

Fortsatt kirurgisk akuttfunksjon ved
NORDLANDSSYKEHUSET LOFOTEN

Uttalelse fra kommunene i Lofoten og Lofotrådet
18.02.2016



Uttalelse fra kommunene i Lofoten og Lofotrådet til
forslag om nedleggelse av kirurgisk akutfunksjon ved
Nordlandssykehuset Lofoten.

Layout: Kjersti Isdal

Trykk: Kintrykk

Bilde forside: Lofot-Tidende

Utgitt av Lofotrådet februar 2016

Konklusjon/sammendrag

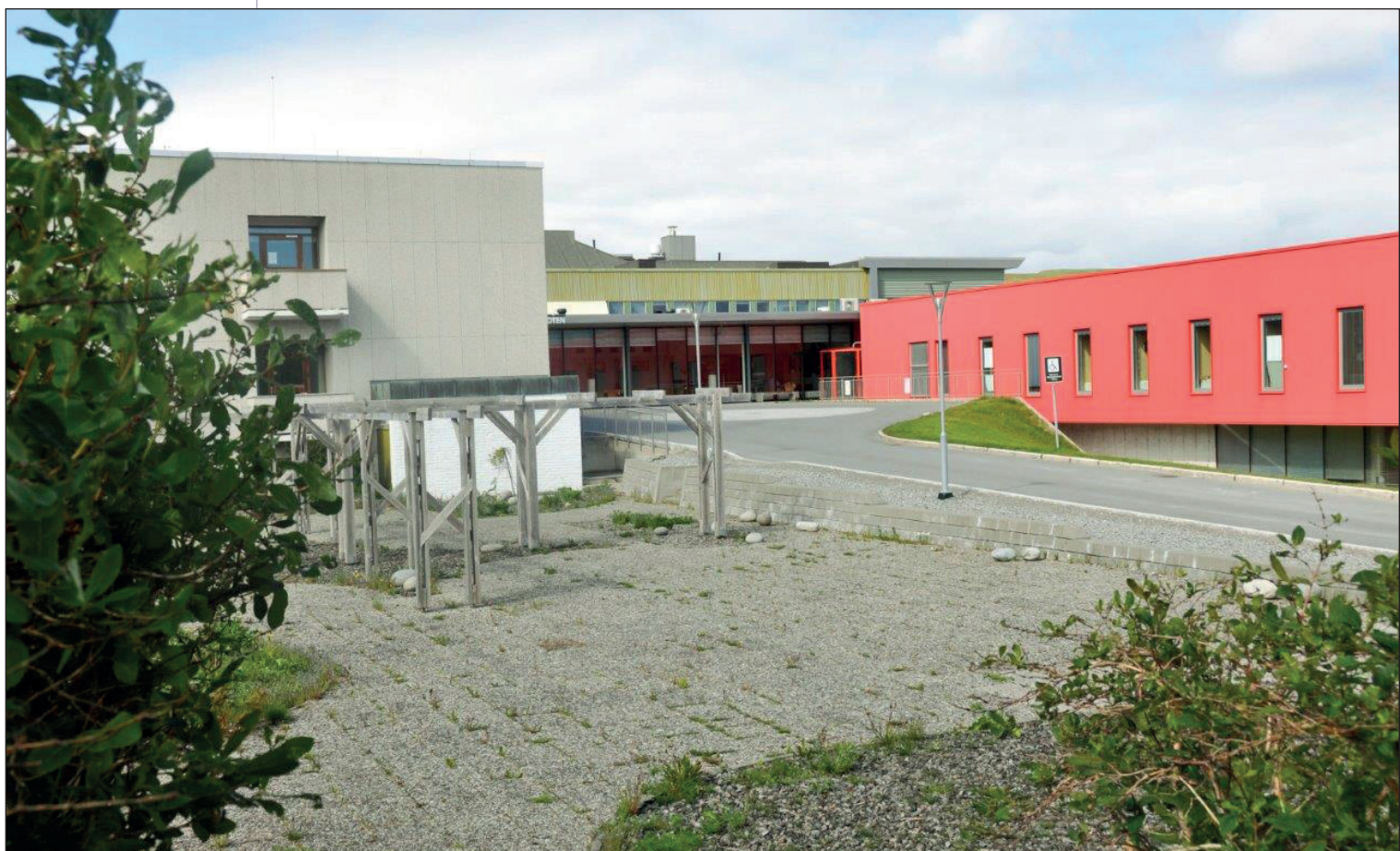
1. Nordlandsykehuset Lofoten er et velfungerende sykehus. Det gir sykehustjenester med høy kvalitet til innbyggerne og tilreisende og bidrar til god beredskap og samfunnssikkerhet i Lofoten. Sykehusets akuttberedskap både i kirurgi og indremedisin er helt avgjørende. Befolkningsvekst, den særlig sterke vekst i eldre aldersgrupper og tilreisende betyr at behovet for sykehustjenester vil øke sterkt i Lofoten i årene framover.

2. I Nasjonal helse- og sykehusplan er foreslått at akuttkirurgisk funksjon i Lofoten skal avvikles fordi befolkningsunderlaget er for lavt. I meldingen forutsettes at sykehus «kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil, båt og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig». Dette gjelder i høyeste grad sykehuset i Lofoten som etter sykehusene i Finnmark ville få lengst reisetid til nærmeste sykehus med akuttberedskap i kirurgi. Regionen kan ha vanskelige værforhold og særlig i vinterhalvåret kan lufttransport og veier være svært utsatte.

3. Sykehuset i Lofoten må under alle omstendigheter ha kirurgisk akuttberedskap for planlagt kirurgisk behandling og nød keisersnitt. Det vil være helt urimelig ikke å sørge for at den også omfatter øyeblikkelig hjelp til pasienter utenfor sykehuset. Kompetanse i kirurgi er også helt nødvendig for å ha god nok vurderingskompetanse for pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp og for å unngå at pasienter unødvendig og med høye transportkostnader sendes til andre sykehus. Den kan også være helt nødvendig for å sikre pasienter som må sendes videre til større sykehus. For utvikling og rekruttering av personell til sykehuset er også akuttkirurgisk beredskap avgjørende. Den er også viktig for utvikling av næringslivet. Fiskeri og turisme i Lofoten har stor nasjonal betydning.

4. Ut fra en samlet vurdering av den betydning akuttkirurgiske funksjoner har for befolkning, næringsliv og sykehus og at det ikke gir lavere kostnader til sykehustjenester, men vesentlig høyere kostnader til syketransport, er det helt uakseptabelt å nedlegge akuttkirurgien ved sykehuset i Lofoten. På lang sikt vil det kunne bety at sykehuset blir avviklet.

*Nordlandssykehuset
Lofoten. Foto: Lise
Fagerbakk, Lofotposten.*



Nordlandssykehuset Lofoten

Gravdal fikk sykehus allerede i 1847. Før den tid var det etablert sykehustjenester i flere større fiskevær i Lofoten, et av de første ble etablert i Svolvær allerede i 1837. Begrunnelsen var i tillegg til befolkningens egne behov, den store betydning Lofoten hadde for Norge gjennom det grunnlag Lofotfiske ga for norsk eksport og for verdiskapning også andre steder i landet. Sykehuset ligger i Gravdal, seks kilometer fra Leknes Lufthavn og betjener befolkningen i de fire fastlandskommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan. Geografisk område strekker seg fra Å i Moskenes, ytterst i Lofoten, til Svolvær (Vågan) i øst.

Sykehuset har akuttberedskap i kirurgi, indremedisin og radiologi og elektiv behandling i kirurgi, indremedisin, gynekologi og fødselshjelp, voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Sykehuset har til sammen 63 sengeplasser. Ved medisinsk avdeling er det 23 senger, kirurgisk 20, fødeenhet 8, dialyseenhet 8 og 4 for overvåking. I 2014 var beleggsprosenten 90 ved medisinsk avdeling og mellom 80 og 90 ved kirurgisk avdeling. Omlag 90 prosent av innleggelsene ved medisinsk avdeling var øyeblikkelig hjelp, mens tilsvarende for kirurgi var 80 prosent.

I henhold til oversikter fra Helse Nord (Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2014. Rapport 2 07.07 2015) var det 244 årsverk på sykehuset i Lofoten i 2013. De samlede kostnader var på 153 millioner kroner.

Sykehuset hadde en aktivitet/ produksjon på 4264 DRG poeng¹. Det gir sykehuset en kostnad per DRG på 35.842 kroner. Lofotsykehuset hadde lavest kostnadsnivå målt på denne måten av de ni lokalsykehusene i Helse Nord i 2013. Kostnader per DRG kan variere noe fra år til år for de mindre sykehusene.

LOFOTSYKEHUSET

- AKUTTBEREDSKAP I KIRURGI, INDREMEDISIN, GYNEKOLOGI, RADIOLOGI OG ELEKTIV BEHANDLING I KIRURGI, INDREMEDISIN, GYNEKOLOGI OG FØDEENHET OG PSYKIATRI
- 63 SENGEPLASSER (MEDISIN 23, KIRURGI 20, FØDE 8, DIALYSE 8 OG OVERVÅKING 4)
- BELEGGSPROSENT 90 PST MEDISIN, 80/90 PROSENT KIRURGI
- SKÅRER GODT PÅ KVALITETSINDIKATORENE FRA NASJONALT KUNNSKAPSENTER
- LAVERE KOSTNADSNIVÅ ENN GJENNOMSNIET FOR SYKEHUSENE I HELSE NORD
- REKRUTTERING FAGFOLK TILFREDSTILLENDE

¹DRG poeng er et mål på aktiviteten ved sykehusene. Det har som intensjon å være et felles og sammenlignbart mål på aktivitet knyttet til pasientopphold, diagnoser og behandlinger.

I henhold til kvalitetsindikatoren «30 dagers overlevelse» fra Kunnskapssenteret for helse-tjenesten skårer sykehuset i Lofoten godt. Stort sett ligger resultatene for sykehuset i Lofoten på gjennomsnittet for sykehusene på landsbasis og for sykehusene i Helse Nord (Notat fra Kunnskapssenteret. Kvalitetsmåling 2015). Lofoten ligger litt over gjennomsnittet for indikatoren totaloverlevelse og hoftebrudd, men litt under for hjerteinfarkt. De norske sykehusene skårer gjennomgående godt og sykehuset i Lofoten avviker ikke fra det bildet. Kunnskapssenteret understreker at indikatorene ikke bør brukes til å rangere sykehus.

Tabell 1 Kvalitetsindikator

(30 dagers overlevelse i norske sykehus. Resultat i prosent 2014.)

	Totaloverlevelse	Hjerteinfarkt	Hjerneslag	Hoftebrudd
Sykehuset i Lofoten	95,6	88,7	87,0	92,0
Helse Nord	95,1	89,4	87,2	90,9
Nasjonal referanseverdi	95,2	89,8	87,3	91,6

(Kilde: Notat fra Kunnskapssenteret. Kvalitetsmåling 2015)

Nordlandssykehuset i Lofoten er et velfungerende sykehus. Det leverer sykehustjenester med høy kvalitet samtidig som kostnadene er under gjennomsnittet for sykehusene i Helse Nord. Det har akuttberedskap i kirurgi og indremedisin og fødeenhet og bidrar til god beredskap og høy samfunnsikkerhet både for innbyggerne, for de mange som har Lofoten som turistdestinasjon og for næringsvirksomheten i Lofoten. Sykehuset har god rekruttering av fagpersonell. Det er imidlertid et savn at sykehuset ikke har en stedlig leder.

Behov for sykehustjenester i Lofoten

I Nasjonal helse- og sykehusplan (Kap. 4) er det vist at behovet for sykehustjenester vil øke sterkt fram mot 2040 både fordi befolkningen forventes å øke, men særlig fordi befolkningen i de eldre aldersgrupper øker svært sterkt. Derfor ligger det an til en kraftig vekst i behovet for sykehustjenester over hele landet. Det betyr at det vil være behov for økning i tilbudet av sykehustjenester i alle deler av landet. Det betyr også at det er behov for den sykehuskapasitet og de sykehus vi har i dag. Dette er ikke noe nytt og ble svært godt dokumentert og konkretisert i rapporten Framskrivning av behovet for sykehustjenester i Norge fra Sintef i 2011 (Østerlund Pettersen, S. Sintef 2011). På landsbasis er anslagene en økning i behovet på 46 prosent fra 2010 til 2030, mens den for Nordland fylke vil øke med 26 prosent.

I tabell 2 er vist forventet befolkningsutvikling for de kommunene som sogner til sykehuset i Lofoten (Vestvågøy, Vågan, Flakstad og Moskenes). Etter framskrivingsalternativet middels vekst øker befolkningen fram til 2040 med 11 prosent, mens ved høy vekst (angitt i parentes) øker den med 29 prosent sammenlignet med 2014. Når det gjelder de eldre, som er de største forbrukere av sykehustjenester, er økningen langt sterkere. Befolkningen over 67 år vil etter middels vekst øke med 58 prosent fram til 2040, mens den etter alternativet sterk vekst øker med 78 prosent.

ØKENDE BEHOV FOR SYKEHUSTJENESTER I LOFOTEN

- BEFOLKNINGEN VOKSER OG ØKER SVÆRT STERKT FOR DE ELDRE ALDERSGRUPPER
- LOFOTEN HAR I TILLEGG MELLOM 800 000 OG 900 000 TURISTDØGN OG DE ØKER STERKT
- ETTER SYKEHUSENE I FINNMARK HAR SYKEHUSET I LOFOTEN LENGST REISETID TIL NÆRMESTE SYKEHUS MED AKUTTKIRURGI
- LUFTRANSPORT KAN VÆRE VÆRUTSATT

Et variert arbeidsliv, rikt kulturliv og storslåtte omgivelser med mulighet til spennende friluftsliv lokker mange til øygruppen. Lofoten har de siste to år vært regionen med nest størst vekst i Nordland.

Lofoten er i internasjonal og nasjonal sammenheng en viktig turistdestinasjon med mange tilreisende turister. Det er i 2015 registrert 406000 overnattinger på hotell og campingplasser (www.statistikknett.no). Økningen i overnattinger siste år var 8,6 prosent. Det ligger derfor an til kraftig økning i årene framover. Tas med tilreisende som ikke registreres i offisiell statistikk – mindre overnattingssteder, bobiler og besøkende som bor privat – anslår Destination Lofoten at det samlede tallet for overnattinger av tilreisende i 2014 var mellom 800000 og 900000. Antall cruisepassasjerer i 2014 var 65000.

Det er derfor behov for tjenestene fra sykehuset i Lofoten, og en kan forvente at dette behovet både fra innbyggerne i Lofoten og tilreisende vil øke kraftig.

Tabell 2: Befolkning og befolkningsutvikling

Befolkning	2014	2040
Befolkning, total	22 896	25 260 (29 278)
Befolkning over 67 år	3 679	5 813 (6 545)

(Kilder: SSB Framskrevet folkemengde 2014-2040)

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) og Lofotsykehuset

I Nasjonal helse - og sykehusplan (2016-2019) er det lagt fram som retningslinje at et sykehus bør ha befolkningsunderlag på mellom 60.000 og 80.000 for å ha akuttfunksjoner både i kirurgi og indremedisin. Skulle dette prinsippet følges fullt ut så ville 19 sykehus, som i dag har disse akuttfunksjonene, miste sin kirurgiske akuttfunksjon. For å opprettholde beredskap og pasient-

trygghet er derfor lagt opp til disse sykehusene «*kan ha akuttkirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil, båt og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig*» (Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonal helse- og sykehusplan i korte trekk).

I scenario 1 Nasjonal helse- og sykehusplan er foreslått at akuttkirurgisk funksjon ved Nordlandsykehuset i Lofoten skal avvikles. I det etterfølgende er vist at Lofoten har klart behov for å beholde den akuttkirurgiske beredskap. Det er etter sykehusene i Finnmark det sykehus som har lengst reisetid til nærmeste sykehus med akuttberedskap i kirurgi. Regionen er værutsatt og kan særlig i vinterhalvåret ha vanskelige forhold både for vei- og lufttransport. Nedleggning vil ikke redusere, men øke kostnadene til sykehustjenestene for befolkningen i Lofoten. Det vil redusere sikkerhet og kvalitet på sykehustjenestene og svekke utviklingsmulighetene for Lofoten.

Reisetid, avstander og transportutfordringer til nærmeste sykehus med kirurgiske akutfunksjoner

I Nasjonal helse - og sykehusplan er det ikke presentert oversikter over reiseavstander og transportutfordringer for sykehusene med befolkningsunderlag under 60.000. Det er bemerkverdig siden planen, som nevnt, forutsetter at slike sykehus «*kan ha akuttberedskap i kirurgi hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehusene, bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig*». Det er selvsagt vanskelig å lage enkle oversikter over slike forhold, men reisetid og avstander mellom sykehusene er en viktig indikator for avstandsutfordringene.

I tabell 3 er gitt en oversikt over sykehus med befolkningsunderlag lavere enn 60000 og avstand til nærmeste sykehus med akuttberedskap i kirurgi. Dersom sykehuset i Lofoten mister sin vil

*Reisetid, avstander og transportutfordringer er en viktig indikator for avstandsutfordringene.
Foto: Lofot-Tidende.*



det bli sykehuset med lengst avstand til nærmeste sykehus med slik akuttberedskap. En rekke sykehus med befolkningsunderlag under 60.000 innbyggere og vesentlig kortere avstand til nærmeste sykehus med akuttberedskap i kirurgi beholder den. Det gjelder sykehuset på Tynset, Stokmarknes, Harstad, Namsos og Voss. Det gjelder også Mo i Rana, Sandnessjøen, Kongsvinger, Odda, Elverum og Kongsberg. For de sistnevnte sykehus er det imidlertid andre forhold; særlig utredninger om sammenslåing, som vil være avgjørende for framtidig status. Vi mener ikke at disse sykehusene skal miste sin akuttberedskap i kirurgi; tvert imot. Men dette tilsier at ut fra objektive kriterier burde også sykehuset i Lofoten beholde sine akuttfunksjoner i kirurgi.

Denne konklusjonen styrkes fordi sykehuset i Lofoten ligger i et svært værutsatt område og med klimaforhold som til tider gjør lufttransport komplisert og vanskelig. Det gjelder særlig i perioden fra oktober/november til februar. Da er regulariteten for helikoptertransport lav. Med ambulansefly er reisetiden fra sykehuset i Gravdal til Bodø minimum en time (Inkludert transport med ambulansetil og fra flyplassene). Normal reisetid med bil fra sykehuset i Gravdal til nærmest sykehus på Stokmarknes er over tre timer. Strekninger med dårlige veiforhold særlig om vinteren og stor trafikk om sommeren kan øke kjøretiden. Med ferge kan reisetiden med bil fra sykehuset i Gravdal til Stokmarknes reduseres til to timer. En er imidlertid da avhengig av at det ikke er ventetid i forbindelse med fergen og at den går.

Tabell 3: Sykehus med befolkningsunderlag under 60 000

Avstand med bil og reisetid nærmeste sykehus med akuttberedskap.

Sykehus	Befolkningsunderlag	Avstand km	Reisetid bil	Ferge avhengighet
Kirkenes	28 000	481	Over 6 t	
Hammerfest	47 000	481	Over 6 t	
Lofoten	24 000	216	Over 3t	
Tynset	18 000	178	2t – 3t	
Stokmarknes	30 000	152	2t	
Harstad	35 000	117	1t - 2 t	
Narvik	29 000	117	1t - 2 t	
Namsos	40 000	115	1t - 2 t	
Volda	42 000	68	1t - 2 t	Ferge
Mo i Rana	34 000	109	1t - 2 t	
Sandnessjøen	27 000	109	1t - 2 t	
Flekkefjord	40 000	107	1t - 2 t	
Lærdal	20 000	105	1t - 2 t	
Voss	30 000	102	Over 1t	
Kongsvinger	42 000	93	Over 1t	
Odda	12 000	91	1t – 2t	
Mosjøen	16 000	87	1t – 2t	
Nordfjord	25 000	73	1t	
Kristiansund	49 000	72	1t	
Stord	49 000	56	1t	
Elverum	51 000	39	Under 1t	
Kongsberg	50 000	39	Under 1t	

Det har også vært ideer om en permanent ambulansébåt i Hadsselfjorden. Dette vil være en løsning som også er svært værutsatt i vinterhalvåret, og den vil påføre pasientene betydelig merbelastning ved overføring mellom landtransport og båt. Det er usikkert om ambulansébåt kan redusere reisetiden i forhold til biltransport, og sannsynligvis kan løsningen bli mere kostnadskrevenne enn å opprettholde kirurgisk vaktberedskap for øyeblikkelig hjelp ved sykehuset.

Det er ikke tvil om at Lofoten er mer værutsatt ved syketransport enn Tynset, Voss og Namsos som alle er sykehus som beholder kirurgisk akuttfunksjon. Reisetiden til alternativt sykehus med kirurgisk akuttberedskap er for sykehuset i Lofoten vesentlig lengre. Konklusjonen er derfor at det ikke er sammenheng i måten avstandsullempe er tatt hensyn til for de enkelte sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Interessant er også begrunnelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan for at akuttfunksjonen i kirurgi skal opprettholdes ved Voss sykehus. Den er at sykehuset i Voss er tilført elektiv behandling (mage og tarm) fra Helse Vest. Lignende løsning burde også være aktuell og vurderes for de andre sykehusene som har mistet eller er foreslått å miste sin kirurgiske akuttberedskap. Da kunne sykehusene i større grad lokaliseres ut fra beredskapsmessige hensyn med akuttfunksjoner i kirurgi og indremedisin og tilføres elektiv behandling for å oppnå god utnyttelse av sykehuskapasiteten.

Hva slags kirurgisk akuttfunksjon må Nordlandsykehuset Lofoten ha?

I Stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan er innholdet i akuttfunksjonene og i særlig grad innholdet i kirurgisk akuttfunksjon drøftet under pkt. 12.6 Et differensiert akutttilbud. Det synes som om hovedkonklusjonen er basert på at akuttkirurgisk beredskap minimum vil kreve 16 spesialister for å dekke vaktene (Nasjonal helse- og sykehusplan s. 99). Det sier seg selv at med så omfattende beredskap vil det ikke være mulig å opprettholde kirurgisk akuttberedskap ved svært mange av sykehusene våre. Det er grunn til å spørre om alle sykehus, som skal ha akuttkirurgi, virkelig skal ha så omfattende beredskap. Gjelder det Tynset sykehus med befolkningsunderlag på 18000? Hva med sykehuset på Stokmarknes, Voss og i Kirkenes, hvor også befolkningsunderlaget er lavt?

Det er åpenbart ulike faglige vurderinger av hvordan omfanget av akuttkirurgi bør være. For de mindre sykehusene vil det være spørsmål om hvilken kirurgisk akuttberedskap som skal utvikles. Sykehuslegene ved Volda sykehus har beskrevet sin måte å organisere akuttkirurgiske beredskap. Den er langt fra så ressurskrevende som opplegget i Stortingsmeldingen. I stedet for å sette ett ideelt krav til omfanget av akuttkirurgi slik det er lagt opp til i Stortingsmeldingen, bør det utformes krav som også er mulig å oppfylle på mindre sykehus. Det vil vel under alle omstendigheter være nødvendig om Helseministerens skal kunne holde sine løfter om akuttberedskap i kirurgi ved sykehus som Tynset, Stokmarknes, Voss og Kirkenes. Det vesentlige for sykehuset i Lofoten er at den akuttkirurgiske beredskap slik den er i dag kan opprettholdes og utvikles i forhold til naturlige medisinske faglige krav. Det vises i den forbindelse til uttalelse fra Legeforeningen.

I Nasjonal helse- og sykehusplan synes begrunnelsen for å nedlegge kirurgisk akuttberedskap ved de mindre sykehusene å være at det foregår relativt få akuttkirurgiske inngrep som øye-

blikkelig hjelp på kveld og natt. Det påstås at blir for dyrt og gir for liten erfaring og praksis for akuttkirurgene ved disse sykehusene. Dette er en for snever måte å se akuttkirurgi oppgaver på. Akuttkirurgiske beredskap er nødvendig:

- For å sikre befolkningen øyeblikkelig hjelp slik at de når frem til spesialist i live og være i stand til motta nødvendig oppfølging og uten unødige følgeskader som følge av forsinket øyeblikkelig hjelp.
- For å diagnostisere pasienter. Uten kirurgisk vurderingskompetanse vil en måtte sende pasienter videre til sykehus med kirurgisk akuttberedskap for å få avklart om det er behov for slik behandling. Det fører til økt risiko for større helseskader, økte transport- og reisekostnader og økte behandlingskostnader ved andre sykehus.
- For komplikasjoner som kan oppstå ved planlagt kirurgisk behandling og for fødeenhet med beredskap for nød-keisersnitt.
- Det er lagt opp til at pasienter tilbakeføres til sin kommune så raskt som mulig. Med 24.000 innbyggere innenfor en times normatransport fra sykehuset vil behovet for vurderingskompetanse være høyt dersom det oppstår komplikasjoner.

Nasjonal helse - og sykehusplan forutsetter at sykehuset i Lofoten skal opprettholdes med akuttfunksjon i indremedisin, elektiv behandling, poliklinisk behandling og fødeenhet med mulighet til nød-keisersnitt. Helse Nord har vedtatt blant annet på bakgrunn av reisetid og værforhold at det skal være beredskap for nød- keisersnitt. Dette betyr at sykehuset i Lofoten under alle omstendigheter må ha en beredskap i akuttkirurgi. Faglige vurderinger er derfor at sykehuset i Lofoten fortsatt må ha akuttberedskap i kirurgi. Vanligvis har de mindre sykehusene hjemmevaktordninger som honoreres med betaling for hver fjerde time. Dermed er lønnskostnadene ved denne beredskap være relativt beskjeden. Det vil være merkelig ikke å bruke denne kirurgiske beredskap til å opprettholde akuttberedskap i øyeblikkelig hjelp også for pasienter som ikke allerede er innlagt i sykehuset.

AKUTTKIRURGIENS OPPGAVER

- **SIKRE BEFOLKNINGEN ØYEBLICKELIG HJELP.**
- **DIAGNOSTISERE PASIENTER. KIRURGISK VURDERINGS-**
KOMPETANSE NØDVENDIG FOR Å UNNGÅ AT PASIENTER UNØD-
VENDIG SENDES TIL ANDRE SYKEHUS FOR Å BLI VURDERT.
- **NØDVENDIG FOR Å SIKRE PASIENTER SOM MÅ SENDES VIDERE TIL**
STØRRE SYKEHUS.
- **KIRURGISK BEREDSKAP FOR PLANLAGT KIRURGISK BEHANDLING**
OG FOR FØDEENHET MED BEREDSKAP FOR NØD-KEISERSNITT

Kirurgene ved de mindre sykehusene får kirurgisk praksis ikke bare gjennom akuttberedskapen, men også gjennom elektiv behandling. Kombinasjonen av kirurgi ved øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling er avgjørende for den praksis legene får og dermed også for hvor attraktivt et sykehus er for fagpersonale, for opplæring og for på lang sikt å opprettholde sykehuset. Legeforeningen uttaler i sitt høringsnotat til Nasjonal helse- og sykehusplan at:

«Sykehus som mister akuttkirurgi vil samtidig få et svakere, samlet utdanningstilbud. Legeforeningen mener derfor de foreslåtte tiltakene i meldingen kan svekke rekrutteringen til akutt-sykehusene. Fagmiljøene på sykehusene kan forvitre. Tar man bort akuttkirurgien, forvitrer også anestesiene og deretter indremedisinen. Konsekvensen kan bli annenrangs sykehus.»

Videre skrives:

«Å beholde akuttkirurgi betyr å beholde et bærekraftig og flerfaglig miljø. Det vil være mindre attraktivt å jobbe i reduserte fagmiljøer hvor akuttkirurgien er fjernet, spesielt for anestesileger og kirurger som bare skal drive elektiv virksomhet. Turnus- og LIS-stillinger vil dermed også bli kraftig redusert.» (Uttalelse fra legeforeningen i forbindelse med høring i Stortingets helse- og omsorgskomite. 18.januar.2016)

Lokalsykehusenes oppgaver i en samlet behandlingsskjede

I rapporten «Lokalsykehusenes funksjoner i en samlet behandlingsskjede» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007/Erikstein med flere 2007) ble arbeidsdelingen mellom sykehus og lokalsykehusenes funksjoner grundig utredet og analysert. En konklusjon fra deres analyser er at opp til 70 prosent av øyeblikkelig hjelp innleggelser på relativt små lokalsykehus kan ferdigbehandles på lokalsykehuset². Det er imidlertid avhengig av hvilke funksjoner og kompetanse sykehuset har. Ifølge rapporten om lokalsykehusene er mellom 60 og 70 prosent av innleggelserne i lokalsykehusene akutte. Mellom 55 og 64 prosent av akutte innleggelser gjaldt indremedisin, mens ca. 30 prosent gjaldt kirurgiske eller ortopediske pasienter (Erikstein med flere 2007 s105).

Dersom disse tallene er representative for Lofotsykehuset ville det bety at å utvikle kirurgisk akutfunksjon vil redusere andelen av pasienter, som kan ferdigbehandles på sykehuset, opp mot 20 prosent. Den økonomiske innsparing av at kirurgisk akutfunksjon utvikles er svært beskjeden. De faglige eksperter ved sykehuset i Lofoten mener at det ikke vil være noen særlige innsparinger fordi tilsvarende kirurgisk akuttberedskap må beholdes for å gjennomføre forsvarlig beredskap knyttet til planlagt kirurgisk behandling og fødeenheten.

² «Alt i alt viser dataene at ca. 50–70 prosent av alle øyeblikkelig hjelp-pasienter kan behandles ferdig på lokalsykehus (80–85 prosent av 65–80 prosent). Det tilsier at en stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter ikke har behov for et høyt spesialisert tilbud. Hva som er den faglig sett riktige andelen er ikke mulig å si. Lokale forhold påvirker ikke bare pasientenes valg, men også hva som er optimale behandlingsskjeder. Også tilpasninger i lokalsykehusforetakts tilbud, for eksempel med utgangspunkt i en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse, vil kunne redusere andelen som velger, eller som bør/må, reise forbi.»

Generelt om kvalitet og kostnader på store og små sykehus

I kapittel 11 i Stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan drøftes kvalitet og pasientsikkerhet. Der er det ikke dokumentasjon som viser at kvaliteten ved sykehusene varierer med sykehusstørrelse for de diagnoser som behandles på både store og små sykehus. På de fleste indikatorer for kvalitet skårer både store og små sykehus høyt. Store og små sykehus kan også skåre svakere. Gjennomgående skårer norske sykehus høyt på kvalitetsindikatorerne.

De viktigste analysene av sykehuskvalitet utarbeides av Kunnskapssenteret for helsetjenesten³. Deres viktigste analyse er, som nevnt, 30 dagers overlevelse for diagnosene hjerneslag, hjerteinfarkt og hoftebrudd samt totaloverlevelse. Når en undersøker om det er sammenheng mellom sykehusstørrelse målt ved sengetall og kvalitetsindikatorerne er det ingen signifikant samvariasjon mellom sykehusstørrelse og indikatorerne for overlevelse. Dette er en indikasjon på at det er andre faktorer enn størrelse som er avgjørende for kvaliteten ved sykehusbehandlingen. Dette understøttes også av andre analyser. Når det gjelder målinger av pasienttrivsel for barselomsorg er det en viss tendens til at trivselen er høyest ved de mindre sykehusene (Jensen 2014; s. 78-100).

Spørsmålet er så om det er større eller mindre kostnader ved sykehusbehandling på sykehusene etter størrelse. Den enkleste måten å måle slike forskjeller på er å se på kostnadene per DRG poeng ved store og små sykehus. I Stortingsmeldingen Nasjonal helse – og sykehusplan er det ikke lagt fram slik dokumentasjon. Det burde foreligge slik dokumentasjon i helseforetakene og regionhelseforetakene. Det foreligger slik dokumentasjon på helseforetaksnivå. Disse tallene viser at helseforetak med mange og relativt små sykehus ikke har høyere kostnader enn helseforetak med få og store sykehus (Jensen 2014; s. 100).

Samlet vurdering av nytte og kostnader ved å avvikle kirurgisk akutfunksjon ved sykehuset i Lofoten

Det er en instruks for staten om hvordan viktige nye tiltak og reformer skal utredes.⁴ En må kunne anta at nedlegging av sykehus og akuttkirurgisk funksjon ved 5 sykehus er store og viktige tiltak. I instruksjonen er det angitt at det skal foretas en utredning av tiltakets konsekvenser og hva en slik utredning skal inneholde. Innledningsvis i malen for konsekvensutredning uttales følgende:

«Hver sak skal inneholde en konsekvensutredning som skal bestå av analyse og vurdering av antatte vesentlige konsekvenser av den beslutning som foreslås truffet. Konsekvensutredningene skal omfatte konsekvensene for statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og for private, herunder næringsvirksomhet og enkeltpersoner. Konsekvensene skal tallfestes så langt dette er mulig. Den samlede effekt av pålagte tiltak, oppgaver og lignende for dem som blir omfattet av forslagene skal omtales.»

³ 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus i 2010 og 2011. og Kvalitetsindikatoren 30-dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – resultater for året 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

⁴ Forbruker og administrasjonsdepartementet: Utredningsinstruksjonen med veileder i utredningsarbeid. FAD 2005.

KONSEKVENSER AVVIKLING AKUTTKIRURGI

- REDUSERE SIKKERHET OG BEREDSKAP FOR INNBYGGERE OG TILREISENDE TIL LOFOTEN
- ØKTE KOSTNADER TIL SYKEHUSTJENESTER FOR INNBYGGERE TILREISENDE I LOFOTEN:
 - MÅ FORTSATT HA KIRURGISK BEREDSKAP KNYTTET TIL PLANLAGT KIRURGISK BEHANDLING, FØDEENHET OG VURDERINGSKOMPETANSE
 - VESENTLIG ØKTE KOSTNADER SYKETRANSPORT OG PÅRØRENDEREISER
- SVEKKER KOMPETANSE OG ATTRAKTIVITET FOR NÆRINGSLIV I LOFOTEN
- PÅ LENGRE SIKT SVEKKES GRUNNLAGET FOR SYKEHUS I LOFOTEN

*Avvikling av akuttkirurgi vil redusere sikkerhet og beredskap for innbyggere og tilreisende til Lofoten.
Foto: Lofot-Tidende.*

Det er åpenbart at en slik utredning skulle vært gjort i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 og da helst som en samfunnsøkonomisk analyse. Den innebærer at fordeler og ulemper ved nye tiltak skal vurderes og så langt som mulig vurderes i kostnader og nyttevirknings. I boksen er angitt elementene i en slik analyse for avvikling av akuttfunksjoner i kirurgi. Det er ikke mulig her å lage en fullstendig analyse, men i det etterfølgende er fordeler og ulemper drøftet nærmere.



Fordeler og ulemper

Direkte kostnader lofotsykehuset

Det er behov for akuttkirurgisk beredskap knyttet til planlagt behandling og fødeenheten; herunder nød keisersnitt. Spørsmål er om denne beredskapen kan opprettholdes med mindre ressurser enn dagens kombinerte akuttkirurgiske beredskap som omfatter både beredskap i forbindelse med øyeblikkelig hjelp for pasienter på sykehuset og pasienter som innlegges som øyeblikkelig utenfra sykehuset. Konklusjonen fra det faglige miljø ved sykehuset er at kravet til ressursbruk er det samme. Følgelig kan en ikke forvente redusert ressursbruk i forhold til dagens nivå.

Fordeler og ulemper ved nedlegging av kirurgisk akuttfunksjon:

FORDELER	ULEMPER
REDUSERTE KOSTNADER AKUTTKIRURG I SYKEHUS HVOR AKUTTKIRURGI NEDLEGGES	ØKTE KOSTNADER AKUTTKIRURGI PÅ STØRRE SYKEHUS SOM FÅR FLERE PASIENTER
ØKT BEHANDLINGSKVALITET OG PASIENTSIKKERHET	ØKT FARE FOR KOMPLIKASJONER, ETTERSKADER OG INVALIDITET DERSOM REAKSJONSTIDEN BLIR FOR HØY
	ØKTE TRANSPORTKOSTNADER PASIENTER OG PÅRØRENDE
	ØKT FARE FOR SAMTIDSKONFLIKT I TRANSPORTKJEDEN
	REDUSERT PASIENTSIKKERHET OG BEREDSKAP
	SVEKKET BEREDSKAP OG PASIENTSIKKERHET PLANLAGT KIRURGI OG POLIKLINISK BEHANDLING
	SVEKKET BEREDSKAP OG PASIENTSIKKERHET FØDEENHETER
	SVEKKET GRUNNLAG FOR LOKAL OG REGIONAL NÆRINGSUTVIKLING OG KOMPETANSE

Spørsmålet er så om det er behov for å øke ressursinnsatsen for å oppfylle disse funksjoner i fremtiden. Dette vil være avhengig av de minimumskrav som vil bli stilt til slik beredskap. En må kunne anta at det i tilfelle også vil gjelde beredskapen knyttet til planlagt kirurgisk behandling og fødeenhet. Konklusjonen er derfor at det ikke er grunn til å forvente redusert ressursbruk eller kostnader om kirurgisk akuttberedskap som øyeblikkelig hjelp blir avviklet (jf. s.8/9).

Behandlingskvalitet og pasientsikkerhet

Siden det ikke er dokumentasjon som viser at behandlingskvalitet og sikkerhet er høyere på de små sykehusene enn for de store når det gjelder diagnoser som behandles både på store og små sykehus, er det ikke grunnlag for å forvente høyere behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Det gjelder i særlig grad Lofotsykehuset som skårer godt på kvalitetsindikatorerne for sykehusbehandling (jf. s. 3-4 og 2 og s. 11- 12). Siden avvikling av akuttkirurgisk beredskap vil innebære at slike pasienter får mange timers lenger reisetid og at de i mindre grad kan sikres ved transporten er det grunn til å forvente at pasientsikkerhet og samlet behandlingskvalitet svekkes.

Økte kostnader akuttkirurgi på større sykehus som får flere pasienter

Dette vil i noen grad avhenge av om det er ledig kapasitet i det sykehuset som mottar pasienter som kommer fra sykehuset i Lofoten. Det vil i hovedsak gjelde sykehusene i Stokmarknes og Bodø. Dette kan det ikke sies noe helt sikkert om. Men kostnadene eller ressursbruken vil ikke under noen omstendighet synke og den kan forvente å øke. Dette vil også kunne avhenge av om behandlende lege vil foretrekke Stokmarknes, UNN eller Bodø ved alvorlige diagnoser.

Økte transportkostnader pasienter og pårørende

Pasienter i forbindelse med behov for diagnose av kirurg eller som kunne vært behandlet av kirurg ved sykehuset i Lofoten vil måtte sendes til Stokmarknes sykehus eller sykehuset i Bodø. Kostnadene vil avhenge av om pasienten kan sendes med bil eller om det er behov for lufttransport og hvor mange pasienter det gjelder. Gjennomsnittlig kan det dreie seg om ca. 20 prosent av innleggelsene på et lokalsykehus og ca. 30 prosent av øyeblikkelig hjelp innleggelsene. I tillegg kommer pasienter som må sendes videre for å få avklart diagnose. Dette vil derfor dreie seg om betydelig økte kostnader.

De samlede driftskostnader til ambulansetransport i Norge var 5,3 milliarder kroner i 2014 (NOU 2015:17. Først og fremst s. 141). Økning av de samlede driftskostnader til ambulansetransport med en prosent vil dermed utgjøre 53 millioner kroner per år. Det er nødvendig med grundige anslag for å finne ut hvilke merkostnader en får til ambulansetransport om den akuttkirurgiske beredskap nedlegges ved de fem sykehus dette er foreslått. At det for de enkelte sykehus og for disse sykehusene sett under ett vil dreie seg om betydelige beløp er hevet over tvil. Vi har ikke hatt anledning til å gjøre slike anslag for sykehuset i Lofoten. Det er høyst kritikkverdig at slike beregninger ikke er lagt fram i Nasjonal helse- og sykehusplan. Faktisk mangler drøfting og analyser av denne problematikken i meldingen.

I tillegg til pasienttransport kommer reiseutgifter og tapt arbeidstjeneste i forbindelse med økt reisetid for pårørende. Disse skal også tas med i en samfunnsøkonomisk analyse. Det er grunn til å tro at også slike kostnader er betydelige.

Økt fare for komplikasjoner, etterskader og invaliditet dersom reaksjonstiden blir for lang

Det er heller ikke mulig å beregne følgeskader dersom pasienten når frem til akuttkirurgisk kompetanse senere enn ved dagens tilbud. Med en så stor befolkningskonsentrasjon rundt ett velfungerende sykehus kan dette forventes å bli et betydelig beløp over tid. I utredningen om et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus refereres til en sveitsisk forskergruppe som har beregnet de totale samfunnskostnader ved alvorlig traume (NOU 2015:17 Først og fremst. s 151). Det avgjørende for kostnadene var om pasienten

endte opp som ufør eller kom tilbake til jobb. De konkluderte med at den store posten produktivitetstap er en undervurdert samfunnskostnad, og ut fra kost-nytte - betraktning burde det investeres mere i forebyggendetiltak og god skadebehandling prehospitalt og i sykehus.

Redusert pasientsikkerhet og beredskap akutfunksjon

Det er ikke mulig å kvantifisere dette. Hovedårsaken til at folk protesterer, går i demonstrasjonstog, gir pengebeløp og på andre måter støtter opp under sine lokale sykehus, er at den sikkerhet og trygghet sykehuset gir betyr mye for befolkningen. De føler åpenbart at den reduseres vesentlig dersom akuttkirurgisk beredskap avvikles. Det er sannsynligvis også et utslag av at befolkningen kjenner til tilfeller der akuttberedskapen har berget liv. Man har egne opplevelser av hva klima og veistandard har å si for landtransport og hvor usikker flyforbindelsen kan være.

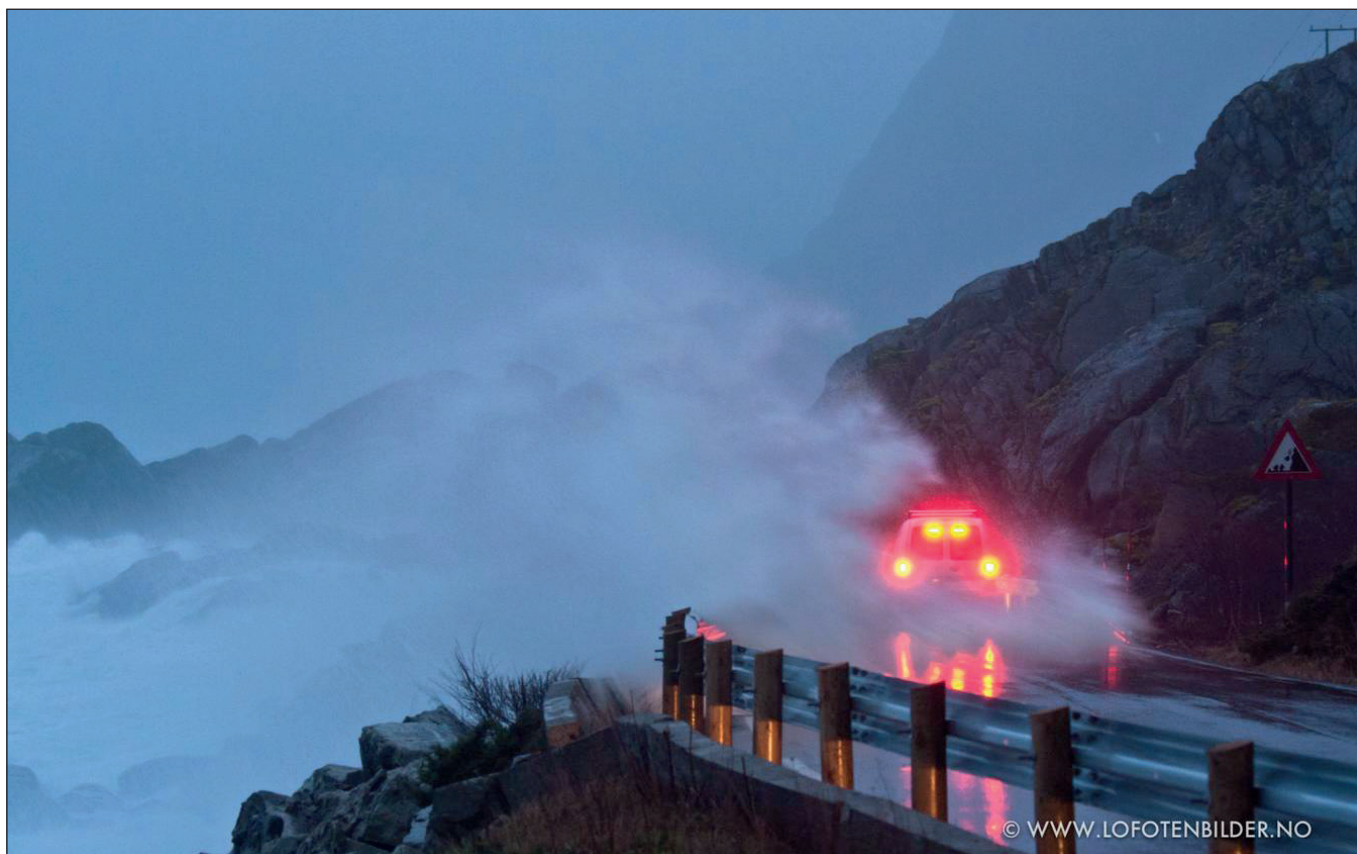
Svekket beredskap og pasientsikkerhet planlagt kirurgi og poliklinisk behandling og fødeenheter

Vår analyse er basert på at slik beredskap blir opprettholdt ved at akuttkirurgisk beredskap knyttet til pasienter som får planlagt kirurgisk behandling ved sykehuset opprettholdes. Dette vil derfor ikke være noen ulempe.

Svekket grunnlag for lokal og regional næringsutvikling og kompetanse

I utgangspunktet er det befolkningen i kommunene i Lofoten som bruker Nordlandssykehuset Lofoten. Lofoten er en av landets viktigste fiskeriregioner og åstedet for verdens største sesongfiskerier med et stort antall fiskere utenfra. Lofoten er også en av landets viktigste turistdestinasjoner. Vestvågøy kommune er Nordlands nest største jordbrukskommune. Vi vet at dette er næringer hvor skader, som krever kirurgisk behandling, er stor. Vågan kommune er en av de største verftskommunene i Nord-Norge. Lofoten har mange næringsutøvere innenfor

Klima, veistandard, og usikre flyforbindelser har stor innvirkning på pasienttransport i Lofoten. Foto: Eric Fokke, www.lofotensbilder.no



yrker med stor risiko for skader. Regionen tiltrekker seg også et stadig større antall besøkende som er fasinert av naturen og opplevelser knyttet til fjell og hav. Regionen har viktige næringer for framtidig verdiskapning og ikke minst for eksportinntekter til landet. De har et betydelig vekstpotensiale, og gir i tillegg grunnlag vekst i verdiskapning i fiskeri og turisme i andre deler av landet.

Nedlegging av kirurgisk akuttberedskap ved sykehuset i Lofoten vil gjøre det mindre attraktivt å etablere og utvide næringsvirksomhet i Lofoten. Det vil svekke grunnlaget for vekst og utvikling i Lofoten og Nordland.

Konklusjon

Oppsummert betyr dette:

- Det er ikke grunn til å forvente at avvikling av akuttfunksjoner i kirurgi på Nordlandssykehuset i Lofoten vil gi lavere kostnader til sykehustjenester for innbyggere og tilreisende i Lofoten.
- Det er ikke grunn til å forvente at det gir høyere kvalitet på sykehustjenestene for innbyggere og de mange tilreisende til Lofoten. Den vil svekkes.
- Det vil medføre betydelig økte kostnader til pasienttransport og pårørende reiser. Det er kritikkverdig at anslag på slike kostnader ikke foreligger før en foreslår så drastiske tiltak som å avvikle kirurgisk akuttberedskap ved sykehuset i Lofoten.
- Det vil svekke beredskap, pasientsikkerhet og pasienttrygghet for de innbyggere som sogner til sykehuset i Lofoten og som mister akuttfunksjoner i kirurgi.
- Det vil svekke samfunnsutvikling og kompetanse og grunnlaget for næringsvirksomhet i Lofoten og næringsvirksomhet i fiskeri og turisme som er viktig ikke bare for Lofoten, men også for andre deler av landet.

Litteraturliste

- Erikstein, B. m flere (2007) Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Helse - og omsorgsdepartementet.
- Helgeland, J., Kristoffersen, D. T., Hassani, S., Lindman, A. S., Dimoski, T. & Rygh, L. H. 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus i 2010 og 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Helse – og omsorgsdepartementet (2015). Nasjonalhelse- og sykehusplan (2016-2019) Meld. St. 11 (2015-2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Nasjonal helse- og sykehusplan i korte trekk.
- Helse Nord (2015). Sammenligning av kostnader i lokalsykehusene i Helse Nord 2014. Rapport 2 07.07 2015.
- Jensen, Bjarne (2014). Helsereformer på feil premisser. Sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske senter. KIL/bjarne.jensen@hihm.no.
- Legeforeningen (2016). Uttalelse fra legeforeningen i forbindelse med høring i Stortingets helse- og omsorgskomite. 18.januar 2016.
- Moderniseringsdepartementet (2005) Utredningsinstruksen med veileder i utredningsarbeid Oslo: Moderniseringsdepartementet.
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). Notat fra Kunnskapssenteret. Kvalitetsmåling 2015.
- NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skade utenfor sykehus. Helse og omsorgsdepartementet 2015.
- SSB. Befolkningsframskrivninger 2014-2100.
- Østerlund, P. S. (2005) Fremskrivning av behovet for somatiske sykehustjenester i Helse Midt-Norge 2004-2020. (SINTEF rapport, Helse. Helsetjenesteforskning). Oslo: SINTEF Helse.



Utgitt av Lofotrådet februar 2016