulansetenesta er ein viktig del av spesialisthelsetenesta. Dei siste åra er det utvikla prehospitale behandlingstiltak for akutte sjukdoms- og skadetilstandar som tidlegare berre blei gitt i sjukehus. På ei rekke område er det utvikla diagnostiske hjelpemidlar som hurtigtestar, ultralyd, videoassisterte teknikkar og mobile røntgen/CT-løysingar, som i framtida vil kunne tas i bruk ved akutt sjukdom eller skadar utanfor sjukehus.

Ambulansetenesta i Odda-området

Ambulansestasjonen som er lokalisert i Odda, er bemanna med 17 årsverk. Mannskapa oppheld seg på stasjonen heile døgnet, også i passiv vakttid (kasernering). Ambulansestasjonen har 2 biler i døgndrift, 1 dagbil og 1 beredskapsambulanse.

I tillegg er det ein legebemanna bil med heile føretaket som nedslagsfelt. Denne blir drifta i Haugesund på dagtid kl. 0730-1530 fem dagar i veka. Bilen kan òg køyre i møte med ambulanse frå Odda ved behov.



Figur 17 Ambulansestasjoner

Det er ikkje båt/kystambulanse i Hardanger, men det er avtale med private drivarar om behov for båt (til dømes ved ras og stengde vegar).

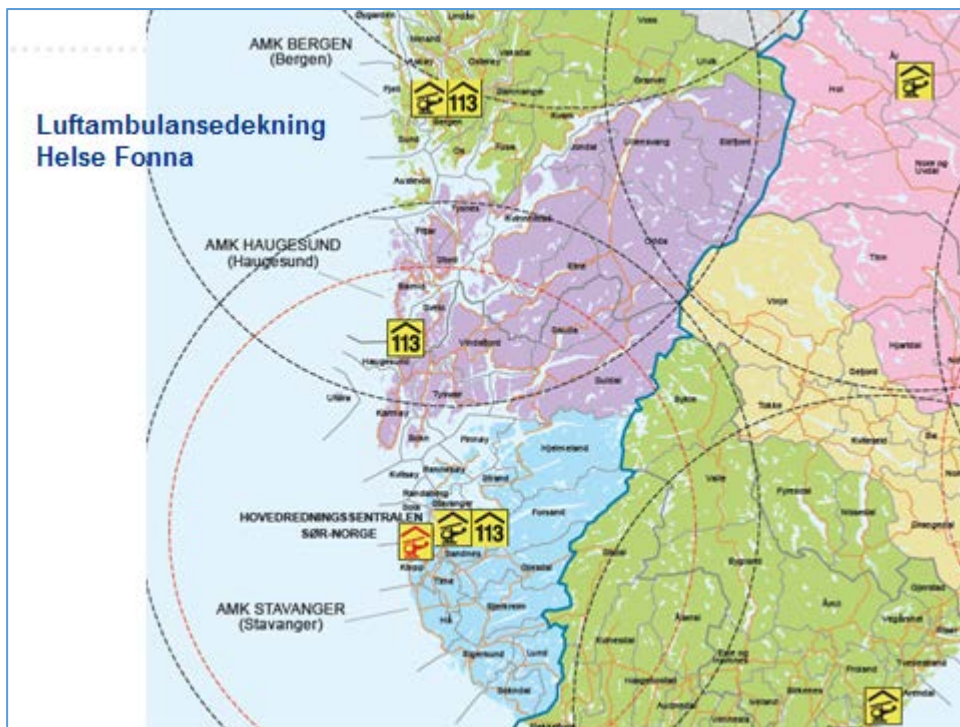
Helse Fonna og Helse Bergen samarbeider i grenseområda mellom føretaka, mellom anna ved at Helse Bergen kan ta over pasient på ferjekai for vidare transport. Helse Bergen kan også sende legebil i møte med ambulanse frå Helse Fonna. AMK-sentralane har oversikt over ambulansar frå andre føretak i sitt eige område, slik at dei kan nyttast til bistand ved «rød» respons ved å gå gjennom «modersentral». (Vedlegg 5.)

Odda ambulansesetasje kørde i 2015 2022 oppdrag. Av desse var det til saman 921 oppdrag der pasienten blei transportert til Odda sjukehus, fordelt på 262 akuttoppdrag, 353 hasteoppdrag og 306 vanlege oppdrag (utan hastegrad). Ambulansen gjekk frå Odda sjukehus til Bergen 10 gongar, og direkte utan å vere innom sjukehuset, 1 gong. Frå Ullensvang kørde dei direkte til Bergen eller Voss 5 gongar. Ingen blei kørtd frå Jondal direkte til Bergen. Ambulansen gjekk frå Odda sjukehus til Haugesund 10 gongar, og direkte utan å vere innom sjukehuset, 4 gongar. Ingen pasientar vart kørtd direkte frå Ullensvang eller Jondal til Haugesund.

Luftambulansedekning i Helse Fonna og Odda-området

Luftambulansetenesta har ei spesiell rolle i den akuttmedisinske beredskapskjeda, samtidig som den er ein integrert del av den samla ambulansetenesta (sjå vedlegg 6). Luftambulansetenesta har ei overordna føring om at 90 prosent av befolkninga skal nåast av legebemanna ambulanse innan 45 minutt (jf. St.meld.nr.43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap).

Luftambulansedekninga er framstilt i kartet under, der flysirklane representerer ca. 30 minutt flytid.



Figur 18 Luftambulansedekning Helse Fonna. Statens kartverk 2012. Tilrettelagt av Nordeca AS for KoKom og Luftambulansetjenesten ANS

Helse Fonna blir dekt av 3 ambulanshelikopter (Stavanger, Bergen og Ål) og 1 redningshelikopter (Sola). Kvar av desse har ei flytid til grensa i Helse Fonna på cirka 10-15 minutt. Bergen-basen åleine kan nå mest heile området innan 30 minuttar flytid. Alle har same høge medisinske kapasitet. Dersom det går an å fly, kan ein altså nå 100 prosent av befolkninga i Helse Fonna av legebemanna helikopter innan 45 minutt med god margin.

Ved ekstraordinære behov (større hendingar), kan ytterlegare 2 ambulanshelikopter (Førde og Arendal) og 1 redningshelikopter (Florø) nå Helse Fonna-området innan 30-40 minuttars flytid. I tillegg kan Førde basen nå den nordaustlege delen av området innan dryge 30 minuttar flytid. Det er ein stor fordel at området kan nåast av helikopter frå ulike himmelretningar, dersom vêrforholda hindrar primærbasen.

Redningshelikopter frå Sola eller frå Florø er ein «dårlig vêr-ressurs» og har god gjennomføringsevne. Dette blir ytterlegare betra med nye redningshelikopter frå ca. 2017, då desse får av-isingsutstyr og dermed «all weather capacity». Dei vil også fly betydeleg raskare enn dagens Sea King.

Helikopteroppdrag i Helse Fonna og Odda-området

Ambulansehelikopter blir brukt både til primæroppdrag (utrykking til kommunar) og sekundæroppdrag (overføringsoppdrag mellom sjukehusa). I 2014 var det om lag 800 bestilte oppdrag frå Helse Fonna. Det blir i snitt utført knapt 1,5 oppdrag per døgn i Helse Fonna-området. Om lag 1/3 av oppdraga er overføringsoppdrag frå Haugesund, Stord og Odda.

Manglande gjennomføring av oppdrag blir registrert som «avvik». Den viktigaste årsaka til avvik er vêrforhold. I tillegg til vêrforhold kan oppdrag bli avviste eller avbrotne fordi det ikkje er medisinsk behov, pga. samtidighet mellom fleire oppdrag, pga. kviletidsbestemmelser eller av tekniske årsakar. Samtidigheitskonflikt ved éin base fører som oftast til at oppdraget kan overførast til ein annan base, sidan Helse Fonna kan spele på fleire basar.

Dei fleste som blir avvist eller avbrotne av andre årsakar enn vêr og samtidighet, blir avvist /avbrotne fordi det viser seg å ikkje vere medisinsk behov. Det kan til dømes vere at tilstanden til pasienten betrar seg eller at anna tilstrekkeleg hjelp (t.d. ambulanse) kjem fram først.

At oppdrag blir «avvist» betyr ikkje at luftambulansenesta ikkje arbeider med oppdraget medisinsk, men at saka blir løyst utan å rykke ut. Dette kan vere i form av rådgiving til AMK-sentralen, kontakt via telefon med innringar, kontakt med ambulansen, eventuelt lytte/følgje med på radio.

Det er gjort ein gjennomgang av luftambulanseoppdrag i Odda-området, som blei avviste/avbrotne på grunn av vêr eller samtidigheitskonflikt, i 2014, 2015 og fram t.o.m. 13. november 2016.

| 2014 - november 2016 | Samla for Odda, Ullensvang, Jondal kommunar | Herav Odda sjukehus | Løyst av anna luftambulanse / Sea King | Løyst av ambulanse/legevakslege* |
|--|---|---------------------|--|----------------------------------|
| Førespurnadar | 263 | 78 | | |
| Løyst av luftambulansen | 140 | 46 | | |
| Avviste/avbrotne pga. vêr | 29 | 10 | 10 | 15 |
| Avviste/avbrotne pga. samtidighet | 17 | 6 | 11 | 4 |

Tabell 17 avviste/avbrotne luftambulanseoppdrag på grunn av vêr eller samtidigheitskonflikt, 2014-november 2016. Tal frå Luftambulansbasen i Bergen.

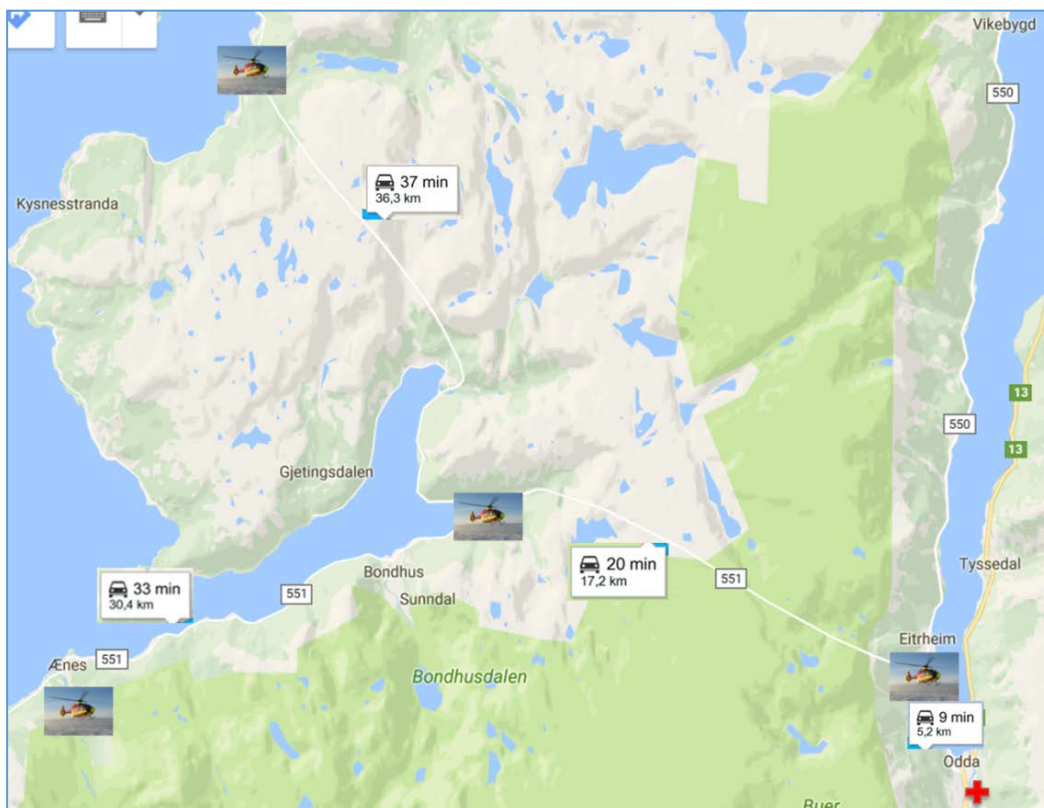
* I tillegg er 3 av dei avviste/avbrotne løyst av Røde Kors, 1 genererte ikkje andre løysingar (gjaldt bistand til politiet) og i 2 oppdrag er det ikkje journalført korleis oppdraget blei løyst.

Gjennomgangen viste at det blant dei avviste/avbrotne oppdraga var fleire pasientar med alvorlege tilstandar. I perioden ein så på blei det funne ei tilfredsstillande løysing for alle pasientane, med unntak av ein, der alternativ transport med ambulanse til Haukeland medførte ein forseinking i oppstart av PCI-behandling.

I 2015 var det samla 57 gjennomførte luftambulanseoppdrag frå Odda, Ullensvang, Trolltunga og Jondal. 48 av desse blei løyst av basen i Bergen, tre frå basen i Ål, tre frå basen i Stavanger og tre av Sea King redningshelikopter (tal frå prehospitale tenester i Odda).

Landingsforhold ved Odda sjukehus

Luftambulansen landar som regel på Eitrheim når vêrforholda tillèt det, eventuelt direkte på skadestaden. Det er ca. 5 kilometer frå Odda sjukehus. Ved skydekke over Folgefonna landar helikopterret ofte på vestsida av Folgefonna i Gjerde, på Ænes eller på Torsnes i Jondal. 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.



Figur 19 Vanlege helikopterlandingsplassar og ordinær reisetid frå Odda sjukehus med bil

Luftambulanse er ein avgrensa ressurs, også på grunn av vêrforhold, men ikkje i større grad enn at det sjeldan får alvorlege konsekvensar. Det vil alltid vere oppdrag som må løysast med hjelp av lokal ambulanse og legevaktslege – dei er grunnmuren i all prehospital akuttmedisin.

3.3.6. Øyeblikkeleg hjelp utført ved Odda sjukehus

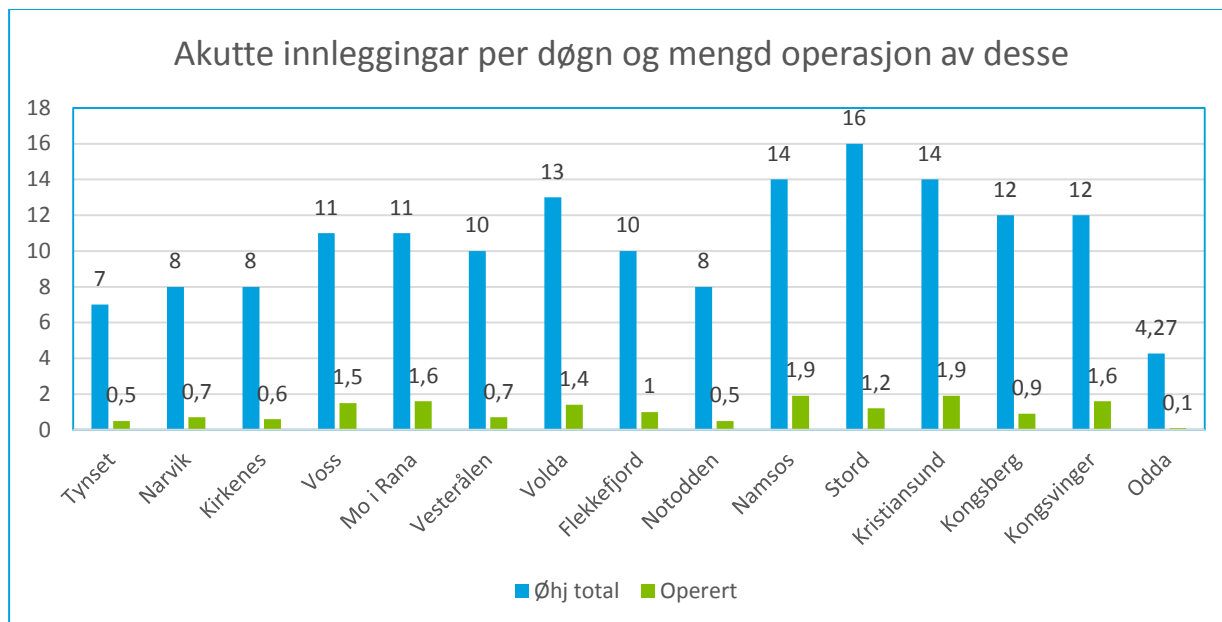
I dette kapitelet beskriv vi omfanget av øyeblikkeleg hjelp utført ved Odda sjukehus, der fokuset er på kva øyeblikkeleg hjelp-aktivitet som føregår ved Odda sjukehus. I kapitla 3.3.2 og 3.3.3 var fokus på befolkninga sin bruk av spesialisthelsetenester, uavhengig av tenestestad.

Ved Odda sjukehus er 73 % av den total aktiviteten planlagt, mens 27 % av aktiviteten er knytt til øyeblikkeleg hjelp. 88 % av døgnopphalda er øyeblikkeleg hjelp-innleggingar, primært er dette opphald med medisinsk DRG.

Figur 20 gir ein indikasjon på variasjon mellom mindre akuttsjukehus i Noreg når det gjeld talet på ØH-innleggingar og kor mange av desse det er knytt operasjon til. Det kan vere ulik

registreringspraksis ved dei ulike sjukehusa, noko som inneber at tala må tolkast som ein indikasjon på kor mange ØH-pasientar som blir opererte kvar dag.

I 2014 hadde Odda sjukehus i snitt få øyeblikkeleg hjelp-innleggingar i løpet av eit døgn, samanlikna med andre små sjukehus i landet. Av dei 4,27 innleggingane ved Odda sjukehus blir det utført 0,1 operasjonar per døgn. Det inneber at det i snitt går 10 dagar mellom kvar ØH-operasjon.



Figur 20 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. Kirurgiske pasientar er ikkje berre pasientar som blir opererte, ofte krev den kirurgiske pasienten medikamentell behandling, og blir registrert som medisinsk pasient i tråd med vanleg praksis.

Mesteparten av ØH-prosedyrane som blir utført poliklinisk, er derimot kirurgiske (79 %). Av desse er 71 % relatert til mindre kirurgiske inngrep og 25 % til hud.

Av dei kirurgiske ØH-prosedyrane knytt til døgnbehandling gjeld 32 % mindre kirurgiske inngrep og 22 % transluminal endoskopi (kroppsovningsbasert kirurgi).

| ØH-prosedyrar per omsorgsnivå og type | Medisinsk prosedyre | | Kirurgisk prosedyre | | Total mengd prosedyrar |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|------------------------|
| Døgnopphald | 1889 | 89 % | 227 | 11 % | 2116 |
| Poliklinikk | 86 | 21 % | 317 | 79 % | 403 |
| Dagbehandling | 92 | 88 % | 13 | 12 % | 105 |
| SUM | 2067 | 79 % | 557 | 21 % | 2624 |

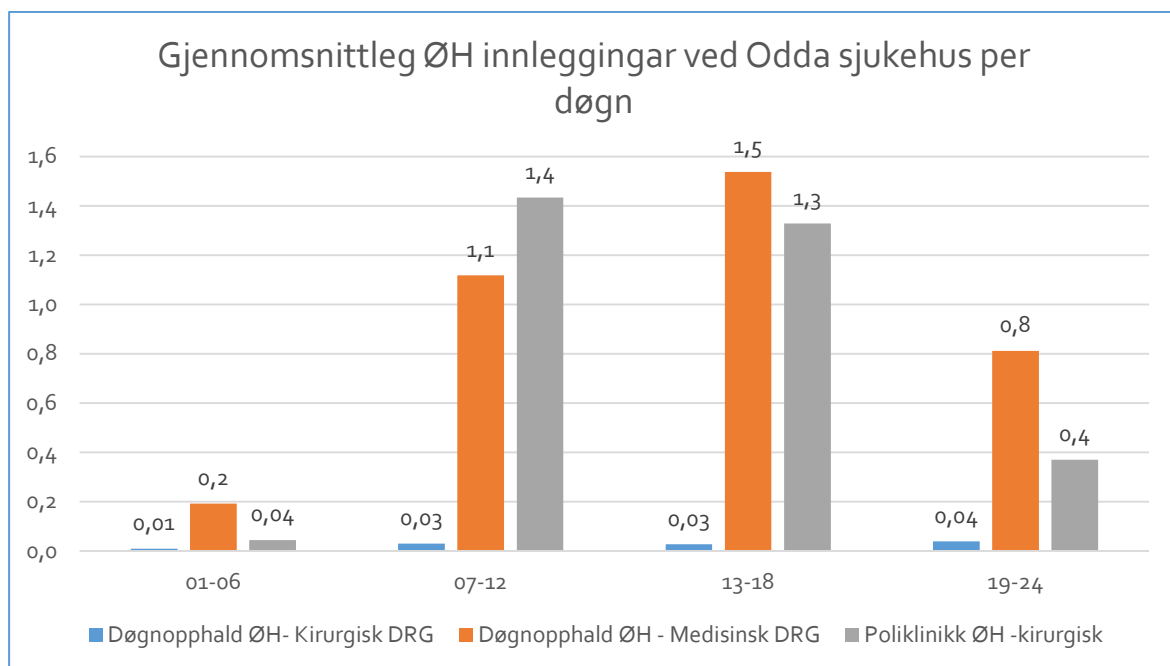
Tabell 18 Totalt mengd ØH-prosedyrar utført ved Odda sjukehus i 2015 fordelt på omsorgsnivå og type prosedyre

Figur 21 viser døgnprofilen for ØH-innleggingar ved Odda sjukehus, både kirurgiske og medisinske, og innkøst av polikliniske ØH-konsultasjonar i 2015.

I snitt kjem det 3,2 pasientar inn kvar dag til Odda sjukehus som treng øyeblikkeleg poliklinisk hjelp. Figur 21 viser at dei fleste pasientane kjem på dagtid, aller flest mellom kl. 07 og 12. På kveld og natt kjem det svært få. I snitt kjem det flest pasientar om måndagane (4,6 pasientar), og færrest laurdagen (2,1 pasientar) og søndagen (1,6 pasientar).

I 2015 var det 38 øyeblikkeleg hjelp-innleggingar (døgnopphald) med kirurgisk DRG ved Odda sjukehus, eller i snitt 0,1 per dag. Det vil seie at det i snitt går 10 dagar mellom kvar ØH-operasjon. Figur 21 viser at dei fleste kirurgiske akuttinnleggingane skjer mellom kl. 19 og 24, og sjeldan på natta. I snitt er det flest om måndagen (0,19 innleggingar) og tysdagen (0,17 innleggingar), og færrest om fredagen (0,02).

I 2015 var det 1335 ØH-innleggingar (døgnopphald) med medisinsk DRG ved Odda sjukehus. Det vil seie at det i snitt var 3,66 ØH-innleggingar per dag. Dei fleste innleggingane skjer om dagen mellom kl. 13 og 18, i snitt 1,54 innleggingar. Det er færrest om natta, i snitt 0,19. Dei fleste ØH-innleggingane med medisinsk DRG skjer om torsdagane (4,3 innleggingar), fredagane og tysdagane (4,2 innleggingar i snitt). Det er færrest ØH-innleggingar laurdagen (i snitt 2,4).



Figur 21 Døgnprofil akuttinnleggingar (døgnopphald) med medisinsk DRG, med kirurgisk DRG og innkomst av polikliniske konsultasjonar, hastegrad ØH ved Odda sjukehus i 2015.

3.3.7. Journalgjennomgang av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp

Det er gjort to utgreiingar av pasientar som blir tilvist Odda sjukehus som øyeblikkeleg hjelp. Den første er ein gjennomgang av alle journalar på øyeblikkeleg hjelp-opphald ved Odda sjukehus i 2015. Her er både medisinske og kirurgiske pasientar tatt med (sjå vedlegg 7).

Den andre er ein gjennomgang av skadde pasientar tilvist Odda sjukehus i ein tre års periode frå juli 2013 til juni 2016 (sjå vedlegg 8), for å avdekke omfanget av alvorleg skadde pasientar ved sjukehuset.

Gjennomgang av alle journalar på øyeblikkeleg hjelp opphald ved Odda sjukehus i 2015

Journalgjennomgang hadde som føremål å få fram kunnskap om korleis Odda sjukehus blir brukt som akuttsjukehus (vedlegg 7). Journalar på alle øyeblikkeleg hjelp opphald (pasientar tilvist Odda sjukehus) i 2015 er gått gjennom, i alt 1552 øyeblikkeleg hjelp opphald.

Ein har med utgangspunkt i rettleiar for SATS (South African Triage Scale) kategorisert pasientane etter klinisk prioriteringsliste. Dette vil peike på pasientar som har sjukdomsbilde der det er av avgjerande betydning at helsehjelpa startar raskt. SATS er meint å nyttast primært til vurdering og prioritering i akuttsituasjonar.

Dei pasientane som dominerer i kategoriar med høgast klinisk prioritet (røde og oransje) er pasientar med infeksjonstilstandar, hjartesyjukdom, mistanke om hjerneslag, forgiftingar og traumar.

Ein har og registrert kva type og tal på kirurgiske inngrep gjort på pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp. Dette er samanlikna med dei prosedyrekodane som er registrert i DIPS. Dei hyppigaste inngrepa er ortopediske inngrep. Det er ikkje funne pasientar der det er gjort hemostatisk nødkirurgi, det vil sei kirurgiske inngrep for å stoppe alvorlege blødningar, men det er to pasientar med særleg høg hastegrad.

Tabellen under viser tal på akutte opphald, fordeling på klinisk prioritet og tal på akutt kirurgiske inngrep - fordelt på månad i 2015.

| 2015 | Månad | N | Ikkje ØH | Faktisk ØH | Klinisk prioritet | | | | Kirurgisk inngrep innleggingsdag | Kirurgisk inngrep under opphaldet |
|------|-----------|-----|----------|------------|-------------------|--------------|----------|-----------|----------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | Raud N(%) | Oransje N(%) | Gul N(%) | Grøn N(%) | | |
| | Januar | 186 | 27 | 159 | 7 (4) | 36 (22) | 44(28) | 71(45) | 1 | 2 |
| | Februar | 145 | 40 | 105 | 9 (8) | 24(22) | 29(28) | 43(41) | 2 | 1 |
| | Mars | 184 | 37 | 147 | 14(9) | 19(13) | 56(38) | 58(40) | 7 | 4 |
| | April | 170 | 23 | 147 | 26(18) | 31 (22) | 47(32) | 40(27) | 6 | 1 |
| | Mai | 162 | 30 | 132 | 38(29) | 23(17) | 34(25) | 37(28) | 2 | 1 |
| | Juni | 181 | 26 | 155 | 49(31) | 21(13) | 31(20) | 54(36) | 4 | |
| | Juli | 144 | 15 | 129 | 26(20) | 24(19) | 38(29) | 38(31) | 8 | 1 |
| | August | 130 | 16 | 114 | 7(5) | 25(21) | 44(42) | 37(31) | 3 | |
| | September | 106 | 11 | 95 | 37(38) | 9(9) | 19(20) | 30(33) | 3 | |
| | Oktober | 140 | 24 | 116 | 45(34) | 14(16) | 26(18) | 30(34) | 2 | 1 |
| | November | 139 | 13 | 126 | 35(27) | 17(13) | 33(18) | 38(32) | 4 | |
| | Desember | 144 | 17 | 127 | 45(38) | 14(7) | 26(16) | 43(33) | 1 | 1 |

Tabell 19 Tal akutte opphald, fordeling på klinisk prioritet og tal på akutt kirurgiske inngrep. Odda sjukehus, 2015

Det er stor variasjon i fordeling mellom dei ulike kategoriane av klinisk prioriteringsgrad frå månad til månad i 2015. Dette skuldast mest sannsynleg ulik vurdering av dei som har gjort gjennomgangen. Om denne delen av gjennomgangen skal brukast til planlegging av øyeblikkeleg hjelp funksjonane ved Odda sjukehus, må kategoriseringa kvalitetssikrast.

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. Ein og same spesialitet kunne ikkje utført dei inngrepa som hasta mest. Vidare er det særleg pasientar med ulike infeksjonstilstandar, pasientar med forverring av kronisk obstruktiv lungesyjukdom som peikar seg ut som grupper der ein kan sjå på samarbeidsmodellar mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. 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 døgnkontinuerleg skadepoliklinikk som blir dekkja av turnuslegar med oppfølging av kirurg i bakvakt.

Gjennomgang av traumepasientar - alvorleg skadde, i perioden juli 2013 til juni 2016

Det er gjort ein gjennomgang av pasientstraumen av skadde pasientar ved Odda sjukehus i perioden juli 2013 til juni 2016. Gjennomgangen blei gjort for å avdekke omfanget av alvorleg skadde pasientar som blir handtert ved sjukehuset (sjå vedlegg 8 - rapport frå Traumesenteret).

Gjennomgangen viser at det i treårsperioden har vore:

- 1130 unike innleggingar for skadar, traumar og følgjetilstandar (ICD 10 kode S og/eller T).
- Dei aller fleste var lettare skadde (99 %)
- 11 pasientar var alvorleg skadde (alvorlegheitsgrad ISS 16-42). Det er i gjennomsnitt 4 pasientar per år, med ein variasjon frå 0 til 4 pasientar per halvår. Pasientar med alvorleg hypotermi (nedkjøling) er tatt med.

Av dei 11 alvorleg skadde pasientane blei 5 ferdigbehandla ved Odda sjukehus, 1 døde under behandling i Odda og 5 blei flytta over til anna sjukehus (4 til HUS og 1 til Haugesund).

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.

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 103 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. Kvalitetsindikatorar

Tolking av kvalitetsindikatorar

Ein kvalitetsindikator er eit indirekte mål, ein indikasjon på kvaliteten på det området som blir målt. Tolking av kvalitetsindikatorar kan vere komplisert og må gjerast med varsemd. Forskjell i resultat på enkelte indikatorar kan skyldast andre forhold enn forskjell i kvalitet, t.d. ulike oppgåver mellom sjukehusa ut frå funksjonsdeling. Små sjukehus kan ha lågt tal pasientar som gir usikre resultat. Det er avgrensa kva ein kan slutte ut frå resultatata.

Éin indikator åleine kan ikkje beskrive behandlingkvaliteten ved sjukehuset. Da må fleire indikatorar som beskriv relevante sider ved sjukehuset vurderast. Først da kan man få eit inntrykk av den generelle kvaliteten ved verksemda. Her blir det vist resultat for reinnlegging og pasienterfaringar. Resultat for alle indikatorane i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet blir publiserte på www.helsenorge.no for sjukehus, helseføretak og helseregionar.

30 dagers reinnlegging av eldre etter sjukehusopphald

Kvalitetsindikatoren «risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus» blir berekna for pasientar som er 67 år og eldre og som blei lagt inn på sjukehus med ein av følgjande hovuddiagnosar (primærtilstand): astma/kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS), hjertesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brot, dehydrering, forstopping, gastroenteritt, urinveisinfeksjon, mangelanemier og gikt. Ei reinnlegging blir definert som ei akutt innlegging, uavhengig av årsak til innlegging (med visse unntak) og kva for sjukehus innlegginga skjer på, og som inntreff mellom 8 timer og 30 dagar etter utskrivning frå ei tidlegare sjukehusinnlegging.

På grunn av eit lite tal tilfelle per sjukehus er det knytt utsikkerheit til tala, særleg for små sjukehus. Dei einaste sikre konklusjonane ein kan trekke, er om eit sjukehus har lågare eller høgare sannsyn for reinnlegging enn referanseverdien. Resultat for Odda sjukehus (2013-2015) viser at det var signifikant høgare sannsyn for reinnlegging for diagnosegruppene hjertesvikt og lungebetennelse. (www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kvalitetsindikatoren-30-dagers-reinnleggelse-etter-sjukehusopphold.resultater-for-sykehus-og-kommuner-2015)

Pasienterfaringar - pasientopplevd kvalitet og pasienttryggleik

Kunnskapssenteret har sidan 2011 gjennomført årlege nasjonale pasienterfaringundersøkingar blant vaksne døgnpasientar ved somatiske sjukehus (www.kunnskapssenteret.no/serier/passopp-rapporter). I undersøkingane blir kvart sjukehus samanlikna med landssnittet på ni pasienterfaringindikatorar. 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.

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. Det er signifikant dårlegare resultat på ventetider i 2015 samanlikna med 2011. Tabellen viser også 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. Derfor kan ein ikkje legge vekt på resultatet på denne indikatoren for Odda sjukehus.

Tabell 3: Resultater på indikatorene for Odda sjukehus. Skala 0-100 der 100 er best.

| Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 4 av 5 | | | | | |
|--|-------------|--------------|-----------------|-----------|-----------|
| Indikator | Antall svar | Gjennomsnitt | Landssnitt 2015 | Endringer | |
| | 2015 | 2015 | | 2014-2015 | 2011-2015 |
| Pleiepersonalet | 89 | 81 | 77 | ↔ | ↔ |
| Legene | 89 | 76 | 76 | ↔ | ↔ |
| Informasjon | 87 | 75 | 73 | ↔ | ↔ |
| Organisering | 92 | 73 | 68 | ↑ | ↔ |
| Pårørende | 71 | 81 | 77 | ↔ | ↔ |
| Standard | 92 | 77 | 73 | ↑ | ↔ |
| Utskriving | 68 | 65 | 58 | ↔ | ↔ |
| Samhandling | 52 | 73 | 64 | ↔ | ↔ |
| Ventetid | 11 | 66 | 65 | ↔ | ↓ |

+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: . p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå p<0.01, og ikke justert for pasientsammensetning
Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette.
Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Tabell 20 Resultat på pasienterfaringindikatorane for Odda sjukehus 2015

Kunnskapssenteret har også målt pasientopplevd pasienttryggleik ut frå svar på tolv spørsmål om førekomst av ulike negative hendingar. Pasienttryggleiksindikatoren varierer frå 0-100, der 100 er

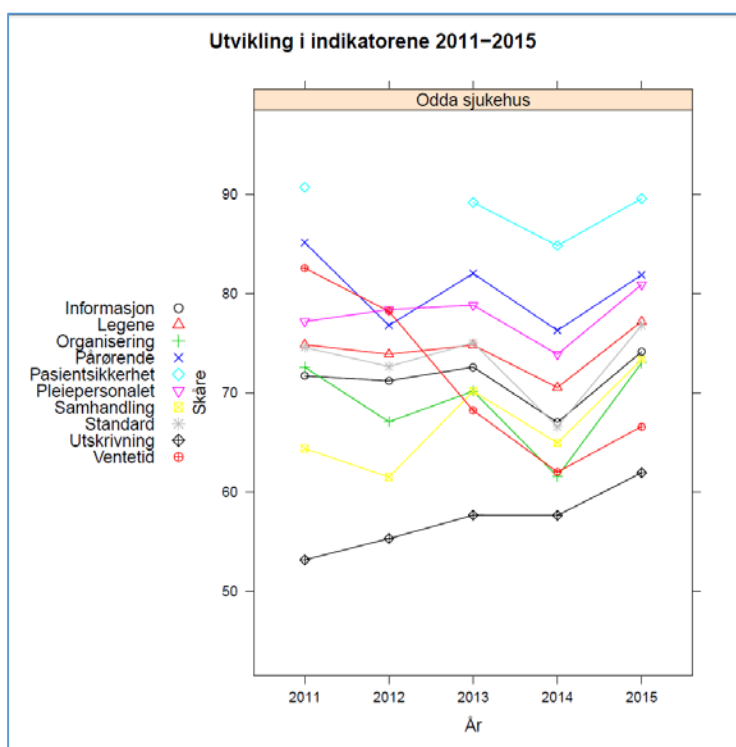
best. Indikatoren kan berre brukast til å sjå på utviklinga for kvart enkelt sjukehus for seg. Tabell 21 viser at Odda sjukehus hadde signifikant betre resultat i 2015 enn i 2014, mens det frå 2011 til 2015 ikkje var nokon signifikant endring.

Tabell 6: Vektete resultat på pasientsikkerhetsindikatoren.

| Antall svarere | Gjennomsnitt på skala 0-100, hvor 100 er best | Prosentandel pasienter med toppskåre på indikatoren | Endringer | |
|----------------|---|---|-----------|-----------|
| | | | 2014-2015 | 2011-2015 |
| 91 | 89 | 57 | ↑ | ↔ |

Tabell 21 Vekta resultat på pasienttryggleiksindikatoren for Odda sjukehus i 2015

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.



Figur 22 Utvikling i pasienterfaringsindikatorane for Odda sjukehus 2011-2015

3.5. Kommunale helse- og omsorgstenester

Kommunane sitt ansvarsområde og oppgåver innan helse ble frå 1. januar 2012 regulert i «Lov om kommunal helse- og omsorgstenester m.m. (Helse og omsorgstenestelova). Gjennom samhandlingsreforma har kommunane fått eit større ansvar for befolkninga si helse. Kommunane skal sørge for at innbyggjarane og andre som oppheld seg i kommunen får eit tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Kommunane sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper. Kommunane sitt tilbod skal mellom anna omfatte: helsefremjande og førebyggjande tenester, svangerskaps- og barselsomsorgstenester, hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar, utgreiing, diagnostisering og behandling (fastlegeordning), habilitering og rehabilitering og andre helse- og omsorgstenester.

Legevaktsfunksjon i Odda sjukehus sitt opptaksområde

- Vekedagar, dagtid: Fastlegane har ansvar for augeblikkeleg hjelp på dagtid.
- Vekedagar, kl. 15.00-08.00: Legevakta i Odda overtek ansvaret. Legevakta i Odda er lokalisert på Odda sjukehus. Det er 13-delt vaktssystem med 1 lege på vakt, og i tillegg hjelpepersonell frem til kvelden.
- Helger, døgnet rundt: Legevakta i Odda har ansvaret døgnet rundt .

Kommunale akutte døgnseger (KAD)

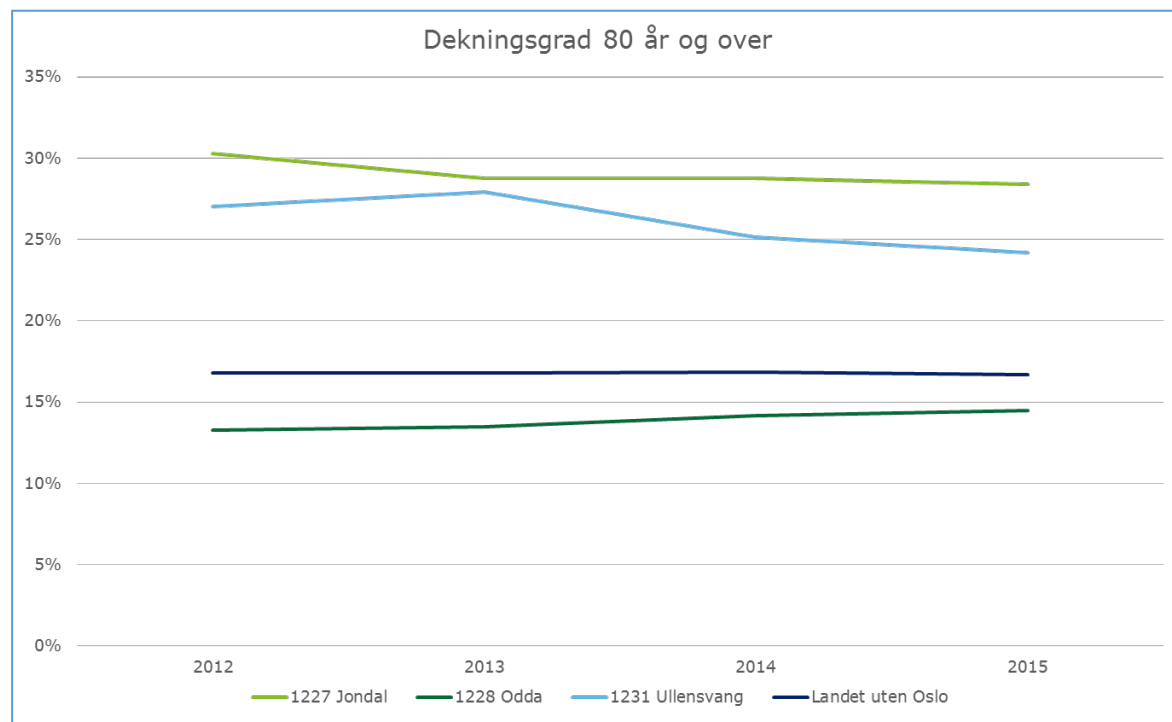
Kommunane i Odda sjukehusområde har kommunale akutte døgnseger:

| Kommune | Senger/plassar | Oppstart | Lokalisert |
|---|---------------------------|-----------|-----------------------------|
| Interkommunale for Odda, Ullensvang og Jondal | 2 (låg beleggsprosent) | 2.12.2013 | Med legevakta på sjukehuset |

Tabell 22 Kommunale akutte døgnseger – Odda sjukehus sitt opptaksområde

Kommunale sjukeheimplassar

Jondal og Ullensvang har god dekningsgrad av kommunale sjukeheimplassar. Odda kommune har låg dekningsgrad, og ligg under landsgjennomsnittet. Det er naturleg å sjå dette i samanheng med det høge forbruket av sjukehusinnleggingar frå Odda kommune, særleg ØH-innleggingar (kap. 3.3.2).



Figur 23 Dekningsgrad, kommunale sjukeheimplassar per innbygger 80 år og over

Odda kommune har omsorgsbustader med heildøgn pleie (Eide omsorgssenter). Det er her høgare pleiefaktor (1,2) enn ved sjukeheimane. Dette kan teljast med i den reelle dekningsgraden. Ullensvang har 54 plassar med heildøgn omsorg. Odda har dobbelt så mange innbyggerar og 105 plassar med heildøgn omsorg. Odda kommune har ei rehabiliteringsavdeling. Her kjøper andre kommunar også opphald, t.d. Kvinnherad kommune i stor grad.

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
- 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.

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.

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, spesialistpoliklinikkar, 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 luftambulansse.

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. Befolkningsgrunnlaget for Tynset sykehus er vesentleg 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 bukinngrep 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. Moglege løysingar - tilrådingar

4.1. Sjukehus i nettverk - oppgåvedeling og samarbeid

Nasjonal helse- og sjukehusplan understrekar behovet for betre oppgåvedeling og samarbeid mellom sjukehus, og rettar merksemda mot den desentraliserte sjukehusstrukturen i landet:

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

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

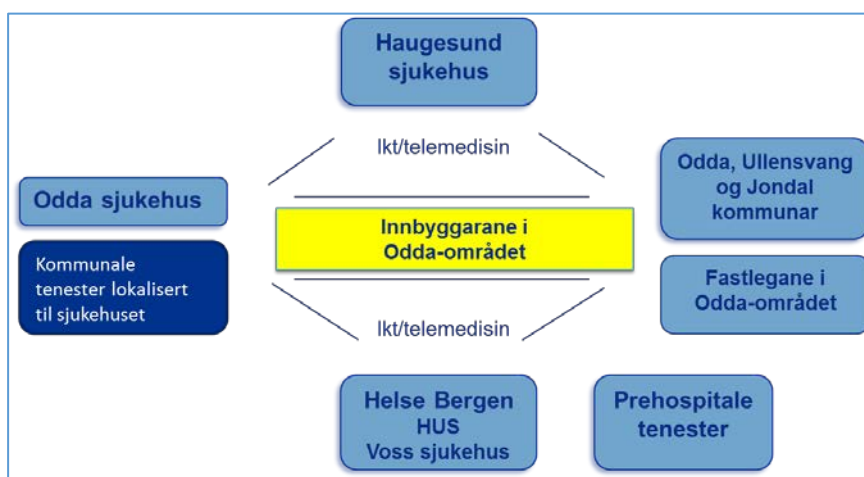
Samanhengande kjede med avklart oppgåvedeling

Odda sjukehus er ein viktig brikke i eit større system. Alle sjukehusa i ein helseregion, både akuttsjukehus, stort akuttsjukehus og regionsjukehus, skal ha ein hensiktsmessig arbeidsdeling slik at dei samla utgjer eit heile som til saman sikrar spesialisthelsetenester som befolkninga har behov for. Det skal vere avklart kva for oppgåver som skal løysast på kvart nivå og når pasienten skal tilvisast til eit meir spesialisert nivå.

Som figur 24 illustrerer, blir denne kjeda for Odda-området varetatt av sjukehusa i Helse Fonna og Helse Bergen. Det er det samla tilbodet, ikkje berre det einskilde sjukehuset, som sikrar pasientane eit godt spesialisthelsetenestetilbod.

I det samla helsetilbodet til innbyggjarane, er det likevel dei kommunale helse- og omsorgstenestene og fastlegane som er grunnmuren. Det er derfor viktig at arbeidet med å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientane skjer i nært samarbeid med kommunane (sjå særleg kapittel 4.2 og 4.3).

Den samla akuttmedisinske kjeda sørgjer for å ta vare på innbyggjarane når det haster, og i denne kjeda er dei prehospitale tenestene (med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse) vesentlege. Helseføretak og kommunar er saman om ansvaret for å sikre eit godt akuttmedisinsk tilbod (sjå kap. 4.5).



Figur 24. Det samla helsetenestetilbodet til befolkninga i Odda-området

Spesialisthelsetenestetilbodet ved Odda sjukehus skal utviklast innanfor denne ramma av det samla helsetenestetilbodet til befolkninga i Odda-området. Odda sjukehus skal ikkje vere ei autonom eining, men vere ein del av ei samanhengande teneste som bidrar til måloppnåing for Helse Fonna og for Helse Vest.

Bygge kultur som fremjar samarbeid og kunnskapsdeling

Å få på plass gjensidig forpliktande samarbeid om ei avklart oppgåvedeling, der det store sjukehuset i praksis er ei støtte for dei små sjukehusa, blir vesentleg framover. Det krev godt samspel og medverknad frå medarbeidarar og leiing på alle nivå, og er eit særleg ansvar for leiinga i Helse Fonna. Støtta frå det store sjukehuset må gis på ein måte som dei små sjukehusa opplever som positiv, ikkje som ein trussel.

Dette vil krevje ei endring i ein kultur som ser sjukehusa i føretaket som åtskilte einingar som snarare arbeidar mot kvarandre, enn saman. Det blir viktig å arbeide for å utvikle ei «vi»-haldning i føretaket, der samarbeid om ei avklart oppgåvedeling er målet.

Den sterke vektlegginga av felles kulturbygging og gjensidig samarbeid i heile helseføretaket reflekterer Nasjonal helse- og sjukehusplan sitt fokus på at sjukehusa i eit helseføretak skal fungere i eit forpliktande nettverk.

Framover blir det viktig med ei sterkt vektlegging av felles kulturbygging, felles fag- og kvalitetsutvikling, gjensidig hospitering og samarbeid i heile Helse Fonna.

Helse Fonna skal arbeide vidare for at fleire fagområde skal ha felles mottak av tilvisingar og felles ventelister. På den måten blir alle tilvisingar vurderte slik at kapasiteten innanfor eit fagområde blir sett på samla for alle sjukehusa. Faglege retningslinjer og prosedyrar skal som hovudregel vere på føretaksnivå. Gjensidig hospitering og ambulerings- og rotasjonsordningar for personellet vil kunne virke kompetansehevande. At sjukehusa i føretaket samarbeider godt, er viktig for å oppretthalde eit godt fagmiljø.

Tilråding – 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.

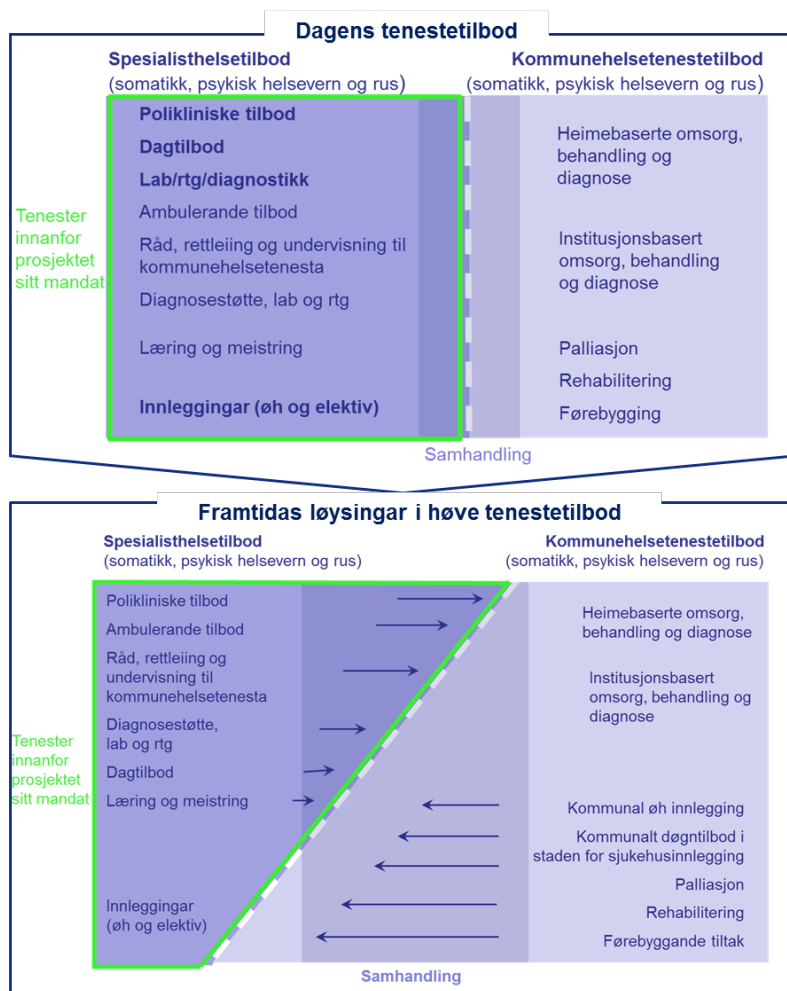
Odda sjukehus skal inngå i ei samla spesialisthelseteneste i Helse Fonna, og vareta eit trygt og godt tilbod til befolkninga i sjukehusområdet saman med Haugesund sjukehus, Haukeland universitetssjukehus og dei prehospitale tenestene.

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

Samhandling og endring i oppgåvedeling

Utfordringsbilde for norsk helseteneste (kap. 2.4) krev nytenking og endring av måten ein fordeler og løyser oppgåvene på. Med den forventa aldersutviklinga i befolkninga, blir ikkje minst oppgåvefordelinga mellom kommune- og spesialisthelseteneste heilt sentral. Det er ein klar samheng mellom alder og omfang av sjukehusinnleggingar. Ein av intensjonane i Samhandlingsreforma er at auka innsats og utvida tilbod på kommunalt nivå, skal redusere behovet for innleggingar i sjukehus. Auka satsing på langsiktige og førebyggjande tiltak, saman med oppbygging av kommunale ØH-døgnplassar er døme på verkemiddel.

Figur 25 illustrerer kva for endringar i samhandling og oppgåvedeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta som ein arbeidar for: spesialisthelsetenesta utvidar det desentrale tilbodet innanfor dagbehandling og poliklinikk, mens kommunane utvidar helsetenestetilbodet i tråd med Samhandlingsreforma. Målet er at tenestene skal utfylle kvarandre.



Figur 25 Endringar i samhandling og oppgåvedeling mellom kommunar og spesialisthelseteneste

Kommunane og spesialisthelsetenesta deler på fleire oppgåver. Det stiller krav til å samarbeide om den konkrete ansvars- og oppgåvedelinga og kome fram til ei rasjonell arbeidsdeling med felles rutinar og klåre kommunikasjonslinjer. Samarbeidsavtalene mellom kommunane og Helse Fonna er nyttige verktøy i dette arbeidet.

Det er eit mål å kunne sjå alle dei tilgjengelege ressursane i samanheng, og bruke dei fleksibelt for å oppnå gode og samanhengande tenester for pasientane.

For å bidra til at kommunane kan gi gode og heilskaplege tenester, skal spesialisthelsetenesta gi råd, rettleiing og opplysningar som er nødvendige for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse oppgåvene sine, og dei skal bidra til kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommunar og andre samarbeidspartnarar (jf. rettleiingsplikta).

Samhandling innanfor somatikk

Analysen av forbruksmønster (kap. 3.3.2 og vedlegg 3) viser eit høgt forbruk av medisinske ØH-innleggingar frå kommunane i Odda-området. Særleg ligg Odda kommune høgt. Storbrukaranalysen av somatiske døgnopphald (kap. 3.3.4 og vedlegg 4) viser at det er stor forskjell i førekomst av storbrukarar av sjukehusstenester mellom dei tre kommunane, der pasientar busette i Odda kommune er dominerande både i absolutte tal og relativt i høve til befolkning.

Dette kan vere ein effekt av at kommunar der eit sjukehus er lokalisert, ofte har eit høgare forbruksnivå. Kap. 3.5 viser at Odda kommune har ein låg dekningsgrad av sjukeheimplassar til dei som er 80 år og eldre. Det kan bidra til at skrøpelege eldre blir kanaliserte til eit høgare nivå i

tenestekjeda enn nødvendig. I tillegg til sjukeheimsplasser har Odda kommune 32 omsorgsbustader med døgnbemanning og høgare pleiefaktor enn vanleg sjukeheim.

Som del av prosjektet for Odda sjukehus har ei arbeidsgruppe sett nærare på samarbeid mellom kommunane Jondal, Ullensvang og Odda og Helse Fonna innan somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (sjå vedlegg 9).

Å finne løysingar for god utnytting av dei kommunale øyeblikkeleg hjelp-senger (KAD-senger) lokalisert til Odda sjukehus, med utnytting av samla kapasitet og kompetanse, vil kunne vere eit av fleire bidrag for å oppnå den ønska utviklinga skissert i figur 25 over.

Arbeidsgruppa har følgjande tilråding:

- Få på plass lege på dagtid, evt. kjøpe legetenester frå helseføretaket på dagtid.
- Arbeide aktivt for at fastlegar/legevaktslegar nyttar tilbodet
- Samarbeide om å inkludere psykiatri/rus i desse sengene frå 01.01.17
- Arbeide aktivt med kriterier for bruk av sengene
- Arbeide aktivt med eit tettare samarbeid mellom helseføretak og kommunar, for å sikre at begge partar har lik forståing av tilbodet og drifta av dette.

Vidare tilrår arbeidsgruppa at:

- KAD-senger/legevaktstasjon/sentral (interkommunal legevakt) bør samlokalisert, knytt opp mot ØH-tilbodet i sjukehuset.
- Ved å samkjøre legevakta meir med sjukehuset, i form av nærleik og tilbod, vil dette kunne gi eit utvida tilbod til pasientane. Legevaktspasientane kan få auka og nærare tilbod innan røntgen og laboratorium.
- Ved samlokalisering kan t.d. enkle kirurgiske problemstillingar handterast raskare og til beste for pasienten.

Samlokalisering av tenester, dvs. samling av både spesialisthelsetenester og kommunehelsetenester geografisk, vil bidra til å forenkle samordninga av tenestene. Tett samarbeid mellom kommunane og sjukehuset/helseføretaket om utarbeiding av dei konkrete løysingane for drifta, er ein føresetnad.

Samhandling innanfor psykisk helse og rusbehandling

Rus- og psykiske lidningar har ofte langvarig karakter, og pasientane har stor risiko for somatisk tilleggssjukdom. Dette krev godt samarbeid mellom psykisk helsevern, somatikk og spesialisert rusbehandling. Nasjonale og regionale føringar tilseier at tenestene og kompetansen i større grad må vere tilgjengelege utanfor sjukehuset og nær pasienten. Det inneber større satsing på dei polikliniske og ambulante tenestene.

Tenestene må organiserast med utgangspunkt i pasienten, med vekt på pasienten si eiga meistring, og ikkje med utgangspunkt i fag. Pasientar med samansette sjukdomsbilde skal møtast av tverrprofesjonelle team som kan skreddarsy behandling for den enkelte. Dette inneber krav om høg grad av fleksibilitet og elastisitet i tenestene (strategiplanarbeidet Helse Vest, Helse2030).

Eit samhandlingsprosjekt mellom kommunane Ullensvang, Jondal, Odda, Helse Fonna (Folgefonn DPS) og FOUSAM (FoU-eining for samhandling) har sidan 2014 arbeidd med mål om å gi eit betre og meir samanhengande behandlingstilbod, til pasientar frå dei tre kommunane, som har rusavhengighet eller problematisk bruk av rusmiddel og/eller psykisk lidning.

Prosjektet har oppretta eit samhandlingsteam med tilsette frå kommunane og spesialisthelsetenesta. Folgefonn DPS har 60 % stillingsressurs med ruskonsulentar, lege/psykiater og psykolog skal også vera tilgjengeleg. Kommunane stiller med personell som er relevant for aktuelle pasientsaker. Samhandlingsteamet har ei oppsøkjande tilnærming. Teamet koordinerer rus-/psykiatrisk-/somatisk behandling etter individuelle behov, med fokus på pasienten sin totale livssituasjon. Fastlege, pårørende eller pasienten sjølv kan ta kontakt med teamet. Rusprevalensen for Odda kommune er høgast av alle målte kommunar i landet, jf. brukarplankartlegginga.

Folgefonn DPS har planar om å starte eit tilbod om gruppebehandling til personar med rus og psykisk lidning i samarbeid med kommunen i 2017.

Arbeidsgruppa som var sett ned av prosjektet for Odda sjukehus (jf. vedlegg 9) hadde også i oppgåve å «sjå på korleis ein kan betre tenestene, inkludert akuttenestene, for menneske med psykiske lidningar og rusproblem i Odda, Jondal og Ullensvang for å sikre pasientane betre tilpassa og meir heilskapleg tilbod lokalt. Samarbeid mellom kommunar og helseføretak og mellom somatikk og psykisk helsevern er vesentleg i denne samanheng. Endringsarbeid ved Folgefonn DPS, jf. styresak 88/15 til styret i Helse Fonna, skal tas omsyn til».

I kulepunkta blir forslag frå arbeidsgruppa summerte opp. Arbeidsgruppa har sett på pasientgrupper som kan ha behov for eit forsterka tilbod lokalt:

- Etablering av eit tilbod om stabilisering og avrusing ved Odda sjukehus. Eit stabiliseringsopphald kan vere nødvendig etter avrusing, i påvente av behandling, i samband med poliklinisk oppfølging, eller ved behov for somatisk behandling.
- LAR-behandling ved Folgefonn DPS, med LAR-utlevering ved Odda sjukehus.

Eit tilbod i Odda om stabilisering, og eventuelt også avrusing, vil vere aktuelt for pasientar med lettare og moderate rusproblem, ofte i kombinasjon med psykiske helseproblem og/eller somatisk sjukdom.

Organiseringa av tilbodet må tilpassast det pågåande samhandlingsprosjektet som er nemnt ovanfor. Korleis tilbodet blir lagt opp må sjåast i samanheng dei nye krava om kommunale ØH-døgnopphald innan psykisk helse og rus frå 2017. Konkretisering av tilbodet må derfor gjerast i eit tett samarbeid mellom Folgefonn DPS, Odda sjukehus og kommunane. Retningsgivande for arbeidet er at pasientane skal få eit tilbod som er godt koordinert mellom somatikk, psykisk helsevern/rus, kommune- og spesialisthelseteneste. Det blir viktig å avklare korleis ein sikrar rett kompetanse knytt til tilboda, og korleis kommunane og sjukehuset kan samarbeide om fleksibel bruk av kompetansen.

Tilråding – 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. Vidareutviklinga må sjåast i samanheng med at dei kommunale ØH-sengene i 2017 også skal 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.

4.3. Spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært

Storbrukarar av spesialisthelsetenester

Storbrukaranalysen (kap. 3.3.4 og vedlegg 4) viser at 10 % av pasientane bruker 53 % av dei somatiske døgnopphalda. I storbrukargruppa er det mange multisjuka med høgt innslag av kroniske lidingar. Desse pasientane vil truleg ha behov for eit spesialisert tilbod i nokre fasar, og samtidig langsiktig, strukturert oppfølging frå kommunalt nivå, med vekt på eigen meistring. Analysen viser også at det blant storbrukarane er ein ikkje ubetydeleg del som døyr på sjukehus, slik at det truleg også er behov for palliativ kompetanse.

Det er ganske få personar per kommune som er storbrukarar, slik at gruppa har eit handterleg omfang med tanke på nye målretta tiltak. Totalt for Odda-området i den analyserte tre-års perioden er gruppa på 268 personar, delt på frå 9 til 212 personar per kommune. Det inneber mellom 1 og 2 % av befolkninga.

For mange i storbrukargruppa vil det truleg vere til særleg stor nytte å ha dei fleste tilboda tilgjengelege nær der dei bur. Sidan storbrukarane tar over halvparten av alle liggedøgna i området, kan ein forvente at målretta oppfølgingsiltak for gruppa, vil kunne føre til færre sjukehusopphald.

Å få på plass kontinuitet og heilskap i utgreiing, behandling og oppfølging, med vektlegging av gode overgangar, vil vere særleg vesentleg for denne pasientgruppa. Utforming av standardiserte pasientforløp i eit samarbeid mellom sjukehus og kommunehelseteneste, kan bidra til å sikre at dei mest nødvendige tiltaka blir standardiserte for alle pasientane, og sørgje for gode veksingar og godt samarbeid mellom ulike einingar og fagfolk ved at dei involverte veit kven som har ansvar for kva til rett tid. Pasientforløpa må leggje til rette for at pasienten kan få vere med og velje si eiga behandling og få betre høve til å meistre sitt eige liv og sin eigen sjukdom (strategiplanarbeidet Helse Vest, Helse2030).

Forslag frå arbeidsgruppe og føresetnader

Som del av prosjektet for Odda sjukehus har ei arbeidsgruppe sett nærare på styrking av tilbodet i Odda-området for pasientgrupper som har behov for spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært (sjå vedlegg 9). Storbrukargruppa vil vere ein viktig målgruppe her, men tilbodet vil nødvendigvis strekke seg ut over denne gruppa.

Arbeidsgruppa har mellom anna bygd på analysen av pasientgrunnlaget for polikliniske tenester (kap. 3.3.2 og vedlegg 3). Analysen legg til grunn at det trengs 15 polikliniske konsultasjonar for å fylle ein arbeidsdag for ein legespesialist. Dette er ein gjennomsnittsbetraktning, dvs. at talet på konsultasjonar vil kunne variere mellom fagområde. Ved faktisk etablering av tilbodet må det gjerast ei konkret vurdering, med gjennomsnittsbetraktningen som utgangspunkt.

Analysen føreset vidare at 50 % av konsultasjonane i opptaksområdet blir gjort på Odda sjukehus. I 2015 blei høvesvis 46, 28 og 19 % av dei polikliniske konsultasjonane for pasientar frå Odda, Ullensvang og Jondal utført ved Odda sjukehus. Det inneber at for å ha tilstrekkeleg pasientgrunnlag, må ein arbeide for å snu pasientstraumar som i dag i stor grad går til Haukeland universitetssjukehus (jf. tabell 11, pasientstraumanalysen kap. 3.3.3).

For å lykkast med dette peiker arbeidsgruppa på at det er viktig med tettare samarbeid mellom sjukehuset og fastlegane i området. Odda sjukehus må informere betre om tilboda sine både til

pasientar/ innbyggjarar og andre sjukehus. Vidare blir det foreslått å tilsette t.d. ein lege i 10-20 % stilling, for å forbetre pasientforløp og utvikle felles rutinar mellom fastlegar og sjukehuslegar.

Nedanfor blir forslaga frå arbeidsgruppa knytt opp til å:

- Styrke tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske tilstandar
- Styrke tilbod til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester
- Styrke og utvide andre polikliniske tilbod ved Odda sjukehus

Styrke tilbodet til eldre med samansette psykiske og fysiske tilstandar

Eldre med samansette psykiske og fysiske tilstandar er ei stor og aukande gruppe brukarar av helsetenester, og for mange av desse er det problematisk å reise. For å styrke tilbodet til denne gruppa, blir det foreslått å etablere ein geriatrisk/eldremedisinsk poliklinikk. Poliklinikken skal gi tilbod om demensutgreiing, fallførebygging, generell indremedisinsk utgreiing og alderspsykiatri.

Kommunane og helseføretaket må sjå på ulike modellar for samarbeid om dette tilbodet. Odda kommune har i dag ein geriatar tilsett i 60 % stilling, og det bør vurderast om det er mogleg å samarbeid om denne fagkompetansen. Det kan etablerast tverrfagleg geriatrisk team, enten forankra i kommunen eller på sjukehuset. Ein må tilby eldre pasientar eit behandlingssløp som førebygger reinnleggingar. Det er viktig at pasienten kan kome til den same eldremedisinsk poliklinikken for både psykisk og somatisk utgreiing.

Det finst i dag alderspsykiatrisk tilbod ved Odda sjukehus, med personell frå Haugesund. I ein eldremedisinsk poliklinikk ser ein for seg eit tverrfagleg samarbeid mellom geriatar, psykiater, indremedisinar/kardiolog, fysioterapeut, ergoterapeut, hjelpe-/sjukepleiar.

Det blir foreslått å etablere ein fallklinikk, som eit tverrfagleg team med lege, sjukepleiar og fysioterapeut, knytt til den eldremedisinske poliklinikken. Fallklinikken skal tilby poliklinisk utgreiing, behandling og førebygging av fall for eldre menneske (65 år+) med svimmelhet, balanseproblem og falltendens.

Styrke tilbodet til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester

Det må leggst opp til eit tettare samarbeid mellom helsepersonell i kommunane og på sjukehuset rundt tilbodet til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester.

Oppbygging av samhandlingsteam der ulike faggrupper samhandlar om pasienten, på tvers av linjene og uavhengig om pasienten er innlagt eller heime, kan gi positive effektar. Det bør etablerast felles samarbeidsrutinar (t.d. klinisk konferanse) på tvers av fagområde, m.a. knytt til utarbeiding av behandlingsplan som omfattar heile pasienten sin helsetilstand. Samhandlingsteama bør omfatte både fysisk og psykisk helse. Fokus på pasienten si eiga meistring av eigen sjukdom er særleg vesentleg for desse pasientane.

Tilbod til personar med rus/psykiske lidningar og samansett problematikk, vil ofte trenge eit langvarig og koordinert tilbod. Styrking av dette tilbodet blir omtalt i kap. 4.2.

Sjukehuset skal delta med kompetanse inn i oppfølgingsteam som kommunane etablerer for pasientar med langvarige og koordinerte tenester (jf. primærhelsemeldinga og forslag til ny rettleiar for kommunale helse og omsorgstenester). Dette kan dreie seg om palliative team, diabetes-team, KOLS-team, rehabiliterings/aktivitetsteam. Her må sjukehuset m.a. ivareta rettleiingsplikta (jf. rundskriv I - 3/2013) og medverke til utvikling av kompetanse i kommunane.

Pasientar med behov for dialyse får tilbod om dette ved Odda sjukehus. Tilbodet blir vidareført, og i tillegg blir kapasiteten til å ta imot pasientar utanfrå eige opptaksområde noko utvida. Dei pasientane med alvorlegast sjukdom kan ikkje handterast i Odda.

Det bør vurderast om den etablerte ordninga med ambulering av lunge- og nyrespesialistar skal utvidast.

Tilrettelegging av strukturerte lærings- og meistringstilbod skal i hovudsak bli gitt i kommunane. Dette gjeld ikkje individuelle tilbod som må skje tett integrert med den spesialiserte medisinske behandlinga (jf. [retteleiar](#) og [opptrappingsplan](#) for habilitering og rehabilitering). Odda sjukehus vil ha i oppgåve å legge til rette for oppfølging. Ein kan sjå for seg spesifikk kompetanseoverføring ved enkelt diagnosar frå Haugesund sjukehus. Område som kan vere særleg aktuelt for Odda sjukehus å utvikle, kan til dømes vere innanfor habiliteringstenesta med opplæring av barn og unge samt foreldre. Ved smertepoliklinikken bør ein også sjå på moglegheit for spesifikke lærings- og meistringsprogram, både diagnoserelaterte og meir generelle.

Styrke og utvide andre polikliniske tilbod ved Odda sjukehus

Arbeidsgruppa foreslår å forsterke det polikliniske tilbodet ved Odda sjukehus og utvide løysinga med ambulerande spesialistar. Til grunn for forslaga ligg mellom anna analysen av pasientgrunnlaget (kap. 3.3.2 og vedlegg 3).

Innanfor generell kirurgi er det eit velfungerande tilbod ved Odda sjukehus i dag. Kap. 3.3.2 viser at det kan vere grunnlag for å utvide det polikliniske tilbodet til å omfatte urologi, tilsvarande om lag 1,4 dagar per månad.

Også innanfor gyn/føde er det eit velfungerande poliklinisk tilbod i dag, men tilbodet kan styrkast. Analysen av pasientgrunnlaget viser eit behov tilsvarande om lag 4,6 dagar per månad.

Eit tilbod innanfor øyre-nase-hals er det grunnlag for i om lag 4-5 dagar i månaden. Ein avtalespesialist innanfor fagområdet med arbeidsdagar i Odda, er ei aktuelt tilnærming. Eventuelt kan tilbodet forsterkast med ambulerande spesialist til Odda. Det bør etablerast ein høyrresentral i Odda, med audiograf knytt til.

Innanfor ortopedi er pasientgrunnlaget stort nok til at ein tilrår å styrke det polikliniske tilbodet. Brotskadar og muskel-skjelett utgjer ein stor del av ØH-aktiviteten, og ei styrking av den ortopediske kompetanse ville kunne brukast fleksibelt i sjukehuset.

Tilbodet til kreftpasientar om å få cytostatika ved Odda sjukehus bør utvidast, og det bør etablerast tettare samarbeid med kommunehelsetenesta rundt denne pasientgruppa.

Augepoliklinikk blir i dag dekkja av ein 100 % avtaleheimel (privatpraktiserande spesialist) lokalisert til Odda sjukehus. Det bør i tillegg etablerast eit dagkirurgisk tilbod (til dømes kataraktoperasjonar). Dette blir drøfta i kap. 4.4.

Pasientgrunnlaget innanfor kardiologi tilsvarar eit tilbod omtrent 2-3 dagar i månaden. Det blir foreslått etablering av ein hjarteviktpoliklinikk med kardiolog og sjukepleiar i tverrfagleg team. Tilbodet vil vere utgreiing, medisinerings og vedlikehaldsbehandling. Poliklinikken må samarbeide tett med fastlege.

Hudpoliklinikk/sårpoliklinikk: Det er pasientgrunnlag for eit tilbod innanfor hudsjukdommar tilsvarande om lag 2,3 dagar i månaden. Dette kan bli ivaretatt av ein avtalespesialist eller anna ambulerande spesialist innanfor hudsjukdommar, som kjem til Odda av og til. Tett samarbeid mellom

avtalespesialisten og sjukepleiarar med spesialutdanning i sårbehandling ved Odda sjukehus og i Odda kommune ville vere viktig (eksempelvis sårbehandling, lys- og tjærebehandling). Her bør det vurderast om det vil vere nyttig å gjere seg bruk av telemedisin og digitalt media arkiv (DMA).

Etablering av ein somatisk rehabiliteringspoliklinikk, som hjelper pasienten til å gjenvinne funksjonsevne og bidrar til eiga meistring, kan vere aktuelt å sjå på. Tilbodet krev tverrfagleg samarbeid mellom lege (somatikk og psykiatri), sjukepleiar, fysioterapeut. Ein vil sjå på tilbodet på tvers av diagnose (t.d. hjarte, lunge og ortopedi). Etablering av nye rehabiliteringstilbod krev eit tett samarbeid med kommunane. Kommunane skal i tråd med samhandlingsreforma, og seinast i opptrappingsplan for feltet i 2017, ta eit større ansvar for tilbodet innanfor rehabilitering.

Tilråding - spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært

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 høyreresentral, inngår i planen.

4.4. Dagkirurgiske tenester

Den Nasjonale helse- og sjukehusplanen legg opp til desentralisert drift av sjukehus, og dette skal stimulerast. Dette gjeld også den dagkirurgiske aktiviteten. Ein desentralisert sjukehusstruktur betyr ikkje at alle sjukehus gjer alt, men at nokon oppgåver samlast på større sjukehus, og at andre oppgåver blir overført frå store til mindre sjukehus. Ansvar for dagkirurgi innan ulike fagområde er typiske oppgåver som kan overførast frå større sjukehus til små lokal sjukehus, som Odda. Dei seinare åra har bruken av dagkirurgi og mini-invasiv kirurgi auka kraftig, og det er ingen grunn til å tru at denne trenden ikkje vil bli forsterka dei neste åra. Ifølgje regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013-2017 har Helse Vest eit potensiale for å auke dagkirurgisk verksemd, og eitt av tiltaka det er peikt på er å utnytte potensiale for desentralisert dagbehandling.

Ei arbeidsgruppe nedsett av prosjektet har vurdert dagkirurgiske tenester ved Odda sjukehus (sjå vedlegg 10). Grappa har sett på dagens drift, forbruksratane per 1000 innbyggjar i Odda-område, observasjonar rundt pasientstraumar og kartlegging av årsaken til desse. Basert på gjennomgangen meiner arbeidsgruppa at befolkninga i Odda sjukehusområde kan ha nytte av dagkirurgiske tenester lokalt i Odda innan fagområda ortopedi, generell kirurgi, gynekologi og auge. Forbruket av dagkirurgi innan auge og generell kirurgi er høgast blant dei eldste aldersgruppene, og for dei vil det vere spesielt nyttig å unngå lang reisevei. Nærleik til tenestene gjev stor grad av opplevd trygghet hjå befolkninga, og det å få behandling nært sine pårørande, og heimen sin, kan ofte vere ein stor fordel. Det er etterspurnad etter dagkirurgi innan både ortopedi og gynekologi i Odda. Pasientstraumane viser at pasientane reiser til andre sjukehus enn Odda for å få behandling innan desse fagområda. Fastlegane peiker på at dei gjerne skulle ha tilvist pasientar til Odda sjukehus for dagkirurgi innan ortopedi om det hadde vore eit tilbod der. Innan gynekologi ville dei gjerne også i større grad ha henvist til Odda, men som følgje av lang ventetid blir ofte andre sjukehus valt.

Odda sjukehus har i stor grad lukkast med å byggje opp ein nisje innan variceoperasjonar. Meste parten av pasientane som nyttar dette tilbodet er heimehøyrande i andre kommunar enn dei som inngår i Odda sjukehusområde. Eksempel viser at det også kan vere potensiale for å byggja opp andre dagkirurgiske nisjer i Odda. Om ein tek utgangspunkt i volumberekningane og potensiale for dagkirurgi i heile Helse Fonna ser ein at det er størst potensial for å drive dagkirurgi innan ortopedi

og auge. Det er også noko potensiale innan øyre-nase-hals og gynekologi. Volumberekningane tek utgangspunkt i at ein klarar å gjennomføre 5 dagkirurgiske inngrep per dag, per kirurg. Om denne føresetnaden held avheng i stor grad av korleis den dagkirurgiske aktiviteten er lagt opp ved sjukehuset, logistikken og organiseringa av denne aktiviteten.

Tilboda innan dagkirurgi bør framleis kombinerast og koordinerast med poliklinisk tilbod innan dei same fagområda, for betre utnytting av legeressursane. Det å kome fram til gode driftsløysingar som ser legebemanning av poliklinikk og dagkirurgi i samanheng vil kunne redusere ei mogleg ambuleringsløysing. Uavhengig av om ein har akuttkirurgi eller ikkje, er hovudmålet å skape eit godt og solid tilbod til befolkninga i Odda sjukehusområde, som både er rasjonelt ut i frå økonomi og geografi. Det er viktig at det blir lagt opp til at sjukehusa i Helse Fonna utfyller kvarandre når det gjeld verksemda ein skal drive, og at ein optimaliserer den totale dagkirurgiske kapasiteten i Helse Fonna. Verksemda og tilbodet ved dei tre sjukehusa må vere avlastande og utfylljande, og ikkje konkurrerande.

Arbeidsgruppa meiner at eit nødvendig tiltak for å få ei meir heilskapleg teneste i Helse Fonna, som tar omsyn til både ledig kapasitet og reiseavstand til tilbodet er innføring av felles ventelister i Helse Fonna. Dialogen og samarbeidet mellom sjukehusa har stort forbettringspotensial.

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 aktiviteten. Konkret anbefaler 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. Ein ortoped kan også vere ein god traumatolog som kan vere god å støtte seg til i traumesituasjonar, om ein ikkje har akuttkirurgisk beredskap ved Odda sjukehus. 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. Om NPR tala, som er dei nasjonale aktivitetstala viser seg å vere feil vil det bety at volumet og behovet for dagkirurgi er større enn det som er lagt til grunn for arbeidet i prosjektet, og dette vil dermed styrke argumenta for å byggje opp det dagkirurgiske tilbodet. Det einaste som kan endrast er kva fagområde ein eventuelt skal satsa på. 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. Helse Fonna bør gjere ein gjennomgang av den dagkirurgiske verksemda i føretaket, gjerne i samband med utviklingsplanen. Det må vurderast og greiast ut kva tilbod det skal vere ved Odda sjukehus, kor stort omfanget skal vere og ikkje minst korleis tilbodet skal organiserast. Det må gjerast ein spesifikk vurdering av om nokon av dei dagkirurgiske tenestene som blir utført ved Stord sjukehus og ved Haugesund sjukehus kan gjerast ved Odda sjukehus, altså om meir elektiv dagkirurgi skal leggjast til Odda. Nisjekirurgi innan varicer kan fungera som ein modell. Det bør vurderast spesielt om det kan

vere hensiktsmessig å byggje opp eit ortopedisk tilbod ved Odda sjukehus. Ein ser at det innan dette fagområdet er det ganske stort volum i Helse Fonna, og det er etterspurt etter tenester i Odda sjukehusområde, med stor lekkasje til sjukehuset på Voss.

Helse Fonna oppfordrast til å vurdere om felles ventelister kan vere eit tiltak som kan vere med å optimalisere den dagkirurgiske kapasiteten, for best mogleg utnytting. I vurderingane må volumet for Odda sjukehus først og fremst baserast på helsetenestebehovet i Odda sjukehusområde, men ein må også sjå på behovet i heile Helse Fonna når ein skal vurdere om ein kan flytte dagkirurgisk tilbod frå dei andre sjukehusa til Odda. Eitt av argumenta for å behalde og byggje opp dagkirurgisk aktivitet er å korte ned reisevegen til eldre, og det å kunne gi behandling nær heimen og pårørande. Dette argumentet er like gyldig for dei som eventuelt må reise til Odda for behandling, og det må tas omsyn til i vurderingane. Det er behovet og volumet av tenester knytt dei kommunane som ligg nærmast Odda sjukehus som vil vere mest interessant. Kvinnherad kommune er eit eksempel.

Helse Fonna må vurdere bemanningssituasjonen, og kva personell det vil vere behov for i samband med den dagkirurgisk aktiviteten i Odda. Rutinar og organiseringa av dagkirurgitilbodet bør undersøkjast og tilpassast. Spesielt må det vurderast om det vil vere mogleg å få til ei ambuleringsordning. Bemanninga bør sjåast i samanheng med det polikliniske tilbodet, og bemanningsspørsmålet knytt den delen av sjukehusets verksemd. Det er viktig at den dagkirurgiske aktiviteten ved Odda sjukehus følgjer nasjonale normer med omsyn til bemanning, slik at ein kan drive dagkirurgi kostnadseffektivt.

Tilråding – dagkirurgiske tenester

Analysane og gjennomgangen i prosjektet viser at det er aktuelt å utvide den dagkirurgiske aktiviteten 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.

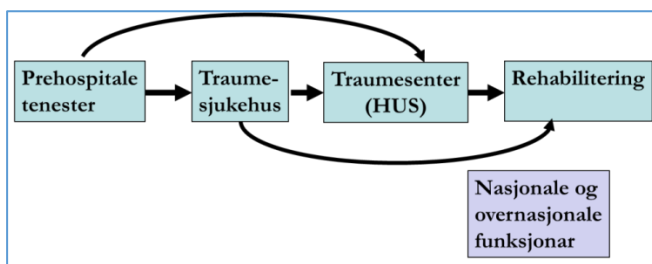
4.5. Den akuttmedisinske kjeda

Den akuttmedisinske kjeda er samfunnets samla organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkninga akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeda består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktssentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulans, samt akuttmottak i sjukehus. (Kjelde: Helse- og omsorgsdepartementet, Høring til Nasjonal helseplan, «Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle. 2011).

Kjeda representerer ei samanhengande rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp frå hendelsestad, inkludert publikums innsats, fram til definitiv behandling. Helseføretak og kommunar har saman eit ansvar for å sikre eit godt akuttmedisinsk tilbod.

Sjukehusa i Helse Vest utgjør til saman eit trygt og godt akutttilbod for innbyggjarane og vil ta vare på dei akutt skadde og sjuke pasientane. Traumesystemet i Helse Vest er bygd opp slik:

1. Den prehospitala delen med ambulans, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulans
2. Traumesjukehusfunksjon
3. Traumesenter
4. Rehabilitering



Figur 26 Traume- /skadeomsorg – plan for akutt skadde. Traumesystem

Prehospitale tenester som del av den akuttmedisinske kjeda

Det viktige første trinnet i den akuttmedisinske kjeda, er publikums førstehjelp og meldingsrutinar til AMK (113). Deretter blir grunnsteinen i all prehospital akuttmedisin, nemleg den lokale ambulansetenesta og den kommunale legevakta, mobilisert. I omtalen av alvorlege skadar fastslår Nasjonal helse- og sjukehusplan at 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.

Det er ikkje etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetenesta, men Stortinget vedtok i 2000 følgjande rettleiande responstider for akuttoppdrag: Tid frå 113-oppringning til ambulans er på hendelsesstad skal vere innan 12 minuttar (tettbygde strøk) eller innan 25 minuttar (grisgrendte strøk) i minst 90 prosent av oppdraga. Det er heller ikkje etablert nasjonale krav til legevaktenesta, men det er foreslått at 90 prosent av befolkninga i legevaktdistrikta skal ha maksimalt 40 minuttar reiseveg til ein LV stasjon og 95 prosent skal ha maksimalt 60 minuttar. Vidare at det bør settas som nasjonal norm at legevakta rykker ut ved minst 75 prosent av raude responsar (dette er så langt forslag).

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 akuttsjukehus 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.

Ambulansetenesta er ein viktig del av det heilskaplege tilbodet av offentlege helsetenester til befolkninga. Stadig meir avanserte behandlingstiltak blir utført prehospitalt, noko som medfører strengare krav til medisinsk fagleg forankring av både tenestetilbodet og personellet. Tenestene skal ivareta befolkninga sine behov for oppdatert prehospital behandling og transport til rett behandlingssnivå i tråd med moderne behandlingsprinsipp.

Utviklingstrekk i ambulansetenesta peikar klart i retning av høgare kompetanse og større stasjonar med fleire oppdrag. Det har vore ei god utvikling av ambulansetenesta i vår region over mange år, og det blir satsa mykje på vidare utdanning og profesjonalisering av tenesta. Ambulansetenesta er utstyrt med fleire diagnostiske hjelpemiddel og medisinsk teknisk utstyr for behandling på skadestaden.

Luftambulansetenesta har ei spesiell rolle i den akuttmedisinske beredskapstenesta samtidig som den er ein integrert del av den samla ambulansetenesta. Helse Fonna generelt og Hardanger spesielt er relativt godt dekkja av luftambulanseteneste. Frå 2017 startar innfasing av nye redningshelikopter på seks basar i Noreg (i Vest på Sola og i Florø). Desse store helikoptra vil ha ein allvêrskapitet med

av-ising, betraktelig auka rekkevidde, forbetra medisinsk kabin med lasterampe og redningskapasitet i forhold til dagens Sea King helikopter. Dette vil vere luftambulansenesta sin dårleg-vêrsressurs.

Det er likevel viktig at også bilambulansenesta, i samarbeid med sjukehus, har beredskap for pasienttransportar med behov for medisinsk kompetanse utover vanleg ambulansenivå og over på intensivtransportar. For mange sjukehus i landet vil bruk av ein slik bakkebasert intensivtransport vere vel så egna som bruk av luftambulanse. Det styrker også robustheten i den samla tenesta, sidan bilambulanse er mindre operativ sårbar enn luftambulanse.

Intensivambulanse er ein ny modell som det er gjort positive erfaringar med fleire stader i landet. Dette er ein større og meir utstyrt ambulanse som etter behov kan vere bemanna med intensivsjukepleiar, paramedic eller lege i tillegg til vanleg ambulansarbeidar.

Fleirbårebilar og «kvite ambulansar» kan avlaste for meir krevjande oppdrag med høgare prioritet. Kvite ambulansar er det også svært gode erfaringar med fleire andre stader i landet. Desse kan ta oppdrag som ikkje hastar og som har mindre krav til personellet. Det kan vere heimtransportar av liggande pasientar som ikkje treng eit fullverdig ambulanspersonell, men som må ha hjelp til å fraktast mellom sjukehus eller heim.

Det blir arbeid med elektronisk pasientjournal også for ambulansenesta.

I Helse Fonna ved Haugesund sjukehus er det frå 2011 etablert legebil som ved utrykking blir bemanna med lege frå anesthesiavdelinga samt redningsmann. Legebilen blir også brukt til å køyre i møte med ambulansar frå distriktet. Prosjektgruppa tilrår at det blir arbeid med ytterlegare utviding av denne ressursen. Tiltak for å styrke prehospitale tenester i Hardangerområdet bør inn i denne samanhengen for å understøtte det akuttmedisinske tilbodet lokalt. Samarbeid og samtrening med legevakt og primærhelsetenesta er heilt sentralt og har eit stort potensiale for prehospitale tenester i Odda-området.

Helse Fonna vurderer å skaffe ein intensivambulanse stasjonert i Haugesund. Intensivambulansen skal driftast på dagtid. Intensivambulansen kan køyre i møte med andre ambulansar, til dømes frå Odda.

Akuttkirurgi og traumebehandling

Etter førstehjelp og behandling på skadestaden, skal alle pasientar i utgangspunktet raskast mulig til det sjukehuset som kan ferdigbehandle dei. For Odda sjukehusområde er det Haukeland sjukehus som er traumesenter. Før avreise må det gjerast ei vurdering om reiseavstand, klinisk tilstand eller veg og føreforhold gjer at vegen skal gå om Odda sjukehus for stabilisering. Eit avgjerande spørsmål er om Odda sjukehus skal ha ein akutt-kirurgisk funksjon med tanke på blant anna slike situasjonar.

Nasjonale helse- og sjukehusplan legg til grunn at mindre sjukehus ikkje skal ha akuttfunksjon i kirurgi. Det blir peika på at det er utfordrande å oppretthalde den faglege kvaliteten innanfor det kirurgiske område på dei mindre sjukehusa. I den faglege rådgivingsgruppa for sjukehusstruktur til Nasjonal helse- og sjukehusplan er bekymringa knytt til den akutt-kirurgiske funksjonen ved dei mindre sjukehusa oppsummert slik:

- Lite pasientvolum gir liten trening og gjer det vanskeleg å halde ved like kunnskap, kvalitet og praktisk ferdighet. Det gjeld alle diagnosar som ikkje førekjem ofte, men i særleg grad alvorlege akutte tilstander og kirurgi
- Medisinsk spesialisering innan diagnostikk og behandling har gitt betre kvalitet og betre overleving, men krev meir spesialisert kunnskap, utstyr og organisering. Dette er særleg tydeleg innan kirurgiske fag og avansert akuttmedisin.

For at kirurgar og teama rundt skal ha tilstrekkeleg trening og erfaring, har ulike fagmiljø og utgreiingar peika på eit befolkningsgrunnlag på 100 000 som eit minimum dersom ein baserer seg på reint faglege kriterier. Nasjonal helse- og sjukehusplan legg 60 til 80 000 til grunn som ei nedre grense for akutt kirurgi. Det blir også peika på at det ikkje er klart kor mykje av samanhengen mellom volum og kvalitet som skuldast den enkelte kirurgens erfaring, kor mykje som skuldast kompetansen i det samla behandlingsteamet, og kor mykje som skuldast medisinske og andre støttefunksjonar.

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. Det er i samsvar med prosedyrar om fordeling og handtering av pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp

Sannsynlegheita er svært liten for at ein enkelt pasient skal kome i ein situasjon der akuttkirurgi ved eit mindre sjukehus kan vere livreddande. Det er i så fall då gjerne snakk om hemostatisk naudkirurgi ved blødingar i buken. Det er i dag ingen dokumentasjon som viser at det å oppretthalde akuttkirurgi ved mindre sjukehus reddar liv, ei heller at det blir redda 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 konklusjon om effekten av akuttkirurgi ved små sjukehus. Det inneber at det ikkje vil vere realistisk å avvente eintydige konklusjonar på spørsmålet.

Det er neppe tvil om at akuttkirurgi ved dei mindre sjukehusa i nokre tilfelle faktisk er livreddande. Dette må likevel sjåast i forhold til at sjukehusa i nokre tilfelle også kan forsinke livreddande behandling i meir spesialiserte sjukehus. Det må påreknast at begge desse situasjonane vil kunne førekome ved Odda sjukehus. Begge situasjonar vil likevel vere sjeldne. 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 potensielt livreddande inngrep ved Odda sjukehus. At desse situasjonane vil vere sjeldne, samsvarar med funn i andre tilsvarande kartleggingar.

Til tross for at Odda i utgangspunktet ikkje har eit stort nok befolkningsgrunnlag til å skulle ha ein akuttfunksjon i kirurgi, er det likevel forhold som gjer det relevant å vurdere om Odda tross alt skal ha akuttkirurgi. Nasjonal helse- og sjukehusplan seier nemleg at faktorar som geografi og busetjingsmønster, tilgjengelegheit til bil-, båt- og luftambulansenester og vêrforhold må tilleggas stor vekt. I regionar der vêrforhold og geografi gjer at avstanden blir altfor lang, kan det måtte gjerast unntak slik at ein har akuttkirurgi ved mindre befolkningsgrunnlag.

Som det går fram av kapitel 3.2 er avstandane frå Odda sjukehus lange til andre sjukehus, ikkje minst til nærmaste traumesenter. I tillegg gir dei klimatiske tilhøva stor usikkerheit når det gjeld det å kome fram både med bil og helikopter i regionen. Prehospitale tenester har eit godt samarbeid med båt- og fergjetenester, men det er ikkje til å unngå at det skaper isolasjonsfrykt i regionen når uveret set inn. Spørsmålet er om dette er grunnlag nok til å kome inn under unntaksbestemmelsen i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Det er tross alt andre tettsteder med utfordrande lange reiseavstandar som ikkje har akuttfunksjon i kirurgi, eksempelvis Lærdal og i nokre tilfelle heller ikkje sjukehus, eksempelvis Alta og Hallingdal.

Samanlikningar mellom Odda sjukehus og Tynset sykehus, Sykehuset Innlandet HF, er relevant. Tynset sykehus er omtalt i Nasjonal helse- og sjukehusplan som eit eksempel på eit sjukehus der avstandar og klimatiske forhold gjer at sjukehuset skal oppretthalde akuttfunksjonen i kirurgi i betydinga at det alltid skal vere tilgjengeleg kirurgisk vurderingskompetanse. På den eine sida har Tynset sjukehus eit større opptaksområde (25 000 innbyggjarar) og større klinisk aktivitet enn Odda, ikkje minst når det gjeld elektiv innlagt kirurgi. På den andre sida har Tynset sykehus kortare veg til

nærmaste traumesenter (St. Olavs hospital HF) enn det Odda sjukehus har til sitt traumesenter i Bergen. Nasjonal helse- og sjukehusplan held fram at vidareføring av akuttkirurgi ved Tynset sykehus har som vilkår at det er eit nært samarbeid med dei andre sjukehusa i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og overføring av planlagt kirurgi.

Så langt har vi i denne drøftinga hatt fokus på dei faglege sidene ved akuttfunksjonen i kirurgi ved Odda sjukehus. Nasjonal helse- og sjukehusplan peikar på at det er fleire utfordringar for dei små akuttsjukehusa:

- Mange sjukehus har for lite pasientgrunnlag til å gi eit trygt og føreseieleg akutttilbod 24/7
- Mange mindre sjukehus har vanskeleg for å rekruttere og er avhengige av vikarstafettar
- Utfordringane er størst innan kirurgifaget på grunn av aukande krav til spesialiserte ferdigheter og spesialisert utstyr og støttepersonell
- Mange pasientar som treng akutt kirurgi blir i dag sendt forbi små lokalsjukehus til større sjukehus med breiare tilbod
- Den generelle kirurgen med brei og allsidig kompetanse vil forsvinne over tid fordi arbeidet blir meir spesialisert
- For å oppretthalde døgnkontinuerleg vaktordning trengs det 6-8 generelle kirurgar. Det er vanskeleg å bemanne små sjukehus med så mange kirurgar allereie i dag. I åra som kjem, blir det enda vanskelegare fordi det blir færre generelle kirurgar

Årleg kostnad for 6 overlegeårsverk med ei døgnkontinuerleg vaktordning, er på om lag 8-9 mill. kr. Dersom sjukehuset har berre dagkirurgi, det vil seie at operasjonsstua ikkje har vakt kveldar og helger, er det vanleg å rekne ein årleg kostnadsreduksjon på om lag 10 mill. kr.

Frå Odda sjukehus si side er det spesielt peika på utfordringa med eit lite volum og ein svært 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.

Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker altså på «akuttsjukehus» som eit alternativ for dei mindre lokalsjukehusa. Akuttsjukehus skal som eit minimum ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Arbeidsgruppa, nedsett av prosjektet, som har arbeidd med «Akutttilbod for innbyggjarane i området til Odda sjukehus» ser på ei slik løysing utan akuttfunksjon i kirurgi som fagleg sett heilt uforsvarleg gitt dei lange avstandane og den usikre framcomelegheita til andre sjukehus. Arbeidsgruppa har derfor ikkje ønska å medverke til å beskrive eller vurdere eit slikt uforsvarleg tilbod. Arbeidsgruppa har peika på stor fare for at nøkkelpersonell i sjukehuset vil forsvinne og at ny rekruttering vil bli svært krevjande. I tillegg vil eit slikt alternativ skape utryggheit både i befolkninga og den samarbeidande primærhelsetenesta. Desse utfordringane er nærmare gjort greie for i vedlagte sluttnotat frå arbeidsgruppa (sjå vedlegg 11).

Eit akuttsjukehus må ha ein stabiliseringsfunksjon både i forhold til innlagte pasientar og omverda. Dette er løyst noko ulikt av andre sjukehus, men løysinga i Lærdal er eit godt eksempel. Her består stabiliseringsteamet av anestesilege, medisinsk bakvakt, turnuslege, spesialsjukepleiar, laboratorium, røntgen og eventuelt lege ved skadepoliklinikken. Det betyr at teamet er i stand til å stabilisere også skada pasientar med eksempelvis respirasjonsstøtte, transfusjonsbehandling, stabilisering av brot, og enklare kirurgiske prosedyrar. Hemostatisk naudkirurgi ved blødingar i buken kan ikkje bli gjennomført utan kirurg.

Ifølge Nasjonal traumeplan har slike sjukehus utan akutfunksjon i kirurgi/traumefunksjon i utgangspunktet ingen plass i traumebehandlninga. Sjukehus utan traumefunksjon kan vere gode stader å undersøke og behandle pasientar med mistenkt alvorleg skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan bli gjort avhengig av tilgjengeleg kompetanse, men i samråd med traumeleiar på det traumesenter/sjukehus pasienten ventar på å kome til. Diagnostikk og behandling skal ikkje forsinke transport.

Nasjonale helse- og sjukehusplan påpeikar at mange er bekymra for at det blir vanskeleg å rekruttere anestesilegar til sjukehus utan akuttkirurgi. Det framføres derfor at det blir viktig å sikre at desse stillingane fylles med innhald. Sjukehuset må ha planlagt kirurgi av tilstrekkeleg omfang. Det vil også vere nødvendig med vidareutdanningstiltak og hospiterings- og ambuleringsordningar for å vedlikehalde kompetansen i akuttmedisin. Andre oppgåver for anestesilegen kan vere smertebehandling og preoperative vurderingar, også for pasientar som skal opererast ved andre sjukehus.

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.

Akutt indremedisin

Det akutte indremedisinske tilbodet ved Odda sjukehus dekkjer det volummessig største behovet for akuttinnleggingar frå Odda sjukehus til opptaksområde. Eldre og kronikarar utgjer den største pasientgruppa her. Dersom akuttkirurgien blir avvikla, peiker Nasjonal helse- og sjukehusplan på akuttsjukehus med minimum akutfunksjon 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 helseføretak 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 akutfunksjon i indremedisin utan akutfunksjon 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.

Nasjonale helse- og sjukehusplan påpeiker også at når det gjeld ei eventuell nedre grense for akutfunksjon i indremedisin, må mange forhold leggast vekt på. Størrelsen på opptaksområdet er berre eitt. På generelt grunnlag blir det peika på at dersom opptaksområdet er under 20-30 000, vil det vere så få akuttinnleggingar per døgn at ein kan stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig å oppretthalde ein døgnkontinuerleg vaktordning med spesialistar, eller om akuttberedskapen kan bli betre handtert i eit tett samarbeid mellom legevakt og ambulanseteneste.

Storbrukaranalysen viser at det er ei lita pasientgruppe som utgjer halvparten av alle liggedøgna ved Odda sjukehus. Dette er pasientar som går inn og ut av sjukehuset, og som vil vere tent med eit svært nært samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Det er viktig at det

finst gode fellesløsningar for denne pasientgruppa (jf. kap. 4.2 og 4.3). Det gjeld både dersom Odda sjukehus blir vidareført som akuttsjukehus (til dømes slik det er gjort i Nordfjord), og dersom spesialisthelsetenestetilbodet ved Odda sjukehus blir vidareført utan akuttfunksjonar (til dømes slik det er gjort i Alta og Hallingdal).

Alta er Finnmarks største kommune med ca. 20 000 innbyggjarar, men har ikkje akuttsjukehus. Reisetida til det næraste akuttsjukehuset i Hammerfest er 115 minutt. Driftskonseptet liknar mykje på Hallingdal sjukestugu, jf. nedanfor. Når det gjeld den generelle helsetilstanden, skårar befolkninga i Alta betre enn, eller likt med, gjennomsnittet for Helse Nord på dei fleste parameter. Unntaket er voldelege dødsfall (kjelde: Utredning av spesialisthelsetilbudet i Alta/Vest-Finnmark, mars 2014, Helse Nord RHF).

Hallingdal sjukestugu (HSS) blir driven av Vestre Viken HF som ei avdeling under Ringerike sykehus. HSS ligg 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 allmenmedisin og ein vil ha bakgrunn frå spesialisthelsetenesta. Behov for legetilsyn kveld og natt vil skje frå den interkommunale legevakta i same bygg.

Skadepoliklinikk

Dagens skadepoliklinikk blir i stor grad tatt hand om av turnuslegen med støtte frå vakthavande 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. Enkle skadar blir også til ein viss grad behandla av den kommunale legevakta, avhengig av erfaringa til legevaktslegen. Dagens ordning fungerer godt og det vil derfor vere naturleg å vidareføre denne dersom akuttfunksjonen i kirurgi blir oppretthalden.

Dersom akuttfunksjonen i kirurgi ikkje blir vidareført, kan det vere aktuelt å ha ein skadepoliklinikkeleg etter modell frå Lærdal og Nordfjord. Det kan til dømes vere ein ortoped som kombinerer skadepoliklinikkarbeidet med elektiv poliklinikk og dagkirurgi. Det kan også vere aktuelt at skadepoliklinikkelegen dekkar delar av døgnnet/veka, mens legevaktslegen dekkar resten av døgnnet/veka. Til dømes er natta ein perioden der aktiviteten på skadepoliklinikken er minimal, slik at tilleggsarbeidet for legevaktslegen som uansett allereie har legevakt, vil bli ubetydeleg (sjå også nedanfor).

Det kan også vere aktuelt med ei løysning der skadepoliklinikkarbeidet blir tatt hand om av den kommunale legevakta. Det er svært variabelt kor mykje erfaring legane i primærhelsetenesta har med skadebehandling, slik at opplæringsprogram kan bli nødvendig. Det er ein føresetnad at laboratorium og røntgenservice ved sjukehuset er tilgjengeleg for legevaktslegen. Det vil likevel vere avgrensa kva for oppgåver legevaktslegane kan ta over. Alternativa vil då vere enten å sende pasienten til Haugesund eller Voss sjukehus, eller å konferere med kirurg/ortoped i Haugesund, eller å gi pasienten time på poliklinikken ved Odda sjukehus dagen etter når kirurg/ortoped kjem til elektiv poliklinikk/dagkirurgi. Om nødvendig må pasienten få tilbod om ei seng fram til den polikliniske konsultasjonen neste dag.

Tilråding om akuttilbodet ved Odda sjukehus

Sjukehusa i Helse Vest utgjer til saman eit trygt akuttilbod 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 luftambulanse, 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 prehospitale tenestene.

Denne delen av 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 døgntkontinuerleg vakt og elektiv kirurgi, men utan akuttfunksjon 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.

Ein annan del av 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.

Tilråding – avvikling av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Prosjektleiar 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 akutfunksjonar ved sjukehuset. Odda sjukehus skal likevel ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt dagkirurgi og skadepoliklinikk.

Dette blir grunnlagt 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 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 spesialisthelsetestetilbod til befolkninga i Odda-område.

Tilråding – vidareføring av akuttkirurgi

Desse medlemmane støttar denne tilrådinga: Roald Aga Haug, Daniela Brühl, 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, akutfunksjon 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 er eit alternativ ved 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.
- gi eit tap av tryggleik i kommunehelsetenesta og svekke rekruttering av fastlegar. Døgntkontinuerleg 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.
- ikkje kunne erstattast av prehospitale 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.

4.6. Bemanning, rekruttering, kompetanse

Nasjonal helse- og sjukehusplan, Helse 2030 og planar som er vedtekne for utvikling av Stord og Odda sjukehus vil vere førande for Helse Fonna sitt arbeid med eigen utviklingsplan. Det vil her vere vesentleg å styrke arbeidet med å sikre rett og tilstrekkeleg kompetanse for å kunne gi gode og forsvarlege tenester ved alle sjukehusa i føretaket.

Spiss- og breiddekompetanse - og fleksibilitet

For å ivareta behova til dei store pasientgruppene som i framtida skal få tilbod ved Odda sjukehus, treng helsepersonellet både høg spisskompetanse og breidde i kompetansenivået sitt. Nasjonal helse- og sjukehusplan og utgreiingsarbeid som til dømes storbrukaranalysen for Odda sjukehus peiker på at det er særleg viktig å legge til rette for breiddekompetanse.

Den nye ordninga for legespesialisering som trer i kraft i 2017 legg opp til ein spesialitetsstruktur som betre skal vareta behovet for både breiddekompetanse og spisskompetanse. Styrkinga av breiddekompetanse er særleg viktig for å møte utfordringar som mindre og mellomstore sjukehus har, og for å ivareta dei store gruppene pasientar i sjukehusa med fleire og samansette sjukdommar.

Nye arbeidsformer for å understøtte intensjonane i samhandlingsreforma inneber fleksibel bruk av personellressursar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Ved Odda sjukehus er det eit sjukepleiepersonale tilsett ved sjukehuset som driftar både spesialisthelsetenesta sine indremedisinske senger og dei kommunale øyeblikkeleg hjelp sengene. Ein vil vurdere å utvikle dette vidare, til dømes ein samarbeidsmodell for skadepoliklinikk. Det vil då vere trong for systematisk opplæring/kursing av legar og anna helsepersonell frå begge forvaltningsnivåa, til dømes kompetansekurs i høve skadeortopedi tilpassa kommunelegane med fokus på dei vanlegaste skadane/prosedyrane.

Eksempel på tiltak for å oppnå fagutvikling i alle sjukehusa er gjensidige hospiterings- og rotasjonsordningar, og legge til rette for vidareutdanning. Rekruttering og vedlikehald av kompetanse heng saman. Økt bruk av gjensidig hospitering for å få betre kjennskap til kvarandre sine arbeidsoppgåver og utfordringar, kan bidra til betre samhandling mellom sjukehusa.

Ny oppgåvedeling mellom helsepersonell

Oppgåvedeling/ jobbgilding kan vere eit nyttig verkemiddel for å kunne desentralisere fleire tenester til lokalsjukehuset, men også for å veie opp for rekrutteringsproblem og mangel på helsepersonell. Jobbgilding inneber overføring av oppgåver frå ein helseprofesjon til ein annan ved at også kompetansen blir utvikla tilsvarande. Område som er særleg aktuelle for Odda sjukehus er prøvetaking. Rekrutteringsvanskar ved laboratorium for medisinsk biokjemi, gjer at ein bør sjå på moglegheiter innanfor pasientnære analysar og at sjukepleiar utfører prøvetaking.

Rekruttering ved dei minste sjukehusa

Vedtak når det gjeld utvikling av Odda sjukehus vil ha store konsekvensar for korleis ein skal planlegge bemanning. Om sjukehuset framleis skal ha både akutt og elektivt tilbod innan kirurgi og indremedisin, må føretaket arbeide for å rekruttere:

- kirurgar med spesialitet innan gastrokirurgi. Spesialist i gastrokirurgi skal, etter plan for ny spesialistutdanning av legar, ha vaktberande funksjon innan kirurgi. Det vil vere trong for fire til seks spesialistar for å dekkje kirurgiske vaktfunksjonar ved kvart sjukehus. Både å rekruttere og å ha nok elektiv verksemd for fire til seks spesialistar innan gastrokirurgi ved kvart av dei tre somatiske sjukehusa i Helse Fonna vil by på store utfordringar. Gastrokirurgar held oppe si kompetanse og breidde mellom anna ved å operere krefttilstandar. Det er ikkje kreftoperasjonar ved Odda sjukehus og vil ikkje bli det i framtida. Dette vil gjere det vanskelig å rekruttere ferdige gastrokirurgar og sjå til at dei opprettheld kompetansen.
- gastrokirurgar vil ikkje ha kompetanse i ortopedi. Ortopediske inngrep er i dag den vanlegaste årsaken til operasjonar på vakttid. Om ein skal sikre ortopedisk kompetanse i framtida vil det såleis vere naudsynt med eit parallelt vaktlag innan ortopedi på 4-6 overlegar.
- personell som er viktig for å sikre forsvarleg utgreiing og oppfølging av behandling. Radiografar og laboratoriepersonell vil måtte ha eit særskilt fokus. I dag er det til dømes vanskeleg å rekruttere tilstrekkeleg med personell til å sikre godkjent turnus ved laboratorium for medisinsk biokjemi (jf. tidlegare punkt)

Eit element som vil gjere det vanskelegare i framtida å oppretthalde akuttkirurgi ved dei små og mellomstore sjukehus i Noreg, deriblant Odda sjukehus, er at det etter kvart truleg vil bli slutt på generelle kirurgar, i alle fall med dei utdanningsplanane som vi i dag kjenner. Det verkar vanskeleg å skulle drifte eit sjukehus med akuttkirurgisk beredskap utan desse, sjølv om gastroenterologiske kirurgar i framtida vil ta over den vaktbærande funksjonen. På sikt må vi forvente endringar i arbeidsmarknaden, noko som kan bety både moglegheiter og utfordringar i forhold til rekruttering ved dei minste sjukehusa.

Det kan vere vanskelegare å rekruttere faste tilsette kirurgar ved eit sjukehus utan akutt kirurgisk beredskap. Rekruttering av nye kirurgar til utlukkande dagkirurgisk teneste kan vere krevjande. Om ein har akuttkirurgi ved sjukehusa vil dei faste tilsette kirurgane kunne dekke den dagkirurgiske aktiviteten og samtidig sikre eit fungerande vaktsystem med full vurderingskompetanse og begrensa operativ aktivitet. Ei eventuell rotasjonsordning med andre sjukehus kan vere av stor interesse for å auke det lokale tilbodet og for fagleg utvikling av helsepersonell på sjukehusa. Det å kome fram til gode driftsløysingar som ser legebemanning av poliklinikk og dagkirurgi i samanheng vil kunne redusere ambuleringsbelastninga noko.

Tilråding – bemanning, rekruttering, kompetanse

Helse Fonna må delta aktivt i arbeidet med å implementere ny ordning for spesialistutdanning for legar, og i eit langsiktig perspektiv styrke utviklinga av breiddekompetanse, som er særleg viktig for dei mindre sjukehusa. Tiltak for å sikre anna helsepersonell vil også vere viktig.

Det er viktig for den framtidige spesialisthelsetenesta ved Odda sjukehus at det blir lagt til rette for ambuleringsordningar innan dei spesialitetane der befolkninga har eit avgrensa behov for tenester.

Gjensidige hospiterings- og rotasjonsordningar, og å legge til rette for vidareutdanning, er viktige verkemiddel for fagutvikling og betre samhandling mellom sjukehusa i Helse Fonna.

For å utvikle måten å rekruttere på til Odda sjukehus, bør Helse Fonna vidareføra det gode arbeidet som blir gjort lokalt i dag, og i tillegg sjå til eksempel frå andre små sjukehus.

4.7. Stadleg leiing

På bakgrunn av Stortingets behandling av helse- og sjukehusplanen, gav føretaksmøtet 4. mai 2016 føringar for at stadleg leiing skal vere hovudregelen, men at dette ikkje er til hindre for bruk av tverrgåande klinikkar (jf. kap. 2.5.3). Det er ein viss fleksibilitet i å utforme leiarmodellar tilpassa lokale behov.

Ytterpunkta i leiingsmodellar er tverrgåande klinikkar, det vil sei at ein organiserer dei medisinske disiplinane innafor eit helseføretak i felles einingar, og overordna stadleg leiing der ulike avdelingar rapporterer til den stadlege leiaren.

Fordeler og ulemper med dei to reindyrka leiingsmodellane – figur 27:

| | Tverrgåande klinikkorganisering | Organisasjonsstruktur med stadleg leiing |
|-----------|---|--|
| Styrkar | God styring av føretaket | God intern koordinering ved dei ulike lokasjonane og dermed lokal effektivitet |
| | Sikre fagkompetanse/breidde i fagmiljø | Godt arbeidsmiljø ved det enkelte sjukehus |
| | Bidra til eit godt/effektivt samarbeid eksternt | Godt samarbeid med kommune og lokalsamfunn |
| Svakheter | Utfordrande å utøve leiarskap som følgje av geografiske avstandar | Utfordrande å samarbeide mellom sjukehusa i føretaket |
| | Utfordrande i høve til eksternt samarbeid (t.d. kommunane) | Dei administrative linene «kuttar» fagmiljøet i føretaket |
| | Utfordrande i høve til å sikre effektivitet og koordinering ved lokalsjukehuset | Små fagmiljø, og dermed vanskar med å rekruttere og behalde fagfolk |
| | Utfordrande i høve til å sikre eit godt arbeidsmiljø ved lokalsjukehuset | |

Figur 27 Leiingsmodellar – styrkar og svakheter

Ved Odda sjukehus er det element frå begge modellane. Psykisk helsevern, prehospital teneste, radiologi, laboratorium for medisinsk biokjemi og blodbank er klinikkorganisert i heile føretaket. Medisinsk og kirurgisk eining, og «godt start» barseleining er samla under den stadlege leiaren ved Odda sjukehus. Stadleg leiar er seksjonsleiar og rapporterer til klinikkdirektør for medisinsk klinikk.

Organiseringa ved Odda sjukehus speglar såleis organiseringa elles i føretaket, kor somatikken ved dei tre sjukehusa er samla under ein stadleg leiar, medan psykisk helsevern, prehospitale tenester, internservice (bygg, vedlikehald osv.), laboratorie og røntgen er gjennomgåande klinikkorganisert.

Føretaket hadde ei brei evaluering og gjennomgang før noverande organisasjonsform blei avgjort. Tillitsvalde, vernetenesta og styret i Helse Fonna meiner det er mange fordeler med den valte modellen for Odda sjukehus. Helse Fonna blei informert undervegs og deltok i prosessen.

Sjukehuset har eit godt internt samarbeid og arbeidsmiljø. Rapporten frå akuttgruppa understrekar dette ved å skildre korleis medarbeidarane stiller opp ved behov. Odda sjukehus er lite og har eit nært samarbeid med kommunane i opptaksområdet, som stadleg leiar fasiliterer.

Ved å organisere Odda sjukehus i medisinsk klinikk har ein forsøkt å kompensere for moglege svakheiter ved å ha lokal stadleg leiar. Helse Fonna meiner dette er eit godt tiltak for å hindre at dei administrative linjene «kuttar» fagmiljøet i føretaket. I tillegg er det kontaktpunkt mellom kirurgiske fag slik at leiar ved Odda sjukehus (funksjonsleiar) kan delta på leiarmøta i kirurgisk klinikk.

Tilråding – stadleg leiar

Ordninga med stadleg leiar ved Odda sjukehus må vidareførast. Det blir tilrådd at stadleg leiar skal inngå i leiargruppa i helseføretaket. Organiseringa av gjennomgåande klinikkstruktur vidareførast.

4.8. Teknologiske løysingar - digital kommunikasjon

Ta i bruk potencialet i IKT for å knytte sjukehusa saman i nettverk

Helse Fonna må ha fokus på å ta i bruk og utnytte dei IKT moglegheitene som finst for å få til effektivt og trygt samarbeid og nettverksbygging innanfor føretaket.

Blir datakjeldene betre og felles, kan måling, tiltak og læring av kvaliteten på tenestene bli meir effektive. Her ligg òg eit viktig grunnlag for at pasienten kan få meir innsyn, enklare dialog med tenestene og større sjanse til å delta, og for utviklinga av tilpassa velferdsteknologi (strategiarbeidet Helse2030).

I dei regionale IKT-satsingane blir det arbeidd med å betre utveksling av pasientinformasjon mellom helseføretaka og mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette inkluderer å betre prosessen for deling av pasientinformasjon mellom Helse Bergen og Helse Fonna, og gi pasientar som får behandling i begge helseføretaka enklare tilgang til eigne pasientopplysningar, og lette samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Dette arbeidet pågår for fullt i regionen og det er i ferd med å bli enklare å utveksle informasjon om pasienten på tvers av sjukehus og på tvers av føretak:

- Innføring av elektronisk kurve, Meona. Det er planlagt innføring ved Odda sjukehus i 2018. Etter dette vil helsepersonell ha tilgang til pasienten si kurve same kor pasienten er i føretaket. Utvalt helsepersonell vil også ha tilgang til andre føretak i Helse Vest.
- Digitalt media arkiv (DMA) vil gi god tilgang til å studere alle typar bildemateriell på tvers av sjukehusa.

Telemedisinske løysingar som verkemiddel

Bruken av telemedisinske løysingar i pasientbehandlinga kan vidareutviklast og aukast i Helse Fonna. Telemedisin vil vere eit verkemiddel for å kunne tilby meir heilskaplege tenester nærmare der pasienten bur. Det vil også vere eit verkemiddel for å knytte stort og lite sjukehus saman. Aktuelle løysingar å vidareutvikle er til dømes teleslag, teledialyse mm.

Vidare kan telemedisinløysingar vere nyttig i samhandlinga med kommunane og kan tas i bruk t.d. i samband med rettleiing til sjukeheimane i kommunane. Erfaringane frå Helse Førde kan vere nyttige å bygge vidare på.

Det er ofte utfordringar knytt til dei organisatoriske sidene ved innføring av telemedisinske løysingar. For å lykkast er det viktig i samband med implementering å sørge for:

- Forankring og eigarskap blant alle dei involverte partane, ved å vise at bruk av telemedisin gir meirverdi knytt til konkrete oppgåver for alle involverte.
- Bygge opp solide organisatoriske løysingar.
- Etablere driftsstøtte slik at alle involverte kan stole på at den tekniske løysinga til ein kvar tid fungerer.

Tilråding – teknologiske løysingar og digital kommunikasjon

Dei store regionale IKT-satsingane skal mellom anna sikre effektiv og trygg utveksling av pasientinformasjon mellom einingane internt i spesialisthelsetenesta, mellom spesialist- og kommunehelsetenesta og med pasientane. Dette legg grunnlaget for betre samarbeid og nettverk på tvers av einingar. Alle sjukehusa skal bidra aktivt i utviklings- og implementeringsarbeidet knytt til IKT-satsingane. Helse Fonna vidareutviklar bruken av telemedisinske løysingar.

5. Vidare arbeid

Premiss for det vidare arbeidet i Helse Fonna

Alle helseføretak skal utarbeide utviklingsplanar, i tett dialog med kommunane og andre aktuelle aktørar, jf. mellom anna føretaksmøtet 4. mai. Utgreiingane og tilrådingane i dette prosjektet vil vere viktige premiss i Helse Fonna sitt arbeid med utviklingsplan for føretaket.

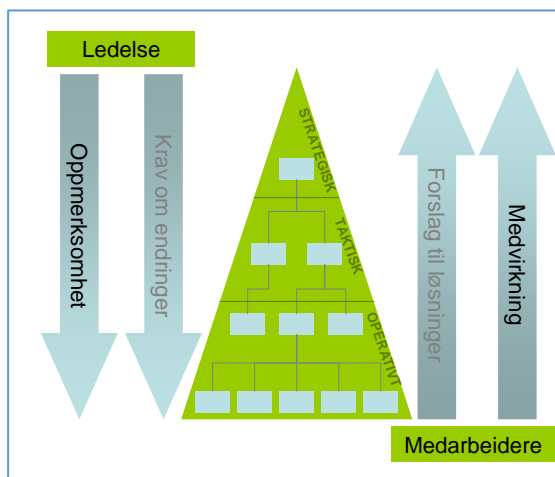
Det blir vesentleg for den vidare utviklinga av Odda sjukehus at det blir lagt stor vekt på å utvikle ein felles kultur - «vi»-haldning - i eit samla Helse Fonna. Sjukehusa i Helse Fonna skal saman sikre eit godt spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga.

Det er også sentralt å vidareutvikle samarbeidet mellom Helse Fonna og kommunane for å sikre det heilskaplege tilbodet til pasientane og den akuttmedisinske kjeda som skal gi befolkninga eit trygt akuttilbod. Tenestene i Helse Fonna må understøtte primærhelsetenesta. Kva for spesialisthelsetenestetilbod som finst i Helse Fonna, må kommuniserast til innbyggerane og fastlegane på ein betre måte enn i dag.

Behovet for endring og omstilling i helsetenestene vil vare ved. Nasjonale utgreiingar og planar har understrekt behovet for å møte den demografiske utviklinga og endringar i sjukdomsmønster og

medisinsk-fagleg utvikling. Utviklinga av tenestetilbodet skal så langt som råd, bygge på eit omfattande faktagrunnlag. Vi må likevel erkjenne at vi i arbeidet vil møte vanskelege avvegingar og dilemma der vi ikkje kan analysere oss fram til eintydige svar på korleis løysingane skal sjå ut.

Behovet for å utvikle og tilpasse tenestene krev medarbeidarar og leiarar som er innstilte på kontinuerlege forbetnings- og endringsprosessar. Vellukka endringsprosessar krev eit godt samspel og god informasjonsflyt mellom medarbeidarar, tillitsvalde og leiing. Samspel er ein nødvendig føresetnad for å lukkast med å vidareutvikle ei berekraftig spesialisthelseteneste for framtida. Medarbeidarar og leiarar på alle nivå må spele på lag. Dette er illustrert i figur 28.



Figur 28 Samspel og forankring av endringsarbeid i leiinga og blant medarbeidarane

Datagrunnlag for analysar av forbruksmønster og pasientgrunnlag

Eit viktig grunnlag for arbeidet i prosjektet har vore forbruksanalyser (vedlegg 3 og kap. 3.3). Gjennom heile prosjektarbeidet har det blitt stilt spørsmål til datagrunnlaget, og vist til at lokalt uttrekk av data gir andre tal.

Analysen har kartlagt behova til befolkninga i Odda-området, uttrykt som forbruk av spesialisthelsetenester, uavhengig av kor tenestene er utført. For å gjere analysar som ivaretar dette befolkningsperspektivet, er det behov for ha ei datakjelde som legg same definisjonar til grunn, uavhengig av tenestestad. Norsk pasientregister (NPR) gjer det. NPR-data er nasjonale tal som mellom anna er grunnlaget for sjukehuset si finansiering, og som blir nytta i nasjonale samanlikningar av spesialisthelsetenesta, mellom anna Samdata.

Data henta ut frå sjukehusa sine eigne system (DIPS, NIMES) kan vere eigna for å gjere analysar av eiga sjukehusdrift. Ved uttrekk av data frå sjukehuset sitt system, er det ei rekke forhold som påverkar korleis uttrekket blir gjort (definisjonar, nivå, filter, organisasjonsoppsett). Dersom ein på ulike plassar vel ulike måtar å gjere uttrekket på, blir resultatene ulike. Sjukehusa sine eigne system er med andre ord ikkje lagt opp til å kunne brukast i analysar som involverer fleire tenestestader. Data henta frå NPR og data henta frå DIPS eller NIMES vil kunne vise ulike resultat. Hovudårsaker til ulikheiter er:

- Ulike definisjonar på omsorgsnivå (døgn, dag/dagkirurgi, poliklinikk): NPR-data nyttar nasjonale definisjonar på omsorgsnivå som er bestemt av Helsedirektoratet, og som ligg til grunn for finansieringssystemet til spesialisthelsetenesta. DIPS kan ha eit anna oppsett på korleis dei ulike omsorgsnivå er definert, og NIMES kan ha ein tredje definisjon på omsorgsnivå. Dette inneber at opphald som er registrert som dagopphald i DIPS eller NIMES kan bli talt opp som døgnbehandling eller poliklinikk i NPR-data. Eit dagkirurgisk inngrep som ikkje er utført på

operasjonsstue med anestesi, gir ikkje DRG-type Kirurgisk. Derfor blir desse kirurgiske inngrepa telt som poliklinikk etter DRG-grupperingen og i NPR-data.

- Ulikt aggregerings-nivå, dvs. om data viser kva som skjer på sjukehusnivå eller avdelingsnivå: I DIPS vil ein unik pasient kunne vere registrert med fleire polikliniske konsultasjonar innan same poliklinikk, og kvar av desse konsultasjonane vil teljast. Data viser mao kva som skjer på den enkelte avdeling/poliklinikk. Medan i NPR vil desse bli slått saman til ein episode for kvar unike pasient, og viser dermed kva som skjer på sjukehuset som ei eining.

Gjennom prosjektperioden har det ikkje lykkast å få klargjort kva for definisjonar som ligg til grunn i uttrekket av data frå DIPS/NIMES. Definisjonane i NPR-data og forbruksanalysen er omtalt i analyserapporten (vedlegg 2).

Sjølv om det er til dels store forskjellar mellom NPR-tal for Odda sjukehus og lokale tal frå DIPS/NIMES, er vurderinga at dette ikkje har innverknad på hovudkonklusjonane i prosjektrapporten. Det er likevel svært uheldig dersom det er diskrepans mellom datakjeldene. Derfor bør Helse Fonna gå gjennom rutinar for registrering av data og registreringspraksis. Ein bør:

- Verifisere Odda sin aktivitet i verksemds rapporten som ligg i styringsportalen, og avstemme med DIPS-rapportar for å avklare om det er slik at Helse Fonna/Odda sjukehus går glipp av store inntekter.
- Verifisere organisasjonsoppsettet i DIPS med RESH struktur (seksjon/fageining og avdeling/tenesteeining).
- Kartlegge registreringspraksis i DIPS med omsyn til avdeling, seksjon og lokalisering.
- Avstemme mot NPR-meldinga for Helse Fonna som er brukt i analyse av storbrukarar.

Erfaringar frå prosjektgjennomføringa

I arbeidet med prosjektet har det vore ulike interesser, til dels sterkt engasjement, og ulike erfaringar og arbeidsform. For eit prosjekt er det konstruktivt og utviklande med ulike innfallsvinklar og problemforståing, men det kan også vere krevjande dersom motsetningane blir store.

I det utvida prosjektmandatet het det at «prosjektet blir utvida til å gjelde heile verksemda ved Odda sjukehus.» Arbeidsgruppa som blei sett ned for å sjå på akutttilbodet for innbyggjarane i området til Odda sjukehus, fekk derfor m.a. i oppgåve å «vurdere ulike modellar for tilbodet, med og utan vidareføring av akutttilbodet i kirurgi ved Odda sjukehus». Fleirtalet i arbeidsgruppa ønska ikkje å utgreie denne oppgåva. Utgreiinga som går fram av prosjektrapporten, har sekretariatet utført basert på analysar og journalgjennomgang gjort for prosjektet.

Arbeidsgruppa hadde i tillegg følgjande oppgåve: «Dimensjoneringa av og innhaldet i akutttilbodet i indremedisin må vurderast på grunnlag av analysar av pasientgrunnlag og forbruksmønster og journalgjennomgang av akuttinnleggingar.» Gruppa har ikkje drøfta problemstillingane. Det har heller ikkje sekretariatet. Dette heng delvis saman med knappe tidsfristar.

Prosjektet har så langt som råd, forsøkt å balansere mellom dei ulike interessene. Ein har søkt å belyse ulike dilemma, vere opne om avvegingar som er gjort og synleggjort dei ulike synspunkta.

6. Vedlegg

1. Prosjektdirektiv
2. Samferdsel og vegdata
3. Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i Odda sjukehus sitt opptaksområde
4. Storbrukarar av spesialisthelsetenester i Odda-området.
5. Prehospitale tenester i Helse Fonna HF og i Odda sjukehusområde
6. Luftambulansetenesta
7. Journalgjennomgang Odda sjukehus, januar-desember 2015
8. Pasientstrøm traumepasientar Odda sjukehus, juli 2013 - juni 2016
9. Rapport frå arbeidsgruppene «Ofte, mykje og nært» og «Samarbeid kommunar og Helse Fonna - somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling»
10. Tilråding frå arbeidsgruppe «Dagkirurgisk tilbod ved Odda sjukehus»
11. Tilråding frå arbeidsgruppe «Akutt tilbod for innbyggjarane i området til Odda sjukehus»