



## Styresak 020-2017

### Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder for Nordlandssykehuset Lofoten - oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan

Saksbehandler: Beate Sørslett  
Dato dok: 22.03.2017  
Møtedato: 28.-29.03.2017  
Vår ref: 2014/2096

Vedlegg (t): Mandat fra Helse Nord RHF  
Sluttrapport fra prosjektgruppen  
Risiko og mulighetsstudie  
Høringssvar x 3  
Rapport fra ekstern kvalitetssikring

Vedlegg (ikke tr): Styresak 085-2015 Risikovurdering av fødetilbudet ved Nordlandssykehuset HF

#### Innstilling til vedtak:

1. Styret støtter anbefalingene slik de foreligger i sluttrapporten.
2. Styret ber om tilbakemelding på arbeidet med styrkning av elektiv aktivitet og status i forhold til rekruttering og økning i bruk av egne ansatte innen utgangen av 2017
3. Styret ber om at det utarbeides av oversikt over hvilke akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivaretatt ved Nordlandssykehuset Lofoten

#### Bakgrunn:

Formålet med saken er å vedta styrets anbefaling av løsninger for kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder for Nordlandssykehuset Lofoten. Anbefalingene skal oversendes Helse Nord RHF innen 1.4.2017.

Styresaken bygger på sluttrapport fra prosjektgruppen som har utredet dette og i tillegg til rapporten er det gjort en risiko og mulighetsanalyse. I kapittel 2 i rapporten er bakgrunn for og organisering av utredningen beskrevet.

Rapporten inneholder bakgrunnsdata, drøfting og en anbefaling. Alle medlemmene i prosjektgruppen har gitt innspill til innholdet og selve anbefalingen kommer fra en samlet prosjektgruppe med bakgrunn i rapporten og diskusjon i prosjektmøtene.

I mandatet fra Helse Nord RHF bes det om forslag til framtidig elektiv virksomhet, inkludert hva som kan overføres fra andre sykehus. Dette er kun delvis besvart. For å kunne gi et svar på denne delen som står seg over tid er Nordlandssykehuset HF avhengig av å få fullføre pågående prosess

med strategisk utviklingsplan. I tillegg ser prosjektgruppen selv at de ikke har en sammensetningen som er dekkende for å utrede dette.

Rapporten ble 2. mars 2017 sendt på en bred høring til bl.a alle kommunene i vårt opptaksområde, brukerutvalget, regionrådene, og OSO. Nordlandssykehuset HF har mottatt tre høringsvar. Helse Nord RHF har bestilt en ekstern evaluering av både rapporten og prosessen i utredningen, denne er utført av Deloitte og ligger vedlagt styresaken.

### **Direktørens vurdering:**

Det hadde vært formålstjenlig at strategisk utviklingsplan for Nordlandssykehuset HF var ferdigstilt før denne utredningen ble gjort, slik at ulike deler av utredningen hadde en forutgående foretaksovergrepene prosess. Der er vi imidlertid ikke. Det vil derfor være oppfølgingspunkter fra mandatet og fra den generelle oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan som foretaket vil jobbe med i etterkant av denne utredningen.

Anbefalingene fra prosjektgruppen støttes. Det er områder innenfor det elektive som må jobbes videre med for konkretisering. Lofoten har spesielle utfordringer i forhold til vær og tilgjengelighet, og anbefalingene innenfor det akutte/ ø-hjelps har dette som bakteppe. Anbefalingene her er:

- Nordlandssykehuset Lofoten skal være et akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse, mulighet for akuttkirurgi og mottak av traumepasienter i tråd med regional traumeplan.
- Dagens organisering av fødetilbud og gynekologi anbefales videreført.

Målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan om at sykehusene skal jobbe sammen i nettverk deles, og for Nordlandssykehuset medfører det behov for å se alle tre somatiske sykehusene samlet. Behandlinger som har store krav til prosedyre ferdigheter, dyrt utstyr og større team bør sentraliseres, og det som er mer hverdagsmedisin må befolkningen få der de bor. Ved å utnytte mulighetene innen IKT og telemedisin kan kommunikasjon og kompetanseoverføring bidra til å opprettholde aktiviteter. For styrking av nettverket både ved det enkelte sykehus og mellom sykehusene er det nødvendig med høy andel faste ansatte og ambulering av spesialister mellom sykehusene.

Nordlandssykehuset HF har pr idag betydelig samarbeid på tvers av sykehusene, med bl.a felles vaktberedskap innenfor bl.a radiologi, ortopedi, kar-kirurgi, nefrologi, nevrologi. Nordlandssykehuset Lofoten har gode tradisjoner for å samarbeide med sykehuset i Bodø, og dette vil sikres videreført i den foreslåtte løsningen.

Oppgavefordeling mellom Lofoten og Bodø er utviklet over lang tid. Noen områder som f.eks fødselsomsorg med jordmorstyrt fødestue har avklarte skriftlige prosedyrer. For håndtering av akutte kirurgiske pasienter er det etablert en arbeidsdeling mellom Bodø og Lofoten, men dette er ikke nedfelt i skriftlige prosedyrer. Anbefalingen om utarbeidelse av oversikt på akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivaretatt ved Nordlandssykehuset Lofoten vil bidra til økt avklaring for både Lofoten og Bodø.

Anbefalingene fra prosjektgruppen muliggjør videreføring av en kirurgisk sengepost i Lofoten, noe som for foretaket er både ønskelig og nødvendig. Kirurgisk ortopedisk klinikk arbeider allerede med både rekruttering av faste spesialister og økt ambulering av spesialister fra Bodø for å styrke den elektive aktiviteten i Lofoten. Videre arbeid med dette vil i hovedsak foregå i Kirurgisk ortopedisk klinikk, og vil få en klinikkovergrepene forankring via strategisk utviklingsplan.

Enkelte av bakgrunnsdata for anbefalingene er fortsatt noe uavklarte, som f.eks detaljer i ny spesialistutdanning og Helse Nord RHF sin behandling av ny nasjonal traumeplan. Det er likevel mye av forutsetningene her som er kjente, og det forventes ikke behov for revidering av prosjektgruppens anbefaling etter ferdigstilling av dette. Pr idag har Nordlandssykehuset Lofoten en begrenset rolle i utdannelsen av nye spesialister innenfor kirurgiske spesialiteter, men rollen kan sannsynligvis økes med ny spesialitetsutdanning og styrking av elektiv aktivitet.

### **Anbefalinger fra prosjektgruppen**

Anbefalingene bygger på bakgrunnsdata og drøftingene i kapitel 14 i sluttrapporten.

#### *Kirurgisk akuttberedskap, tilbud ved NLSH Lofoten*

Nordlandssykehuset Lofoten skal være et akuttstusykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse, mulighet for akuttkirurgi og mottak av traumepasienter i tråd med regional traumeplan.

Prosjektgruppen vurderer at spesialister innen generell kirurgi etter nåværende spesialistutdanning og gastrokirurgi etter fremtidig spesialistutdanning, som i tillegg har kurs i forhold til traumemottak, innehar vurderings og stabiliseringskompetanse. Behov for tilleggskompetanse for spesialister fra andre kirurgiske spesialiteter må vurderes når kompetansekrav i ny spesialitetsstruktur er besluttet og vil sannsynligvis kreve en individuell vurdering.

Det skal utarbeides oversikt over hvilke akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivaretatt ved Nordlandssykehuset Lofoten, og hvilke som bør overføres til høyere omsorgsnivå gitt at pasientens tilstand og værmessige forhold/flykapasitet muliggjør overflytning. Det må sikres at kompetansen til vaktteamet ivaretar dette behovet.

Eventuelle komplikasjoner etter elektiv kirurgi skal kunne håndteres, enten av vaktteamet eller av operatør.

#### *Døgnbehandling*

I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan anbefales det en styrking av elektiv kirurgi, enten ivaretatt av faste eller ambulerende kirurger/ortopeder. Prosjektgruppen er ikke sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere, og ber derfor foretaksledelsen ha et særskilt fokus på dette ved utarbeidelse av strategisk utviklingsplan.

Det anbefales tilstedeværelse av ortoped på ettermiddag og i deler av helg, slik at pasienter med behov av ortopediske ø-hjelps operasjoner (f.eks. lårhalsbrudd) unngår overflytning. Dette både av pasienthensyn og ressurshensyn (bruk av ambulansefly) samt for å ikke øke presset på ortopedisk sengepost i Bodø. Ved økt tilstedeværelse av ortoped oppstår mulighet for styrking av det elektive tilbudet.

#### *Dagkirurgi*

Prosjektgruppen mener at det foreligger mulighet for økning innen dagkirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten, men gruppen er ikke sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere. Også her ber prosjektgruppen om at foretaksledelsen har et særskilt fokus på dette ved utarbeidelse av strategisk utviklingsplan.

Poliklinikkpasienter i opptaksområdet får utført 58 % av poliklinisk virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten. Økning av denne andelen vil medføre at pasienter får behandling nærmere sitt bosted og slipper reise, samt at foretaket sparer reisekostnader. Pr i dag er areal en av de begrensende faktor for å øke poliklinisk aktivitet, men dette forholdet vil bedres i løpet av 2017.

Prosjektgruppen ber foretaksledelsen ha et særskilt fokus på hvordan andelen pasienter som får poliklinisk vurdering i Lofoten kan økes, og ber om at det i strategisk utviklingsplan settes målsetninger for dette.

### *Organisering av fødetilbud og gynekologi*

Dagens organisering av fødetilbud og gynekologi anbefales videreført.

### *Rekruttering/bemannning*

Prosjektgruppen anbefaler at så stor del av aktiviteten som mulig drives av foretakets egne ansatte. Dette for å sikre en fremtidsrettet og forutsigbar virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten der de ansatte kjenner foretakets fagsystemer og prosedyrer, samt vet hvordan Nordlandssykehuset Lofoten fungerer i nettverk med øvrige sykehus i regionen.

### *Pre-hospitale tjenester*

Prosjektgruppen har ikke kommet med noen anbefalinger som medfører behov for endringer hos de pre-hospitale tjenester.

### **Risiko og mulighetsstudie**

Innenfor akuttberedskap omtaler sluttrapporten fra prosjektgruppen to ulike fagområder, akuttkirurgi og fødselsomsorg.

Dagens organisering av fødetilbudet har vært risikovurdert tidligere og det vises til styresak 85-2015, Risikovurdering av fødetilbudet ved Nordlandssykehuset HF.

Risikovurdering av rapportens anbefalinger har fokusert på kirurgisk akuttberedskap. Risikovurderingen belyste fire mulige uønskede scenarier hvor det ble vurdert nødvendig å finne tiltak:

- Pasienten blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder
- Pasienter med behov for høyere omsorgsnivå får en forsinket eller mangelfull utredning eller behandling
- For mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten
- Faglig utvikling stagnerer

Tiltakene går på:

- Ansettelse av faste overleger
- Øke ambulering av medisinsk faglig personell mellom Bodø, Stokmarknes og Lofoten
- Utarbeide prosedyrer for hva som skal opereres i Lofoten (Ø-hjelp), og retningslinjer for overføring
- Utarbeide kriterier for å konsultere LIS/OL på vakt
- Utvikling av kompetansehevingsplan på individnivå

Tiltakene vurderes å være gjennomførbare. Risikobildet etter tiltak er akseptabelt.

Mulighetsstudie fokuserte på hvilke muligheter økt aktivitet på døgnbehandling kan bidra til. Her ble det vurdert at økt tilstedeværelse av ortoped, noe utover normalarbeidstid, vil kunne gi



vesentlige gevinster for pasientene. Det ble samtidig fremhevet at denne økningen ikke skal skje ved vikarbruk, og at gjennomføring må avventes til dette er mulig uten økning i vikarbruk.

## Hørings svar/høringsinnspill

### *Aksjonsgruppa for Lofoten Sykehus*

Stiller seg i stor grad bak rapportens virkelighetsbeskrivelse og anbefalingene og er glade for den åpne prosessen.

I forhold til ambulansefly mener de det er behov for bedre rutiner for å registrere og formidle tilfeller der vær, tekniske problemer, eller samtidskonflikt fører til at andre løsninger må velges.

I forhold til turisme er de glade for at dette er lagt inn i vurderingen. De skriver også: «Antall registrerte operasjoner på personer som ikke har bosted i Lofoten er lavt.

Aksjonsgruppa mener det er viktig å synliggjøre hvor mange pasienter av denne kategorien som er innom sykehuset for vurdering. Her bør man også registrere alvorlighetsgrad, behandling som stabiliserer skade og hindrer forverring og rene operasjoner.»

De er ikke tilfreds med mangelen på grunnlagsdata som viser hvor mange mennesker som til enhver tid befinner seg i Lofoten.

### *Nasjonal kompetansetjeneste for Traumatologi*

Oppsummert er deres tilrådning at:

- a) rapporten tydeligere skiller mellom akutte kirurgiske eller ortopediske pasienter og pasienter med mistenkt alvorlig skade
- b) den etablerte terminologi vedr. roller for ulike sykehus i behandlingen av mistenkt alvorlig skade fortsatt benyttes
- c) Nordlandssykehuset fortsetter med å jobbe for flest mulig fast ansatte spesialistleger ved de mindre sykehus, og inntil dette lykkes tilrettelegger for ambulerende fremfor bare vikarbruk

### *Lofotrådet*

Lofotrådet støtter anbefalingene, men mener det er en mangel i grunnlagsdata siden de ikke viser hvor mange mennesker som til enhver tid befinner seg i Lofoten slik at tilbudet ved sykehuset dimensjoneres etter dette.

### *Kommentarer til høringsinnspillene*

I rapporten er det angitt hvor mange polikliniske konsultasjoner og heldøgnsinnleggelses som er knyttet til pasienter bosatt i eget opptaksområde, samt pasienter bosatt i utlandet. Dette er totalt antall innenfor både indremedisin og kirurgi og ikke antall opererte. Grunnlagsdata for antall turister har vært vanskelig å framskaffe, men rapporten belyser antall innleggelses/polikliniske kontakter, og dette er relativt lavt.

Terminologi i rapporten er forsøkt benyttet i samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan samt mandatet fra Helse Nord RHF. I forhold til traumepasienter skal både organisering av foretakets traumeberedskap og mottak av pasienter være i tråd med regional traumeplan, som igjen bygger på nasjonal traumeplan. Dette innebærer at traumepasienter skal raskest mulig til det sykehus som skal utføre endelig behandling. Vi vet at nasjonal traumeplan er revidert og sannsynligvis vil behandles i Helse Nord i løpet av 2017.

Helseforetakene i Helse Nord

Deres ref.:

Vår ref.:  
2014/309-30

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Kristian Iversen Fanghol, 950 76 075

Sted/Dato:  
Bodø, 05.07.2016

## Nasjonal helse- og sykehusplan - Mandat for oppfølging

Det vises til Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Helseforetakene bes gjennomføre arbeidet med oppfølging av nasjonal helse- og sykehusplan innen rammen av dette mandatet.

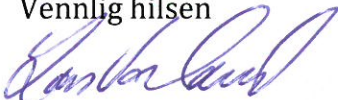
Organisering av stedlig ledelse skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 25.11.2016.

Rapport om framtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap, fødevirksomheten og elektiv kirurgi skal være ferdig utredet, styrebehandlet og oversendt Helse Nord RHF innen 01.04.2017.

Helse Nord RHF vil understreke behovet for at vi utvikler framtidsrettede og gode løsninger. Arbeidet må gjennomføres med god medvirkning fra berørte interesser, jf. beskrivelse i prosjektmandatet.

Lykke til med arbeidet!

Vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm.direktør



Randi Spørck  
Seksjonsleder somatikk

Kopi: Vertskommunene for sykehusene  
KS Finnmark, Troms og Nordland  
KVT/KVO  
Regionalt brukerutvalg

# Nasjonal helse- og sykehusplan

Prosjektmandat for oppfølging av styresak 60–2016 i Helse Nord RHF



Versjon		Utarbeidet av	Godkjent av	Dato
1.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir. LV	21.06.2016
2.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan			28.06.2016
3.0	Oppfølging nasjonal helse- og sykehusplan	RS/KIF/JN	Adm.dir LV	05.07.2016

Innholdsfortegnelse

---

1. Innledning og bakgrunn .....	3
2. Oppdraget .....	3
3. Kirurgisk akuttberedskap.....	4
4. Organisering av fødetilbudet .....	6
5. Elektiv virksomhet.....	7
6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak. ....	7
7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester. ....	7
8. Stedlig ledelse .....	8
9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen .....	8
9.1 Organisering kirurgisk akuttberedskap.....	8
9.2 Organisering stedlig ledelse.....	9
9.3 Prosesser .....	9
10. Milepæler.....	10
11. Budsjett og rammer .....	10
Litteratur.....	11



## 1. Innledning og bakgrunn

---

Bakgrunnen for mandatet er Helse Nord RHF styresak 60-2016 Nasjonal helse- og sykehusplan- mandat for det videre arbeidet og styrets vedtak i saken (1).

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatt over lang tid. Helse Nord RHF oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å utrede og finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse tema. Dette gjelder særlig kirurgisk akuttberedskap. Alle aktører (befolkning, lokalsamfunn, fagpersoner og helsetjenesten) skal sikres en grundig og god gjennomgang av problemstillingene.

Videre i dette dokumentet konkretiseres oppfølging av Helse Nord RHF styrets vedtak punkt 1.

*«Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene».*

Forlag til utforming av tjenestetilbudene ved sykehusene i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal gjøres innenfor rammene av føringer gitt i dette mandatet. Arbeidet skal bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsrettet og at løsningene som foreslås ivaretar faglig kvalitet og utvikling, pasientsikkerhet og økonomiske rammer.

Temaet om stedlig ledelse skal utredes innen de rammer som lov og forskrifter setter og foretaksmøtets oppfølging av stortingets behandling av nasjonal helse- og sykehusplan.

## 2. Oppdraget

---

I dette mandatet beskrives en generell og felles metodikk i utredning og analyse av området kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder (se pkt1).

Helse Nord RHF ber helseforetaket levere to utredninger:

1. Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder
  - a) innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap
  - b) innhold og organisering av fødetilbudet
  - c) innhold og organisering av elektiv kirurgi

## 2. Stedlig ledelse

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet begge utredningene skal styret i Helse Nord RHF sluttbehandle sakene.

Helseforetaket har selv ansvar for å organisere utredningsarbeidet innenfor de rammer som her er trukket opp.

## 3. Kirurgisk akuttberedskap

I foretaksmøtets protokoll heter det:

*«Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:*

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*
- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fjødetilbudet.*

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Dette er også den modell som ligger til grunn for organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord med en vel utviklet arbeidsdeling mellom ulike sykehus.



Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede alternative løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og NLSH Lofoten:

Helse Nord RHF ber Nordlandssykehuset og UNN utrede løsninger for framtidig kirurgisk akuttberedskap ved NLSH Lofoten og UNN Narvik:

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

UNN HF og Nordlandssykehuset HF skal anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

Utredningene skal vise hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester, inkludert traumeberedskap, Eventuelle konsekvenser for andre fagområder og for foretakets øvrige sykehus bør også kort beskrives.

Utredningsarbeidet skal basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftkirurgi, ortopedi, traume mv.) (24-7).
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig behov for kompetanseheving, rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger.
- En framskriving av fremtidige behov og forventet faglig og teknisk utvikling innen fagområdet.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet.
- Oversikt over pasientstrømmer.
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft.
- Andre relevante data.

De viktigste dataene som skal legges til grunn for kartleggingen er levert av Sykehusbygg. Pasientdata er hentet fra Norsk Pasientregister (NPR) for 2014. Vi gjør oppmerksom på at datakvaliteten kan være varierende, og avhenger blant annet av kodepraksis, grad av feil koding og/eller systemfeil i innrapporteringen til /fra spesialisthelsetjenesten til NPR. Datakvalitet knyttet til kirurgiske inngrep er, etter erfaring, gjennomgående bedre enn på

andre områder. Mulige feilkilder i grunnlagsdata bør vurderes og beskrives. Dette gjelder også hvordan de er håndtert.

Den felles tilnærmingen til arbeidet med tolking og analyse av datagrunnlaget skal baseres på blant annet:

- prosedyrekoder
- å kartlegge omfanget av kirurgisk øyeblikkelig hjelp fordelt på ortopedi og bløtdelskirurgi
- å kartlegge hva som er øyeblikkelig hjelp – hva haster – prosedyrekoder
- behov for vurderingskompetanse
- indremedisinens behov for kirurgisk vurderingskompetanse
- å belyse teknologiske muligheter for tilgang til spesialisert bistand/vurderingskompetanse
- en risikovurdering av ulike alternativ

Tilgjengelighet til sykehus/mulighet til transport vurderes ut fra:

- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft. Evt. tillagt egne data fra ambulansetjenesten (AMIS) og fra luftambulansetjenesten (LABAS).
- Tidligere erfaringer fra andre sykehus (2).

Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset skal ikke utrede endringer i sitt akuttkirurgiske tilbud, men beskrive framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap og gjøre en vurdering av hvordan krav til kompetanse kan ivaretas inkludert ev behov for bistand fra andre helseforetak.

#### 4. Organisering av fødetilbudet

Helse Nord RHF har fulgt opp nasjonale føringer (8,9) og iverksatt en Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord (10). Denne planen er fulgt opp med seleksjonskriterier tilpasset vår landsdel (11) og videre oppfølging av blant annet kvalitet og risiko (12-15). Målet for Helse Nord er å ivareta og videreutvikle et helhetlig, godt og trygt fødetilbud.

Fødetilbudet inngår i det akuttkirurgiske tilbudet og skal vurderes. De nevnte nasjonale føringer/standarder (8,9) og regionale tilpasninger/oppfølginger (11-15) skal legges til grunn.

Følgende datakilder bør inkluderes i utredningen.

- NPR data.
- Medisinsk fødselsregister (16).
- Evt. egne data i foretaket fra f.eks DIPS, PARTUS, AMIS, DocMap etc.
- Evt. aktuelle data fra tilsynssaker (Statens helsetilsyn etc.).

I tillegg skal utredningsarbeidet basere seg på og inkludere bl.a.:

- En framskriving av forventet utvikling innen fagområdet, herunder beskrive den tekniske utvikling.
- Nåværende oppgavefordeling (nåsituasjonen) mellom sykehusene og oversikt over pasientstrømmer.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningsbehov og et særlig fokus på konsekvenser ved ulike løsninger (17, 18).
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data.
- En risikovurdering av ulike alternativ

## 5. Elektiv virksomhet

---

Helse Nord RHF ber om at følgende punkter beskrives for sykehusene i Narvik og Lofoten:

- Dagens elektive kirurgiske virksomhet ved lokalsykehusene
- Foretakets forslag til framtidig elektive virksomhet, inkludert hva som kan overføres fra andre sykehus
- Evt. andre forhold.

## 6. Effekter/konsekvenser for helheten i foretaket og Helse Nord av foreslåtte tiltak.

---

Helseforetakene er kompliserte organisasjoner preget av stor grad av samvirke mellom de ulike tjenestene. Interne endringer i et sykehus kan derfor medføre konsekvenser for andre deler av sykehusets virksomhet, andre sykehus i foretaket og andre foretak i regionen.

I utredningen skal konsekvensene av ev foreslåtte endringer i akuttkirurgi med traumeberedskap, fødetilbudet og elektiv virksomhet vurderes.

## 7. Vurdere konsekvensene for andre tjenester.

---

RHFet ber om at det spesifikt beskrives konsekvenser for følgende aktører, herunder eventuelle behov for kompetansehevede tiltak:

- *Prehospitaltjenester:* Det bes spesifikt beskrevet eventuelle konsekvenser i forhold til bil og luftambulansetjenester (19, 20).
- *Kommunehelsetjeneste:* Eventuelle konsekvenser for kommunale akuttfunksjoner og samhandling med disse bes beskrevet (eks. legevakt).
- Evt. andre aktører



## 8. Stedlig ledelse

---

I protokollen fra foretaksmøtet heter det:

*«Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak:*

*"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.*

*I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner».*

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf foretaksmøtets rammer og kravet om en leder på alle nivå, jf. spesialisthelsetjenestelovens §3,9.

Forvaltningen av foretaket hører under styret. Det har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Administrerende direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret.

## 9. Organisering, roller og rammer for gjennomføringen

---

### 9.1 Generelt

Arbeidet har stor betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Prosessene skal baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører. Berørte interesser skal kunne delta i høringsprosesser før helseforetakene gjør sine anbefalinger. Aktuelle dokumenter og styresaker i Helse Nord RHF og nasjonale føringer bør inkluderes i arbeidet (1-24).

## 9.2 Organisering av arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, elektiv kirurgi og føde

Organisasjonen for prosjektet i hvert helseforetak skal sikre faglighet i utredninger og beslutningsprosesser kombinert med informasjon og medvirkning fra berørte aktører.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF ber om at minimum følgende deltakere er representert i prosjektarbeidet:

- 2 repr. fra NLSH Lofoten/UNN Narvik
- 1 repr. fra NLSH Vesterålen/UNN Harstad
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdene
- 1 repr. KTV/KVO i hvert HF's utredning
- 1 brukerrepresentant

## 9.3 Organisering av arbeidet med stedlig ledelse

I arbeidet skal medbestemmelse for arbeidstakerne ivaretas i tråd med bestemmelsene i hovedavtalen og arbeidsmiljøloven. Det forutsettes at medarbeidere fra lokalsykehusene medvirker i utredningsarbeidet.

Kommunene skal informeres om arbeidet og medvirke gjennom etablerte samarbeidsorgan.

## 9.4 Prosesser

Underveis i arbeidet kan det dukke opp behov for avklaringer, for eksempel i forhold til problemstillinger som går på tvers av flere helseforetak i regionen. Slike behov meldes inn til Helse Nord RHF underveis i arbeidet. Helse Nord RHF vil også følge opp arbeidet gjennom de regelmessige oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Etter at helseforetakene har gjennomført sin utredning, og styrebehandlet denne i egne helseforetak, vil en samlet sak bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

## 10. Milepæler

---

Milepæler		Dato
M1	Prosjekt godkjent av AD.	30.06.2016
M2	Prosjektarbeidet i hvert HF er organisert og arbeidet er initiert. Oppstartsmøte er gjennomført med deltakelse fra RHF.	10.09.2016
M3	Statusrapportering er gjort til Helse Nord RHF	15.10. og 01.12. 2016
M4	Ferdigstilling og styrebehandling av rapport om stedlig ledelse med oversending til Helse Nord RHF innen	25.11.2016
M5	Prosjektrapport er skrevet, høringer gjennomført og rapporten er styrebehandlet i eget HF samt oversendt til Helse Nord RHF.	01.04.2017
M6	Endelig styrebehandling i Helse Nord RHF styret.	April 2017

## 11. Budsjett og rammer

---

Prosjektet skal gjennomføres innenfor den ordinære driften og de rammer som foretakene er tildelt for 2016.



## Litteratur

1. Helse Nord RHF. Styresak 60 – 2016. Nasjonal helse- og sykehusplan – mandat for det videre arbeidet. Helse Nord RHF, Bodø, mai 2016.
2. Helsedirektoratet. Sentralisering av akuttkirurgi. Sykehusopphold og ambulanseaktivitet berørt. IS-2424. Helsedirektoratet, Oslo, 03/2015.
3. Helse Nord RHF. Regionalt traumesystem. Helse Nord RHF, Bodø, 23.04.2010.
4. Helse Nord RHF. Styresak 133-2010. Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regional traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009, 57-2010 og 65-2010. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
5. Helse Nord RHF. Styresak 135-2010. Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk og endetarm. Helse Nord RHF, Bodø, 2010.
6. Helse Nord RHF. Styresak 147-2013. Regional Kreftplan 2014-2021. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
7. Helse Nord RHF. Regional kreftplan. Helse Nord RHF, Bodø, 2.september, 2013.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, 2009.
9. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1847. Helsedirektoratet, Oslo, 12/2010.
10. Helse Nord RHF. Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Nord. Konsekvenser av foreslåtte kvalitetskrav. Helse Nord RHF, Bodø, november 2010.
11. Helse Nord RHF. Seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord – Fagråd i gynekologi og fødselshjelp. Helse Nord RHF, Bodø, 13. februar 2012.
12. Helse Nord RHF. Styresak 31-2011. Desentralisert fødselsomsorg i Helse Nord – videre arbeid.
13. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord RHF – En analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012.
14. Helse Nord RHF. Fødselsomsorgen i Helse Nord. En analyse av kvalitet og vurdering av risiko. Helse Nord RHF, 20. okt. 2015.
15. Helse Nord RHF. Styresak 117-2015. Fødselsomsorgen i Helse Nord – en analyse av kvalitet og vurdering av risiko, oppfølging av styresak 121-2012, tilleggsopplysninger og nytt forslag til vedtak. Helse Nord RHF, Bodø, 2015.
16. Medisinsk fødselsregister. Medisinsk fødselsregister. Folkehelseinstituttet, Oslo, 2016. (Tilgjengelig fra [www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk](http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister/statistikk))
17. Helse Nord RHF. Styresak 20-2014. Strategisk kompetanseplan fase 2. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
18. Helse Nord RHF. Strategisk kompetanseplan fase 2. Rapport fra regional prosjektgruppe. Helse Nord RHF, Bodø, 2014.
19. Helse Nord RHF. Ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
20. Helse Nord RHF. Styresak 102-2013. Ambulanshelikopterbase i Midtre Hålogaland (Sør-Troms/Nordre Nordland), utredning og lokalisering. Helse Nord RHF, Bodø, 2013.
21. Finnmarkssykehuset HF. Alta nærsykehus. Forprosjekt. Finnmarkssykehuset HF, Hammerfest, 22.01.2016.
22. Norsk pasientskadeerstatning. Statistikk for regionale helseforetak 2014. Norsk pasientskadeerstatning, Oslo, 2015.
23. Helse Nord RHF. Dagkirurgi i Norge 201-2013- utvalgte inngrep (SKDE)
24. Lov om spesialisthelsetjenesten §3-9.



Nordlandssykehuset HF

# Nasjonalt Helse- og sykehusplan

Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder



**Nordlandssykehuset 2. mars 2017**

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>Anbefaling fra prosjektgruppen.....</b>	<b>3</b>
	Kirurgisk akuttberedskap, tilbud ved NLSH Lofoten .....	3
	Døgnbehandling.....	3
	Dagkirurgi .....	3
	Poliklinikk .....	4
	Organisering av fødetilbud og gynekologi .....	4
	Rekruttering / bemanning .....	4
	Pre-hospitale tjenester .....	4
<b>2.0</b>	<b>Bakgrunn og organisering av arbeidet .....</b>	<b>5</b>
	Bakgrunn .....	5
	Nasjonal helse- og sykehusplan .....	5
	Organisering av arbeidet .....	7
	Involvering og samarbeid .....	9
	Milepæler og fremdrift.....	10
<b>3.0</b>	<b>Datainnsamling .....</b>	<b>11</b>
	Forutsetninger og begrensninger ved angivelse av kirurgisk aktivitet.....	11
<b>4.0</b>	<b>Diverse bakgrunnsdata.....</b>	<b>13</b>
	Demografi og geografi .....	13
	Opptaksområde .....	14
	Avstander og reisetid .....	15
	Reisekostnader .....	16
	Turisme og øvrig endring i folkemengde i Lofoten .....	17
	Aktivitet heldøgn .....	18
	Aktivitet dagbehandling .....	22
	Aktivitet poliklinikk .....	22
<b>5.0</b>	<b>Dagens organisering av kirurgisk ortopedisk tilbud .....</b>	<b>25</b>
	Oppgaver for kirurg Nordlandssykehuset Lofoten .....	26
	Pågående kvalitetsarbeid i kirurgisk ortopedisk avdeling Lofoten: .....	27
	Totalt antall senger ved de ulike klinikkene ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen .....	28
	Vaktberedskap Lofoten .....	28
	Traumeberedskap i Helse Nord.....	29
	Mottak av traumepasienter .....	30
	Traumeregistreringer i Lofoten 2013-2015 .....	31
	Trafikkulykker .....	31
<b>6.0</b>	<b>Dagens organisering av fødetilbudet .....</b>	<b>32</b>
	Kvinne/barn klinikken .....	33
	Seleksjonskriterier.....	34
	Overflytting fra fødestuer.....	35
	Aktivitetstall føde og gynekologi i Lofoten 2014-2015.....	37
<b>7.0</b>	<b>Primærhelsetjeneste og prehospitale tjenester .....</b>	<b>38</b>
	Beredskap i primærhelsetjenesten.....	38
<b>8.0</b>	<b>Organisering av diagnostiske tjenester .....</b>	<b>41</b>
	Laboratoriet i Lofoten.....	41
	Røntgenavdelingen i Lofoten .....	41
<b>9.0</b>	<b>Kvalitet og pasientsikkerhet .....</b>	<b>42</b>
	Pasientsikkerhetsvisitter .....	44

Pasienterfaringer med Nordlandssykehuset Lofoten .....	44
<b>10.0 Tilgjengelighet via vei, sjø og luft .....</b>	<b>46</b>
Ambulanseplan .....	46
Ambulansebiler i Lofoten.....	48
Stengt Gimsøybru.....	49
Ambulansefly .....	50
<b>11.0 Bemanning.....</b>	<b>51</b>
Rekruttering i Lofoten .....	51
Status på spesialsykepleier kompetanse i Lofoten .....	51
Utdanning av spesialsykepleiere .....	52
Status på legekompentansen / bemanning i Lofoten innen Kirurgi, ortopedi, gynekologi og anestesi .....	52
Ambulering innen kirurgiske fag til Lofoten.....	53
<b>12.0 Utvikling innen fag og teknologi.....</b>	<b>54</b>
Endring i utdanning av legespesialister .....	55
Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.....	55
Utviklingstrekk innen kirurgi, ortopedi, føde og gynekologi .....	56
<b>13.0 Interessentanalyse og kommunikasjon .....</b>	<b>56</b>
<b>14.0 Drøfting .....</b>	<b>58</b>
Hva er en kirurgisk pasient .....	59
Vurderings og stabiliseringskompetanse .....	59
Sykehus i nettverk.....	62
Fødetilbudet .....	63
Turister og sykehus .....	65
Utfordringer med vær og transport.....	65
<b>15.0 Bakgrunnsdokumenter .....</b>	<b>67</b>

## 1.0 Anbefaling fra prosjektgruppen

Regjeringen gir et gjennomgående svar når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om den beste løsningen: hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst. Som oppfølging av Nasjonal Helse- og sykehusplan og i henhold til mandat fra Helse Nord RHF, har prosjektgruppen kommet frem til følgende anbefalinger.

### Kirurgisk akuttberedskap, tilbud ved NLSH Lofoten

Nordlandssykehuset Lofoten skal være et akuttstusykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse, mulighet for akuttkirurgi og mottak av traumepasienter i tråd med regional traumeplan.

Prosjektgruppen vurderer at spesialister innen generell kirurgi etter nåværende spesialistutdanning og gastrokirurgi etter fremtidig spesialistutdanning, som i tillegg har kurs i forhold til traumemottak, innehar vurderings og stabiliseringskompetanse. Behov for tilleggskompetanse for spesialister fra andre kirurgiske spesialiteter må vurderes når kompetansekrav i ny spesialitetsstruktur er besluttet og vil sannsynligvis kreve en individuell vurdering.

Det skal utarbeides oversikt over hvilke akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivarettatt ved Nordlandssykehuset Lofoten, og hvilke som bør overføres til høyere omsorgsnivå gitt at pasientens tilstand og værmessige forhold/ flykapasitet muliggjør overflytning. Det må sikres at kompetansen til vaktteamet ivaretar dette behovet. Eventuelle komplikasjoner etter elektiv kirurgi skal kunne håndteres, enten av vaktteamet eller av operatør.

### Døgnbehandling

I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan anbefales det en styrking av elektiv kirurgi, enten ivarettatt av faste eller ambulerende kirurger/ortoped. Prosjektgruppen er ikke sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere, og ber derfor foretaksledelsen ha et særskilt fokus på dette ved utarbeidelse av strategisk utviklingsplan.

Det anbefales tilstedeværelse av ortoped på ettermiddag og i deler av helg, slik at pasienter med behov av ortopediske ø-hjelps operasjoner (f.eks. lårhalsbrudd) unngår overflytning. Dette både av pasienthensyn og ressurs-hensyn (bruk av ambulansfly) samt for å ikke øke presset på ortopedisk sengepost i Bodø. Ved økt tilstedeværelse av ortoped oppstår mulighet for styrking av det elektive tilbudet.

### Dagkirurgi

Prosjektgruppen mener at det foreligger mulighet for økning innen dagkirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten, men gruppen er ikke sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere. Også her ber prosjektgruppen om at foretaksledelsen har et særskilt fokus på dette ved utarbeidelse av strategisk utviklingsplan.

Poliklinikkpasienter i opptaksområdet får utført 58 % av poliklinisk virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten. Økning av denne andelen vil medføre at pasienter får behandling nærmere sitt bosted og slipper reise, samt at foretaket sparer reisekostnader. Pr i dag er areal en av de begrensende faktor for å øke poliklinisk aktivitet, men dette forholdet vil bedres i løpet av 2017.

Prosjektgruppen ber foretaksledelsen ha et særskilt fokus på hvordan andelen pasienter som får poliklinisk vurdering i Lofoten kan økes, og ber om at det i strategisk utviklingsplan settes målsetninger for dette.

#### Organisering av fødetilbud og gynekologi

Dagens organisering av fødetilbud og gynekologi anbefales videreført.

#### Rekruttering / bemanning

Prosjektgruppen anbefaler at så stor del av aktiviteten som mulig drives av foretakets egne ansatte. Dette for å sikre en fremtidsrettet og forutsigbar virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten der de ansatte kjenner foretakets fagsystemer og prosedyrer, samt vet hvordan Nordlandssykehuset Lofoten fungerer i nettverk med øvrige sykehus i regionen.

#### Pre-hospitale tjenester

Prosjektgruppen har ikke kommet med noen anbefalinger som medfører behov for endringer hos de pre-hospitale tjenester.



## 2.0 Bakgrunn og organisering av arbeidet

### Bakgrunn

Stortinget behandlet den 17. mars 2016 Meld. St. 11 «Nasjonal helse- og sykehusplan». Stortingsmeldingen behandlet flere viktige tema for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i perioden 2016-2019. Nasjonal helse- og sykehusplan skal rulleres hvert fjerde år.

Stortingets behandling ble fulgt opp med foretaksmøte i Helse Nord RHF den 4. mai 2016. Helse Nord RHF fulgte dette opp med følgende punkter i styresak 60-2016.

- Organisering av kirurgisk akuttberedskap
- Stedlig ledelse
- Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner og benytte nasjonal veileder
- Flytting av elektiv kirurgi til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene
- Avklaring av akutfunksjoner skal skje innen 1. april 2017.

Helse Nord RHF utarbeidet i oppfølging av styresak 60-2016 et mandat for videre arbeid i helseforetakene som ble godkjent av administrerende direktør i Helse Nord RHF 05.07.2016. Gjennom mandatet fikk Nordlandssykehuset i oppdrag å gjøre to utredninger.

#### 1 - Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder

- innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og traumeberedskap
- innhold og organisering av fødetilbudet
- innhold og organisering av elektiv kirurgi

#### 2 - Stedlig ledelse

Alle helseforetak skal utrede/ beskrive organiseringen av helseforetaket og hvordan stedlig ledelse ivaretas, jf. foretaksmøtets rammer kravet om en leder på alle nivå.

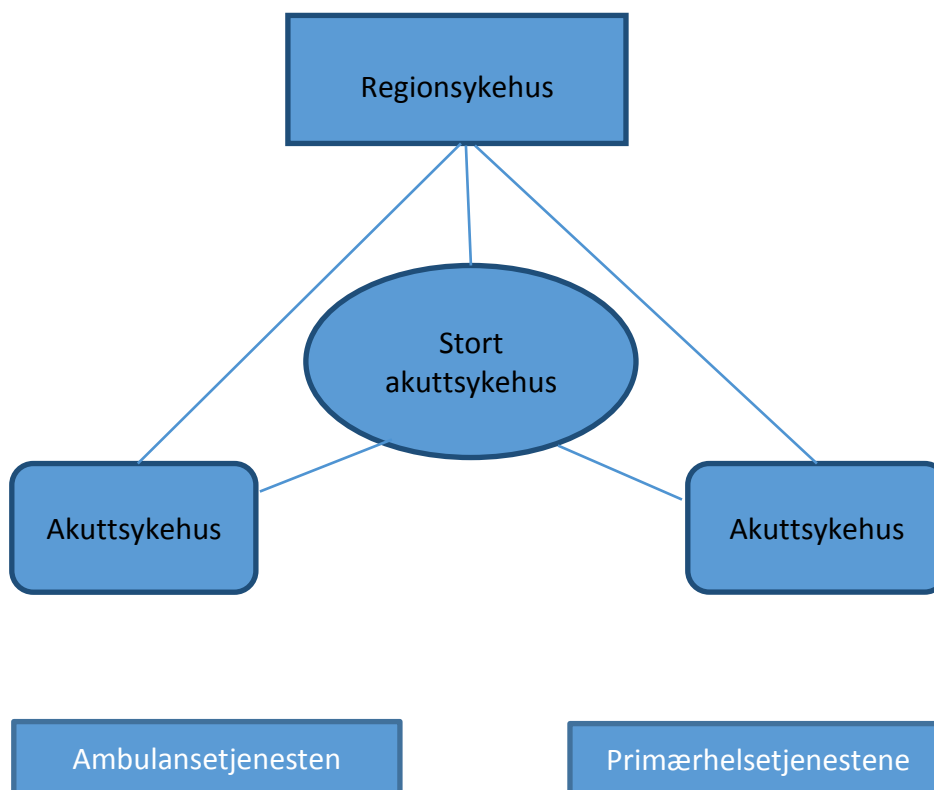
Utredning av stedlig ledelse ivaretas ikke av denne prosjektgruppen, og omtales derfor ikke nærmere. Nordlandssykehuset HF har ferdigstilt og styrebehandlet utredningen om stedlig ledelse i styresak 108-2016, Organisering av stedlig ledelse i Nordlandssykehuset.

### Nasjonal helse- og sykehusplan

Kapitel 12 i Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene. Det er bred politisk enighet om at sykehusenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

Norske sykehus varierer i størrelse, og her en desentralisert struktur som gir befolkningen god tilgang på spesialisthelsetjenester nær sitt bosted. Utvikling innenfor de medisinske behandlingsmetodene, teknologi og IKT, kan støtte opp om både sentralisering og desentralisering. Behandling med avansert og dyrt utstyr, med store team av helsearbeidere bør kanskje sentraliseres. Men ved å utnytte mulighetene som ligger i telemedisin der det er muligheter for kommunikasjon og kompetanseoverføring kan andre oppgaver beholdes og overføres til mindre sykehus.

I foretaksmøtet 4. mai 2016 ble det lagt til grunn at i den videre utviklingen av sykehusstilbudet i landet må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være et team av sykehus på samme måte som det er team av helsepersonell. Store og små sykehus er gjensidige avhengige av hverandre, og store sykehus må overlate enkelte oppgaver til mindre sykehus for å utnytte kapasitet og kompetanse best mulig.



*Regionsykehuset* er det sykehuset som er utpekt som hoved sykehus. I Helse Nord er dette Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Nordlandssykehuset Bodø faller inn under betegnelsen stort akuttisykehus. *Akuttisykehus* brukes som betegnelse på sykehus med minst akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Betegnelsen *sykehus uten akuttfunksjoner* brukes om sykehus med planlagt behandling uten akuttfunksjoner.

For at nettverket av sykehus skal fungerer som en enhet er det helt nødvendig at de samarbeider i nettverk både med hverandre og med prehospitale tjenester som ambulanser og primærhelsetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at det er pasientens behov som skal være styrende for hvordan sykehusene organiseres og hva slags oppgavedeling det skal være mellom sykehusene i fremtiden. De vanligste sykdommene, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og de som trenger behandling for rus skal i størst mulig grad få sitt tilbud lokalt. Regjeringen ønsker å utvikle de desentrale tjenestene med å utnytte kompetansen i nettverket, og øke ambulering og poliklinikk.

For ytterligere bakgrunnsinformasjon henvises det til Nasjonal helse- og sykehusplan, referat fra foretaksmøte med Helse Nord RHF 4.mai 2016 og mandat for videre arbeid fra Lars Vorland, adm. direktør i Helse Nord RHF.

#### Organisering av arbeidet

Mandatet angir hvilke deltagere som et minimum skal være representert i prosjektarbeidet. Nordlandssykehuset HF har valgt å utvide prosjektgruppen med flere representanter for å sikre en bred og inkluderende prosess.

Utvelgelse og oppnevning har vært slik:

- Representantene fra klinikken er utpekt av de respektive klinikksjefer i samarbeid med medisinsk direktør som også er prosjektleder.
- Representanter fra kommunene i Lofoten er oppnevnt av overordnet samarbeidsorgan mellom sykehus og kommuner (OSO), ved leder.
- Representant fra konserntillitsvalgte konsernvereombudet i Helse Nord RHF
- Brukerrepresentanten er oppnevnt av brukerutvalget i Nordlandssykehuset.
- Tillitsvalgte fra Nordlandssykehuset er oppnevnt fra hovedsammenslutningen i sykehuset.

## Prosjektgruppe og møter

Navn	Rolle	230816	271016	071116	230117	200217
<b>Beate Sørslett</b>	Med.dir og prosjektleder	X	X	X	X	X
<b>Remi Solberg</b>	Ordfører Vestvågøy	X	X	X	X	X
<b>Cato Kjærvik</b>	Avd overlege Vesterålen	X For GB				
<b>Geir Brokstad</b>	Avd. leder Kir-Ort Vesterålen		X	X	X	X
<b>Jan-Håkon Juul</b>	Kommuneoverlege Vågan	X		X		X
<b>Barbara Priesemann</b>	Leder Brukerutvalget NLSH	X	X	X		X
<b>Bente Anita Solås</b>	Vara Brukerutvalget				X For BP	
<b>Harald Stordahl</b>	Klinikksjef Prehospital klinikk	X	X			
<b>Øystein R Johansen</b>	Klinikksjef Kir-Ort klinikk	X	X	X	X	X til kl 1235
<b>Sissel Juliussen</b>	Avd. leder Kir-Ort Lofoten	X	X	X	X	X
<b>Edle Elstad</b>	Avd. leder Kir-Ort Lofoten fra 01.01.17				X	X
<b>Merete Hjertø</b>	Enhetsleder AKUM Lofoten	X	X	X	X	
<b>Peter Glesk</b>	Avd. overlege Kir-Ort Lofoten	X		X		X til kl 1235
<b>Kjellaug Jensen</b>	Leder pleie og omsorg Moskenes		X			
<b>Jeanette Mikalsen</b>	Hovedverneombud <sup>1</sup>		X	X	X	X
<b>Torunn Nestvold</b>	Klinikkoverlege Kir-Ort Klinikk	X	X	X	X	
<b>Johan Ählbäck</b>	TV YLF		X	X	X	X fra 1145
<b>Kari M Sandnes</b>	KVO Helse Nord	Ikke innkalt	X	X	X	X
<b>Helse Nord RHF</b>	Etter mandat <sup>2</sup>					
<b>Heidi Frostad Sivertsen</b>	Avd overlege kvinne-barn klinikken	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	
<b>Nina Jamissen</b>	Klikksjef Kvinne-barn klinikken	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	X
<b>May Vollnes Johansen</b>	Enhetsleder Kvinne-barn Lofoten	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	X
<b>Miriam Hudecova</b>	Avd overlege Kvinne Barn Lofoten	Ikke innkalt	Ikke innkalt		Ikke innkalt	
<b>Gro-Marith Villadsen</b>	Rådgiver NLSH	X	X	X	X	X

Oversikt over deltagelse og antall møter i prosjektperioden

Deltagere fra Kvinne barn klinikken har kun deltatt på møter hvor innhold og organisering fødetilbudet har vær tema. Alle møter med prosjektgruppen har vært gjennomført fysisk ved Nordlandssykehuset Lofoten.

<sup>1</sup> Tiltrådt etter 1.møte

<sup>2</sup> Invitasjon sendt [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) 050816

## Involvering og samarbeid

Organisering og innhold i tjenestetilbudet ved sykehusene har betydning for befolkningen og vil ha stor offentlig oppmerksomhet. Mandatet la føringer for at prosessene skulle baseres på åpenhet, kommunikasjon, medvirkning og involvering av brukere/ pårørende, tillitsvalgte og samarbeidsaktører.

Nordlandssykehuset har imøtekommet dette kravet ved å etablere en åpen nettside på NLSH.no som er tilgjengelig for alle. På denne nettsiden ligger all tilgjengelig informasjon om prosjektet. I tillegg er det etablert en epostadresse hvor ulike interessenter har hatt mulighet for å spille inn sine synspunkter eller spørsmål fortløpende.

Det har flere ganger vært orientert om arbeidet i OSO og Brukerutvalget, interne møter i foretaket og i erfaringsmøter med kommunene i opptaksområdet. Det har vært holdt dialogmøte med foretaksledelsen og Sykehusaksjonen i Lofoten. Regionrådene er skriftlig informert om arbeidet med forespørsel om de ønsket egen orientering, noe ingen av dem har meldt tilbake at de ønsket.

UNN har fått tilsvarende mandat som Nordlandssykehuset, og gjennom hele prosjektperioden har det vært et samarbeid mellom de to prosjektene i UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten.

Prosjektlederne og sekretariatet for de to prosjektene har hatt regelmessig kontakt, utvekslet data og informasjon om fremdrift prosjektene, samt produksjon og innhenting av datamaterialet. Prosjektleder og rådgiver har deltatt som observatør i prosjektgruppemøte(r) i Narvik. Rådgiver i prosjektet til UNN Narvik har deltatt som observatør på møte i Lofoten.

I tillegg har det vært jevnlig oppfølgingsmøter med Helse Nord, der fremdrift og aktuelle avklaringer har vært tema.

## Milepæler og fremdrift

	<b>Dato</b>	<b>Milepæl</b>
M1	21.09.16	Oppstartsmøte
M2	15.10.16	Rapportering til Helse Nord
M3	27.10.16	Prosjektmøte - avlyst
M4	07.11.16	Prosjektmøte
M5	01.12.16	Rapportering til Helse Nord
M6	23.01.17	Prosjektmøte og allmøte for ansatte ved Nordlandssykehuset Lofoten
M7	20.02.17	Prosjektmøte
M8	28.02.17	Risikovurdering
M9	01.03- 15.03.17	Høringsrunde
M10	14.03.17	AMU i NLSH HF
M11	20.03.17	Ekstraordinært tlf møte OSO
M12	21.03.17	Brukerutvalg NLSH HF
M13	28.03.17	Styrebehandling Nordlandssykehuset HF
M14	01.04.16	Utredning oversendes til Helse Nord

Nordlandssykehuset startet høstet 2016 arbeidet med den første strategiske utviklingsplan for foretaket. Dette er i motsetning til UNN HF, hvor deres strategiske utviklingsplan er endel av grunnlaget i tilsvarende arbeid.

Arbeidet med strategisk utviklingsplan fortsetter i 2017 og grenser opp mot endel av områdene til prosjektgruppen. Det er en målsetning fra foretaksledelsen å se utviklingen i foretaket samlet, mens hovedfokus i dette arbeidet har vært deler av virksomheten ved Nordlandssykehuset Lofoten.

Det betyr at flere hovedelementer i Nasjonal helse- og sykehusplan vil drøftes og hensyntas i foretakets strategiske utviklingsplan.



### 3.0 Datainnsamling

Datagrunnlaget til rapporten er hentet fra ulike kilder, for en total oversikt over data som er brukt vises til vedlegg om bakgrunns materialet. Helse Nord RHF har tatt ansvar for en betydelig del av datainnsamling, i tillegg er rapporter fra SKDE<sup>3</sup>, Samdata<sup>4</sup> og interne dokumenter fra Nordlandssykehuset HF. Det er også levert innspill og fakta/data fra involverte parter i prosessen.

Det har underveis i arbeidet vært forelagt ytterligere bakgrunnsdokumentasjon, inkludert litteratur angitt i mandatet. Endel bakgrunnsinformasjon har vært brukt til synliggjøring og bredde i kunnskapsgrunnlaget. Det er brukt i diskusjonene i prosjektgruppen, men i rapporten er det forsøkt begrenset til det som har hatt mest betydning for innholdet i rapporten.

For ø-hjelps aktivitet vil både antall innbyggere og tilreisende/ turister ha betydning, og det er derfor brukt data som både ser på forbruk i forhold til lokalbefolkning og faktisk aktivitet uavhengig av hvor pasienten er bosatt.

Det har ikke vært en målsetning at rapporten skal gi et fullstendig bilde av verken Nordlandssykehuset HF eller Nordlandssykehuset Lofoten, men inneholde bakgrunnsdata og drøftinger nødvendig for å svare ut oppdraget fra helse Nord RHF.

#### Forutsetninger og begrensninger ved angivelse av kirurgisk aktivitet

Prosjektet har benyttet tre hovedkilder for aktivitetsdata. Disse kildene har alle sine fordeler og begrensninger, noe som har vært gjennomgått i arbeidsgruppen.

Nedenfor forsøkes dette oppsummert.

Det er i hovedsak tall for 2014 som er benyttet, fordi det var disse data som var tilgjengelig for analyse for Sykehusbygg HF. I løpet av januar 2017 fikk vi oversendt pasientsstrømsdata fra SKDE som inkluderte også 2015. Vi har forsøkt oppdatere noe av materialet med nyere tall der det har vært mulig. For data fra egne rapporter i DIPS-EPJ<sup>5</sup> eller datavarehuset (ASL-LIS)<sup>6</sup> er det problematisk å få gode tall for 2015. Dette skyldes at databasene ved våre tre somatiske sykehus ble slått sammen, med påfølgende nye organisatoriske enheter. I egne data fra DIPS –EPJ/PAS eller datavarehuset (ASL-LIS) er det benyttet data fra 2016.

---

<sup>3</sup> SKDE, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering er en selvstendig enhet i helse Nord og består av to enheter: Forsknings- og analyseenheter og Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

[www.skde.no](http://www.skde.no)

<sup>4</sup> Samdata, årlig rapport om utvikling i ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten.

<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata>

<sup>5</sup> DIPS-EPJ/PAS, elektroniske pasientjournal og pasientadministrativt IT –system som benyttes av alle sykehus i Helse Nord, Helse Vest og helse Sør-Øst.

<sup>6</sup> Datavarehuset ASL-LIS, et informasjonssystem for oppfølging og kvalitetssikring av egne aktivitets data levert av Analysesentret AS

Under grafer og tabeller er det angitt hvilke kilder disse kommer fra.

#### SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering)

- SKDE benytter data fra NPR, men har ikke hatt tilgang til hvilken sengepost pasientene har vært innlagt ved. Pasienter er klassifisert i to hovedgrupper, kirurgiske eller medisinske, basert på DRG-systemet. Dette medfører at en pasient kan klassifiseres som medisinsk selv om han har vært behandlet av kirurger ved en kirurgisk sengepost eller poliklinikk, dersom kombinasjonen av diagnose og eventuelt medfølgende prosedyrekoder medfører at kontakten grupperes i en medisinsk DRG.
- SKDE har gode data på hvor pasientene i ulike opptaksområder har fått sin behandling (pasientstrøms data) og gode data på forbruksrater av ulike tjenester.
- Vi har derfor valgt å presentere SKDE data samlet for hele Nordlandssykehuset Lofoten uten å splitte på om dette er medisinske eller kirurgiske pasienter. Dette for å vise hvor stor del av behandlingen som gis ved lokalsykehusene for befolkningen i opptaksområdet.

#### Sykehusbygg<sup>7</sup>

- Data er innhentet via Helse Nord RHF, men Nordlandssykehuset har bidratt til å utforme kravspesifikasjonen. Hovedhensikten har vært å få frem antall og fordeling av pasienter som er behandlet av leger tilhørende Kirurgisk ortopedisk klinikk.
- Dataene presenterer det totale antall pasienter behandlet, uavhengig om dette er fastboende eller tilreisende.

#### Egne data fra rapporter i DIPS eller datavarehuset

- Disse rapportene er benyttet i for å angi andel pasienter som ikke er bosatt i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Lofoten.
- Som tidligere nevnt er det noe usikkerhet knyttet til gode rapporter for 2015 grunnet sammenslåing av databaser for de tre somatiske sykehusene i Nordlandssykehuset HF.

Nordlandssykehuset Lofoten har for polikliniske pasienter ikke registrert inn kontaktene fortløpende på kveld/natt og helg. Dette har medført stor usikkerhet i forhold til om tidspunktene for konsultasjonene er riktige, og det er vanskelig å anslå når på døgnet det er behov for poliklinisk kirurgisk kompetanse. Årsaken til mangelfull koding har vært begrenset kapasitet hos personell i akuttmottaket, men registreringspraksis skal endres i løpet av 2017.

---

<sup>7</sup> Sykehusbygg eid av de fire RHF'ene, nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og –bygging på internasjonalt nivå

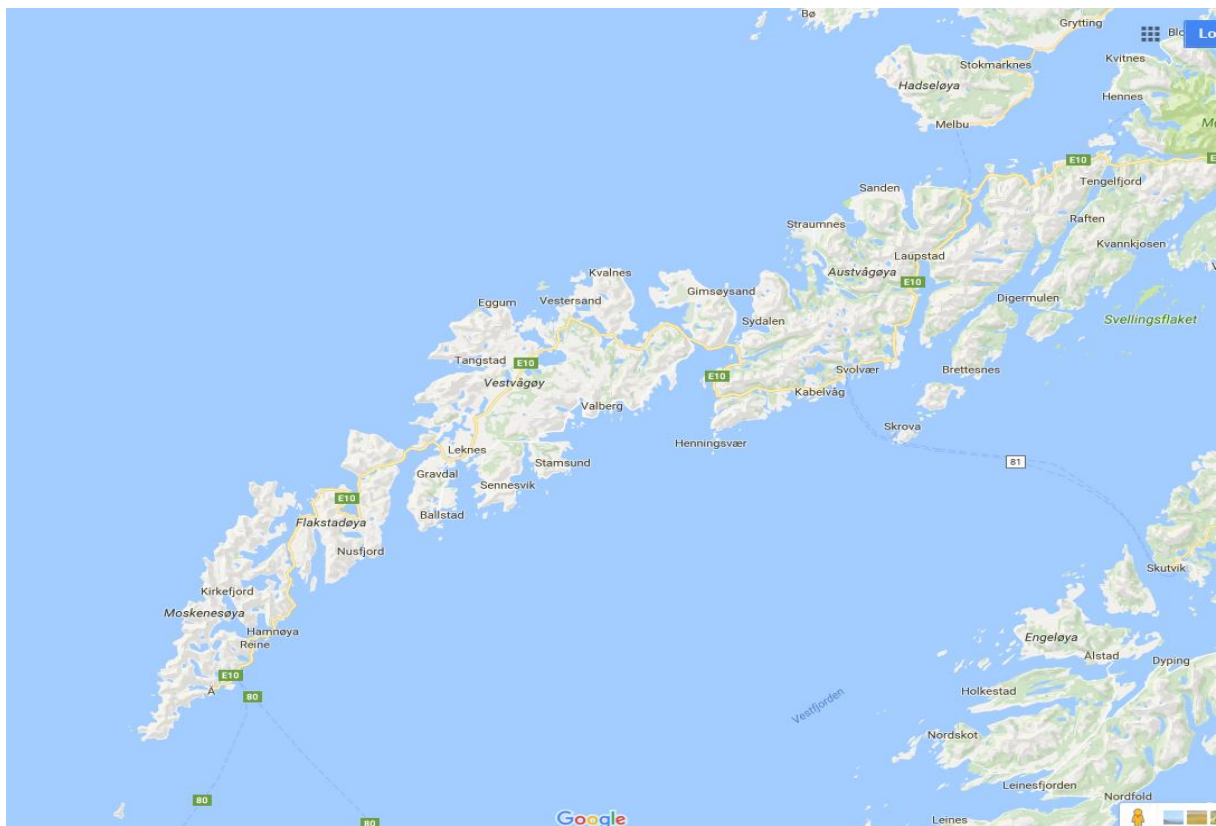
## 4.0 Diverse bakgrunnsdata

### Demografi og geografi

Lofoten er en øygruppe i Nordland på 67. og 68. breddegrad. Vest i havet langs Vestfjordens nordside. De største øyene fra øst til vest er Austvågøya, Gimsøya, Vestvågøya, Flakstadøya, Moskenesøya, Værøy og Røst. Øyene danner i stor grad grunnlaget for grensene til de seks kommunene Vågan, Vestvågøy, Flakstad, Moskenes, Værøy og Røst.

Kommunikasjonsmessig deles ofte Lofoten i to. De to ytterste øyene er nesten utelukkede knyttet til Bodø. Det medfører at Værøy og Røst sokner til Nordlandssykehuset Bodø. Mens de fire andre kommunene, med sine 23000 innbyggere, har Nordlandssykehuset Lofoten som sitt nærsykehus.

Kommunikasjonsmessig knyttes resten av Lofoten sammen med bruer, fly, båter og fastlandsforbindelse. Fra Svolvær er det bilferge med sommerdrift over Vestfjorden til Skutvik, mot Vesterålen er det ferger fra Fiskebøl til Melbu i Hadsel og fra Moskenes er det ferger til Bodø. Kong Olavs vei E10 gjør det mulig å ta seg i fergefritt fra Å i Lofoten til Bjerkvik E6. Det er to kortbaneflyplasser i Lofoten, en i Svolvær og en på Leknes.



Google maps

Kommune	1.jan 2006	1. jan 2016	Endring %	2040	Over 70 år 2016- 2040
Vågan	9021	9350	3,6	10408	1190 – 2084
Flakstad	1454	1336	-8,1	1259	227 – 316
Vestvågøy	10797	11198	3,7	12614	1398 – 2467
Moskenes	1183	1062	-10,2	966	195 – 227
<b>SUM</b>	22455	22946		25247	3010 – 5094

Folketall for kommuner i Lofoten. Kilde. SSB per 21.11 2016

Tabell 2 viser at folketallet i Lofoten holdt seg relativt stabilt fra 2006 til 2016. Beregningene fra Statistisk sentralbyrå viser at det vil bli en økning i folketallet frem mot 2040. Vi ser en relativ stor økning av den eldre befolkningen, her vist med antall innbyggere over 70 år. I Lofoten er andelen innbyggere over 70 år 13 % i 2016 og 20 % i 2040.

### Opptaksområde

Nordlandssykehusets HF har tre somatiske sykehus som dekker nedslagsfeltet til regionene Salten, Lofoten og Vesterålen med samlet ca. 136 000 innbyggere.

Nordlandssykehuset Bodø dekker kommunene Tysfjord vest (Drag), Hamarøy, Steigen, Sørfold, Fauske, Saltdal, Beiarn og Bodø. I tillegg dekkes to av Lofot-kommunene Værøy og Røst (ca. 83 000). Nordlandssykehuset Lofoten dekker kommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan (ca. 23000 innbyggere). Nordlandssykehuset Vesterålen dekker kommunene Hadsel, Sortland, Bø, Øksnes og Andenes (ca. 30 000 innbyggere).

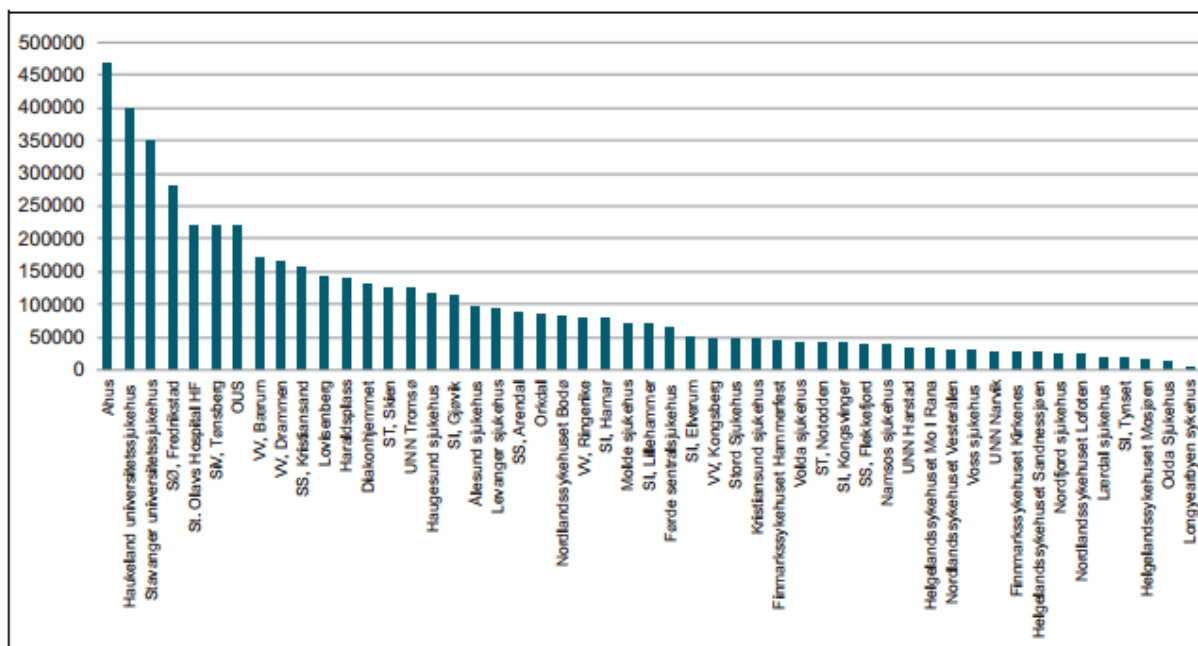
Nasjonal helse- og sykehusplan bruker tre betegnelser på sykehus for å tydeliggjøre innholdet og gjør begrepsbruken mer entydig.

*Regionsykehus* - Brukes om det sykehuset som i hver helseregion er utpekt som hovedsykehus.

*Stort akuttisykehus* – Brukes for sykehus med opptaksområde på 60-80000 innbyggere, med et bredt akutttilbud, med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.

*Akuttisykehus* – sykehus med minst akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i vakt og planlagt kirurgi. Kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosetningsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil båt og luftambulansetjenester og værforbehold gjør det nødvendig.

*Sykehus uten akuttfunksjoner* – sykehus med planlagt behandling, uten akuttfunksjoner.



Befolkningsgrunnlaget for somatiske akuttsykehus 2015 – Helse og omsorgsdepartementet

### Avstander og reisetid

Nordlandssykehuset Lofoten, ligger på Gravdal, på Vestvågøya. Nærmeste flyplass er Leknes flyplass som ligger 6,5 km fra sykehuset.

Ambulanseflyene er avhengig av åpne flyplasser. Avinor regulerer åpningstidene på de mindre flyplassene i henhold til rutetraffikk, men har beredskap på personell som kan klargjøre flyplassen for trafikk på ca. 40 minutters varsel. Om vinteren kan det bli nødvendig å brøyte rullebanen, og da kan det ta lengre tid. Med ambulansfly oppgis det fra Helse Nord i rapporten for ambulanshelikopter følgende flytider for ambulansfly. I tillegg kommer tiden det tar for inn og utlasting og transport til og fra flyplasser.

Normale flytider for ambulansfly	Flytid i minutter
<b>Leknes - Bodø</b>	15
<b>Leknes - Tromsø</b>	40
<b>Svolvær - Bodø</b>	15
<b>Svolvær - Tromsø</b>	35

Fra utredning av ambulanshelikopter Helse Nord RHF

Skal pasientene transporteres med ambulansebil er det disse avstandene og tidsforbruk som må legges til grunn.

Transport strekning	Antall km	Antall minutter
NLSH Lofoten - NLSH Vesterålen	128	2 t 41 min inkl 25 min ferje
NLSH Lofoten - NLSH Vesterålen	215	3 t 12 min via fastlandsforbindelsen
NLSH Lofoten - UNN Harstad	241	3 t 36 min via fastlandsforbindelsen
NLSH Lofoten - UNN Narvik	311	4 t 33 min via fastlandsforbindelsen
NLSH Lofoten - NLSH Bodø	156	4 t 28 min inkl ferje Vestfjorden
NLSH Lofoten - NLSH Bodø	413	7 t 4 min inkl ferje 1 t ferje
NLSH Lofoten - UNN Tromsø	497	6 t 59 min
Å i Lofoten - NLSH Lofoten	64	1 t 8 min
Å i Lofoten - NLSH Vesterålen	185	3t 43 min inkl 25 min ferje

Tallene er hentet fra Naf.no

#### Reisekostnader

Kostnadsberegning av pasientreiser fra Lofoten, 2017, beregninger er satt opp av leder av pasientreiser i Nordlandssykehuset.

Reise til Stokmarknes, en vei.	Fra Gravdal	Fra Svolvær
Ruten beregnet via Lofast	215 km	143 km
Standardsats (2,30 pr km) ved bruk av buss eller privatbil	<b>495 kr</b>	<b>329 kr</b>
Drosje/turvogn	<b>5.500 kr</b>	<b>3.700 kr</b>
Ledsager vil ikke utløse ekstrakostnader til transport, så lenge det ikke er flere pasienter. I så fall vil ledsager kunne resultere i at det må settes opp flere kjøretøy.		
Oppdrag med drosje/turvogn på kveld/natt/helg vil utløse merkostnader på 25 - 35 %		

<b>Reise til Bodø, en vei</b>	<b>Fra Gravdal</b>	<b>Fra Svolvær</b>
Flybillett, en vei	1.060 kr	1.060 kr
Transport til/fra flyplass, stipulert (noe buss, noe drosje)	240 kr	240 kr
<b>TOTALT</b>	<b>1.300 kr</b>	<b>1.300 kr</b>
Ledsager vil utløse ekstra flybillett		
Dersom det ikke benyttes fly, vil reisekostnaden være noe mindre.		

<b>Reise til Gravdal, en vei</b>	<b>Fra Svolvær</b>
	72 km
Standardsats (2,30 pr km) ved bruk av buss eller privatbil	<b>166 kr</b>
Drosje/turvogn	<b>1.800 kr</b>
Ledsager vil ikke utløse ekstrakostnader til transport, så lenge det ikke er flere pasienter. I så fall vil ledsager kunne resultere i at det må settes opp flere kjøretøy.	
Oppdrag med drosje/turvogn på kveld/natt/helg vil utløse merkostnader på 25 – 35 %	

### **Kost / overnatting**

Dersom en reise blir over 12 timer t/retur vil det utløse kostpenger, standardsats kr 215
Dersom det blir nødvendig med overnatting på reisen er standardsatsen kr 550

### [Turisme og øvrig endring i folkemengde i Lofoten](#)

Det er vanskelig å fremskaffe eksakte tall på antall turister som besøker Lofoten pr år. Destinasjon Lofoten opererer med tall som 800 000 turister i året, men det er vanskelig å tallfeste dette eksakt. Vågan kommune har størst økning i antall overnattinger på hotell. Det er turister året rundt, selv om det kan være en opphopning i sommerhalvåret. Noen av turistene som besøker Lofoten driver ekstrem sport.

I tillegg til den faste bosetningen representerer turister et økt antall personer utsatt for sykdom eller skade med potensielt behov for helsehjelp. Næringsvirksomhet som Lofotfiske er også med på å endre befolkningsgrunnlaget i kortere og lengre perioder i distriktet.

I dataene fra sykehusbygg med oversikt over antall pasienter innlagt og behandlet ved Nordlandssykehuset Lofoten inngår både de som er folkeregistrert i Lofoten og tilreisende.

For 2016 var det ved Nordlandssykehuset Lofoten 3486 heldøgnsopphold, fordelt på 2320 unike pasienter. Dersom en pasient har vært overflyttet mellom klinikker vil dette telle som mer enn ett opphold.

94,4 % av alle heldøgns pasienter behandlet ved Nordlandssykehuset Lofoten i 2016 tilhørte opptaksområdet til Nordlandssykehuset. De resterende prosentene er fra andre kommuner, helseregioner og utenlandske pasienter. Med bakgrunn i disse tallene kan en ikke si at det er et stort antall tilreisende som har hatt behov for behandling ved Nordlandssykehuset Lofoten. Noen av disse pasientene fra andre regioner kan være pasienter som har valgt Lofoten som behandlingsted.

Fordeling av bosted, heldøgns pasienter:

Kommune	Antall heldøgnsopphold	Prosent
<b>Totalt</b>	3486	
<b>Kommunene i eget opptaksområde</b>	3201	92 %
<b>Kommuner i NLSH sitt opptaksområde</b>	83	2,4 %
<b>Kommuner i UNN sitt nedslagsfelt</b>	22	0,6 %
<b>Utenlandske *</b>	68	2,0 %

\*Utenlandske 68 – 36 innlagt kirurgisk avdeling og 32 innlagt medisinsk avdeling. Kilde ASL-LIS. Data fra 2016

Fordeling av bosted, polikliniske pasienter

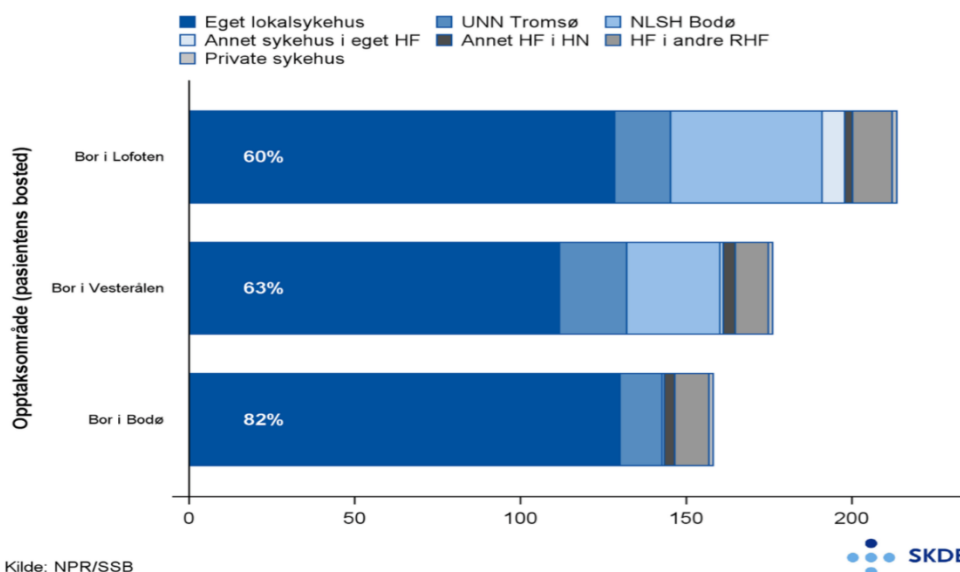
Kommune	Antall polikliniske konsultasjoner	Prosent
<b>Totalt</b>	18975	
<b>Kommunene i eget opptaksområde</b>	18154	95,8%
<b>Kommuner i NLSH sitt opptaksområde</b>	18565	97,9%
<b>Utenlandske</b>	114	0,6%

Kilde: ASL-LIS. Data fra 2016

### Aktivitet heldøgn

Forbruksmønsteret av innleggelser pr 1000 innbygger er over tid høyere i Lofoten enn i de to andre sykehusene i foretaket. Sykehuset i Bodø ligger relativt stabilt, sykehuset i Vesterålen har en svak nedgang, men ligger fortsatt over Bodø. Lofoten har størst nedgang i antall innleggelser, men ligger fortsatt høyest av alle tre sykehusene i helseforetaket. Tallene i tabellen under er justert for alder og kjønn.



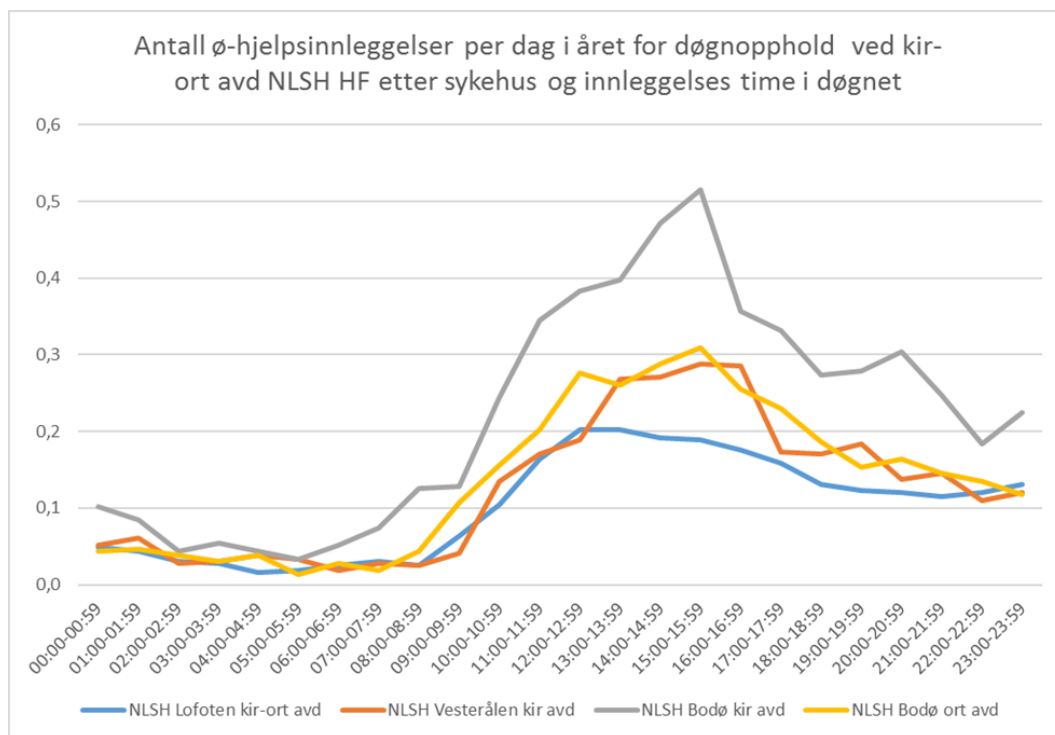


Antall døgninnleggelser per 1 000 innbyggere, kjønns- og aldersjustert, lokalsykehusområde og behandlingssteder, gjennomsnitt i perioden 2011-2015.

Kilde: SKDE

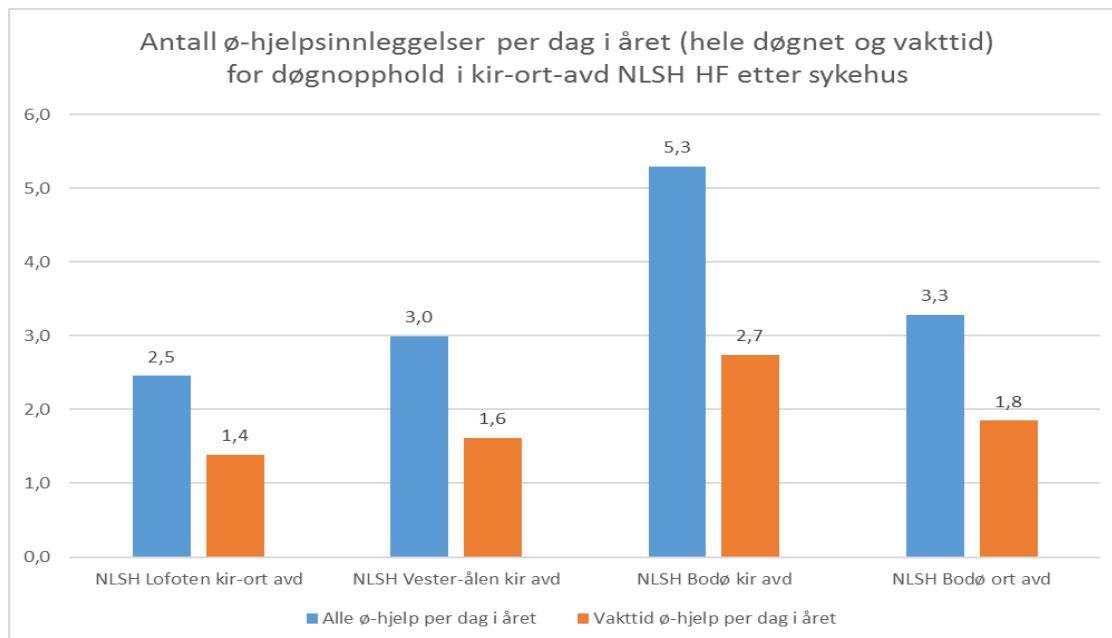
Pasienter i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Lofoten har gjennom flere år hatt høyt forbruk av heldøgns innleggelser relativt til andre sykehus. Grafen ovenfor viser gjennomsnittet for perioden 2011-2015. I dette tidsrommet er antall døgninnleggelser ved Nordlandssykehuset Lofoten pr 1000 innbyggere gradvis redusert fra 234 i 2011 til 192 i 2015. Også for befolkningen i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Vesterålen og Nordlandssykehuset Bodø er antall døgninnleggelser redusert, slik at i foretaket er det fortsatt befolkningen i Lofoten som har det høyeste forbruk av heldøgns innleggelser. Rett i overkant av 60% av alle heldøgns innleggelser for befolkningen foregår ved Nordlandssykehuset Lofoten, og denne andelen har holdt seg stabilt i tidsrommet 2011-2015.

I 2014 var det 3030 heldøgnsopphold ved Nordlandssykehuset Lofoten. 1111 av disse ble innlagt ved kirurgisk ortopedisk avdeling, hvorav 898 som øyeblikkelig hjelp og 213 som elektive/ planlagte.

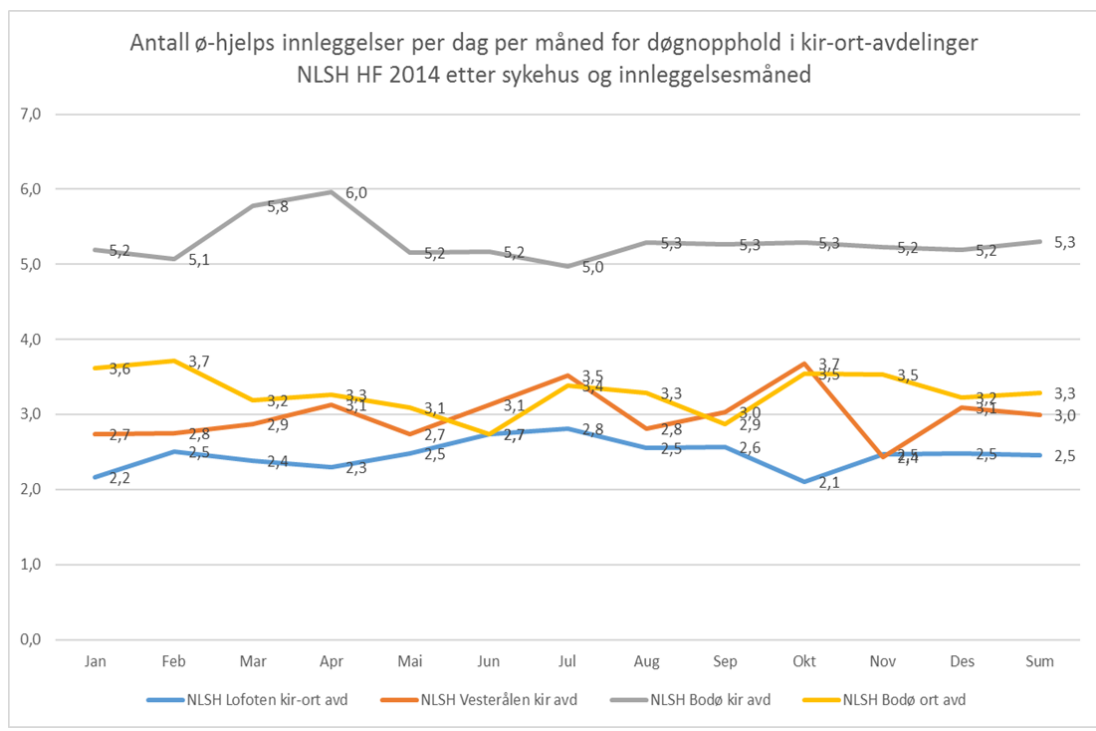


Kilde: Sykehusbygg, data fra 2014.

Figuren over viser antall ø-hjelps innleggelser for Kirurgisk ortopedisk klinikk i snitt per time. Vi ser at kurven har relativt lik form, og at antallet er lavest i Lofoten



Kilde: Sykehusbygg, data fra 2014



Kilde: Sykehusbygg, data fra 2014

I motsetning til kirurgisk avdeling i Bodø ser vi at gjennomsnittlig antall ø-hjelps innleggelser i Kirurgisk ortopedisk klinikk i Lofoten er høyest i juni og juli.

Fra ASL-LIS har vi hentet ut fordeling av heldøgns pasienter inneliggende på kirurgisk sengepost i Lofoten i 2016 basert på fagområde.

Fagområde	Prosentvis fordeling
Gastro-generell kirurgi	64 %
Annen bløtdel, inkl urologi	11 %
Ortopedi	22 %
Øre-nese-hals	3 %

## Aktivitet dagbehandling

Dagbehandling vil i hovedsak være hemodialysebehandling eller dagkirurgi. Her kan også inngå noe kjemoterapi og blodtransfusjoner.

Tabell 6: Andel dagbehandlinger fordelt på behandlende sykehus for personer bosatt i opptaksområdet til Nordlandssykehuset HF

	Bor i Vesterålen					Bor i Lofoten					Bor i Bodø				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Eget lokalsykehus	55.6	58.8	66.5	61.2	59.2	52.8	53.3	53.8	54.9	51.3	81.4	81.9	85.9	84.1	85.2
UNN Tromsø	13.2	12.0	6.7	9.1	7.4	14.2	10.1	6.5	5.6	4.3	8.4	7.4	2.9	3.3	3.0
NLSH Bodø	15.6	13.5	14.7	14.1	17.2	20.5	22.1	25.0	24.4	28.9	–	–	–	–	–
Annet sykehus i eget HF	0.5	0.5	0.4	0.3	0.8	1.2	1.5	2.2	1.3	1.9	0.2	0.8	0.9	0.6	1.0
Annet HF i HN	4.3	3.3	3.7	4.4	2.8	1.9	0.8	1.6	1.2	1.5	1.5	1.5	1.6	1.8	2.2
HF i andre RHF	7.4	7.0	4.6	7.1	7.4	6.5	7.1	6.5	6.2	6.2	5.4	5.2	5.9	6.7	5.4
Private sykehus	3.4	4.9	3.5	3.9	5.1	2.9	5.1	4.5	6.3	5.9	3.1	3.1	2.9	3.5	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

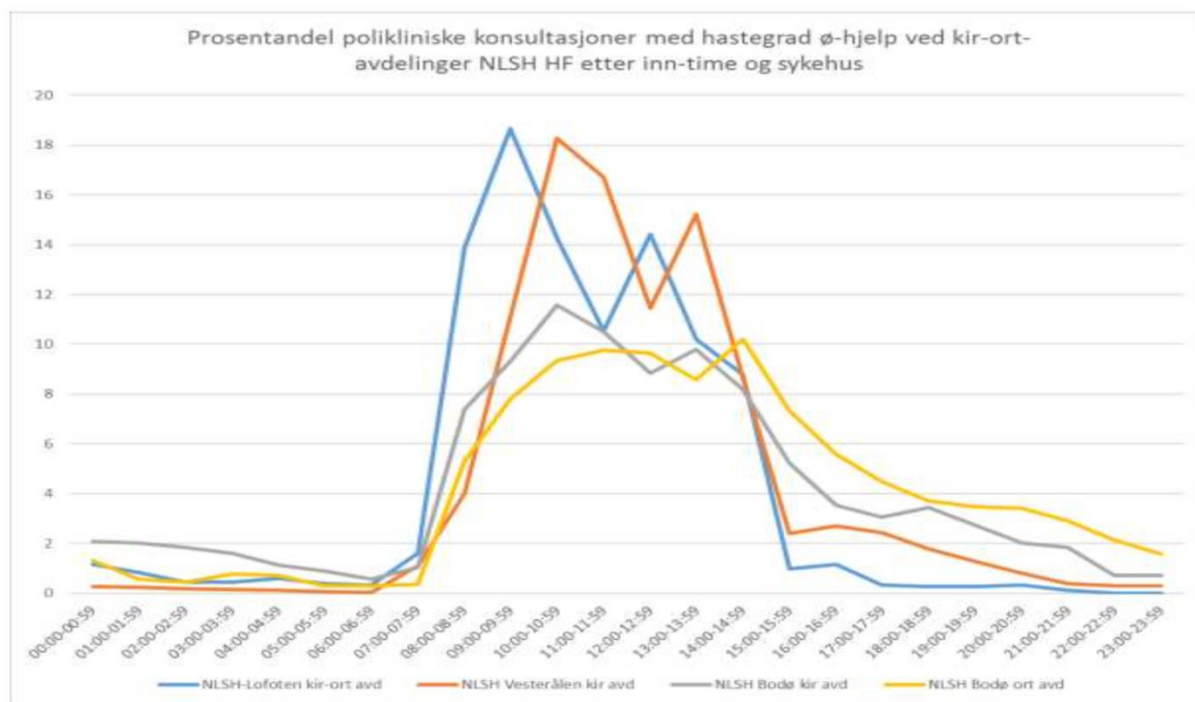
Kilde SKDE

Lofoten er det sykehuset i Nordlandssykehuset som prosentvis sender flest pasienter til andre sykehus til dagbehandling. Og av det følger også at de har den laveste prosenten av dagbehandling ved eget lokalsykehus. I 2015 ble hele 28,9 % av det totale dagbehandlingstilbudet til pasienter fra Lofoten utført i Bodø. Det tilsvarende tallet for Vesterålen var 17,2 %. Behandling innenfor de andre områdene er ikke så veldig ulik i prosentvis fordeling, men totalt får 48,7 % av pasientene i Lofoten sin dagbehandling ved andre institusjoner. Det gir grunn til å se nærmere på muligheten for økt dagbehandlingsaktivitet i Lofoten.

## Aktivitet poliklinikk

Kirurgisk ortopedisk klinikk hadde i 2014 39679 polikliniske konsultasjoner, fordelt på 6433 i Lofoten, 8447 i Vesterålen og 24799 i Bodø. Andelen ø-hjelp var 24 % i Lofoten, 28 % i Vesterålen og 26 % i Bodø. Av ø-hjelpskonsulasjonene er 39% ortopediske. (Data fra Sykehusbygg, 2014 tall)

Ø-hjelp er polikliniske konsultasjoner hvor pasienten er meldt fra fastlege eller legevakt og får tilbud om time innen 24 timer. De fleste ø-hjelps konsultasjonene er på dagtid. At det er færre ø-hjelps konsultasjoner i Lofoten på ettermiddag/ natt enn Bodø og Vesterålen kan skyldes at polikliniske pasienter som kommer på ettermiddag/ kveld/ natt ikke har blitt fortløpende registrert i DIPS EPJ, men er etter registrert første virkedag.



Kilde: Sykehusbygg, data fra 2014

SKDE har sett på i hvilken grad befolkningen i Lofotens opptaksområde får dekt behovet for polikliniske-/ spesialist konsultasjoner fordelt på behandlende sykehus for personer bosatt i opptaksområdet til Nordlandssykehuset HF.

Kilde SKDE notat 1/2017	Bor i opptaksområde til NLSH Vesterålen		Bor i opptaksområde til NLSH Lofoten		Bor i opptaksområde til NLSH Bodø	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<b>Poliklinikk dekket ved eget lokalsykehus</b>	58,5 %	54,6 %	57,7 %	57,8	67,4 %	67,3 %
<b>Poliklinikk dekket via UNN Tromsø</b>	8,1 %	7,3 %	6,7 %	6,5 %	4,5 %	3,8 %
<b>Poliklinikk dekket via NLSH Bodø</b>	15,1 %	12,0 %	22,4 %	20,3 %		
<b>Poliklinikk dekket via annet sykehus i eget HF</b>	1,3 %	1,0 %	1,6 %	1,9 %	0,1 %	0,1 %
<b>Poliklinikk ved annet HF i HN</b>	2,6 %	2,1 %	0,8 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %
<b>Poliklinikk ved HF i annet RHF</b>	3,3 %	2,5 %	3,5 %	3,8 %	2,9 %	3,1 %
<b>Poliklinikk ved private sykehus</b>	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
<b>Poliklinikk dekket via avtalespesialist</b>	10,9 %	20,3 %	7,1 %	8,4 %	23,9 %	24,2 %

Kilde SKDE andel polikliniske spesialistkonsultasjoner fordelt på behandlende sykehus for personer bosatt i opptaksområdet til NLSH

Innbyggerne i Lofoten har den laveste raten på bruk av poliklinikk pr 1000 innbyggere i Nordlandssykehuset når en ser på det totale forbruket. Det kan være mange årsaker til det, men en årsak kan være at det legges inn flere til døgntil behandling enn ved de andre to sykehusene. Under 60 % av de polikliniske kontaktene dekkes ved eget sykehus, og over 20 % dekkes ved reise til NLSH Bodø. Det kan gi en pekepinn på at det er grunnlag for å se nærmere på praksisen med ambulering i foretaket. For å redusere belastningen til et stadig økende antall eldre med å reise til Bodø for å motta et poliklinisk tilbud. Det vil med stor sannsynlighet også bli en billigere løsning for Nordlandssykehuset HF ved å sende spesialistene til Lofoten og Vesterålen. Det kan igjen være med på å forsterke fagmiljøet ved lokalsykehusene.

## 5.0 Dagens organisering av kirurgisk ortopedisk tilbud

Nordlandssykehuset HF er organisert etter en klinikkmodell med gjennomgående ledelse. I styremøtet 13. november 2008 ble det vedtatt at Nordlandssykehuset HF skulle organiseres med klinikker. I 2014 ble det gjennomført en evaluering av Nordlandssykehusets organisasjonsmodell styresak 10-2014 – evaluering av NLSHs organisasjonsmodell. Utredningen angående organiseringen av stedlig ledelse ble behandlet i styret til Nordlandssykehuset sak 108-2016.

### Kirurgisk og ortopedisk klinikk



KIRORT  
AMUsak 25/2015

Kirurgisk ortopedisk klinikk i Nordlandssykehuset HF er organisert på de tre lokasjonene i Lofoten, Vesterålen og Bodø. Klinikksjef sitter i Bodø og har ansvar for klinikkens drift og at all virksomheten skjer i henhold til lover, forskrifter og reglement, herunder det overordnede medisinskfaglige systemansvar.

Avdelings- og seksjonsoverleger skal drive de respektive fagene framover og bidra til utarbeiding av prosedyrer og standarder. Videre sørge for kompetanseutvikling for egne leger, legge til rette for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet, herunder implementering av tiltakspakker, nye pakkeforløp og se til at alle aktuelle kvalitetsdata bli registrert rettidig og med riktig kvalitet.



Klinikken er organisert med seks avdelinger, fire i Bodø og en i Lofoten og en i Vesterålen.

- Avdeling Lofoten
- Avdeling Vesterålen
- Avdeling ortopedi og drift
- Avdeling sengeområde Bodø
- Avdeling dagbehandling Bodø
- Legestab, bløtdel Bodø

### **Avdeling Lofoten**

Avdelingen er satt opp med følgende organisatoriske ledd:

- Avdelingsleder
- Avdelingsoverlege/Legestab
- Driftssykepleier
- Kirurgisk sengepost med 14 senger
- Enhet Kirurgisk medisinsk poliklinikk
- Informasjonstjenesten – Velg behandlingssted

Det er heldøgns behandling og poliklinikk ved alle lokasjoner. Bodø er størst med tre sengeposter, totalt 62 senger fordelt på 23 senger gastro/gyn, 19 senger på ortopedi og 20 senger på urologi og kar kirurgi. Lofoten har 14 senger og Vesterålen har 17 senger, her er ikke sengene delt opp etter fag.

### [Oppgaver for kirurg Nordlandssykehuset Lofoten](#)

Kirurgiske overleger som jobber ved Nordlandssykehuset Lofoten ivaretar et bredt spekter av oppgaver. Overlegen møter den kirurgiske pasienten i alle ledd og følger dermed pasienten i hele forløpet. Det er til enhver tid få spesialister å fordele oppgaven på og derfor vil overlegen bli involvert i de fleste diskusjoner og beslutninger knyttet til behandlingen av den kirurgiske pasienten. Kirurgisk overlege deltar daglig på faglige møter og utgjør en betydelig ressurs i forhold til andre spesialiteter i sykehuset.

Ved traumealarm er kirurgisk overlege leder i sykehusets traumeteam.

Kirurgisk overlege er en svært viktig veileder og støttespiller for LIS- lege (lege i spesialisering) og for klinikkens turnusleger. Nordlandssykehuset Lofoten må ha fast tilsatt kirurgisk overlege for å kunne være utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering i generell kirurgi og for å kunne tilby turnustjeneste i kirurgi.

Kirurgene deltar på røntgenmøter, tverrfaglige diskusjoner med de andre fagene i sykehuset og utgjør en betydelig faglig ressurs i flere tverrfaglige oppgaver. Ved traumealarm er kirurg traumeleder i traumeteamet. Vaktoppgaver for kirurg er visitt på overvåkingen og kirurgisk sengepost, bakvakt for mindre erfarne leger og deltar i vurderingen av pasienter som kommer til akuttmottaket.

Kirurg bistår de medisinske legene med tilsyn og vurdering av pasienter med uavklart problemstillinger, som f.eks. akutt abdomen og bistår med mindre kirurgiske prosedyrer på indremedisinske pasienter som for eksempel biopsier, veneport, suprapubiskateter og thoraxdren.

Helse Nord RHF besluttet i styresak 135-2011 at det ikke skulle være vaktberedskap innen ortopedi ved sykehusene i Kirkenes, Narvik, Vesterålen, Lofoten, Sandnessjøen og Mosjøen. I Lofoten har det ofte vært tilstede spesialist som kunne ivareta både generell kirurgi og ortopedi, selv om det ikke har vært etablert egen vaktlinje.

Nordlandssykehuset HF har over flere år hatt felles digitalt røntgenarkiv, slik at røntgen bilder tatt i Lofoten og Vesterålen umiddelbart er tilgjengelig for ortoped i Bodø. Både innen radiologi og ortopedi benyttes foretakets samlede ressurser for diagnostikk og vurdering av pasienter, slik at det kan avklares hvilke pasienter som på vakttid bør overflyttes til et høyere omsorgsnivå.

Elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten utføres innen fagområdene ortopedi, generell kirurgi, gastrokirurgi, urologi, gynekologi og ØNH.

Plantallene pr år ligger på 1200 operasjoner. Ca. 60 % av disse utføres som dagkirurgiske inngrep.

En del pasienter som står på venteliste ved Nordlandssykehuset Bodø opereres ved sykehuset i Lofoten. Det gjelder i all hovedsak pasienter tilhørende fagområdene generell kirurgi og ortopedi hvor det er betydelig kortere ventetid i Lofoten. Dette planlegges nå videreført i større omfang og det blir nå også utført ambulering fra Bodø for operativ virksomhet. Denne utviklingen er i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan, hvor sykehusene skal benyttes som nettverk for å utnytte kapasiteten best mulig.

#### Pågående kvalitetsarbeid i kirurgisk ortopedisk avdeling Lofoten:

- **Kvalitetstavler** – både poliklinikk og sengeposten har kvalitetstavler. Tavlene viser tiltakspakker og hva som måles
- **Docmap og prosedyrearbeid** – pågår og videreføres
- **Tiltakspakkene** – Alle aktuelle tiltakspakker i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand, fall, trykksår, UVI, samstemming av legemiddelliste) Målinger blir pr i dag gjennomført ved Proact / News.
- **ProAct** – er implementert i sengeposten
- **GTT** – kontinuerlig arbeid
- **Pasienttilfredshetsundersøkelse** – Gjennomført i poliklinikken. Tar sikte på at sengeposten starter opp med dette våren 2017 i forbindelse med prosjekt «Et vennlig sykehus»
- **Apotekerstyrt medisinrom**
- **Elektronisk sengepostliste** innføres første halvår 2017

- **Et vennlig sykehus;** oppstart utskrivingsamtaler første halvår 2017

Sengetall	Lofoten	Vesterålen
Kir-Ort klinikk	14	17
Akuttmedisinsk klinikk (overvåkning)	4	8
Medisinsk klinikk	22	25
Dag kirurgi	6	5
Dialyse	8	10
Føde	2 fødestuer – 4 barselsenger	2 fødestuer – 6 barselsenger
Dagbehandling	1	4

Totalt antall senger ved de ulike klinikkene ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen

### Vaktberedskap Lofoten

Vaktene ved kirurgisk-ortopedisk klinikk ved Nordlandssykehuset Lofoten dekkes i all hovedsak av fast ansatt overlegespesialist eller av fast overlegevikar. Klinikken har over mange år hatt et meget godt samarbeid med norske og svenske overlegevikarer som har vikariert regelmessig ved sykehuset. Vikarene er således godt kjent med sykehusets interne rutiner, spesialisthelsetjenesten i helseforetaket og regionen og med primærhelsetjenesten lokalt. I varierende grad brukes kun vikarbyrå til å dekke opp enkeltuger i forbindelse med ferieavvikling. Klinikken har godt samarbeid med det vikarbyrået som brukes og det etterstrebes alltid å skaffe klinikken overlegespesialist som har vikariert ved sykehuset tidligere. Byråene oppleves som seriøse aktører som har fokus på å levere kvalitet.

Det arbeides kontinuerlig med rekruttering av flere faste overleger og klinikken tar sikte på at det fra høsten 2017 er på plass 4 faste spesialister i Lofoten.

### Vikar innleie Kir-Ort lege Lofoten

	Vikar fra byrå	Fast vikar med avtale	Bare vikarer ingen faste ansatte
2015	9 uker	12 uker	1 uker
2016	24 uker	12 uker	11 uker

### Vikar innleie anestesi lege Lofoten

	Vikar fra byrå	Fast ansatt
2015	46 uker	7 uker
2016	29 uker	23 uker

## Traumeberedskap i Helse Nord

Helse Nord RHF utarbeidet i 2010 en rapport om regionalt traumesystem. Status for Nordlandssykehuset HF er beskrevet i rapportens punkt 2.2.3. Anbefalingene i rapporten er at

- Lofoten anbefales ikke som akuttstusykehus. Pasientgrunnetaget bør betjenes primært av Nordlandssykehuset Bodø, alternativt nærmeste akuttstusykehus når landveis transport er nødvendig.

Traumesystemet ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styresak 65-2010 og 133-2010.

Nedenfor er utdrag fra vedtaket gjort i styresak 133-2010:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til regionalt traumeutvalgs rapport, høringsuttalelsene og saksutredningen. Styret i Helse Nord RHF har som hovedpremiss for sitt arbeid at alvorlig og/eller hardt skadde pasienter så vidt mulig skal sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er regionalt traumesenter nivå 3 og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter (unntak for ev. pasienter som trenger behandling ved sykehus med landsfunksjoner).
3. Nordlandssykehuset Bodø er traumesykehus nivå 2, og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved regionalt traumesenter nivå 3.
4. Styret i Helse Nord RHF legger til grunn at alle sykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap skal fortsette å ha det. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til regionalt traumeutvalgs konklusjon om at alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å motta og kunne utføre stabiliserende/livreddende behandling, når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som skal utføre endelig behandling. Sykehus med kirurgisk akuttberedskap skal ha kompetanse slik den framkommer av listen med krav til prosedyrer som var vedlagt saksfremlegget. Adm. direktør bes om å oppdatere denne listen ved behov.

Traumesystemet i Nordlandssykehuset HF bygger på det regionale traumesystemet vedtatt 2010 som igjen bygger på Nasjonal Traumerapport. Listen med krav til sykehus med kirurgisk akuttfunksjon (Docmap RL4076) følges opp av regional traumekoordinator. Nordlandssykehuset Lofoten og har traumeutvalg som ivaretar BEST-øvelser<sup>8</sup> og rapportering til traumeregister. Foretaket har også egen Traumekomite. Foretaket har sertifiserte KITS<sup>9</sup>-instruktører både i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Ny versjon av nasjonal traumeplan er under behandling, men ikke vedtatt.

Alvorlig og/eller hardt skadde pasienter skal så vidt mulig sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling. Alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å yte stabiliserende/livreddende behandling når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehus som skal utføre endelig behandling. Akuttsykehus skal under normale omstendigheter kunne nås innen to timer fra skadetidspunktet. Det regionale traumesystemet beskriver også krav til prosedyrerepertoar, behandlingstiltak tilgjengelig, organisering (inkludert ressurser som til enhver tid skal være tilgjengelig), ledelse og kompetanseutvikling, retningslinjer med skriftlig manual og hvordan innpassing i et regionalt traumesystem skal tilpasses.

Akuttmedisinsk klinikk (AKUM) har det stedlige ansvar for traumeorganisering ved NLSH Lofoten, mens kirurgisk ortopedisk klinikk har ansvaret for traumepasienter. Traumeutvalget ledes av avdelingsoverlege kirurgisk ortopedisk klinikk og rapporterer til Traumekomiteen i Nordlandssykehuset HF

#### Mottak av traumepasienter

AMK slår traumealarm etter fastsatte traumekriterier som er felles for foretaket og varsler traumeteamet via vaktmobiler/ calling. Det er også mulig å utløse traumealarm via eget alarmknapp på akuttrommet dersom det kommer inn en pasient hvor det er behov av traumeteamet, men hvor traumealarm ikke er utløst av AMK.

Traumeteamet består av:

- Vakthavende overlege kirurgisk ortopedisk klinikk (teamleder)
- Anestesilege
- Anestesisykepleier
- Radiograf
- Bioingeniør
- 2 operasjonssykepleiere
- Mottakssykepleier
- Turnuslege/ lis kirurgi



## Traumeregistreringer i Lofoten 2013-2015

	2013	2014	2015
Traumemottak NLSH Lofoten, pasienter totalt	39	29	25
-fallulykker	7	11	6
- trafikkulykker	27	13	16
- øvrige	5	5	3
Traumelarm utløst kveld/natt/helg	27	18	13
Ferdigbehandlet NLSH Lofoten (sent hjem)	31	21	23
Sendt annet sykehus for fortsatt behandling	8	8	2
Pasientdøgn NLSH Lofoten totalt (traumemottak)	70	40	44
- hvor av døgn på overvåkning Lofoten	17	18	19

Kilde: Manuell telling AKUM Lofoten

Oversikten omfatter kun traumepasienter som oppfylt kriterier for, og der man utløst traumelarm.

En klar majoritet av traumepasientene ferdigbehandles i Lofoten.

### Trafikkulykker

Fra kilder i Statens Vegvesen/nasjonal vegdatabank er det hentet frem tall for regionene på trafikkulykker for årene 2013-2015. Tall i tabellen under viser tall for Lofoten fra Fiskebøl i øst og vestover.

Type	2013	2014	2015	Sum
<b>Alle trafikkulykker</b>	25	22	27	74
<b>Antall drepte</b>	1	2	2	5
<b>Meget alvorlig skadd</b>	0	0	1	1
<b>Alvorlig skadet</b>	3	2	2	7

## 6.0 Dagens organisering av fødetilbudet

Regionale helseforetak har sørge-for ansvar for et trygt og sammenhengende fødetilbud til kvinner i regionen. Endringer i kommunikasjoner og bosetningsmønstre, faglig utvikling og rekrutteringssituasjonen for gynekologer har medført endringer i den norske strukturen i fødselsomsorgen. Helse Nord RHF vedtok i styre sak 31/2011 at Nordlandssykehuset Lofoten videreføres som jordmorstyrt fødestue. Kirurgisk beredskap/ gynekolog i vakt skal kunne gjennomføre nødkeisersnitt, jfr. premisene i saksutredningen.»

Fagavdelingen i Helse Nord RHF la følgende definisjon til grunn for forståelsen av oppdraget: Nødkeisersnitt- keisersnitt som utføres i en nødsituasjon, hvis pasienten ikke kan flyttes på grunn av vær eller når situasjonen vurderes slik at forløsning av medisinske grunner må skje raskere enn man klarer å gjennomføre med akutt transport. Beredskap for å utføre nødkeisersnitt: Krav til beredskap i henhold til krav for beredskap på en fødeavdeling ved lavrisikofødsler. Det skal ikke forekomme risikofødsler på fødestuen med mindre det oppstår en nødsituasjon, jfr. Definisjonen ovenfor. Seleksjon for fødestuer i henhold til krav i veileder «Kvalitetskrav til fødeinstitusjoner» skal alltid følges.

Synkende fødselstall har ført til bekymring og uro rundt fødetilbudet i distriktene. Små fødeavdelinger har slitt med trusler om nedlegging og/ eller omstilling og rekruttering av gynekologer er vanskelig, vikarstafetter har gitt utfordringer med hensyn til kvalitet, og fødselstallet i distriktene er synkende. Det er et grunnleggende krav om at fødselsomsorgen skal drives faglig forsvarlig og i samsvar med definerte krav til kvalitet.

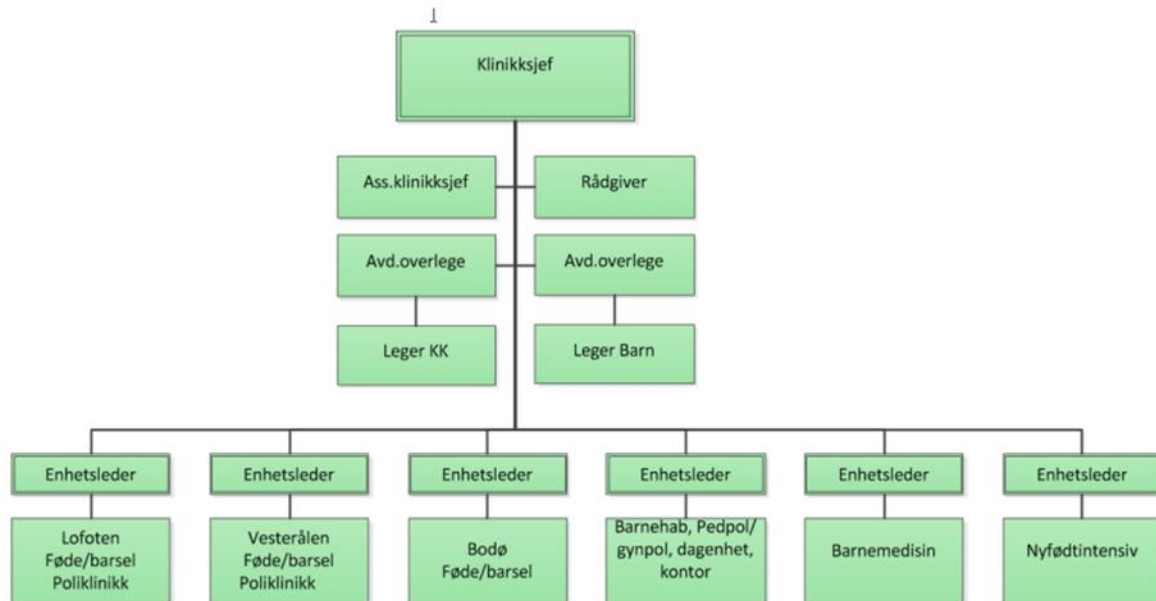
Veilederen «Et trygt fødetilbud» fra Helsedirektoratet 2010 stilte kvalitetskrav til fødselsomsorgen. I Nordlandssykehuset tilbys fødselsomsorg på tre nivå. Kvinneklinikken i Bodø, fødeavdelingen i Vesterålen og fødestue i Lofoten. Fødestue med gynekolog i vaktberedskap for nødkeisersnitt er ikke omtalt i veilederen.

I 1997-1998 ble det gjennomført et forsøksprosjekt ved Lofoten Sykehus. Prosjektet het «Jordmorstyrt fødeenhet i sykehus» En av bakgrunnene for dette var trusselen om nedleggelse av fødeenheten ved Lofoten sykehus. Resultatet av prosjektet resulterte i at i 2000 ble det vedtatt at fødeavdelingen skulle omgjøres til jordmorstyrt fødestue. I følge helsedirektoratet 2010, er en fødestue et fødetilbud til kvinner med en forventet normal fødsel som ønsker å føde der. Ved fødestuen tilbyr jordmødrene svangerskapsomsorg og gjør fortløpende vurderinger og seleksjon sammen med kvinnens fastlege. Fødestuene representerer en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner i distriktet. Ikke bare de som føder ved enheten. Kvinner som ikke skal føde ved enheten kan bli undersøkt før transport og vurdert behov for følge av jordmor og om transport er tilrådelig. Fødestuen ved Nordlandssykehuset Lofoten har i tillegg tilbud om polikliniske obstetriske

/gynekologiske undersøkelser og gjennomfører gynekologiske operasjoner i tråd med dagens funksjonsfordeling.

Kvinne/barn klinikken

## Kvinne/barn- klinikk



Føde enheten i Lofoten har i dag:

2 fødestuer

4 barselsenger

2 senger til gynekologiske pasienter og 4 sengerom.

Pr oktober 2016 har enheten totalt 10,23 stillinger fordelt på:

8,8 jordmødre

1,4 barnepleiere

0,6 helsesekretær

Det er to fast ansatte gynekologer i Lofoten. De har en vaktordning der de har hjemnevakt/bakvakt 14 dager hver. Det er en ordning som er vurdert å være forsvarlig siden det er veldig sjelden de kalt ut på vakttid. Det er beredskap for nød keisersnitt i Lofoten og i 2016 ble det ikke utført noen keisersnitt. Det viser at seleksjonskriteriene fungerer etter hensikten.

## Innleie av gynekolog i Lofoten

	Vikar fra byrå	Fast vikar med avtale	Bare vikarer ingen faste ansatte
2015	26	0	6
2016	35	0	18

### Seleksjonskriterier

Seleksjon til fødeinstitusjoner skjer på bakgrunn av faglige og organisatoriske vurderinger. Vurderingene gjøres etter skriftlige nedfelte seleksjonskriterier i Helse Nord. Vurderingene gjøres av involvert helsepersonell, i samråd med den gravide og hennes pårørende. Hensikten er at den gravide kommer til riktig fødeinstitusjon og får tilpasset overvåkning og behandling når hun skal føde. Seleksjon foregår både under svangerskapet, ved innleggelse i fødeinstitusjonen, samt fortløpende underer eller etter fødsel.

Stortingets beslutning om en desentralisert fødselshjelp og differensiert fødselsomsorg i 2001 er blitt kalt et paradigmeskifte. Det er imidlertid fortsatt stor grad av risikofokusering og verstefallstenkning i fødselshjelpen i Norge. Det er en utfordring både i forhold til fagpersoner og brukerne av tjenesten å få gjennomslag for at friske kvinner med et svangerskap som utvikler seg normalt har gode odds for å få en normal fødsel og kan føde på en enhet beregnet på kvinner med lav risiko. En normal fødsel krever ressurser og tilgjengelig jordmor som har tid, ro og mulighet til å konsentrere seg om fødselen, paret og det ventende barnet.

I Helsedirektoratets arbeid med faglige krav til fødeinstitusjoner defineres tre nivå for selektering av fødende i forkant av fødselen:

1. Kvinner som skal føde ved kvinneklinikk
2. Kvinner som skal føde ved fødeavdeling
  - a. Fødeavdeling uten barneavdeling
  - b. Fødeavdeling med barneavdeling
3. Kvinner som kan føde på fødestuene

I tillegg nevnes seleksjonskriterier for overflytting fra fødestue til fødeavdeling under fødsel eller etter fødsel.

Presiseringer fra regional gruppe av kravene foreslått av Helsedirektoratet 2010:  
☑ "Katastrofesnitt skal utføres innen 15 minutter" betyr at **katastrofekeisersnitt skal være påbegynt innen 15 minutter etter at gynekologen har stilt indikasjon** til forløsning med keisersnitt. (Regional plan for helhetlig svangerskap- fødsel.. HN)

For å kunne føde ved en fødestue, skal følgende kriterier være oppfylt:

- Frisk første eller flergangsfødende
- Et normalt svangerskap
- Bærer et foster i hodeleie
- Ingen kjente sykdommer som kan medføre komplikasjoner
- Tidligere normale svangerskap og fødsler
- Fødselen starter spontant mellom fullgatte svangerskapsuker 36 +0 og 41 +3 dager
- Fødselen er definert som lavrisiko når riene starter og er fortsatt normal frem til etter barnets fødsel

Kvinner med følgende tilstander skal som hovedregel henvises til fødeavdeling eller kvinneklinikk, men kan etter spesiell vurdering i samarbeid med fødeavdeling eller kvinneklinikk føde på fødestue (relative seleksjonskriterier):

- Tenåringsgravide
- Moderat overvekt, BMI > 27
- Uspesifikke forhold som psykiske eller psykososiale problemstillinger

Jordmor kan anbefale sykehusfødsel ut fra en helhetsvurdering uten nødvendigvis å vise til nevnte kriterier.

### Overflytting fra fødestuer

#### **Indikasjoner for overflytting under eller i forbindelse med fødsel:**

- Fostervannsavgang > 24 timer uten etablerte rier
- Avvikende leie/presentasjon av foster
- Høytstående hode til tross for gode rier
- Misfarget fostervann tidlig i fødselsforløpet
- Rikelig/unormal blødning
- Behov for fosterovervåkning ved truende føtal asfyksi eller annen usikkerhet vedrørende fosterhertelyden
- Vurder behov for medikamentell smertelindring
- Vurdert behov for medikamentell stimulering av rier

#### **Indikasjoner for overflytting etter fødselen – kvinnen:**

- Fastsittende placenta, med eller uten blødning
- Sfinkterruptur grad III og IV, dype vaginal-/perinealrifter, cervixruptur
- Unormal etterbyrdsblødning, atoni eller blødning fra rifter
- Andre indikasjoner



### Indikasjoner for overflytting - nyfødt:

- Mistenkt sykdom hos nyfødt
- Respirasjonsproblemer
- Misdannelser, skade eller fraktur
- Gulsott
- Andre indikasjoner

### Fordeling av fødested i Nordlandssykehuset 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bodø	1036	1078	1009	1004	1033	1025	979
Stokmarknes	259	297	311	332	317	327	362
Gravdal	128	123	105	99	102	102	65
SUM	1423	1498	1425	1435	1452	1454	1406

### Levendefødte, etter region, tid og statistikkvariabel, Tall fra SSB.no

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Flakstad</b>	9	11	8	15	15	9
<b>Vestvågøy</b>	130	129	114	122	130	126
<b>Vågan</b>	78	105	77	93	78	88
<b>Hadsel</b>	71	77	87	76	79	76
<b>Bø (Nordl.)</b>	16	17	13	12	15	28
<b>Øksnes</b>	39	40	40	45	47	31
<b>Sortland</b>	107	111	111	118	101	100
<b>Andøy</b>	36	41	53	52	38	53
<b>Moskenes</b>	9	14	6	9	5	6

## Aktivitetstall føde og gynekologi i Lofoten 2014-2015

### Polikliniske konsultasjoner

År	2014	2015
UL jordmor	287	284
Svangerskaps pol	852	663
Gyn pol	2096	1970

### Antall innlagte

År	2014	2015
Antall liggedager føde/gyn	879,3	894
Gjennomsnittlig liggetid	2,6	2,9
Antall fødsler	97	101

### Antall keisersnitt

År	2012	2013	2014	2015	2016
Antall	6	6	5	4	0

### Operative forløsninger/annet 2015

- Sectio : 4
- Tang : 0
- Vacuum : 2
- Seteforløsninger: 0
- Tvillinger: 0

## 7.0 Primærhelsetjeneste og prehospitale tjenester

### Beredskap i primærhelsetjenesten

Kommunenes sitt ansvarsområde innen helse er regulert gjennom «Helse- og omsorgstjenesteloven» - Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. fra 1. januar 2012. Kommunene skal sørge for at innbyggerne og andre som oppholder seg i kommunen får et tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Loven omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Herunder ligger også ansvaret for øyeblikkelig hjelp.

(<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>)

For å kartlegge status på legevaktene og beredskapsarbeidet i kommunene i Lofoten ble det 7.oktober 2016 sent ut invitasjon fra Nordlandssykehuset HF om innspill fra de fire Lofotkommunene, Moskenes, Vågan, Vestvågøy og Flakstad. Det er mottatt svar fra Vestvågøy og Vågan.

### **Vågan**

Legevakten i Vågan er åpen 15.30-08.00 på hverdag, samt hele døgnet i helg og høytid. Legevakten har hjemmevakt uten annen bemanning enn lege i vakt. Legevaktssentralen er en tjeneste som kjøpes av Lofoten IKL på Gravdal. På dagtid er øyeblikkelig hjelp og beredskap organisert til det enkelte legesenter, der de har beredskapsvakt 08.00-15.30 på ulike dager i uken. Ved alle henvendelser utenom rød respons håndteres pasientene av sitt fastlegekontor. Turister og personer uten fastlege blir fordelt til de ulike legekantorene etter fødselsdato. 1-15 til Svolvær legesenter, 16-25 til Legetorget 1 og 25-31 til Osan legesenter. Folk som kommer på døren blir ikke avvist ved akutt sykdom og/eller skader.

Legevakten er lokalisert i Vågan lokalmedisinske senter i samme lokaler som Svolvær legesenter, i samme huset som Byparken (kortidsavdeling) og KAD. Vågan har to senger i KAD, men ved ledige senger kan KAD tilbudet i noen tilfeller utvides. Legevakten er bemannet med fastleger fra Vågan og kommuneoverlegen er leder for legevakten. Legevakten har egen legevakts bil, denne skal i løpet av 2016 utstyres med noe akuttutstyr for å kunne håndtere hjemmebesøk (ikke utrykning) ved samtidighetskonflikter.

Beredskapen i kommunen består av lege i vakt, 2 stk ambulanser, brannvesen, redningsskøyte samt røde kors og røde kors redningsgruppe. Lege på vakt og ambulanse har nødvendig kunnskap for å vurdere pasientene, triagere, gjøre akutt livreddende behandling og transportere pasienten til nærmeste sykehus.

Det er i dag et godt samarbeid mellom legene og AMK. Vi er operativ i nødnettet. AMK melder ifra om akutte hendelser, ressurser som er varslet og koordinerer med andre nødetater. Det oppleves til tider at etter delingen av AMK og legevaktssentralen, ikke var til det beste for legene på grunn av treveiskommunikasjonen som oppstår ved akutte hendelser.

## **Vestvågøy**

Interkommunal legevakt i vest Lofoten er lokalisert på Gravdal, i samme bygningsmasse som sykehjemmet og sykehuset, som en selvstendig enhet.

### *Lofoten Interkommunale legevakt:*

Interkommunal legevakt for Moskenes, Flakstad og Vestvågøy, samt legevaktsentral for Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan. Vestvågøy kommune er vertskommune for legevakten, legevaktsentralen og KAD. Jfr kommuneloven§28b.

Legevakten har lege med tilstedevakt utenom fastlegekontorenes åpningstid og KAD lege på dagtid i ukedagene. Ø-hjelp på kontortid til fordeles etter fastsatte rutinger. Det er en til to sykepleiere med spesialisert opplæring tilstede 24/7. Med at de tre KAD sengene er plassert i tilknytting til legevakten sikres høy faglig kompetanse og nærhet til lege og sykepleier. Legevakten er utrustet med nytt svært moderne og tilpassede lokaler med skadestue, legekontor, gynrom, venterom, legevaktsentral, laboratorium, obs-rom, hybel til legen, egen ambulanseinngang, garderobe og pauserom.

Den nye akutt forskriften fra 2015 pålegger kommunene å organisere legevakten slik at lege kan rykke ut umiddelbart når dette er nødvendig. Dette gjør at legevaktene må ha legevaktsbil og øvrig utstyr for utrykking tilgjengelig. Legevakts bilen er utstyrt med nødnett og akuttmedisinsk utstyr.

Lofoten interkommunale legevakt på Gravdal har også øvrig beredskapsutstyr tilgjengelig (bla 15 sett med Gore-Tex ytterbekledning til bruk av leger ved ulykker når et stort antall leger må mobiliseres.) Vi har også flere sett med beredskapsradioer for det nye nødnettet. Legevakten har også tilgjengelige beredskapsplaner, delplan helse for alle kommunene i Lofoten.

Rutinen mellom AMK og legevakten ved større ulykker er at AMK kaller opp lege og sykepleiere på legevakten. Legen rykker så ut selv i legebil eller blir hentet av ambulansen. Det blir så gjort en triagering på skadested hvor pasientene blir klassifisert som kritisk eller ikke kritisk. Pasientene sendes videre til rett nivå.

Vi har her ett forbedringspotensial i forhold til samtrening med akuttmottak og eller ambulanser. Det er også noe utfordrende å få gjennomført øvelser/trening med alle leger.

### **Øvrige momenter**

Vil her vise til rapporten/uttalelsen fra 18.02.2016 som kommunene i Lofoten og Lofotrådet har utarbeidet og som har navnet **Fortsatt kirurgisk akuttfunksjon ved Nordlandssykehuset Lofoten**. Prosjektgruppa har mottatt rapporten fra ordfører Remi Solberg som er Vestvågøy kommune sin representant i prosjektgruppa.

Rapporten er et dokument som begrunner hvorfor Nordlandssykehuset Lofoten fortsatt må ha kirurgisk akuttfunksjon blant annet på grunn av at det er økende behov for sykehustjenester i Lofoten; befolkningen vokser og øker sterk for eldre aldersgrupper,

Lofoten har i tillegg mellom 800 000 og 900 000 turisdøgn og de øker sterkt, etter sykehusene i Finnmark har sykehuset i Lofoten lengst reisetid til nærmeste sykehus med akuttkirurgi og lufttransport kan være værutsatt.

## 8.0 Organisering av diagnostiske tjenester

### Laboratoriet i Lofoten

Laboratoriet i Lofoten utfører ca 350 000 analyser av blod og kroppsvæsker i året. Det som ikke analyseres lokalt sender videre til Nordlandssykehuset Bodø og andre sykehus i Norge. Laboratoriet tar blodprøver ved sykehusets avdelinger og er også mottaker av prøve materiale fra primærhelsetjenesten. Laboratoriet har egen blodbank, som tapper og produserer blodenheter til infusjon. Det gjennomføres ca 800 tappinger per år ved enheten.

Laboratoriet i Lofoten er bemannet med ni vaktgående bioingeniører og en enhetsleder. På dagtid vanlig ukedager kl 7.30-1530 er det aktiv vakt på personalet. Fra kl 1530 til 2300 er det en vakt tilstede ved enheten. Fra kl 23 på vanlige virkedager har bioingeniøren hjemmevakt. I helger og høytider er det aktiv vakt mellom kl 7.30- 1430 og 1700-2000, resten av døgnet er det hjemmevakt.

### Røntgenavdelingen i Lofoten

Røntgen Lofoten tilbyr radiologiske tjenester innen generell radiologi, CT, MR og ikke invasiv ultralyd til befolkningen i Lofoten. Enheten har en årlig aktivitet på omtrent 14 000 undersøkelser.

Vi utfører de aller fleste undersøkelser med unntak av perfusjons- og hjerte-CT. Avanserte MR-undersøkelser blir videre henvist til Bodø eller Vesterålen.

Våre åpningstider for poliklinisk virksomhet er 08:15 til 15:00 og vi har en radiograf i beredskapsvakt fra hjemmet resten av døgnet. Radiologisk vakt (røntgenlege) befinner seg i Bodø og er knyttet sømløst til Lofoten gjennom felles IT-systemer.



## 9.0 Kvalitet og pasientsikkerhet

Norske helsemyndigheter ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal ha kunnskap om kvaliteten på behandlingen som utføres i helsetjenesten. Derfor er det utviklet et sett med nasjonale kvalitetsindikatorer som skal gjøre det mulig å få bedre kunnskap om kvalitet på behandlingen i helsetjenesten. Med en åpenhet rundt kvalitetsindikatorerne får pasientene informasjon om kvaliteten i helsetjenesten og helsetjenesten bruker dette i sitt forbedringsarbeid.

Kvalitet er et abstrakt begrep som kan tolkes på flere måter, slik er det også med kvalitetsindikatorerne. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som gir en pekepinn på kvaliteten innenfor området den måles på. De nasjonale kvalitetsindikatorerne kan grovt deles inn i tre typer strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Tolkningen av kvalitetsindikatorer kan være komplisert. For eksempel kan det synes som om et behandlingssted med høy dødelighet blant pasientene har dårlig behandlingskvalitet, mens det faktisk kan være helt motsatt. En årsak kan være at dette behandlingsstedet kan ha den beste kompetansen, slik at de andre behandlingsstedene derfor henviser de alvorligst syke pasientene dit.

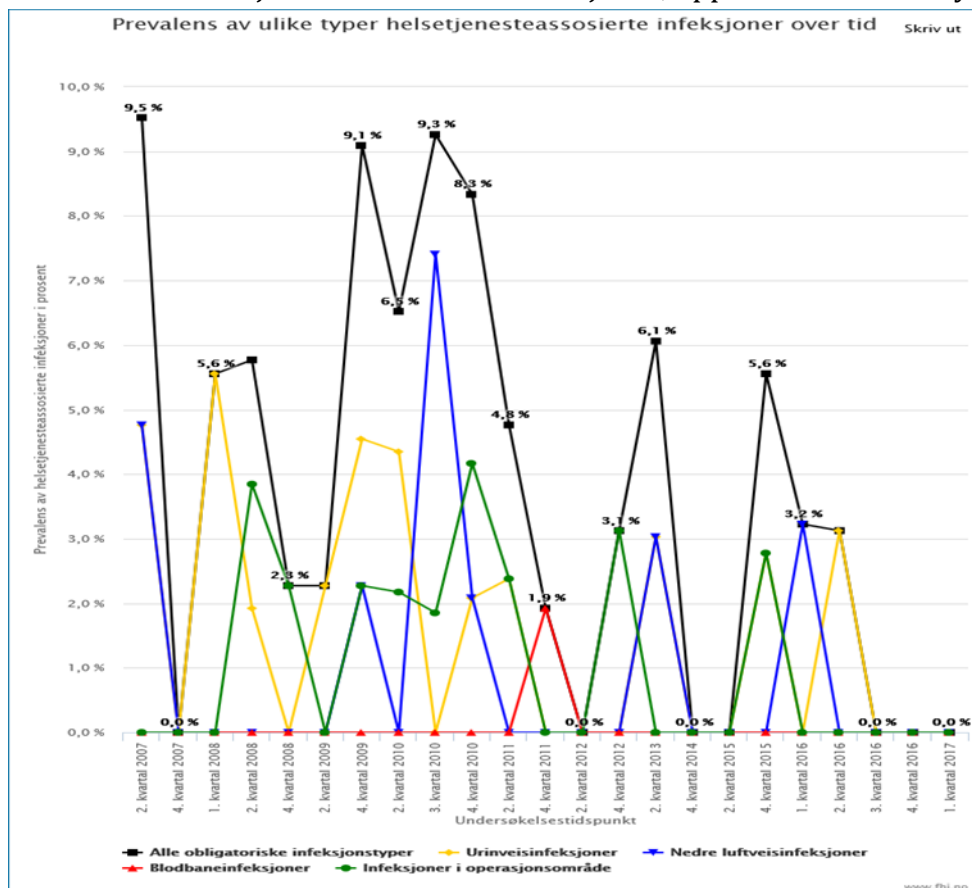
Når man tolker tallene er det derfor viktig å huske at behandlingsstedene har ulik kompetanse på forskjellige områder, og at dette ofte avgjør hvor pasientene behandles. Det er også viktig å huske på at datakvaliteten kan variere. Manglende eller feile tall kan gir utilsiktede forskjeller på indikatorerne (helsenorge.no).

### Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus, uansett årsak

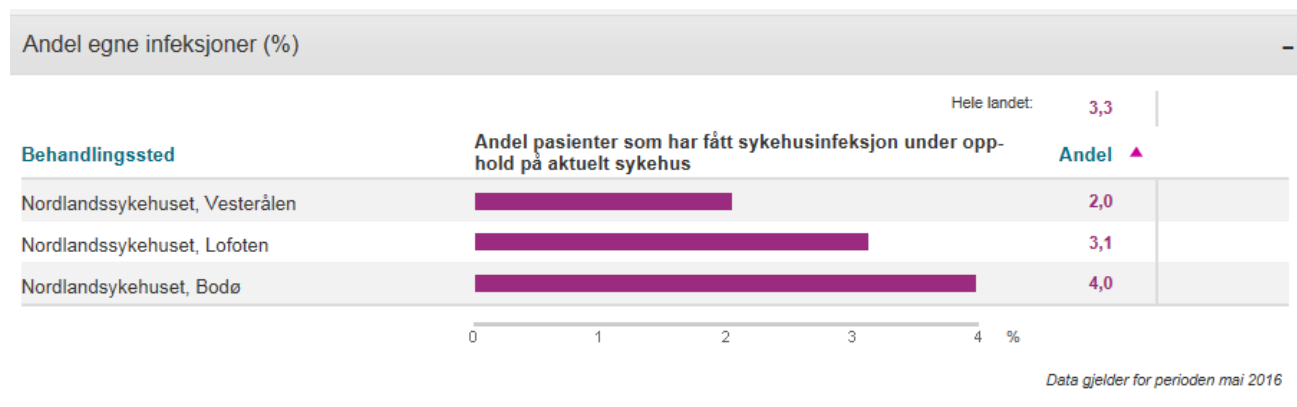
Behandlingssted	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2	95,2
NLSH Bodø	94,8	94,7	95,4	95,1	95,7	95,6
NLSH Lofoten	94,6	94,9	94,5	95,3	95,6	95,0
NLSH Vesterålen	94,3	94,1	94,0	94,7	97,9	93,9

Kilde helsenorge.no

## Prevalens av helsetjeneste assosierte infeksjoner, oppstått Nordlandssykehuset Lofoten



Kilde: PIAH-nett, Folkehelseinstituttet



Kilde helsenorge.no

### Pasientsikkerhetsvisitter

I 2011 tok Nordlandssykehuset HF i bruk pasientsikkerhetsvisitter. Målet med å innføre dette i sykehuset var å synliggjøre toppledelsens engasjement, samt øke kunnskapen om pasientsikkerhetsarbeid, opprette kommunikasjonslinjer vedrørende pasientsikkerhet mellom ansatte, avdelingsledere og toppledere og avdekke pasientsikkerhetssvakheter og forbedre disse. Målet er å gjennomføre 11 pasientsikkerhetsvisitter årlig, med gjennomføring av visitt, etterarbeid, oppfølgingsmøte og avsluttende møte. Det føres referat fra møtene og ansvarlige får tidsfrister for å følge opp eventuelle avvik eller forbedringsområder som avdekkes under pasientsikkerhetsvisittene. jfr doc map prosedyre PR28924.

Ved gjennomgang av referater fra pasientsikkerhetsvisittene viser det seg at det årlig er gjennomført pasientsikkerhetsvisitter ved flere av klinikkene i Lofoten.

Problemstillinger som kommer opp på disse visittene er varierende i omfang.

Pasientsikkerhetsvisittene har oppfølgingsmøter og sluttmøter og det rapporteres om at problemstillingen som kommer frem blir fulgt opp og flere finner sin løsning. På tre av de tidlige visittene tas problemet rundt rutiner opplæring og vikar leger opp. Det synes å være en utfordring å nå frem til vikarer med informasjon om gjeldende prosedyrer, og det meldes om at det er noen som ikke ønsker å etterleve prosedyrer som er beskrevet i kvalitetssystemene i Lofoten. Det er indikasjon på at det kan være utfordrende å drive enheter med stor grad av innleide vikarer. Samme erfaringen kan nok også overføres til andre yrkesgrupper, men siden leger i større grad jobber selvstendig kan det få større konsekvenser for organisasjonen at vikar legene ikke er kjent med gjelde prosedyrer på sykehuset. Dette viser at det er viktig å satse på og rekruttere fast personell.

### Pasienterfaringer med Nordlandssykehuset Lofoten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte høsten 2015 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus.

Arbeidet ble videreført i Folkehelseinstituttet fra nyttår 2016. Slike undersøkelser har vært gjennomført en rekke ganger tidligere, og årlig i perioden 2011 - 2015.

<https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/PasOpp%202016%20Lofoten.pdf>

Hensikten til undersøkelsen var å fremskaffe systematisk informasjon om pasientenes erfaringer med sykehusene som et ledd i: Faglig kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, støtte til forbrukervalg, samfunnsmessig legitimering og kontroll. Med å gjennomføre slike undersøkelser får pasientene et grunnlag å vurdere når de skal benytte seg av valgmulighetene de har til å velge sykehus og behandling. Dette er med på å støtte opp om at pasienten kan medvirke utformingen og delta i valg av egen behandling på en kunnskapsrik måte. Likevel må dataene tolkes med varsomhet. For Nordlandssykehuset Lofoten var svarprosenten 49 %. Grønn pil indikerer på at forskjellen er signifikant forbedring, grå pil betyr at det ikke har vært en signifikant forskjell.

Som tabellen under gir de som har svart på undersøkelsen Nordlandssykehuset Lofoten en totalvurdering på 3 av 5 mulige poeng. Gjennomsnittet i Lofoten er for alle kategoriene lik eller bedre enn landsgjennomsnittet. For tidsperioden 2011-2015 er det en signifikant bedring på indikatorene pleiepersonalet og standard.

*Tabell 3: Resultater på indikatorene for Nordlandssykehuset Lofoten. Skala 0-100 der 100 er best.*

<b>Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 3 av 5</b>					
Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landssnitt 2015	Endringer	
				2014-2015	2011-2015
Pleiepersonalet	170	79	77	↔	↑
Legene	169	76	76	↔	↔
Informasjon	169	73	73	↔	↔
Organisering	174	70	68	↔	↔
Pårørende	140	79	77	↔	↔
Standard	176	77	73	↔	↑
Utskriving	128	60	58	↔	↔
Samhandling	106	65	64	↔	↔
Ventetid	28	71	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.*

Kilde pas opp 2016

## 10.0 Tilgjengelighet via vei, sjø og luft

I Nordlandssykehusets nedslagsfelt finnes det i dag luftambulanse-ressurser i Bodø og på Evenes. Bodø har redningshelikopter med legebemannning og ambulansefly med legebemannning. På Evenes er der ambulanshelikopter med legebemannning.

I 2015 hadde Sea King Bodø mindre enn et oppdrag pr døgn i gjennomsnitt, men likevel nest flest oppdrag av alle Sea King i Norge.

	Oppdrag	Ambulanse	% Ambulanse
SeaKing - Banak	186	101	54,30 %
SeaKing - Bodø	325	208	64,00 %
SeaKing - Florø	180	64	35,56 %
SeaKing - Rygge	289	173	59,86 %
SeaKing - Sola	257	93	36,19 %
SeaKing - Ørland	300	213	71,00 %
SUM	1537	852	55,43 %

I Lofoten og Vesterålen er det kortbane flyplasser på Leknes, Svolvær og Stokmarknes. Leknes og Stokmarknes ligger veldig nær sykehusene i sin region. Bodø har flyplass og helikopterlandingsplass ved sykehuset.

Ser vi på tall fra Avinor angående regularitet i avganger og ankomster for 2013-2015 ved Bodø lufthavn har vi en minimumsverdi på regularitet på avganger mai 2013 på 85,4 %. Da er det mange kanseleringer på grunn av streik i Widerøe. Gjennomsnitt på avganger 2013 – 97,0 %, 2014 99,0 % og 2015 98,5 %.

På Leknes er regulariteten på avganger for 2013 – 95,3 % (steik i mai) 2014 – 97,6 % og 2015 97,0 %. Ved Stokmarknes er regulariteten på avganger i 2013 – 97,4 % (streik i mai) 2014 – 98,8 % og 2015 – 98,3 %.

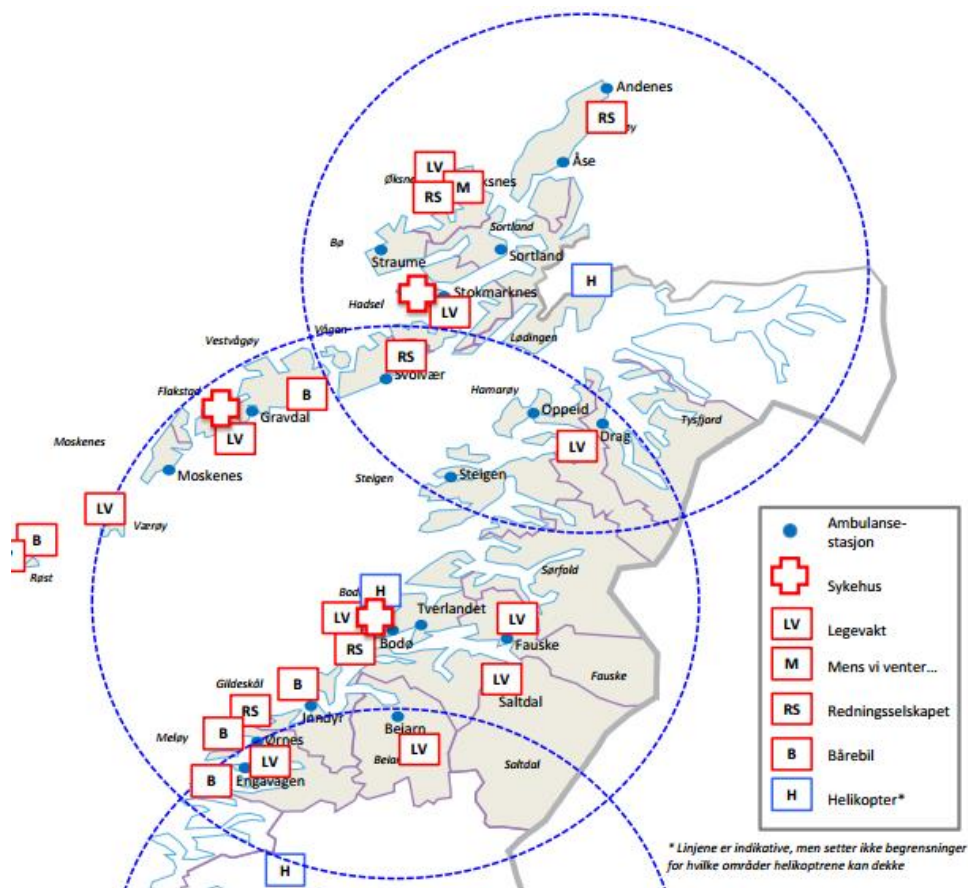
### Ambulanseplan

Ambulansetjenesten iverksetter ikke ambulanseoppdrag på egenhånd. AMK tar imot alle 113-samtaler og tildeler ambulanseressurser til pasienter basert på nasjonale føringer hentet fra Norsk Medisinsk Indeks, på lik linje med alle andre AMK i Norge. Det ligger kvalitetssikrede vurderinger til grunn for hvert enkelt ambulanseoppdrag som igangsettes.

AMK er på bakgrunn av dette ambulansetjenestens viktigste samarbeidspartner og premissleverandør. Tildelingen av ambulanseressurser er derimot ikke AMK eneste ansvarsområde. De skal også samhandle med andre nødsentraler, samtidig som de snakker med innringer, enten det er pasient, pårørende, helsepersonell eller andre, og gir råd om akuttmedisinske tiltak underveis i samtalen. En annen viktig oppgave for AMK er til enhver tid å sikre best mulig akuttmedisinsk beredskap med regionens tilgjengelige ressurser. Når beredskapen i et område er redusert som følge av at alle ambulansene er opptatt på oppdrag samtidig, eller av andre årsaker ikke er tilgjengelige, innfører AMK tiltak for å dekke opp for denne beredskapsreduksjonen. Det kan bety at andre ambulanser flyttes midlertidig, eller at man disponerer tilgrensende ressurser på

en annen måte. Det er viktig å merke seg at ambulansen ikke er det eneste akuttmedisinske tilbudet i regionen, og at samhandling med kommunale tjenester bidrar til å styrke regionens helhetlige beredskap. I henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.1 og 3.2 skal kommunene sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Fastlegene og legevaktene er de viktigste ressursene i den kommunale akuttberedskapen. I tillegg representerer luftambulansse, Redningssselskapet og «Mens vi venter på ambulansse» viktige ressurser som bidrar i daglig ivaretagelse av mennesker med behov for akutt bistand i Nordlandssykehusets dekningsområde. Kartet under illustrerer denne helhetlige akuttmedisinske beredskapen. I tillegg til beredskapen skissert i kartet, er det mange andre viktige ressurser i regionen, herunder politiet, det lokale brannvesenet, lokale hjertestansgrupper, frivillige organisasjoner og 64 legekontorer (ambulansseplan 2015 NLSH)



Kart over de viktigste akuttmedisinske ressursene i regionen

I rapporten fra Helse Nord angående ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø – utredning av kapasitet og dekning står det at i forbindelse med gjennomgangen av



organisering og behandling av alvorlig skadde ble det tydelig at det var underdimensjonering av luftambulansetjeneste med helikopter i Midtre Hålogaland. Det medførte at det ble satt i verk en gjennomgang av kapasitet og dekning av ambulanshelikopter samt kartlegging av bilambulanskapasitet og samarbeide med andre miljø som kan skape synergieffekter.

Ambulanshelikoptertjenester har to hovedformål: Å sikre mulighet for rask nok transport til riktig nivå i helsetjenesten, og sikre tilgang på spesialistkompetanse (legespesialist innen anesthesiologi eller akuttmedisin) til pasienter som måtte trenge det. I vurdering av hvilken effekt bruk av ambulanshelikopter vil kunne ha for en pasient vil forskjellige grupper av pasienter kunne ha enten en betydningsfull nytte av tidsgevinst, eller av gevinst i form av avansert behandling, eller en kombinasjon av disse.

#### Ambulanserbiler i Lofoten

Det er totalt fem ambulanserbiler i Lofoten. To ambulanser er stasjonert på Gravdal, to i Svolvær og en på Reine. Ambulansen som er stasjonert på Reine har som hovedprinsipp, hjemmevakt hele døgnet alle dager i året. Unntaket er at det er aktiv tjeneste hver tirsdag, da er det aktiv tjeneste mellom kl 0900 og 1500.

Vaktordningen i Svolvær og på Gravdal, varierer mellom aktiv vakt, vakt på vaktrom og hjemmevakt, men er lik for begge stasjonene.

**Bil 1:** Har aktiv tid fra kl 08.00 til kl 23.00, de er på stasjonen og har 2 minutter responstid.

Kl 23.00 til kl 08.00 har personellet vakt på vaktrom - personellet er på ambulansstasjonen og har hvilende vakt.

**Bil 2:** Har aktiv tid fra kl 08.00 til kl 16.20. I denne tiden er de på stasjonen og har responstid på 2 minutter.

Fra kl 16.20 til kl 08.00 er det hjemmevakt. De oppholder seg i eget bopel, og har 10 min responstid til begge personellet skal være i ambulansen og på vei til pasienten.

Bilene styres av AMK Bodø, og for å utnytte den totale ressursen på ambulansbilene brukes ambulansene på Gravdal noen ganger til møtekjøring med ambulanser fra Svolvær. På den måten ivaretas beredskapen i øst Lofoten på en bedre måte om begge bilene er på oppdrag samtidig.

I Lofoten finnes ikke tilbud om liggende pasienttransport så ambulansene har noen oppdrag som i Bodø og Vesterålen løses ved hjelp av liggende pasienttransport.

Tallet på ambulansbil oppdrag har de siste årene vært ganske stabilt. Tabellen under viser antall oppdrag i 2014 fordelt på alle kommuner i sykehusets opptaksområde. De fire Lofot-kommunene uthevet.

Kommune	Innbygger tall	Antall akutt oppdrag	Antall hasteoppdrag	Antall vanlige oppdrag	Totalt antall oppdrag
Andøy	4991	246	290	156	692
Beiarn	1058	59	62	30	151
Bodø	50185	2076	2294	2162	6532
Bø	2642	126	156	51	333
Fauske	9622	417	551	169	1137
<b>Flakstad</b>	<b>1358</b>	<b>60</b>	<b>87</b>	<b>30</b>	<b>177</b>
Gildeskål	2014	134	138	38	310
Hadsel	8057	374	452	1034	1860
Hamarøy	1811	99	136	38	273
Meløy	6454	288	418	123	829
<b>Moskenes</b>	<b>1070</b>	<b>37</b>	<b>76</b>	<b>15</b>	<b>128</b>
Røst	545	9	8	12	29
Saltdal	4734	228	341	78	647
Sortland	10166	457	536	197	1190
Steigen	2507	120	178	53	351
Sørfold	1953	94	80	28	202
Tysfjord	1996	55	71	23	149
<b>Vestvågøy</b>	<b>11140</b>	<b>421</b>	<b>596</b>	<b>739</b>	<b>1756</b>
Værøy	780	4	9	6	19
<b>Vågan</b>	<b>9285</b>	<b>421</b>	<b>660</b>	<b>330</b>	<b>1411</b>
Øksnes	4563	235	313	95	643

Kilde Ambulanseplanen NLSH

### Stengt Gimsøybru

Fra Statens vegvesen, vegtrafikkstasjonen er det utarbeidet en rapport som beskriver antall stengninger av Gimsøy broen på grunn av sterk vind. Målingene er fra 18.12.2015 til 20.01.2017. Det resulterer i at det er bare 2016 som representerer et helt år. Tabellen under viser antall dager der bruene har vært stengt, men det er stor variasjon i antall stengninger i løpet av den gjeldende dagen. Tidsperioden brua er stengt ved hver stigning varierer og antall ganger pr døgn varierer også fra 2 til 24 ganger pr døgn. Det er i løpet av måleperioden på ett år og ca en måned registret 172 stengninger. I tillegg til stenging kommer de hendelsene som varsles med som kritisk høy.

	2015 fom 181215	2016	2017 tom 200117
Dager med stenging	3	20	5
Målt kritisk høy vindmåling	3	19	5

Kilde Statens Vegvesen

## Ambulansefly

Data mottatt fra aksjonsgruppa for Lofoten Sykehus, som igjen har fått grunnlaget fra Norsk luftambulans. Redegjørelsen er noe forkortet.

Tabellen under gjelder gjennomførte oppdrag. Det er foretatt en oppsummering av avviste eller utsatte oppdrag på grunn av vær. Det er stor variasjon mellom år. Svakheten med disse tallene er at vi ikke vet hvor mange oppdrag som ikke ble bestilt fordi ansatte visste at fly ikke kunne lande og tilpasset seg til dette ved å behandle ved Lofoten sykehus eller utsette bestilling.

Vi vet heller ikke hvor stort volumet ville vært uten akuttberedskap i Lofoten, men ser at en ved dagens tilbud har rundt ett oppdrag pr dag og at akutt pluss haster utgjør mellom 44% og 56 % av alle oppdrag med landing på flyplass.

### Gjennomførte ambulansflyoppdrag

Akutt, haster og vanlig (ø-hjelp) og bestillingsoppdrag

Hastegrad	Fra Flyplass	2005	2010	2015
Akutt	Leknes	40	78	64
Akutt	Svolvær	1	4	3
Haster	Leknes	90	156	120
Haster	Svolvær	3	6	6
Vanlig	Leknes	60	57	56
Vanlig	Svolvær	1	3	2
Bestilt	Leknes	107	133	102
Bestilt	Svolvær	2	3	3
Totalt Lo		304	440	356

### Avvik i ambulansflyoppdrag

	2005	2010	2015
<b>Avvist pga vær</b>	2	4	1
<b>Avbrutt pga vær</b>	5	14	4
<b>Totalt avvist/avbrutt pga vær</b>	7	14	4
<b>Akutt i % av total</b>	13	19	19
<b>Haster i % av total</b>	31	37	35

## 11.0 Bemanning

### Rekruttering i Lofoten

HR-seksjon for kunnskapsbygging og rekruttering gjennomfører hvert år en kartlegging av hvilket behovet klinikkene har for kompetansehevende tiltak. Det sendes ut en forespørsel i januar/februar, for behovet inneværende- og neste år som klinikkene gir tilbakemelding på. Dette følges så opp med klinikkemøter for å få nærmere klarhet i behovene. Behovet for videreutdanning av sykepleiere har imidlertid vært beskrevet til en viss grad. For leger, har den delen av kompetanse som ikke er utdannet i eget foretak, vært løst med utlysning av ledige stillinger.

Det er først i senere år at man i større grad har sett på kompetansebehovet i et lengere perspektiv og hvor kompetanseplanlegging og tilgang til kompetanse er satt i sammenheng. Etter hvert som man har sett at kompetanse ikke er like tilgjengelig som før, har rekruttering som proaktivt virkemiddel fått større fokus. Godt tallmateriale og oversikt over rekrutteringsaktivitet på disse områdene finnes derfor ikke. Imidlertid har sykehuset gjennom de siste par år startet profesjonalisering av dette arbeidet.

### Status på spesialsykepleier kompetanse i Lofoten

#### **Operasjonssykepleiere (6,8 hjemler)**

Utdanning, rekruttering og å beholde operasjonssykepleiere ved NLSH Lofoten er meget krevende. Det er nå en sykepleier under utdanning som vil være ferdig mars 2018. Dette er 1 under plan, men på grunn av uklar saksgang ved Universitetet i Nordland, påbegynte en sykepleier ikke sin utdanning.

I de neste 2-5 år vil det på grunn av naturlig avgang være behov for å rekruttere fire operasjonssykepleiere. Det må derfor prøve å rekruttere to stykker til utdanning i 2018 og to stykker i 2020. Dersom aktiviteten på operasjonsstuen skal trappes opp med arbeid på kveldstid, vil det være behov for ytterligere operasjonssykepleiere.

#### **Anestesisykepleiere (5,2 hjemler)**

Ved AKUM LO er det en sykepleier under utdanning som vil være ferdig mars 2018. Situasjon er tilfredsstillende for anestesianheten. Det planlegges oppstart av videreutdanning i 2018 for ytterligere 1 anestesisykepleier. Ved økt aktivitet må det utdannes / ansettes flere anestesisykepleiere.

#### **Jordmødre**

Det er gjennomført 2 nye ansettelser av jordmødre i den siste tiden. Det vil bli behov for ytterligere rekruttering i tiden 2017-2019. En regner det som utfordrende, men gjennomførbart å rekruttere jordmødre til kvinne barn klinikken i Lofoten.

## Utdanning av spesialsykepleiere

Nordlandssykehuset praktiserer stipend til sykepleiere som tar videreutdanning innen visse fag, herunder operasjon, anestesi og intensiv.

Oversikt over sykepleiere som har tatt videreutdanning i sykepleie:

ABIO Videreutdanning i Sykepleie – Studenter fra Lofoten		
Fagområde	År 2016/17 antall	2015/16 antall
Anestesisykepleie	1	0
Operasjonssykepleie	1	0
Intensivsykepleie	0	0

Det er et behov for å rekruttere og utdanne spesialsykepleiere til Lofoten, siden dette er kompetanse som er avgjørende for å kunne drive med kirurgi. En løsning med innleide vikarer kan gi konsekvenser både for kvalitet, pasientbehandling og økonomi.

Gjennomsnittsalderen på spesialsykepleierne er høy i Lofoten.

Nord Universitet har gjort om studiet til masterstudium, heltidsstudium over to år.

Det er vanskelig å motivere noen fra Lofoten til å bo i Bodø mer enn halve utdanningstiden. Aktuelle kandidater har gjerne familie, og finner det derfor vanskelig å flytte på seg.

Absolutt krav om karakteren C. Nord Universitet gjør en omregning fra eldre studier da det var tallkarakterer. Det gjør at svært få av de erfarne sykepleierne kommer inn på studiet. Vi har mistet retten til kvotering av søkere fra Lofoten og Vesterålen. Dette ga oss tidligere muligheten av å få inn studenter fra rekrutteringssvake områder.

NLSH Lofoten har ikke egen intensivavdeling, men en oppvåkningsavdeling med fire intensivsenger for stabilisering i forbindelse med overflytting av pasienter. Det er behov for noen intensivsykepleiere. Det er svært lenge siden det har vært studenter til intensivutdanning fra Lofoten.

Studiet i kreftsykepleie har på få år gått fra å være ett år på deltid (sist 1 ½ år på deltid), til 2 år masterstudium på fulltid. Det er behov for nye kreftsykepleiere i Lofoten.

Behovet er stigende, mulighetene færre, det har vært utfordringer med å motivere til å gjennomføre denne utdanningene. Det var ingen søkere fra Lofoten ved siste opptak.

## Status på legekompentansen / bemanning i Lofoten innen Kirurgi, ortopedi, gynekologi og anestesi

### Anestesileger

Dagens arbeidsordning innebærer at anestesioverlege arbeider 1 uke i vakt 24/7 med hjemnevakt ettermiddag og natt/helg. Det er i dag to fast ansatte anestesioverleger

som begge jobber i redusert stilling. Det arbeides med å tilsette ytterligere 1 spesialist i anestesi som dels skal arbeide i Lofoten og dels på ambulanshelikopter. Inntil videre dekker innleiefirma opp 26 uker, mens de fast ansatte tar resten.

Det er ikke arbeid nok til 4 faste hele anestesioverleger i Lofoten. Firedelt vakt er således ikke aktuelt. En ordning med en andel faste overleger og en andel innleie er gjennomførbart. Dette vil kunne legge til rette for at den faste staben håndterer utvikling av faget ved avdelingen.

### **Kir ort i Lofoten**

Det er i dag fire overlegestillinger ved Kir ort avd Lofoten. I tillegg er det 1 LIS og 5 turnusleger ved avdelingen. Det arbeides nå aktivt med å rekruttere spesialister til Lofoten med lokal forankring, og det er her særlig fokus på rekruttere yngre spesialister.

### **Generell kirurgi**

I dag har avdelingen 1 spesialist (fast ansatt) i generell kirurgi med subspecialitet i karkirurgi i 85% stilling. Det tilsettes ytterligere 1 spesialist i generell kirurgi med subspecialitet i gastrokirurgi fra januar 2017 i 60% stilling. Dette medfører fortsatt et innleiebehov i generell kirurgi.

### **Ortopedi**

Avdelingen har 1 overlege med kompetanse i traumatologi og ortopedi. Han har fram til september 2017 permisjon i 80% av stillingen. Her leies det inn ortopedspesialist kontinuerlig. Det er ikke vaktberedskap i ortopedi på tross av at dette utgjør størstedelen av sykehusets ø-hjelpspasienter med behov for operasjon. Det arbeides aktivt med å rekruttere spesialist i ortopedi med lokal tilknytning med tilsetting september 2017.

### **Gynekologi**

Det er pr 1 februar 2017 ansatt 2 spesialister i gynekologi. Dette er tilstrekkelig for å kunne dekke vakt. Det er verd å merke seg at vakten er kun for å dekke opp for behovet for nød keisersnitt. Det ble i 2016 ikke utført noen nød keisersnitt. Dagens arbeidsordning innebærer at overlege i gynekologi arbeider 14 dager i ett i vakt 24/7 med hjemmenvakt ettermiddag og natt/helg. Dette vil medføre et minimalt vikar innleie på dette fagfeltet. Det er et mål for klinikken at behov for vikarer skal dekkes opp med egne ressurser.

### **Ambulering innen kirurgiske fag til Lofoten**

Overlegespesialistene ambulerer fra Nordlandssykehuset Bodø. Dette planlegges i tett samarbeid med Kir ort klinikk i Lofoten. Samarbeidet fungerer godt og ambuleringen oppfattes som et meget godt tilbud til befolkningen og en god og riktig bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten i Nordland.

- Urologi; spesialist ambulerer 20% fra BO
- Ryggortopedi; 1 dag ambulering pr mnd fra BO



- Barneortopedi; 1 dag ambulering pr mnd fra BO<sup>10</sup>
- ØNH; 4-5 dager pr mnd
- Øye; 4-5 dager pr mnd.



## 12.0 Utvikling innen fag og teknologi

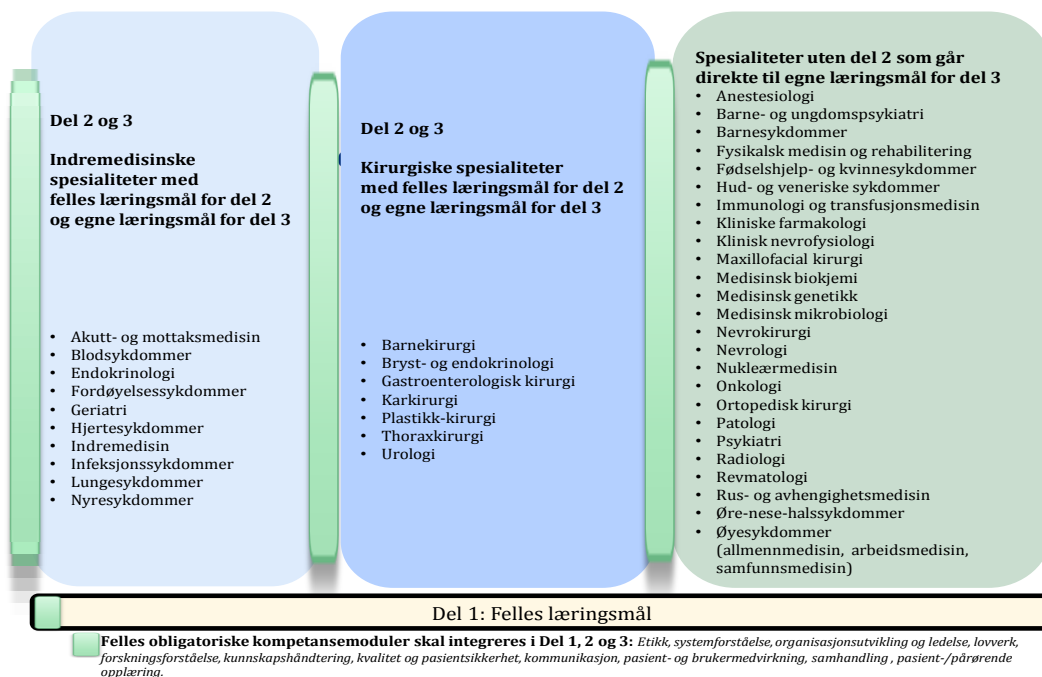
---

<sup>10</sup> Betjenes av ortopeder som leies inn til BO

## Endring i utdanning av legespesialister

I 2015 la Helsedirektoratet fram en ny modell for spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Størst endring vil det bli innenfor kirurgi og indremedisin. Dagens utdanning medfører at leger i spesialisering først utdannes i hovedspesialiteten generell kirurgi og deretter spesialisering i grenspesialiteter. Dette vil bli erstattet med at alle grenspesialiteter blir hovedspesialiteter og generell kirurgi utgår som egen hovedspesialitet. Gastroenterologisk kirurgi har vært trukket fram som den spesialiteten med bredest vaktkompetanse, men læringsmålene er ute på høring (høringsfrist 1.april 2017) og endelig avklaring i forhold til kompetanse i de ulike spesialitetene er ikke avklart.

Ny forskrift for legenes spesialistutdanning er nå vedtatt og trer i kraft 1.mars 2017 for del 1 (tidligere turnustjeneste) og 1.mars 2019 for del 2 og 3 (spesialistutdanning). Det vil være en felles plattform (lis del 2) for alle de kirurgiske spesialitetene, men læringsmålene er ikke ferdigstilt ennå.



## Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin

Nedenfor er utdrag fra høringsuttalelsen fra Nordlandssykehuset HF til Helse Nord RHF vedrørende denne nye spesialiteten:

*Spesialister i akutt- og mottaksmedisin (AMM) vil kunne inngå i vaktteam indremedisin i både store og små sykehus. I store sykehus som Nordlandssykehuset Bodø vil arbeidsoppgavene på dagtid være mange nok til å forsvare flere spesialister innen spesialiteten, noe som ikke er tilfelle for våre sykehus i Lofoten og Vesterålen. Det legges opp til kompetansemål for AMM der de nye spesialistene skal gjøre kirurgiske vurderinger og enklere kirurgiske prosedyrer på sykehus uten akuttkirurgi. Skal spesialiteten erstatte vurderingskompetansen som kirurger har, må antallet AMM spesialister på små sykehus være nok til å dekke ett vaktlag. Det vil være lite realistisk å klare rekruttere et slik antall leger av denne spesialiteten til mindre sykehus. Også de små sykehusene har behov for spesialister innen indremedisin med grenspesialitet og dersom AMM spesialister «fortrenger/ erstatter» dem vil dette medføre et dårligere spesialisttilbud for innlagte og polikliniske pasienter ved de mindre sykehusene.*

#### Utviklingstrekk innen kirurgi, ortopedi, føde og gynekologi

Faglig og teknisk utvikling innenfor fagområdene vil ikke være unike ved Nordlandssykehuset Lofoten, men følge utviklingstrekkene slik de er i resten av landet. Vi har ikke brukt ressurser til å sette ned en egen arbeidsgruppe for å definere dette på en strukturert og gjennomgående måte, men brukt kunnskapen til fagpersoner i prosjektgruppen som bakgrunnsteppe i diskusjoner.

Generelt går trenden mot sentralisering av større kirurgiske inngrep, både på grunn av utstyr og en økende grad av spesialisering. Det er redusert bruk av åpen kirurgi, men tilsvarende økende bruk av mini-invasive teknikker som for eksempel intervensjonsradiologi/skopi/ robotkirurgi.

Det er økte krav til kvalitet, pasientsikkerhet og åpenhet, men disse kravene er ikke spesielle for kirurgi, ortopedi, føde/gyn, men innenfor alle områder av spesialisthelsetjenesten. Disse kravene vil innenfor enkelte områder virke sentraliserende.

### 13.0 Interessentanalyse og kommunikasjon

På det første møtet i prosjektgruppen ble det gjennomført en interessent analyse, ledet av prosjektleder. Denne diskusjonen er senere systematisert og satt inn i tabellen under. Endringer innen helsevesenet er et tema som engasjerer mange, og det har stor betydning for omgivelsene i et samfunn. Kartet ble først og fremst laget for å være et

verktøy for å sikre interessentene blir ivaretatt ved hjelp av en åpen kommunikasjon. Til hjelp for prosjektgruppen med å ha oversikt over hvem som gruppen bør kommunisere med underveis i prosjektet.

Med å ha en åpen prosess, ønskes det å sikre at alle interessentene kjenner til prosjektets premisser. Og har mulighet til å gi innspill til de som skal fatte beslutningen på et best mulig grunnlag.

Hvem er interessentene, og hvilke forhold har de til Nordlandssykehuset? Ihlen og Robstad (2004) definerer interessentene som: *Alle individer og grupper som er organisasjon har mål eller konsekvenser for og – omvendt; alle som har mål og konsekvenser organisasjonen.*

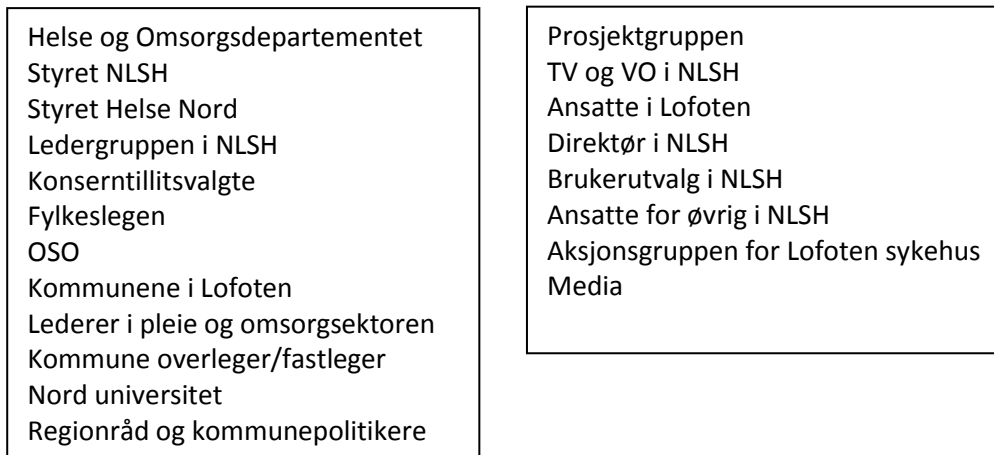
De interessentene som ble identifisert er en blanding av interne og eksterne interessenter. Flere av interessentene har i utgangspunktet en skepsis til prosjektet, da det for mange kan oppleves som en mulig trussel om nedleggelse av aktiviteter i Lofoten. Flere av interessentene har høy interesse og høy innflytelse i arbeidet med prosjektet. Disse interessentene har mulighet til å spille en sentral rolle med å påvirke resultatet av arbeidet. De to ytterpunktene på et slikt arbeid er konsensus til full uenighet. Det vil naturligvis kunne være med påvirke det endelige resultatet på rapporten. Derfor har ledelsen i Nordlandssykehuset vært opptatt av at det skulle være åpen og transparent prosess. Det har vært forsøkt ivaretatt med involvering, informasjon og dialog.

Resultatet av interesseanalysen

Interesse



Høy



Lav



Ved oppstart av arbeidet ble det etablert egen nettside på NLSH.no under Nordlandssykehuset for fremtiden. På denne siden har det underveis i hele prosessen blitt lagt ut bakgrunnsmateriale og møterefater fra prosjektmøtene. På den måten har prosjektgruppen og andre interessenter vært sikret samme bakgrunns materialet til analyser – og faktagrunnlag. På samme området ble det opprettet en epostadresse som har gitt muligheter til direkte innspill eller spørsmål til prosjektledelsen. Hovedansvaret for kommunikasjon om prosjektet har påhvilt prosjektleder, men ved praktisk gjennomføring har det i noen tilfeller vært andre som har gitt informasjonen. I oppstarten av prosjektet ble det sendt ut en pressemelding fra Nordlandssykehuset om igangsettelse av prosjektet.

Brukerutvalg, erfaringsmøter, OSO, styret i Nordlandssykehuset HF har fått orienteringer om prosjektet og fremdrift underveis. Det har vært sendt ut invitasjon til regionrådene i Lofoten, Vesterålen og Salten om informasjon. Men ingen har gitt tilbakemelding på at de har ønsket det. Likeså har det på forespørsel vært gitt informasjon til enheter innad i sykehuset.

## 14.0 Drøfting

Oppdraget i mandatet er å utrede løsning for fremtidig kirurgisk akuttberedskap som er

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

Gruppen har diskutert ulik bakgrunnsinformasjon og forutsetninger, hvor de viktigste er forsøkt gjengitt i rapporten eller i vedlegg/ bakgrunnsmateriale. Prosjektgruppen har sett aktiviteten i Lofoten opp mot aktiviteten i Vesterålen og Bodø, men i rapporten er det primært data i forhold til Lofoten som er gjengitt.

Det legges til grunn at pasientene som behandles ved Nordlandssykehuset HF, så langt det er mulig, skal møte en spesialist (evt lege i spesialisering under supervisjon) på det fagområdet pasientens problemstilling tilhører. Det er et mål at dette må gjennomføres for alle pasienter som får tilbud om elektiv behandling.

I prosjektgruppemøtene har det vært gjennomgått diverse bakgrunnsmateriale i forhold til aktivitet, selv om kun en liten del er gjengitt i rapporten vil dette være tilgjengelig i bakgrunnsmateriale. Dersom det ut fra pasientens tilstand er mulig å unngå operasjon på kveld og natt er det bred enighet om at det skal unngås. Prosjektgruppen har derfor ikke tatt utgangspunkt i antall operasjoner på kveld/ natt når de har gjort sin vurdering.

Dagens akuttkirurgiske tilbud i Lofoten har forbedringsområder. Foreslåtte endringer og forbedringer vil i det videre arbeidet bli gjort greie for.

Generelt trekkes frem behov for høyere grad av egne ansatte istedenfor vikarer.

Nordlandssykehuset HF må vurderer ytterligere økning av ambulering av spesialister og rotasjon av lis leger mellom sykehusene i foretaket.

Nordlandssykehuset HF har behov for å klargjøre sine rutiner i forbindelse med rutiner rundt traumekomite og traumeutvalg. Slik at det på systemnivå alltid er en god oversikt over hvem som er ansvarlig i traumearbeidet.

### Hva er en kirurgisk pasient

Vi har ikke funnet noen nasjonal definisjon på en kirurgisk pasient. I data som presenteres her har vi benyttet det at pasienten er behandlet av leger/sykepleiere tilhørende Kirurgisk ortopedisk klinikk som ”merkelapp” på kirurgisk pasient. Det vil nok være enkelte pasienter, for eksempel kreftpasienter, som her defineres som kirurgisk pasient, men som ved andre sykehus ville vært behandlet av leger tilhørende en ikke-kirurgisk spesialitet.

### Vurderings og stabiliseringskompetanse

Vurderings- og stabiliseringskompetanse er ikke entydig definert noe sted, og vi ser at begrepene får ulikt innhold avhengig av hvem vi spør og bakgrunn/for spørsmålet.

Prosjektleder UNN Narvik og NLSH Lofoten har nedsatt en arbeidsgruppe for om mulig å



definere dette. Arbeidsgruppens bidrag er vedlagt rapporten. Vi har også fått tilsendt ett bidrag fra leder av traumekomiteen UNN, og dette er gjengitt nedenfor (i kursiv).

*Med stabiliseringskompetanse forstår vi i denne sammenheng det sett av individuelle og kollektive ferdigheter som et akutt sykehus til enhver tid umiddelbart må kunne mobilisere for å ivareta alvorlig tilskadekomne i akuttfasen slik at risikoen for død eller funksjonstap minimaliseres. Stabiliseringskompetanse omfatter de tiltak som er nødvendige for å sikre luftveger og åndedrett, optimalisere blodsirkulasjonen, forebygge eller korrigere nedkjøling, lindre smerter og mekanisk stabilisere skjelettskader slik at forverring og sekundære skader unngås, med siktemål å sette pasienten i stand til å gjennomgå definitiv kirurgisk behandling og/eller transport til høyere behandlingsnivå.*

*En forutsetning for stabiliseringskompetanse er vurderingskompetanse. Med vurderingskompetanse forstår vi i denne sammenheng den samlede kompetanse som vaktteamet ved et akutt sykehus må ha tilgjengelig for å sikre forsvarlig mottak av potensielt alvorlig tilskadekomne. Vurderingskompetansen består i at vaktteamet - på bakgrunn av sykehistorie og klinisk undersøkelse supplert med standard biokjemiske analyser, bildediagnostikk og eventuelt telefon- eller sanntids videokonferanse med regionens traumesenter- kan*

*1) diagnostisere alle skader som truer funksjon og overlevelse og  
2) karakterisere pasientens fysiologiske tilstand,  
og på dette grunnlag ta kvalifiserte beslutninger om hvilke stabiliserende behandlingstiltak som eventuelt er påkrevd, hvilket behandlingsnivå som er optimalt, og grad av hast for iverksetting av ulike behandlingstiltak og eventuell videre transport til traumesenter.*

For å kunne utføre akuttkirurgi er det i tillegg nødvendig med kirurgisk kompetanse. Prosjektgruppen diskuterte i siste møtet muligheten for at andre enn generell kirurger/ gastrokirurger (f.eks ortoped) kunne ivareta vurderings- og stabiliseringskompetanse. Deltagerne fra det kirurgiske miljøet i gruppen var klare på for Nordlandssykehuset Lofoten, med de utfordringene som periodevis ligger i geografi og værforhold, må stabiliserings- og vurderingskompetanse sees på sammen med kompetanse for akuttkirurgiske prosedyrer. På bakgrunn av dette ble anbefalingen fra gruppen at det er spesialister innen generell kirurgi etter nåværende spesialistutdanning og gastrokirurgi etter ny spesialistutdanning, som innehar vurderings og stabiliseringskompetanse i forhold til et døgnkontinuerlig akuttkirurgisk tilbud. En eventuell bredere gjennomgang av dette bør avvete til ny struktur og kompetansekrav for spesialistutdanning for leger foreligger.

I forhold til mottak av traumepasienter anbefaler prosjektgruppen at dette ivaretas av allerede implementerte retningslinjer og krav som ligger i regional traumeplan. Lokale bakgrunnsdata i forhold til traume har kommet via manuelle tellinger og ikke fra ferdige

rapporter, noe som kan tyde at det er behov for mer systematisk tilnærming til registrering eventuelt at avsatt tid til dette arbeidet ikke har vært tilstrekkelig.

Det må være forutsigbarhet i forhold til hvilken kompetanse som er tilgjengelig ved Nordlandssykehuset HF. Dette ivaretas best ved at sykehuset driftes av foretakets faste ansatte, og rekruttering og stabilisering for å ivareta dette er viktig fremover. Det skal utarbeides oversikt over hvilke akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivaretatt ved Nordlandssykehuset Lofoten, og hvilke som bør overføres til høyere omsorgsnivå gitt at pasientens tilstand og værmessige forhold/ flykapasitet muliggjør overflytning.

Kirurgisk ortopedisk sengepost i Lofoten hadde i 2014 1111 heldøgnsopphold, fordelt på ca 80% av pasientene ø-hjelps og 20% elektive. Andelen ortopediske heldøgn opphold var i 2016 22%. Det er enighet i gruppen at 24/7 kompetanse innen bløtdelskirurgi er sentralt for ivaretagelse av heldøgnspasienter.

Det finnes i dag ingen ortopedisk vaktberedskap i Lofoten, men en ikke ubetydelig andel av pasientene både på poliklinikk og innlagte er ortopediske. Det benyttes teleradiologiske løsninger for vurdering av ortopediske pasienter, og de fleste pasienter med brudd har ikke behov for umiddelbar kirurgi. Prosjektgruppen har diskutert mulighet for å øke tilstedeværelse av ortoped utover normal arbeidstid. Dette vil øke andelen ortopediske pasienter som kan få sin primære vurdering av ortoped og som kan opereres lokalt. Det ble diskutert at tidsrommet med ortoped tilgjengelig anbefales økt på ettermiddag og helg, men prosjektgruppen mener ikke det er behov for døgnkontinuerlig ortopedisk vakt i Lofoten for å ivareta forsvarlighetskravet.

Basert på framlagte data mener prosjektgruppen at det finnes mulighet for ytterligere å styrke den elektive aktiviteten. På bakgrunn i påbegynt arbeid med strategisk utviklingsplan for Nordlandssykehuset HF og sammensetningen til prosjektgruppen mener gruppen at videre konkretisering i forhold til dette bør ivaretas av arbeidet med strategisk utviklingsplan.

For elektiv operativ aktivitet forutsettes det at det finnes kompetanse for å ivareta komplikasjoner etter egen kirurgi og at pasientene skal behandles av spesialist (eller lege i spesialisering med supervisjon) innen aktuelt fagområde. Ved ambulering av spesialister er det viktig å planlegge operasjonsprogrammene på en slik måte at dette ivaretas på en god måte.

Prosjektgruppen anbefaler at så stor del av aktiviteten som mulig drives av foretakets egne ansatte. Dette for å sikre en fremtidsrettet og forutsigbar virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten der de ansatte kjenner foretakets fagsystemer og prosedyrer, samt vet hvordan Nordlandssykehuset Lofoten fungerer i nettverk med øvrige sykehus i regionen.

Nordlandssykehuset HF er avhengig av å benytte somatisk sengekapasitet ved alle tre sykehus. For å kunne ta imot og ha innlagte pasienter på kirurgisk ortopedisk sengepost i Lofoten må det være spesialister i vakt for å ivareta dem. Et stort antall pasienter innlagt på kirurgisk sengepost i Lofoten blir ikke operert, men har likevel behov av kompetansen til de kirurgiske legene, flytting av pasientene til Vesterålen og Bodø innebærer en ikke ubetydelig transportkostnad. Ca 80% av pasientene er innlagt som ø-hjelp og en stor andel av disse vil ikke kunne benytte vanlig rutegående transport. Overføring til Bodø vil enten skje via ambulansefly eller rutefly og overføring til Vesterålen via egen bil, drosje eller ambulanse. Siden prosjektgruppen ikke har gitt anbefalinger som kunne medført stenging av kirurgisk ortopedisk sengepost er det ikke gjort ytterligere beregninger på alternative kostnader for pasienttransport.

Prosjektgruppen mener at kvaliteten og pasientsikkerheten for akuttkirurgiske pasienter ved Nordlandssykehuset er ivaretatt med anbefalt løsning, basert på framlagt dokumentasjon og diskusjon i gruppen. Anbefalingene forutsetter at foretaket har prosedyrer som sikrer at pasientene ivaretas på rett nivå, og at så stor del av aktiviteten som mulig drives av foretakets egne ansatte, både for traumepasienter, ø-hjelps pasienter og elektive pasienter.

### Sykehus i nettverk

I Nasjonal helse- og sykehusplan sies det at regjeringen ønsker en bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus. Regjeringens mål er at alle pasienter skal få trygge og gode helsetjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Det er et mål som skal realiseres uansett hvor pasientene bor og hvordan det er med klima og kommunikasjonsforhold. Desentralisert sykehusstruktur skal beholdes, og lokalsykehusene har kvaliteter som skal bevares og videreutvikles.

Tall fra både SSB og Sykehusbygg viser at innbyggertallet i Lofoten fremover vil være stabilt. Det blir en svak økning i de tettest befolkede områdene og en nedgang i de mer befolkningsvake områdene. Men det som er felles for alle kommunene i Lofoten, er at antallet eldre øker.

Det er ikke hensiktsmessig og heller ikke realistisk å ha alle mulig behandlinger og tilbud på alle sykehusene i Norge. Likevel skal det sikres at alle pasientene i Norge skal få et likeverdige tilbud til helsetjenester der de bor. Måten å løse denne utfordringen på for Nordlandssykehuset Lofoten, er å sikre at oppgavefordelingen i Nordlandssykehuset er løst på en slik måte at kvaliteten på tjenestene til innbyggerne i Lofoten ivaretas. Med å sikre en god oppgavefordeling ved å sentralisere de spesialiserte tilbudene samt å bruke ambulering til Lofoten. Ved desentralisere og beholde de tjenestene som inntres oftest, kan en tilby innbyggerne i Lofoten helsetjenester med riktig og god kompetanse når det er behov for det.

Hensiktsmessig oppgavedeling forutsetter godt samarbeid mellom sykehusene og at alle sykehusene har kompetent og trent personell. For Nordlandssykehuset Lofoten, og mange av landets andre sykehus hvor personell og kompetanse er begrenset, kan oppgavedeling være en måte å se til at den samlede ressursen blir bedre utnyttet.

Når de små sykehusene settes i stand til å ivareta hverdagsmedisin på en riktig og god kvalitetsmessig måte, frigjøres ressurser på de større enhetene til å ta seg godt av de som trenger behandling av større team og spesialisert behandling. For å få til en hensiktsmessig oppgavedeling i helsevesenet, er det en forutsetning at det er et godt samarbeid enhetene mellom. I første rekke vil det for Lofotens del være et godt samarbeid innad i eget foretak. Men sykehuset er også avhengig av å kunne samarbeide med eget regionsykehus og sykehus for øvrig i landet for å kunne tilby et samlet tilbud til Lofotens befolkning. Nettverket av sykehusenheter må samarbeide om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordninger. Uavhengig av hvilken løsning av oppgavedeling som velges, er det pasientens behov som skal være styrende for hvordan sykehusene organiseres og deler oppgavene seg imellom. For å få til gode pasientforløp er det også viktig at kommunenes helse- og omsorgstjenester tas med i samhandlingen rundt pasientenes tilbud. For å kunne gi et samlet, faglig trygt og godt lokalt tilbud til pasienten.

### Fødetilbudet

Nasjonal helse- og sykehus slår fast at de nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet som er nedfelt i St.mld12 (2008-2009) «En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Samt Helsedirektoratets veileder «Et trygt fødetilbud» fra 2011 står fast. Inklusiv inndelingen av fødeinstitusjonene i tre nivåer; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. I Nordlandssykehuset HF er det kvinneklinikk i Bodø, fødeavdeling i Vesterålen og fødestue i Lofoten. Fødestuen i Lofoten har merkelapp som jordmorstyrt fødestue, med gynekolog i vakt som skal kunne gjennomføre nød keisersnitt. Fagavdelingen i Helse Nord legger følgende definisjoner til grunn for forståelse av oppdraget: Nødkeisersnitt: keisersnitt som utføres i en nødsituasjon hvis pasienten ikke kan overflyttes på grunn av vær når situasjonen vurderes slik, at forløsning av medisinske grunner må skje raskere enn man klarer å gjennomføre med akutt transport.

Helse Nord RHF har gitt seks kriterier som fødevisksomheten i Lofoten skal vurderes opp mot; seleksjonskriterier, krav til organisering og beredskap, krav til kompetanse og bemanning, vaktordning og beredskap, system for oppfølging, krav til informasjon og dokumentasjon.

Fødestuen i Lofoten legger til grunn «Regionale seleksjonskriterier for fødselsomsorg i Helse Nord» RL0899 i Doc map i oppfølging og behandling og oppfølging i svangerskaps, barsels-, og fødselsomsorg. Disse retningslinjene baserer seg på de nasjonale kvalitetskravene som nemt overfor. I perioden 2012 til 2014 har det årlig vært utført

5 – 6 keisersnitt. I 2015 ble det i kvinne barn klinikken i Nordlandssykehuset, på bestilling fra foretaksledelsen i Nordlandssykehuset HF gjennomført en audit/fagfelle vurdering av de gjennomførte keisersnittene i Lofoten i perioden 2012-2015. Denne rapporten har prosjektgruppen gått gjennom i et møte. Rapporten er unntatt offentlighet fordi det er enkelt å identifisere både ansatte og pasienter. Alle keisersnittene ble gjennomgått med fokus på seleksjonskriter, barnets utkomme, vær og transportmuligheter, om utøvende helsepersonell var fast ansatte eller vikarer med mer. Det var i perioden gjennomført 20 keisersnitt, 10 av disse ble ikke vurdert som nød keisersnitt, og overflytting hadde vært forsvarlig. Her ble det funnet avvik fra seleksjonskriteriene. Rapporten beskriver et forbedringspotensial i forhold til seleksjon. Det ble iverksatt interne tiltak etter avlevering av rapport, inklusive ny gjennomgang av bruk av seleksjonskriteriene. Det ble ikke gjennomført noen keisersnitt i 2016 i Lofoten. Det føres internkontroll ved fødestuen og operative forløsninger meldes og behandles etter prosedyrer i Docmap.

Beredskap for nødkeisersnitt avhenger av tilgang til operasjonsstue med anestesilege, anestesi sykepleier og operasjonssykepleiere gjennom hele døgnet, men har ikke nødvendigvis sammenheng med akuttkirurgi siden det er gynekolog som gjennomfører keisersnitt.

Fødestuen i Lofoten er bemannet med jordmødre, barnepleier og helsesekretær i tillegg til gynekolog i vakt. Det er pr 1. februar 2017 ansatt to faste gynekologer i Lofoten. Med vaktordning med hjemmevakt 14 dager hver, vil det være behov for innleie av gynekologvikarer ved ferie avvikling, permisjoner og sykefravær.

Kvalitetskravene innen fødselsomsorg trekker fram viktigheten av faste ansatte. For at driften ved fødestuen skal kunne opprettholde dette kvalitetskravet var det i 2016 sommerdrift i 4 uker ved fødestuen.

Ved å videreføre tiltaket fra sommeren 2016, der fødestuen hadde sommerdrift i 4 uker, vil vikarbehovet reduseres. Sommerdrift innebærer at svangerskapskontroller og ultralyd ble gjennomført som vanlig. Det vil være jordmor bemanning alle virkedager og jordmor beredskap med to på vakt fra 16.00 til 08.00, for å sikre følge og vurderingsberedskap. Det vil være jordmor tilgjengelig på telefon hele døgnet for informasjon og veiledning. Det var ikke vaktberedskap av gynekolog og dermed ikke åpent for planlagte fødsler. Gynekolog vil være tilgjengelig for polikliniske konsultasjoner og interne tilsyn minst en dag pr uke. I etterkant av sommerdrift 2016 ble det gjort en evaluering/oppsummering av driften og den ble vurdert som å ha fungert tilfredsstillende.

For å sikre at personalet har tilstrekkelig antall fødsler og kan ivareta kompetansekravet er det innført en ordning med hospitering til andre fødeenheter med større aktivitet, både for jordmødrene og gynekologene. Det har vært innleie av gynekologvikar fra vikarbyrå i 35 uker i 2016. 16 uker på grunn av overlegepermisjon. Dette er en situasjon

som vil bedre seg i 2017, på grunn av fast ansettelse av en ny gynekolog. Det er liten operativ virksomhet i Lofoten, det ble i 2014 utført 83 operative inngrep, inklusiv seks keisersnitt. Gynekologisk poliklinikk har en aktivitet på ca 2000 konsultasjoner pr år 2014-15. Det er en god utnyttelse av kompetanse og ressurser å tilby polikliniske konsultasjoner til pasienter i Lofoten. Pasientene slipper lang reisevei og det er kostnadsbesparende for foretaket å behandle pasientene lokalt, med egen faste ansatte. Alle jordmor stillinger er besatt. Det vil være behov for rekruttering av jordmødre i nær framtid. Det vil være av vestlig betydning at det lykkes å rekruttere faste jordmødre til fødestuen for å ivareta et forsvarlig tilbud også i fremtiden.

Dagens løsning anbefales videreført, men denne anbefalingen forutsetter at nasjonale kvalitetsmål kan oppfylles slik at befolkningen i Lofoten har et trygt fødetilbud. Viktige elementer i kvalitetsmålene er kompetanse hos ansatte, drift med hovedsakelig faste ansatte og etterlevelse av seleksjonskriterier.

#### Turister og sykehus

Prosjektgruppen har hatt gode diskusjoner omkring turister i Lofoten. Det har ikke lyktes å skaffe til veie gode eksakte tall på hvor mange turister som reiser til Lofoten gjennom året. Men ut fra aktivitetstall i næringer som er knyttet til turistnæringen og legger til grunn SSBs statistikk på overnattingsdøgn var det 405 000 overnattingsdøgn i 2015. Dette er tall som er økende og der er ujevn strøm av turister gjennom året, men juli er en måned som peker seg ut med mange turister på øyriket. I diskusjonen har antall turister vært en viktig faktor om hvor stort befolkningsgrunnlag som skal legges til grunn for sykehuset drift. I virksomhetstallene for sykehuset er det hentet ut tall for hvor mange utenlandske pasienter og pasienter fra andre regioner som har mottatt behandling ved Nordlandssykehuset Lofoten. For den kirurgiske virksomheten utgjorde det i 2016 38 innlagte pasienter.

#### Utfordringer med vær og transport

Lofoten er en øygruppe som ligger uti havet og det kan være utfordrende vær i området. Kommunikasjonene kan gi utfordringer med adkomst utenfra og internt når været er dårlig. Lofoten er forbundet med fastlandsforbindelse, men det er flere bruene og tunneller på strekningen, og en av de meste utsatte bruene for stenging er Gimsøybrua. Data fra vegvesenet viser at det er relativt mange stengninger av, og faresignal for sterk vind, på lysreguleringen på denne brua. Når det er problematisk å reise via veien, kan det i tillegg være problemer med å lande et fly eller helikopter, og fergetrafikken over Vestfjorden vil by på utfordringer.

Forskere maner at i årene fremover vil vi stå overfor betydelige endringer i klima og værforhold. Norsk Klimaservicesenter har antydnet at det i et langtids perspektiv kan oppstå relativt store endringer i blant annet temperatur, nedbørsmengder og vind. I de senere årene har vi erfart at det er mer ustabile vintrer, med varierende vind og kjøreforhold.



I tillegg til at det kan være dårlig vær og reduserte muligheter for å komme seg fra eller til Lofoten er det relativt langt til neste sykehus om pasientene skal transporteres langs veien mellom. Fra Å i Lofoten til Nordlandssykehuset Vesterålen er det tre timer og 43 minutter inklusiv en fergetur på 25 minutter fra Fiskebøl til Melbu. Fra Nordlandssykehuset Lofoten til Nordlandssykehuset Vesterålen er det 128 km og 2 timer og 41 minutt. Dette er med «normal» fart. Et utrykningskjøretøy kan nok redusere tidsbruken, men det vil øke ubehaget for pasienten som transporteres.

Nasjonal helse- og sykehusplan gir åpning for at akutt sykehus kan ha akuttkirurgi dersom geografi, avstand mellom sykehus, bosetningsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt-, og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Nordlandssykehuset Lofoten har utfordringer på flere av disse beskrevne områdene.



## 15.0 Bakgrunnsdokumenter

<https://nordlandssykehuset.no/om-oss/nordlandssykehuset-for-framtiden>

- Styresak 85-2015: Risikovurdering av fødetilbudet ved Nordlandssykehuset
- Fødetilbudet i Lofoten - oppfølging av RHF-styrets sak 31-2011
- Mål og kritiske suksessfaktorer for risikovurderingen av fødetilbudet i Helse Nord RHF
- Akuttkirurgi Nordlandssykehuset
- Tidsavstander (ulike kilder) Avinor – regularitet Meteorologiske data, Statens vegvesen – stengte veier
- Akutt kirurgi NLSH Lofoten og UNN Narvik
- NCSP - Narvik og Lofoten
- Aktivitet i spesialisthelsetjenesten, NLSH, 2011 - 2014
- Oppsummeringsark NLSH, 6. juni 2016
- Prosedyrer Narvik og Lofoten
- Helse Nord, styresak 60/2016: Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet
- Helse Nord styresak 133-2010 Organisering av behandlingen av alvorlige skadde pasienter
- DocMap RL4076, Krav til sykehus med kirurgisk akuttfunksjon
- Trafikkulykker Lofoten, Vesterålen og Ofoten
- Uttalelse fra Lofotrådet om fortsatt kirurgisk akuttfunksjon
- SKDE: Pasientstrømdata
- ISF 2016
- Styresak NLSH Ambulanseplan 2015
- Organisasjonsplan KIR-ORT
- NCSP - Narvik og Lofoten, versjon 2
- Sammenligning av kostnader ved lokalsykehus, 2014-rapport, oppsummering
- Sammenligning av kostnader ved lokalsykehus, 2014, oppdatert sykehusforbruk
- Samdata spesialisthelsetjenesten 2015
- PasOpp 2016 Lofoten
- PasOpp 2016 Nordlandssykehuset
- Utredning ambulanshelikopter mellom Bodø og Tromsø
- Aktivitet i spesialisthelsetjenesten 2011-2014
- Invitasjon og svar på innspill fra kommunene i Lofoten
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 Meld.St.11
- Styresak NLSH 72/2016 PasOpp-rapport 2015 – Resultater for Nordlandssykehuset HF, samt sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen

- Et trygt fødetilbud  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Nord RHF Styresak 135-2011 Elektiv ortopedi
- Helsenorge.no

#### Vedlegg

- Risikovurderinger
- Vurderings- og stabiliseringskompetanse ved mindre kirurgiske enheter



## **Risikovurdering og mulighetsstudie – Nasjonal helse- og sykehusplan.**

Klinikk/stabsavdeling:	NLSH Lofoten
Område for risikovurdering:	Kirurgisk akuttberedskap
Område for mulighetsstudie:	Døgnbehandling
Utarbeidet av:	Prosjektgruppe NLSH
Dato:	28feb17

---

## 1. Innledning

Prosjektgruppen har i sitt arbeid sett på følgende områder ved NLSH Lofoten: Kirurgisk akuttberedskap, Døgnbehandling, Poliklinikk, Dagkirurgi, Poliklinikk, Organisering av fødetilbud og Gynekologi, Rekruttering og bemanning samt Prehospitale tjenester.

## 2. Risikovurdering

### 2.1. Området som risikovurderes

Fokus for risikovurderingen har vært på kirurgisk akuttberedskap.

### 2.2. Avgrensinger som er gjort

For føde/gynekologi har det tidligere vært gjort risikovurderinger og punktene fra disse vil bli tatt med i rapporten. Når det gjelder prehospital så er det ikke foreslått endringer og ingen ytterligere risikovurderinger vil bli gjennomført. Dag kirurgi og Poliklinikk henvises til utredning gjennom strategisk utviklingsplan og behandles i denne når det kommer til foreslåtte løsninger og risikovurdering.

Problemer og utfordringer til Rekruttering og bemanning vil bli behandlet som mulige uønskede hendelser i risikovurderingen. Disse områdene vil også bli ytterligere belyst i selve rapporten.

### 2.3. Beskrivelse av prosess

Risikovurderingen og mulighetsstudie er gjennomført som prosessarbeid på samling i Lofoten 28 feb17. Seniorrådgiver Steinar Vaag fra KIP har bistått som prosessveileder. Som akseptkriterier for hvilke uønskede hendelser som det vil være nødvendig å møte med tiltak har prosjekt gruppen valgt følgende:

- Uønsket hendelse i grønn sone: Tiltak ansees ikke som nødvendig
- Uønsket hendelse i gul sone: Tiltak skal vurderes, men den uønskede hendelsen kan aksepteres
- Uønsket hendelse i rød sone: Skal møtes med tiltak.

### 2.4. Deltakere

Risikovurderingen er gjennomført av:

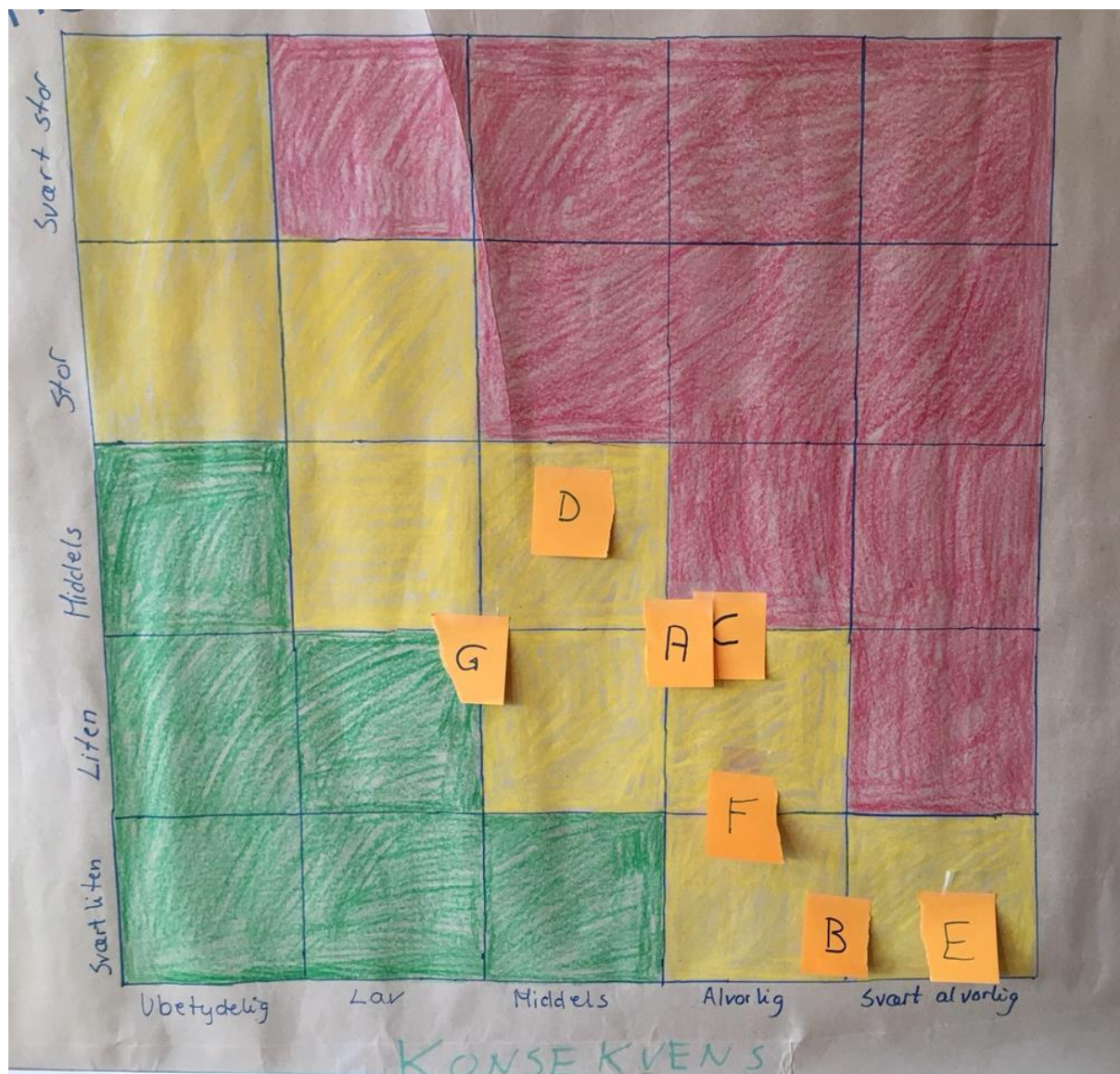
- Beate Sørslett, medisinsk direktør
- Jeanette Mikalsen, hovedverneombud
- Anne M Isachsen, tillitsvalgt Fagforbundet
- Barbara Priesman, Leder brukerutvalget
- Jan Håkon Juul, kommuneoverlege Vågan
- May V Johansen, enhetsleder KK barn
- Johan Ahlbäck, LIS-lege Kir ort klinikk
- Sissel Juliussen, rådgiver
- Gro-Marith Villadsen, rådgiver
- Edle Elstad, avdelingsleder Kir ort klinikk
- Øystein Johansen, klinikkjef Kir ort klinikk.

## 2.5. Uønskede hendelser

Område	Kort beskrivelse av den enkelte uønskede hendelsen	Tatt med? (Ja/nei)	Betegnelse i matrisen dersom ja!
Pasient	Pasient blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder.  <b>Kommentar:</b> Dette kan føre til manglende forutsigbarhet. Spesielt ble utstrakt bruk av vikarer med ulik spesialitet nevnt som mulig årsak.	Ja	A
Pasient	Pasient blir sendt til Gravdal når pasienten burde vært sendt til UNN/Bodø.	Ja	B
Pasient	Pasienten vurderes «feil» ved ankomst Gravdal. Denne ble senere omformulert til:  Pasienter med behov for høyere omsorgsnivå får en forsinket eller mangelfull utredning eller behandling	Ja	C
Pasient	For mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten	Ja	D
Pasient	Det ankommer flere traumapasienter enn sykehuset kan håndtere	Ja	E
Pasient	Faglig utvikling stagnerer	Ja	F
Pasient	Pasientskader oppstår som følge av mangelfull eller uklart kommunikasjon mellom personalet.	Ja	G
Pasient	Begrenset erfaring med «reelle» traumer fører til pasientskader	Nei	H



## 2.6. Risikomatriisen



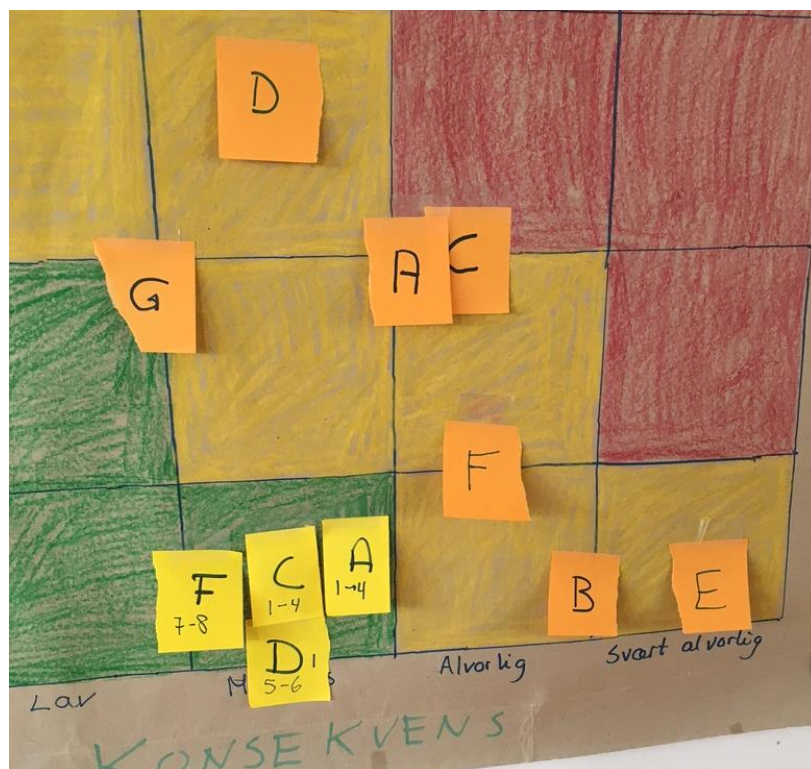
## 2.7. Uønskede hendelser som må/bør møtes med tiltak

Uønsket hendelse	Betegnelse i matrisen
Pasient blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder.	A
Pasienter med behov for høyere omsorgsnivå får en forsinket eller mangelfull utredning eller behandling	C
For mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten	D
Faglig utvikling stagnerer	F

## 2.8. Forslag på tiltak

Berører uønsket hendelse	Kort beskrivelse av det enkelte tiltak	Betegnelse i matrisen
A & C	Ansettelse av faste overleger	1
A & C	Øke ambulering av medisinsk faglig personell mellom Bodø, Stokmarknes og Lofoten	2
A & C	Utarbeide prosedyrer for hva som skal opereres (Ø-hjelp)	3
A & C	Kriterier for å konsultere LOS/OL på vakt utarbeides	4
D	Utarbeide prosedyrer som beskriver hvilke inngrep som forventes utført i Lofoten	5
D	Utarbeide interne og eksterne retningslinjer for overføring	6
F	Økt ambulering	7
F	Utvikling av kompetansehevingsplan på individnivå	8

## 2.9. Restrisiko etter tiltak



---

## 2.10. Kommentar til risikovurderingen

Som bilde av restrisiko etter tiltak viser så vurderes enkelte av tiltakene til å virke i forhold til å ha effekt på flere uønskede hendelser. Etter gjennomført risikovurdering ble det identifisert en del sammenfallende slik at listen over mulige tiltak kan forkortes.

Det er videre ikke gjort vurderinger i forhold til ansvar eller frister i forhold til gjennomføring av de enkelte tiltakene. Dette arbeidet vil det bli nødvendig å gjennomføre i forkant av implementering av tiltakene.

## 2.11. Drøfting

Det vises til avsnitt 2.3 der det kommer fram at det skal vurderes om det skal gjennomføres tiltak på risikoforhold i gul sone. En kom her fram til at det var naturlig å se nærmere på D (for mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten) og F (faglig utvikling stagnerer i små miljøer) i tillegg til risikoforhold i rød sone; A (behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder) og C (forsinket eller mangelfull utredning og behandling).

I avsnitt 2.8 kommer det fram oversikt over ulike tiltak som ved gjennomføring er ment å gi et mer håndterlig risikobilde. Grovt sett kan vi si at tiltakene er som følger:

1. Ansettelse av faste overleger (A,C)
2. Økt ambulering begge veier (A,C,F)
3. Utarbeide prosedyrer for hva som under normale omstendigheter skal opereres i LO (ø-hj) og gjøre disse kjent internt og eksternt (A,C,D)
4. Utarbeide prosedyrer som angir kriterier for konsultasjon av mellomvakt/overordnet vakt (A,C)
5. Utvikle kompetansehevsingsplan på inividnivå(F).

Kir ort klinikk har allerede vesentlig økt ambulering begge veier. Særlig innenfor ortopedi og urologi, men også innenfor gastrokirurgi gjennomføres nå ambulering med sikte på faglig oppdatering, økt operativ aktivitet og nettverksbygging. Dette er en aktivitet som allerede har båret frukter og som skal videreføres og ytterligere forsterkes i 2017.

Det er i dag kjent hvilke prosedyrer som normalt sett skal gjennomføres som ø-hjelp i Lofoten. Dette skal formaliseres gjennom prosedyreutvikling og gjøres kjent for støttefunksjoner i Lofoten og samarbeidsparter for øvrig i Nordlandssykehuset. På denne måten skal det tydeliggjøres hvilke kapasiteter Lofoten har, og det skal legges til rette for at disse blir utnyttet til beste for pasientene. Det skal klargjøres at beslutning om operasjon skal fattes av overordnet kirurgisk vakt i samarbeid med vakthavende overlege anesthesi eventuelt etter konsultasjon med overordnet gastrokirurgisk vakt i Bodø og innenfor gjeldene retningslinjer og det kirurgiske skjønn.

Utvikling av prosedyrer vedrørende kriterier for konsultasjon av mellomvakt eller overordnet vakt vil ha som intensjon å øke hastigheten i nødvendige medisinskfaglige beslutninger. Innføring av tiltakspakker RETTS og vurdering av pasienter med forverret tilstand vil bidra på samme måte.

Ansettelse av faste overleger er et nøkkelpunkt hva gjelder muligheten for å redusere risikoen knyttet til den kirurgiske virksomheten i Lofoten. Dette vil gi kontinuitet og mulighet

---

for kirurgene til å bli godt kjent med prosedyrer, lokaler og øvrig personell. En slik oppbygging av fagmiljøene ved lokalsykehus er mulig å gjennomføre. Det arbeides også i Lofoten systematisk med å rekruttere spesialister med lokal forankring og interesse for den type virksomhet som preger våre lokalsykehus. Det skal utarbeides en kompetanseutviklingsplan for hver enkelt fast ansatt overlege med sikte på vedlikeholde og videreutvikle ønsket kompetanse.

### 3. Mulighetsstudie

#### 3.1. Fokusområde

Det ble av prosjektgruppen vurdert som hensiktsmessig og se på de muligheter som økt aktivitet knyttet til døgnbehandling kan bidra med. Mer spesifikt gjelder dette forslaget om å styrke tilstedeværelsen av ortoped på ettermiddager og deler av helg. Prosjektgruppen har vurdert mulig antall hendelser som vil kunne behandles gjennom økt tilstedeværelse til å være i overkant av 100 tilfeller årlig. Dette tallet anbefales kvalitetssikret før beslutning tas.

#### 3.2. Mulige gevinster og utfordringer

MULIGE GEVINSTER	UTFORDRINGER
Reduserte transportkostnader og tid ved færre overføringer til Bodø.	Vil bidra til økte personalkostnader hos Kirurgisk-ortopedisk klinikk og ved AKUM
Raskere intervensjon	Økt vikarbruk.
Tidligere mobilisering av pasient	
Bredere fagtilbud lokalt	
Bedre rekrutteringsgrunnlag	
Bedre supervisjon	
Stabiliserer fagmiljø	
Økt aktivitet Lofoten frigjør tid til elektiv virksomhet Bodø	

#### 3.3. Kommentar

Det er prosjektgruppens vurdering at økt tilstedeværelse av ortoped vil kunne gi vesentlige gevinster for pasientene. Når det gjelder de økonomiske utfordringene knyttet til økte personalkostnader bør det gjøres en vurdering av hvorvidt økte personalkostnader korrigerert for reduserte transportkostnader er av et slikt omfang at de veier opp for mulige gevinster i forhold til pasientbehandlingen.

Når det gjelder «økt vikarbruk» er det prosjektgruppens vurdering at den foreslåtte økningen i ortopedisk tilstedeværelse (kapasitet) ikke skal skje ved vikarbruk, men gjennom faste ansettelsler. Dersom disse viser seg vanskelig å få på plass er det gruppens innstilling at tiltaket ikke gjennomføres før dette er mulig.

## **Svar på invitasjon til høring rundt Nordlandssykehusets arbeid med Nasjonal Helse- og Sykehusplan**

Aksjonsgruppa ved for Lofoten Sykehus takker for muligheten for å komme med synspunkter på rapporten som er utarbeidet av Nordlandssykehuset i arbeidet med Nasjonal Helse- og Sykehusplan.

### **Om Aksjonsgruppa ved NLSH Lofoten**

Aksjonsgruppa er en organisasjon som i lengre tid har arbeidet med å involvere innbyggerne i Lofoten i beslutninger og påvirkning rundt Nordlandssykehuset. Det viktigste arbeidet Aksjonsgruppa har gjennomført er arbeid mot beslutningstakere i helsesektoren. Mer og mer av arbeidet til Aksjonsgruppa består av slik nettverksjobbing. Et stort engasjement rundt sykehuset, gjør at det også er naturlig med positive markeringer sammen med Lofotens innbyggere, samt og ulike initiativ som styrker sykehusets virksomhet og tilbud, på kort og lang sikt.

### **Om rapporten og prosessen**

Aksjonsgruppa stiller seg i stor grad bak rapportens virkelighetsbeskrivelse og anbefalinger. Våre kommentarer følger tematisk nedenfor.

Aksjonsgruppa mener rapporten er realistisk og gir et godt bilde av driftssituasjonen ved Nordlandssykehuset Lofoten. Det er gjort et godt stykke arbeid som vil gi Nordlandssykehuset og Helse Nord et viktig beslutningsgrunnlag i det påfølgende arbeidet. Vi er glade for at Nordlandssykehuset tar på alvor utfordringene som klima og avstand utgjør for pasientsikkerheten. Det er disse utfordringene som har utløst et vedvarende og sterkt engasjement rundt sykehuset i Lofoten. Dette engasjementet går på at befolkningen ønsker å ha et tilbud på plass som sikrer liv og helse når øygruppa er isolert fra omverdenen. Derfor er vi også fornøyd med at man i prosessen legger opp til å styrke sykehuset slik at man har nødvendig aktivitet i normalsituasjonen.

Vi er glade for den åpne prosessen. Vi har forståelse for at faglige vurderinger i slike utredninger er komplekse. Honnør til Nordlandssykehuset for både å ta initiativet til lokale møter, og å ha invitert med Aksjonsgruppa tidlig i prosessen. Vi synes også det har vært positivt at alle interesserte får kontinuerlig informasjon via nettsiden. Vi håper erfaringene fra utarbeidingen av rapporten kan brukes i videre arbeid med samfunnskontakt i Nordlandssykehuset.

### **Høy andel av behandlinger utenfor Lofoten**

Rapporten viser en gjennomgående tendens til at pasienter behandles ved andre sykehus selv om NLSH Lofoten er det sykehuset man «sogner» til. Dette er uheldig for både sykehus og lokalsamfunn. En lengre reisevei til sykehuset kan føre til dårligere kvalitet for pasienten og pårørende. I tillegg kan det skapes et feilaktig inntrykk av at behandlingen Lofoten ikke holder mål.

Aksjonsgruppa stiller seg bak anbefalingene om å styrke elektiv kirurgi ved NLSH Lofoten. Styrkingen bør skje ved faste ansettelse i Nordlandssykehuset og om mulig i Lofoten. Vi ser nødvendigheten av ambulerende personell mellom sykehus, både for å ivareta pasientene, men også for å sikre at kvaliteten på fagmiljøene utnyttes, opprettholdes og videreutvikles på en god måte.

Vi ser også frem til arbeidet med strategisk utviklingsplan for sykehuset, og spesielt anbefalingene om økning innen dagkirurgi.

### **Rekruttering og bemanning**

Det er viktig at Nordlandssykehuset styrker egenrekrutteringen. Vi registrerer at vikarer er viktige ved alle sykehus, uavhengig av størrelse, og forutsetter at mindre bruk av innleide vikarer ikke går på

bekostning av tilbudet til pasientene ved Lofoten sykehus. Dette er særlig aktuelt i perioder der man driver nyrekruttering og i ferieavviklingen. Vi forutsetter at rekruttering blir tatt opp i strategiplanleggingen. Aksjonsgruppa tror at det er attraktivt for helsepersonell å jobbe og bo i Lofoten. En ordning med ambulering internt i Nordlandssykehuset der bosted ikke er avgjørende vil etter vårt syn styrke Nordlandssykehuset.

### **Fødetilbud**

Befolkningen i Lofoten har over lengre tid vært svært opptatt av fødetilbudet. Noen vil mene at tilbudet er for dårlig, men andre frykter en forringelse. Aksjonsgruppa ser at denne uroen ikke tjener hverken sykehuset eller de fødende. Vi er glade for at rapporten er klar på at tilbudet i Lofoten opprettholdes, og at man arbeider med rutiner for å sikre kvalitet og pasienttrygghet. En så klar anbefaling om å opprettholde tilbudet mener vi er nødvendig både for brukere og samfunn.

Samtidig registrerer vi at fødetilbudet ikke blir anbefalt styrket med bemanning slik mange andre områder i rapporten.

Det er viktig at NLSH i sitt videre arbeid viser at fødetilbudet i Lofoten er noe man satser på. En av de viktigste målsetningene for NLSH bør være å få flere fra Lofoten til å føde i Lofoten. Dette handler om å skape en forståelse for at tilbudet i Lofoten er trygt for de fleste fødende. Det er viktig å skape ro rundt tilbudet. Aksjonsgruppa vil særlig peke på at uroen rundt sommerdrift og nødkeisersnitt har vært uheldig. Aksjonsgruppa ser på det som sin oppgave å påpeke forhold der vi får signaler om at tilbudet ikke fungerer optimalt sett fra Lofoten.

### **Spesielle forhold i Lofoten**

Aksjonsgruppa har flere ganger tidligere tatt opp Lofotens særegenheter hvor vær, vind, avstander og en stor andel turister stiller særlige krav til lokal tilstedeværelse. Vi opplever at rapporten har tatt disse elementene på alvor. Alle som bor i Lofoten har på et eller annet tidspunkt opplevd utfordrende kommunikasjoner med stengte broer og stengte flyplasser. Dette gjør at vi som bor her er svært bevisste på den livreddende funksjonen sykehuset vårt har. Uten denne vil befolkningen føle på utrygghet så snart værforholdene tilspisser seg.

Klimaendringene bidrar til å øke usikkerheten knyttet til kommunikasjon til og fra Lofoten. Temperaturendringer kan føre til større fare for ising og tåke. Endringer i vindforhold gir utfordringer på flere broer og veistrekninger med fallvind. Aksjonsgruppa mener det er et potensiale for å få frem mer nøyaktige data omkring innvirkningen av værforholdene og helsevesenets mulighet til å ivareta pasientsikkerheten. Regulariteten for Widerøe sine flyvninger er først og fremst interessante i forhold til pasientenes mulighet til å nå planlagte konsultasjoner utenfor Lofoten til rett tid. Disse dataene vil underbygge behovet for å gi flest mulig tilbud lokalt.

Ambulansefly har andre forutsetninger og sikkerhetskrav enn Widerøes Dash 8. Derfor er vi fornøyd med at de data vi har skaffet til veie fra Norsk Luftambulansetjeneste er tatt med i rapporten. Aksjonsgruppa mener det er behov for bedre rutiner for å registrere og formidle tilfeller der vær, tekniske problemer, eller samtidskonflikt fører til at andre løsninger må velges. Dette er avgjørende både for å vurdere kvalitet på tjenesten og for å sørge for at en kostbar og sårbar tjeneste fungerer optimalt. Aksjonsgruppa mener at det også må skaffes til veie vurdering av reell tidsbruk ved bruk av ambulansetjeneste. I rapporten hevdes det at transport med blålystransport kan korte ned transporttida, men dette forutsetter at pasienten ikke har skader som gjør dette umulig.

Når det gjelder turisme i Lofoten er vi glade for at dette er lagt inn i vurderingen. Nordlandssykehuset har brukt tilgjengelige data, og via sin utredning og sine anbefalinger tatt høyde for den sannsynlige veksten i turisme. Antall registrerte operasjoner på personer som ikke har bosted i Lofoten er lavt.



Aksjonsgruppa mener det er viktig å synliggjøre hvor mange pasienter av denne kategorien som er innom sykehuset for vurdering. Her bør man også registrere alvorlighetsgrad, behandling som stabiliserer skade og hindrer forverring og rene operasjoner.

Vi er ikke tilfreds med mangelen på grunnlagsdata som viser hvor mange mennesker som til enhver tid befinner seg i Lofoten. De siste par årene ser vi en tilnærmet eksplosjon i vinterturismen i regionen, med de utfordringer det medfører. Dette ligger utenfor Nordlandssykehuset sitt ansvarsområde, men sykehuset bør etterspørre nødvendige data slik at tilbudet er dimensjonert etter antall potensielle pasienter. Dette er viktig i vurderingen av hvilken beredskap Lofoten har behov for. Dette gjelder ikke bare sykehuset, men også kommunenes beredskap

### **Konklusjon**

Aksjonsgruppa stiller seg bak de anbefalingene som er gitt i rapporten med de innspill og synspunkter som er gitt i denne høringen.

Vi ønsker Nordlandssykehuset lykke til videre i prosessen. Vi ser frem til et videre samarbeid med Nasjonal Helse- og sykehusplan, strategisk utviklingsplan og fremtidig utvikling av vårt lokalsykehus.

Nordlandssykehuset HF  
v. Direktør  
[postmottak@nordlandssykehuset.no](mailto:postmottak@nordlandssykehuset.no)

Oslo universitetssykehus HF  
Ullevål sykehus  
Postboks 4956 Nydalen  
0424 Oslo

**Akuttklinikken**  
Avdeling for traumatologi  
Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi  
[www.traumatologi.no](http://www.traumatologi.no)

Vår ref.: TW/14.3.2017  
Oppgis ved all henvendelse

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato: 14.3.2017

## Kommentarer til «Nordlandssykehuset HF - Nasjonal Helse- og sykehusplan - Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder» fra Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi er en nasjonal tjeneste som arbeider for å bedre behandlingen av alvorlig tilskadekomne, og å redusere forekomst og konsekvens av alvorlige skader. Tjenesten skal «Koordinere traumesystem regionalt og nasjonalt». En av oppgavene til kompetansetjenester er å «Sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere, og å iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til tjenestene».

Vår vurdering av høringsutkastet bygger på disse oppgaver og en forståelse av den alvorlig skadde pasients behov. Som utgangspunkt finner vi at rapporten er grundig, men vi er skeptiske til avsnittet om vurderings- og stabiliseringskompetanse.

### Oppsummering:

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi vil tilrå at

- rapporten tydeligere skiller mellom akutte kirurgiske eller ortopediske pasienter og pasienter med mistenkt alvorlig skade
- den etablerte terminologi vedr. roller for ulike sykehus i behandlingen av mistenkt alvorlig skadde fortsatt benyttes
- Nordlandssykehuset fortsetter med å jobbe for flest mulig fast ansatte spesialistleger ved de mindre sykehus, og inntil dette lykkes tilrettelegger for ambulering fremfor bare vikarbruk

### Punkt a:

Pasienter med akutte kirurgiske og/eller ortopediske tilstander er først og fremst pasienter med ikke livs- eller førlighetstruende tilstander. Det er viktig å skille denne store gruppen fra den mindre gruppe med mistenkt alvorlig skade.

Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016 ([www.traumeplan.no](http://www.traumeplan.no)) er under implementering. Den er vedtatt i Helse Vest, og likelydende forslag til vedtak er fremlagt for styrene i de øvrige regionale helseforetak og ventes vedtatt snart. I planen defineres pasienter med mistenkt alvorlig skade på samme måte som i den gamle planen fra 2006, med enkelte justeringer. Kriteriene for å mistenkte alvorlig skade er påvirket fysiologi, definerte anatomiske skader, skademekanisme og enkelte tilleggsfaktorer.

Pasienter med mistenkt alvorlig skade skal enten til traumesenter, dersom de tåler transport



dertil, hvis ikke til nærmeste akuttstusykehus med traumefunksjon. Definisjonen av et slikt sykehus er stort sett uendret i Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016 sammenlignet med planen fra 2006.

Ekspertgruppen bak de to planene har ikke funnet belegg i all litteraturen som er gjennomgått for å redusere på den alvorlig skadde pasients behov for og krav til kompetanse, og begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse har ingen mening for pasienter med mistenkt alvorlig skade.

Den nye traumeplan, Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016, inneholder en klar beskrivelse av hvilken rolle sykehus uten definert traumeberedskap har. Disse sykehus defineres på linje med helsesentre og legekontorer, som er egnet som venteplass for videre transport, men ikke som destinasjon for pasienter som oppfyller kriteriene for å mistenke alvorlig skade.

#### *Punkt b:*

Hverken den gamle eller den nye traumeplan opererer med begrepet vurderings- og stabiliseringskompetanse. Den alvorlig skadde pasient har behov for umiddelbar transport til et kompetent team som kan behandle de viktigste tilstander som øker risikoen for å dø av skader, eller som kan stanse blødninger og kontrollere ventilasjon i påvente av transport til traumesenter.

Dette behandlingsnivå er tydelig beskrevet i både den gamle og den nye traumeplan som akuttstusykehus med traumefunksjon. Flere studier av status i Norge viser at de fleste sykehus med slik akuttstusykehus oppfyller kravene, og dette i økende grad<sup>1</sup>.

Her er vår vurdering på linje med notatet: «Vurderings- og stabiliseringskompetanse ved mindre kirurgiske enheter. Definisjon av begreper og innhold sett i lys av framtidig behov i Helse Nord spesielt og ved mindre avdelinger med akutt kirurgisk aktivitet generelt» - når det gjelder pasienter med mistenkt alvorlig skade. Det er ikke grunnlag i litteratur eller norsk klinisk erfaring for å redusere kravene til kompetanse under det traumeplanen krever.

#### *Punkt c:*

Notatet «Risikovurdering og mulighetsstudie – Nasjonal helse- og sykehusplan» beskriver en rekke forhold rundt det å drive et mindre sykehus i Norge, og drøfter kompenserende tiltak. Et punkt i risikomatriksen som ikke behandles ytterligere i studien er «Begrenset erfaring med «reelle» traumer fører til pasientskader». Det er grunn til å understreke at dette gjelder for alle sykehus i landet, og at selv traumesenteret på Oslo Universitetssykehus Ullevål driver regelmessig trening for å opprettholde kompetansen.

Vi er enig i at det er vesentlig å ha fast ansatte i alle ledd for å styrke kompetanse. Både den nye og den gamle traumeplan stiller krav til regelmessig trening, både tverrfaglig teamtning og kompetansekurs som ATLS og hemostatisk nødkirurgi, og disse krav gjelder selvsagt også for vikarer.

Ved å rotere egne ansette mellom flere sykehus økes både kompetanse og kjennskap til

---

<sup>1</sup> Dehli T, Gaarder T, Christensen BJ, Vinjevoll OP, Wisborg T. Implementation of a trauma system in Norway: a national survey. Acta Anaesthesiol Scand. 2015; 59: 384-91.

Wisborg T, Brattebø G, Brinchmann-Hansen Å, Uggen PE, Hansen KS. Effects of Nationwide Training of Multi-Professional Trauma Teams in Norwegian Hospitals. J Trauma 2008; 64: 1613-8.

Isaksen MI, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. Organisation of trauma services in Norwegian hospitals: major improvements over four years.

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 145-7

hverandres arbeidsvilkår, og vi tror at dette vil føre til større kvalitet i behandlingen av alvorlig skadde, fremfor bruk av vikarer.

Vennlig hilsen



**Torben Wisborg**

*Leder*

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi: NKT-Traume

**Oslo universitetssykehus Ullevål HF**

*Professor | IKM | Universitetet i Tromsø*

mobil 41 63 48 53 | kontor 22 11 97 88

Besøk: Kirkeveien 166 (Ullevål sykehus)

[www.traumatologi.no](http://www.traumatologi.no)

epost: [torben.wisborg@traumatologi.no](mailto:torben.wisborg@traumatologi.no)

Nordlandssykehuset HF

Besøksadresse: Rådhuset, Leknes  
Postadresse: Boks 406, 8376 Leknes  
Bankkonto: 4550.19.02113  
Telefon: 76 05 43 70  
Mobil: 95 88 82 50  
Org.nr. 971 396 679 MVA  
E-post: [post@lofotradet.no](mailto:post@lofotradet.no)  
Internett: [www.lofotradet.no](http://www.lofotradet.no)

Lofoten, 15. mars 2017

Deres ref.:

Vår ref.:KF/2017

**Uttalelse til sluttrapport Nordlandssykehuset HF, Nasjonal Helse- og sykehusplan om «Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder» ved Nordlandssykehuset Lofoten**

Lofotrådet viser til sluttrapport Nordlandssykehuset HF, Nasjonal Helse- og sykehusplan om «Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder» ved Nordlandssykehuset Lofoten datert 2. mars 2017.

Lofoten har en geografi og et transportsystem, som sammen med et høyt antall turister og tidvis mange yrkesaktive fiskere i regionen, har spesielle utfordringer for å sikre befolkningen og tilreisende et tilfredsstillende sykehustilbud. Det er mangel på grunnlagsdata som viser hvor mange mennesker som til enhver tid befinner seg i Lofoten, og slike data bør etterspørres, slik at tilbudet er dimensjonert etter reelt behov.

Lofotrådet støtter anbefalingene i sluttrapporten om at det fortsatt skal være akuttkirurgisk beredskap ved Nordlandssykehuset Lofoten HF, og vil understreke at det er grunnleggende at innbyggerne får tilnærmet den samme kirurgiske standard og omsorg uavhengig av hvor de bor i landet. Det innebærer at en kirurgisk avdeling som skal utøve akutt kirurgi på døgn- og årsbasis, må ha bemanning og struktur som dekker behovet. Nordlandssykehuset Lofoten må ha en team- og beslutningsstruktur som kan ta de rette avgjørelser med henblikk på enten å behandle pasienten der og da, eller å overføre pasienten til et annet sykehus, uansett når en hendelse inntreffer.

Lofotrådet er fornøyd med at dagens organisering av fødetilbud og gynekologi anbefales videreført.

For å understøtte rekruttering og bemanning til sykehuset vil Lofotrådet peke på at det er nødvendig å videreføre og styrke desentralisert utdanning av sykepleiere og helsepersonell i regionen.

Vennlig hilsen

Hans Fredrik Sørdal  
Leder

Kopi: Helse- og omsorgsdepartementet  
Nordland fylkeskommune

Sendes kun elektronisk



## **Ekstern kvalitetssikring Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ved Nordlandssykehuset Lofoten**

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



# Sammendrag

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

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

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

Helseforetaket skulle anbefale en løsning til Helse Nord RHF.

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

Kvalitetssikrers hovedinntrykket er at det har vært en åpen, involverende og forutsigbar prosess.

Det synes som om prosjektgruppen tidlig har blitt enige om å anbefale et døgnkontinuerlig generelt akuttkirurgisk tilbud på nivå med dagens. Gruppens enstemmige innstilling legger dette til grunn i tillegg til et forslag om økt elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten. Det er vanskelig for kvalitetssikrer å se at det er utredet noe alternativ til dette forslaget slik mandatet ber om.

Kvalitetssikrer er bedt om å vurdere om alternativene som er belyst i prosjektrapporten representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet, for å oppfylle det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på utfordringer med både kvalitet og rekruttering ved mindre sykehus som eksempelvis Nordlandssykehuset Lofoten, og foreslår en løsning der disse akuttsykehusene ikke lenger har en kirurgisk vaktordning om ikke geografi, avstand mellom sykehus, bosetningsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Kvalitetssikrer er av den oppfatning at dette alternativet ikke er tilstrekkelig vurdert. Slik kvalitetssikrer forstår dialogen mellom Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF ved oppstart av prosjektet, har dette implisitt heller ikke ligget inne i Helse Nord RHF's forventninger til utredningen. Kvalitetssikrer anbefaler derfor Helse Nord RHF å se nærmere på dette i det videre arbeidet.

Prosjektgruppen har ikke gått nærmere inn på beskrivelsen av forslaget om oppbyggingen av elektiv dag- og døgnkirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten med den begrunnelse at gruppen ikke er sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere. Vurderingen av innholdet i den elektive kirurgien er skjøvet frem til det kommende arbeidet knyttet til strategisk utviklingsplan. Kvalitetssikrer vil påpeke at denne tilnærmingen ikke er i henhold til mandatet for dette arbeidet. Prosjektgruppen har heller ikke beskrevet hvilke akuttkirurgiske operasjoner det skal legges til grunn at skal kunne utføres ved Nordlandssykehuset Lofoten. Kvalitetssikrer vil anbefale Helse Nord RHF å se nærmere på disse forholdene i det videre arbeidet.

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

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

# Innhold

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

# 1. Om denne rapporten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grunnlaget for selve kvalitetssikringen er:

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

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

Kvalitetssikringen er tredelt, og EKS har evaluert følgende:

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

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

### **1.1 Fremgangsmåte og utarbeidelse av kvalitetssikringsrapporten**

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

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

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

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

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

Tabell 1 viser en oversikt over prosjektdeltakerne som er intervjuet. De fleste intervjuene har foregått ansikt til ansikt, mens noen også har foregått over skype/telefon. Av 21 prosjektmedlemmer ved Nordlandssykehuset Lofoten er det intervjuet 13 personer. EKS oppfatter at dette antallet er representativt. Flere av de som ikke er intervjuet er representanter som ikke har deltatt på mer enn ett eller to prosjektmøter.

<b>Navn</b>	<b>Tittel</b>	<b>Rolle i prosjektet</b>
Beate Sørslett	Medisinsk direktør	Prosjektleder
Gro-Marith Villadsen	Rådgiver	Sekretariatsleder
Øystein Reksen Johansen	Klinikk sjef kirurgisk ortopedisk klinikk	Prosjektgruppemedlem
Sissel Juliussen	Avdelingsleder Lofoten, kirurgisk ortopedisk klinikk	Prosjektgruppemedlem
Geir Brokstad	Avdelingsleder Vesterålen, kirurgisk ortopedisk klinikk	Prosjektgruppemedlem
Johan G Ahlbäch	YLF Lofoten	Prosjektgruppemedlem
Jeanette Mikalsen	HVO	Prosjektgruppemedlem
Kari Marie Sandnes	Konserntillitsvalgt	Prosjektgruppemedlem
Remi Solberg	Ordfører Vestvågøy	Prosjektgruppemedlem
Jan Haakon Juul	Kommuneoverlege Vågan	Prosjektgruppemedlem
Nina Jamissen	Klikksjef Kvinne-barn klinikken	Prosjektgruppemedlem
May Vollnes Johansen	Enhetsleder Kvinne-barn Lofoten	Prosjektgruppemedlem
Edle Elstad	Avd. leder Kir-Ort Lofoten fra 01.01.17	Prosjektgruppemedlem

Tabell 1. Intervjuobjekter fra prosjektgruppen ved Nordlandssykehuset Lofoten

## 2. Kvalitetssikring av prosess

### 2.1 Evalueringskriterier

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

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

### 2.2 Åpenhet

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

### **Observasjoner**

Prosjektet har opprettet en nettside «Nordlandssykehuset for framtiden» hvor det ligger informasjon om oppfølgingsarbeidet knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan, og arbeid med Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan. På denne siden er det link til prosjektmandatet, prosjektrapporten, risikovurderingsrapporten og alle bakgrunnsdokumenter. Prosjektdeltakerne er presentert på siden, og det foreligger også en møteplan og møtereferater her. I prosjektmandatet ligger det også tilgjengelig en milepælsplan. Det foreligger ingen detaljert prosjektplan på nett og heller ingen kommunikasjonsplan. Gjennom intervju med prosjektdeltakerne har EKS fått opplyst at det også er lagt ut informasjon om prosjektet på intranett. I tillegg ble det sendt ut melding til ansatte om at de kunne komme med innspill. Det ble opprettet en egen epost-adresse for dette. Flere av prosjektdeltakerne har også rapportert ut til sine nærmeste. OSO, samarbeidsorganet mellom sykehuset og kommunene sammen med bruker utvalget har jevnlig vært orientert om saken.

### **Vurdering**

Åpenhet er sikret gjennom nettsiden som er opprettet for prosjektet. Det har vært mulig for alle som ønsker det å følge prosjektet gjennom denne siden. EKS oppfatter at samtlige prosjektdeltakere som er intervjuet mener at prosessen har vært svært åpen. Det har ikke vært laget en formell kommunikasjonsplan i prosjektet, noe som har gjort at en ikke har gitt ut informasjon om prosjektet på en systematisk måte. EKS har inntrykk av at om en ikke har vært deltaker i prosjektet så har det i stor grad vært opp til en selv å hente informasjon, men at det har vært fullt mulig. Kriteriet åpenhet er funnet tilfredsstillende.



## 2.3 Involvering

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

- 2 repr. fra NLSH Lofoten
- 1 repr. fra NLSH Vesterålen
- 3 repr. fra kommunene i nedslagsområdet
- 1 repr. fra KTV/KVO
- 1 brukerrepresentant

## Observasjoner

På det første prosjektgruppemøtet ble det gjennomført en interessentanalyse ledet av prosjektleder. Diskusjonen rundt interessentene ble på et senere tidspunkt systematisert og satt inn i en tabell i dokumentet. For de fleste av prosjektdeltakerne som ble intervjuet, var det ukjent at det hadde blitt gjort en interessentanalyse. Det er skrevet i rapporten at analysen ble laget som et verktøy for å sikre at interessentene skulle bli ivaretatt ved hjelp av åpen kommunikasjon. Det foreligger likevel ikke noen skriftlig kommunikasjonsplan. Det ble i forkant av prosessen sendt ut en pressemelding om oppstart av prosjektet, og pressens spørsmål ble seinere besvart etter behov. Prosjektleder har hatt hovedansvaret for kommunikasjon, men ved praktisk gjennomføring er det i noen tilfeller andre som har formidlet informasjonen. Det har flere ganger vært gitt orienteringer om prosjektet og arbeidet til brukerutvalget, det er holdt interne møter i foretaket, og en har jevnlig rapportert til OSO. Det har også vært holdt dialogmøte mellom foretaksledelsen og Sykehusaksjonen i Lofoten. Regionrådene har blitt skriftlig informert om arbeidet, og har også fått forespørsel om å få en egen orientering. Dette tilbudet er det ingen som har benyttet seg av. På forespørsel har det vært gitt informasjon til enheter innad i sykehuset.

Prosjektgruppen har vært relativt stor, og har bestått av 21 deltakere. Fagpersoner og interessenter knyttet til fødetilbudet i prosjektgruppen har bare møtt til de møtene som har omhandlet fødetilbudet. Ansatte fra NLSH Lofoten har vært bredt representert i prosjektgruppen, kommunene i nedslagsfeltet også. Det har vært tre representanter fra tre ulike kommuner. Brukerombud og tillitsvalgte har også vært representert. I slutten av prosessen ble det holdt et informasjonsmøte for ansatte på sykehuset.

## Vurdering

Det er EKS sin oppfatning at representasjonen i prosjektgruppen har vært bred og god. Prosjektgruppen har vært større enn minimumsanbefalingen gitt i mandatet. Dette for å sikre en bred og inkluderende prosess. Prosjektdeltakerne som har blitt intervjuet, er også alle enige om at det har vært en representasjon i gruppen som har favnet bredt. Selv om prosjektgruppen har vært stor og representativ er det en mulighet for at sammensetningen av gruppen kunne vært enda bredere sammensatt. Akuttmedisinsk klinikk kunne vært bedre representert, noe som hadde vært naturlig gitt det aktuelle mandat. Dette virker likevel ikke å ha hemmet arbeidet. Det ble gjort en interessentanalyse innledningsvis. Denne virker ikke å ha vært kommunisert tydelig ut til prosjektdeltakerne, og virker heller ikke å være brukt systematisk. Om den hadde blitt brukt mer systematisk og aktivt, kunne en i større grad ha avklart hvilke informasjons- og involveringsbehov aktører uten en aktiv rolle i prosjektet måtte ha. Dette kan eksempelvis være ansatte ved sykehuset, media eller kommuneansatte. Til tross for at det mangler en kommunikasjonsplan, er det EKS sitt inntrykk at prosjektgruppen har vært gode til å både

informere og involvere interessenter, men det kunne trolig vært gjort enda bedre om en hadde hatt en mer systematisk tilnærming til det. Kriteriet involvering er funnet tilfredsstillende.

## **2.4 Forutsigbarhet**

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

### **Observasjoner**

Mandatet oppfattes som klart og tydelig for prosjektgruppen, men i starten oppstod det noe usikkerhet rundt hvordan man tolker vurderings- og stabiliseringskompetanse. For noen deltakere kunne det virke som alternativene som skulle utredes i prosjektet var like. Det har blitt laget et eget vedlegg til rapporten som omhandler en referansegruppes syn på hva vurderings- og stabiliseringskompetanse er. Det har ikke blitt laget noen formell prosjektplan, men møtedatoer for alle prosjektmøtene ble lagt ut i forkant, og en har hatt en viss formening om hva som skulle skje på hvert møte. Møtereferater har blitt lagt ut på nettsiden fortløpende. Prosjektdeltakerne har hatt mulighet til å kommentere referatene før de har blitt offentliggjort. Det foreligger en milepæls- og fremdriftsplan i selve rapporten, i tillegg til at det ligger en milepælsplan for Helse Nord i mandatet, med viktige beslutningspunkt. Til tider har det vært uforutsigbart for prosjektdeltakerne når de skulle motta dokumenter som skulle være gjennomgått før prosjektmøter. Det har variert hvor mange dager før møtene en har mottatt disse. Det har vært få uenigheter i prosjektgruppen. Det som har vært av uenigheter har vært faglige diskusjoner som har vært håndtert underveis i prosessen. I siste fase har det vært noen uenigheter knyttet til skriftlige formuleringer i rapporten, men disse er også håndtert løpende.

### **Vurdering**

Proessen har vært forutsigbar både for prosjektdeltakere og utenforstående med tanke på når prosjektmøtene skulle avholdes. Innholdet i møtene har vært mindre forutsigbart for prosjektdeltakerne, og trolig helt uforutsigbart for utenforstående siden det ikke er kommunisert ut noen formell prosjektplan. Utenforstående har i etterkant av møtene hatt mulighet til å skape seg et inntrykk av hva som har foregått gjennom å lese de publiserte møtereferatene. Det burde kunne være større forutsigbarhet om når en skal motta dokumenter som skal gjennomgås før et prosjektmøte. At en ikke visste dette, kan tyde på at prosjektet ikke har kjørt med strenge nok tidsfrister i forhold til når dokumentasjon skulle være innlevert, eller at tidsfristene ikke har blitt overholdt. Det er uklart for EKS hva som er årsaken. EKS oppfatter det som uheldig for arbeidet at det ikke er en felles forståelse av begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse i forkant av arbeidet. Prosjektgruppen og de som har organisert arbeidet kan ikke lastes for dette. EKS oppfatter videre at det ikke har vært noen nevneverdige uenigheter underveis i prosjektet og om det har vært noen, har de vært løst gjennom diskusjoner. Siden anbefalingen i prosjektet ble som den ble, en situasjon hvor alle var enige i hovedbudskapet, virker det uproblematisk at det ikke var lagd noen «regler» på forhånd om hvordan eventuelle uenigheter skulle håndteres. Man vet imidlertid aldri hvordan en prosess blir, og hvor mye uenighet som kan komme til å oppstå. Det burde derfor for sikkerhets skyld vært laget noen «spilleregler» for uenighet. Kriteriet forutsigbarhet er ikke funnet helt tilfredsstillende med tanke på manglende offentlig prosjektplan, og tidsplan for delleveranser med et tydelig skjema for når dokumenter skulle vært sendt ut til prosjektgruppen.

## **2.5 Kommunedialog**

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

### **Observasjoner**

Representantene fra kommunene i sykehusets nedslagsfelt ble oppnevnt av OSO. Det ble bedt om å få oppnevnt representant for kommuneoverleger og representant fra pleie- og omsorgstjenesten. Prosjektgruppen har bestått av tre representanter fra kommunene; en ordfører, en kommuneoverlege og en leder for pleie- og omsorgstjenestene. En av kommunene i opptaksområdet har ikke hatt noen representant i prosjektgruppen, men de har heller ikke signalisert noe misnøye rundt dette. Denne kommunen ble invitert til å komme med innspill og kommentarer til prosjektrapporten, og har heller ikke svart ut dette. Det har ikke vært avholdt noen formelle informasjonsmøter for kommunene, men det har vært dialogmøter med OSO. Kommunerepresentantene i gruppen har også hatt hyppig dialog med sine kollegaer, og også drøftet problemstillinger med andre kommunerepresentanter.

### **Vurdering**

Det er EKS sin oppfatning at dialogen med kommunene har vært god, og at kommunene selv har valgt grad av involvering. Kommunerepresentantene har vært gode på å kommunisere de viktige budskapene ut i sine kommuner. EKS oppfatter videre at prosjektdeltakerne som har representert kommunene også selv mener de har vært godt representert og at dialogen har vært god. Kriteriet kommunedialog er funnet tilfredsstillende.

## 3. Kvalitetssikring av utredningens innhold

### 3.1 Vurderingskriterier

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

### 3.2 Kvalitetssikring i forhold til måloppnåelse

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

#### 3.2.1 Framtidig kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten

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

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

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

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

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

- Den generelle kirurgen med bred og allsidig kompetanse vil forsvinne over tid fordi arbeidet blir mer spesialisert
- For å opprettholde døgnkontinuerlig vaktordning trengs det 6-8 generelle kirurger. Det er vanskelig å bemanne små sykehus med så mange kirurger allerede i dag. I årene som kommer, blir det enda vanskeligere fordi det blir færre generelle kirurger

På denne bakgrunn er følgende betegnelser på sykehus lagt til grunn:

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

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

Akuttisykehus: Skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt og planlagt kirurgi. Kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig

Sykehus uten akuttfunksjoner: Sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner

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

EKS oppfatter at kjernes spørsmålet i denne utredningen er om vær og geografiforhold er grunnlag nok for Nordlandssykehuset Lofoten til å komme inn under denne unntaksbestemmelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er flere eksempler på andre steder med utfordrende lange reiseavstander som ikke har akuttfunksjon i kirurgi, og i noen tilfelle heller ikke har sykehus.

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

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

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

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

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

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

- Mange av drøftingene i Nasjonal helse- og sykehusplan legger til grunn at det i akutt sykehus ikke er en kirurg på vakt
- De beskrevne scenariene i planen legger heller ikke det til grunn
- Det gis eksempler på sykehus som ikke har kirurgisk vaktordning
- Det gis konkrete eksempler fra sykehus der vurderings- og stabiliseringsløsninger ivaretas uten bruk av kirurg
- Nordlandssykehuset Lofoten er nevnt som et av eksemplene på sykehus der det kan vurderes løsninger uten akuttfunksjon i kirurgi

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

### **Vurdering**

Helse Nord er opptatt av å få belyst alternativer som representerer en tilstrekkelig bredde i forhold til mulighetsrommet for å oppfylle det regionale helseforetakets «sørge for»-ansvar (kfr. oppdragsbeskrivelsen for den eksterne kvalitetssikringen). Mandatet for arbeidet er imidlertid formulert på en måte som gjør at prosjektgruppen har kunnet levere en utredning med alternativer som etter EKS sin vurdering, ikke har utforsket det mulighetsrommet som Nasjonal helse- og sykehusplan har lagt opp til. Selv om kirurgisk akuttberedskap har fått omfattende omtale i den foreliggende utredning, er det for EKS vanskelig å få øye på om det er utredet noe alternativ til videreføring av dagens akuttfunksjoner. EKS forstår det slik at prosjektgruppen tidlig har falt ned på en omforent anbefaling om videreføringen av dagens situasjon. EKS mener likevel at før prosjektgruppen konkluderte, hadde det vært ønskelig at sentrale problemstillinger for Helse Nord hadde vært omtalt i større grad for å få synliggjort det foreliggende mulighetsrommet. Slik EKS forstår dialogen mellom Helse Nord RHF og Nordlandssykehuset HF ved oppstart av prosjektet, har Helse Nord RHF implisitt ikke hatt forventninger om at løsninger uten kirurgisk vaktordning skulle utredes i dette arbeidet.

Prosjektgruppen går inn for å bevare dagens vaktordninger, inkludert kirurgi, og begrunner dette med at værforhold og geografi er så utfordrende at unntaksbestemmelsen på dette området i Nasjonal helse- og sykehusplan gir åpning for dette. EKS er av den oppfatning at prosjektgruppen i for liten grad synes å være opptatt av utfordringene Nasjonal helse- og sykehusplan peker på ved små sykehus, eksempelvis med små volumer og store rekrutteringsutfordringer. Hvordan sikre ivaretagelse av den faglige kvaliteten ved så lav akuttkirurgisk virksomhet og hvordan sikre en stabil og kompetent bemanning, er også sentrale spørsmål i denne sammenheng; spørsmål som gjerne kunne vært besvart mer eksplisitt. Det kan i den sammenheng vises til at Nasjonal helse- og sykehusplan understreker at videreføring av akuttkirurgi ved Tynset sykehus (opptaksområde 25 000) har som vilkår at det er et nært samarbeid med de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og overføring av planlagt kirurgi.

Prosjektgruppen er opptatt av at sykehuset må ha et bevisst forhold til hvilke akutte operasjoner som skal utføres ved sykehuset og hvilke som skal overføres til annet sykehus. Det skal utarbeides en oversikt over hvilke akuttkirurgiske operasjoner som forventes ivaretatt ved Nordlandssykehuset Lofoten. EKS mener at en slik oversikt burde vært utarbeidet for å sikre en trygg praksis på dette området, ikke minst i en situasjon der sykehuset i perioder er avhengig av andre enn fast ansatte kirurger og anestesileger.

Helse Nord har ikke fått en vurdering av alternativet uten kirurgisk vaktordning, som er utgangspunktet i Nasjonal helse- og sykehusplan for et sykehus på størrelse med Nordlandssykehuset Lofoten. Dette alternativet kunne vært relevant for Helse Nord å få belyst selv om værforhold og geografi skulle kunne underbygge behovet for en kirurgisk vaktordning. Relevante problemstillinger kunne i denne sammenheng være:

- Hvordan kunne akuttfunksjonen vært ivaretatt ved å utnytte resurser i foretaket som en helhet? Hvordan kan ny teknologi utnyttes i denne sammenheng?

- Hvordan kunne samarbeidet mellom sykehuset og kommunene vært utviklet for å sikre en helhetlig tilnærming til den akuttmedisinske kjeden?
- Hvordan kunne erfaringene med vurderings- og stabiliseringsløsninger fra andre sykehus uten akutfunksjon i kirurgi ha relevans for Nordlandssykehuset Lofoten
- I omtalen av alvorlige skader fastslår Nasjonal helse- og sykehusplan at rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko for død og varig skade i de mest tidskritiske situasjonene. Hvordan bør den prehospitale tjenesten utvikles i dette scenariet?

EKS er således av den oppfatning at det hadde vært ønskelig at flere relevante sider ved problemstillingen knyttet til kirurgisk akuttberedskap hadde vært mer eksplisitt omtalt i den foreliggende utredningen for derved å gi Helse Nord et bredere perspektiv på det mulighetsrommet som foreligger for ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret.

### **3.2.2 Nordlandssykehuset Lofoten som en del av Nordlandssykehuset HF**

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

Den foreliggende utredning inneholder forslag om å opprettholde dagens vaktordninger og øke den elektive kirurgien uten at endringene er nærmere beskrevet. Dette gjør at det i liten grad er mulig å vurdere konsekvensen av endringene for de andre sykehusene i helseforetaket. Sentrale relevante spørsmål har med dette ikke blitt vurdert:

- Hvilke konsekvenser vil forslagene ha for legespesialistutdannelsen?
- Hvordan blir den samlede kapasitetsutnyttelsen i helseforetaket?
- Hvordan blir den samlede kapasitetsutnyttelsen når det gjelder kostbart medisinsk teknisk utstyr?
- Nasjonal helse- og sykehusplan legger stor vekt på mangelen på helsepersonell fremover og derav behov for riktig bruk av helsepersonell. I hvor stor grad bidrar forslagene til å sikre en god personellutnyttelse samlet i foretaket? Bidrar forslagene til å redusere tid bundet i beredskapsordninger til fordel for tid til aktiv pasientbehandling? I Helsedirektoratets rapport fra november 2016 «Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten» påpekes at spesialiteten gastroenterologisk kirurgi er en sårbar spesialitet som krever strategisk oppmerksomhet fremover.

Prosjektgruppen har altså tatt et bevisst valg om ikke å gå nærmere inn på beskrivelsen av oppbyggingen av elektiv dag- og døgnkirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten med den begrunnelse at gruppen ikke er sammensatt på en måte som gjør at den kan definere dette nærmere. Vurderingen av innholdet i den elektive kirurgien er skjøvet frem til det kommende arbeidet knyttet til strategisk utviklingsplan. EKS vil påpeke at denne tilnærmingen ikke er i henhold til mandatet for dette arbeidet.

### **Vurdering**

Helse Nord ber i mandatet om en beskrivelse av innhold og organisering av kirurgisk akuttberedskap og den elektive kirurgien ved Nordlandssykehuset Lofoten, samt konsekvenser av forslagene for de øvrige sykehusene i helseforetaket. EKS sin vurdering er at dette ikke er omtalt i tilstrekkelig detaljert grad, til tross for at konsekvensene for blant annet legers spesialistutdanning og den samlede kapasitetsutnyttelsen vil kunne være betydelige.



### **3.2.3 Annen planlagt virksomhet ved Nordlandssykehuset Lofoten**

Mandatet setter også fokus på den elektive virksomheten i Nordlandssykehuset Lofoten. Dette er i den foreliggende utredning omtalt i relasjon til drøftingen innenfor de fagområdene der akuttfunksjonene står i sentrum. Befolkningens behov for elektive tjenester i form av dagbehandling og poliklinikk er samlet sett langt mer omfattende enn behovet for akutte tjenester og er aktuelt innen de fleste fagområder. Erfaringene fra andre utredninger, inkludert Helse Nord's egen utredning om desentraliserte spesialisthelsetjenester, viser at det er et stort potensiale for desentralisering av tjenester til de mindre sykehusene både når det gjelder dagbehandling og poliklinikk. Dette er tjenester som kan ytes av lokale leger, ambulerende leger fra andre sykehus eller i form av hjemler til avtalespesialister. Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid.

#### **Vurdering**

Planer for den elektive kirurgien er omtalt i det forrige avsnittet. EKS sin erfaring fra tilsvarende prosesser andre steder tilsier at det er betydelige potensialer for økt dagbehandling og poliklinikk ved Nordlandssykehuset Lofoten innenfor flere fagområder. Dette mulighetsperspektivet kunne etter EKS sin vurdering fått større fokus i utredningen. Helse Nord har metoder for beregning av behov innenfor ulike fagområder.

### **3.2.4 Organisering av fødetilbudet**

Dagens fødetilbud er en jordmorstyrt fødestue med gynekolog i vakt for å kunne gjøre nødkeisersnitt. Fødestuas praksis når det gjelder selektering, følges nøye opp. Slik EKS forstår det, praktiseres seleksjonen som om dette er en ordinær fødestue. Prosjektgruppen anbefaler at dagens løsning videreføres under forutsetning om at nasjonale kvalitetsmål kan oppfylles slik at befolkningen i Lofoten har et trygt fødetilbud. Prosjektgruppen påpeker at viktige elementer i kvalitetsmålene er kompetanse hos ansatte, drift med hovedsakelig faste ansatte og etterlevelse av seleksjonskriterier.

#### **Vurdering**

EKS er av den oppfatning at prosjektgruppen på en god måte har beskrevet de forutsetninger som må være på plass for at dagens fødestueløsning skal sikre befolkningen i Lofoten et trygt fødetilbud.

## **3.3 Kvalitetssikring av risiko- og mulighetsanalysen**

### **3.3.1 Vurderingskriterier**

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

må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternativene som er vurdert for sykehuset. Analysen må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og foretakets perspektiv.

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

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

### **3.3.2 Gjennomføring og innhold av risiko- og mulighetsanalysen**

#### **Observasjoner**

Risiko- og mulighetsanalysen ble gjennomført i slutten av prosjektperioden av en arbeidsgruppe som besto av 11 personer; 10 fra prosjektgruppen og en tillitsvalgt. I gruppen satt det representanter fra tillitsvalgte, kommunen, NLSH Lofoten, NLSH Bodø og brukerrepresentant.

Analysen ble gjennomført i løpet av en dag med ekstern støtte for å veilede i prosessen.

Det er gjort risiko- og mulighetsanalyse for kirurgisk akuttberedskap, og det er også den som er vurdert i denne sammenheng. Det er lite beskrevet i materialet hvilken løsning man egentlig vurderer, men EKS legger til grunn at det er dagens løsning og aktivitet gruppen har vurdert.

For fødetilbudet legger prosjektgruppen til grunn tidligere risikoanalyser og den generelle oppfølgingen som har vært av fødetilbudet i Lofoten (eks. fagfellevurderinger av keisersnitt, revisjon av seleksjonskriterier, etterfølgelse av nasjonale og regionale veiledere/krav). Når det gjelder dagkirurgi og poliklinikk henvises det til arbeidet som foregår i forbindelse med strategisk utviklingsplan.

I risikoanalysen er det tatt utgangspunkt i beskrivelser av tenkte uønskede hendelser for pasienter, og disse er deretter skåret av arbeidsgruppen. For eksempel: «*Pasienten blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområde*» og «*Pasienten blir sendt til Gravdal når pasienten burde vært sendt til UNN/Bodø*»

I tillegg har man vurdert to andre uønskede forhold; faglig utvikling og kapasitet ved sykehuset ved stort antall traumepasienter.

Deretter har man foreslått tiltak for uønskede hendelser som faller innenfor kategorien «rød sone: Uønskede hendelser som må/bør møtes med tiltak», og deretter en drøfting av risikoer og tiltak.

Mulighetsanalysen er basert på økt tilstedeværelse av ortoped, og arbeidsgruppen har vurdert mulige gevinster og utfordringer ved dette.

#### **Vurdering**

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

EKS vurderer at metoden for gjennomføring er praktisk og pasientfokusert, men er lite beskrevet i det skriftlige materiale.

EKS vurderer at risiko- og mulighetsanalysen er lite omfattende og kan oppfattes som ufullstendig. I henhold til Veileder for arbeidet med utviklingsplan skal risikoanalysen minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer, og hvilke konsekvenser det kan medføre. Risikoanalysen inneholder hva som kan gå galt og også sannsynligheten for at det inntreffer, mens det er

i varierende grad beskrevet hvilke konsekvenser dette kan medføre. I tillegg er ikke primærhelsetjenesten og helseforetakets perspektiv omtalt eller beskrevet.

Samtidig har risikoanalysen et konkret pasientperspektiv som inneholder kvalitetselementer, kompetanseperspektiv, og med forslag til tiltak for å redusere risiko. Det er uklart hvordan tiltakene skal behandles videre.

### **3.4 Kvalitetssikring av øvrig innhold**

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

I dette kapitlet samles våre kommentarer til disse vurderingene.

#### **3.4.1 Samhandling med primærhelsetjenesten**

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

Etter EKS sin oppfatning er det ikke gjort noen konkrete vurderinger av samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Lofoten i foreliggende prosjektrapport. Legevaktsordninger og det prehospitale systemet i Lofoten er redegjort for, og det er trukket frem at samhandling med kommunale tjenester bidrar til å styrke regionens helhetlige beredskap uten at dette er drøftet noe ytterligere. I rapportens anbefaling er det også påpekt at det er viktig at kommunenes helse- og omsorgstjeneste tas med i samhandlingen rundt pasientenes tilbud, uten at det er sagt noe om hvordan en anbefaler å løse dette.

#### **Vurdering**

Anbefalingen fra prosjektgruppen er å opprettholde den akuttkirurgiske virksomheten slik den er i dag, samtidig som en anbefaler at det kirurgiske tilbudet bygges ut. Slik prosjektgruppen ser det innebærer dette at det ikke følger noen vesentlig nye konsekvenser for primærhelsetjenesten. EKS er av den oppfatning at dette ikke hadde vært til hinder for at alternative løsninger for samarbeidet kunne vært vurdert.

#### **3.4.2 Nye behandlingsområder**

Teknologien er under stadig utvikling, og det kommer hele tiden nye behandlingsformer som gir nye muligheter for spesialisthelsetjenesten. Ett av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan er nettopp å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten. Nye behandlingsformer kan være med på å nå dette målet.

Etter EKS sin oppfatning er det i prosjektrapporten ikke rettet særlig fokus på mulighetene som ligger i ny teknologi og nye behandlingsformer. I prosjektrapporten er det konstatert at trenden går mot sentralisering av større kirurgiske inngrep, både på grunn av utstyr og en økende grad av spesialisering. Videre er det påpekt at det er redusert bruk av åpen kirurgi, og tilsvarende økende bruk av mini-invasive teknikker som for eksempel intervensjonsradiologi og robotkirurgi. Slik EKS ser det er det ikke gjort noen vurderinger rundt hvordan nye behandlingsformer og nytt utstyr kan være med på å endre den akuttmedisinske kjeden.

### **Vurdering**

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

### **3.4.3 Omstilling og effektivisering**

Omstilling er et gjennomgående tema i hele Nasjonal helse- og sykehusplan. Med de utfordringene helsevesenet står ovenfor i dag med hensyn til demografi og økende ressursbruk, er omstilling helt nødvendig for å kunne sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste. Ikke bare må man omstille, man må også øke omstillingstakten ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan. EKS oppfatter at prosjektgruppen anbefaler en omstilling i driften knyttet til bemanning ved at det er pekt på viktigheten av å få slutt på den hyppige vikarbruken, og omstille slik at sykehuset i størst mulig grad kan driftes av faste ansatte. Etter EKS sin oppfatning er det i prosjektrapporten vanskelig å få øye på ytterligere drøftinger eller vurderinger av eventuelle muligheter for omstilling og effektivisering av tjenestetilbudet i Nordlandssykehuset Lofoten.

### **Vurdering**

Prosjektgruppen er samlet i sin innstilling på å videreføre dagens akuttkirurgiske tilbud, og anbefaler altså ikke å gjøre noen store omstillinger på dette området. Dette forklarer hvorfor omstilling og effektivisering i liten grad er diskutert. EKS mener likevel at dette kunne ha vært drøftet, særlig fordi prosjektgruppen også anbefaler å styrke den elektive kirurgien ved sykehuset, inkludert dagkirurgien. Denne aktivitetsøkningen er i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. EKS oppfatter at en tenker seg økt elektiv aktivitet ved sykehuset i Lofoten både på grunn av økt helsetjenestebehov i nedslagsfeltet, og på grunn av en styrt funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene i Nordlandssykehuset HF. Denne omstillingen kunne det med fordel vært redegjort grundigere for. Det er positivt at det er anbefalt å gjøre en omstilling og omdreining fra vikarer til fast bemanning, og at dette er drøftet i rapporten.

### 3.5 Anbefalte oppfølgingspunkter

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

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at mange små sykehus har utfordringer med et for lite pasientgrunnlag til å gi et trygt og forutsigbart døgnkontinuerlig akutttilbud og har vanskeligheter med å rekruttere og er således avhengige av vikarstafetter. Nasjonal helse- og sykehusplan trekker derfor opp et alternativt innhold for akuttpsykehus som er på NLSH Lofoten sin størrelse; en løsning uten akuttfunksjon i kirurgi ved sykehuset, dog under forutsetning om at værforhold og geografi ikke gjør dette nødvendig. Nasjonal helse- og sykehusplan gir imidlertid åpning for at akuttpsykehus kan ha akuttkirurgi dersom geografi, avstand mellom sykehus, bosetningsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Prosjektgruppen er av den oppfatning at Nordlandssykehuset Lofoten har utfordringer på flere av disse beskrevne områdene og anbefaler derfor videreføring av dagens vaktordning i kirurgi.

Det foreligger en omfattende utredning med et godt faktagrunnlag til hjelp i disse vurderingene. Drøftingene bygger i stor grad opp under en videreføring av dagens oppgaver ved sykehuset.

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

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

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

- Alternativer til dagens løsning for kirurgisk akuttberedskap bør utredes i tråd med alternativ beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan
- Retningslinjer for hvilke akuttkirurgiske operasjoner som skal gjennomføres ved Nordlandssykehuset Lofoten, bør skriftliggjøres
- Forslagene om økt elektiv kirurgi ved Nordlandssykehuset Lofoten bør konkretiseres
- I det videre utviklingsarbeidet i Nordlandssykehuset HF bør tilbudene ved de tre sykehusene i helseforetaket sees på og vurderes samlet som ett nettverk
- I det videre utviklingsarbeidet ved Nordlandssykehuset Lofoten bør utvidelse av tilbudet om dagbehandling og poliklinikk på flere fagområder få større oppmerksomhet



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

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

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

© 2017 Deloitte AS