

Omstilling ved lokalsjukehus

– Nordfjord sjukehus som modell for 'Framtidas lokalsjukehus'

■ ODD SØREIDE • Leiar av styringsgruppa, professor dr. med. og prosjektleder

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i føretaksmøte for Helse Vest RHF i april 2011 å gjennomføre eit nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sjukehus (NSH) for å utvikle sjukehuset til eit tidsmessig lokalsjukehus for Nordfjord (sju kommunar; folketal ca 32 000; opptaksområdet for NSH er noko mindre). NSH er organisatorisk ein del av Helse Førde HF saman med Lærdal sjukehus (lokalsjukehus) og Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Førde (SSF; hovudsjukehuset). Dei tre sjukehusa dekker behovet for spesialisthelsetenester innan somatikk i Sogn og Fjordane fylke (folketal 107 000). Ved NSH er det og eit distriktspsykiatrisk sjukehus (Nordfjord psykiatrisenter).

Bakteppet for prosjektet var vedtak i Helse Førde HF i 2010 om å omforme NSH, frå eit «tradisjonelt» tredelt lokalsjukehus, til eit distriktsmedisinsk senter. Vedtaket førte til eit oppheta offentleg ordskitte med eit sterkt politisk engasjement, ein lokalsjukehusaksjon med ei aktiv rådgjevande helsefaggruppe, og ei tydeleg lokalpresse. Synspunkta var sterke mot Helse Førde HF og sentralsjukehuset og mot leing og styre som og deltok i ordskittet.

Mandatet stadfesta at det framleis skulle vere eit sjukehus på Nordfjordeid. Prosjektet skulle gje tilråding om kva pasientretta aktivitet som kunne bli organisert ved NSH for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt, desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa. Prosjektet skulle og vurdere og gje tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå i helsetenesta med vekt på samhandlingsreforma og endringane i oppgåver og ansvar for aktørane som følgjer av denne. Forslaga skulle vere berekraftige over tid.

Det skulle vere eit tilbod om døgnbehandling innan indremedisin, og støttetenester innan radiologi og laboratorietenes-

ter tilgjengelege heile døgnet. Arbeidet skulle bygge på omtalen av lokalsjukehus og deira rolle i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. Stortinget si presisering om at anestesi skal vere ein del av tenestetilbodet låg og som ein føresetnad. Vedtak om nedlegging av fødeavdelinga og ortopedisk døgnbehandling vart stadfesta. Vurderingane skulle og omfatte tverrfagleg, spesialisert rusbehandling og psykiatri. Prosjektet vart tilført 75 millionar kroner som skulle støtte omstillinga.

Utviklingsprosjektet vart leia av Helse Vest RHF og vart organisert med styringsgruppe, prosjektgruppa (med underliggjande arbeidsgrupper), og ei brei samansett referansegruppe. Helse Førde HF og kommunane var med i styrings- og prosjektgruppa og i arbeidsgrupper på like fot, og tillitsvalde og brukarrepresentantar var representerte. Ei nyskaping var og ei følgjeforskningsgruppe som ga faktakunnskap til prosjektet.

Om grunnlaget for forslaga

I planlegging må vi vite om og forstå befolkninga sitt historiske «forbruk» av somatiske spesialisthelsetenester i opptaksområdet til NSH. Analysane viste mellom anna at

- NSH dekkja om lag 42 prosent av døgn- og dagbehandling og 39 prosent av poliklinikkaktiviteten. Dette viste at folket i Nordfjord ikkje berre er avhengig av tenestene frå NSH, men og av Fylkessjukehuset i Sogn og Fjordane (FSS) og region-sjukehuset (Haukeland universitetsjukehus; HUS). Polariseringa retta mot FSS, tente ikkje folket/pasientane i Nordfjord sine interesser.
- Pasientane frå dei 7 kommunane brukte sjukehusa ulikt, sannsynlegvis grunna i innarbeid praksis og forventningar frå befolkninga utvikla over lang tid.

- Kirurgisk ØH-aktivitet, definert som akuttinnlegging der det vart utført eit kirurgisk inngrep, utgjorde 8 prosent av døgnbehandlingsaktiviteten. Også pasientane i Nordfjord skal sjølvstøtt ha eit godt kirurgisk akuttilbod, men å basere vidare aktivitet ved NSH med dette som hovudargument, vert for snevert.
- I Nordfjord, som i landet elles, brukte 10 prosent av pasientane om lag 50 prosent av heildøgnavaktiviteten. Desse «storforbrukarane» var dei multisjuka eldre med behov for tenester frå fleire spesialitetar.
- Den polikliniske aktiviteten var om lag 1200 besøk pr. 1000 innbyggjarar; ca 34.000 årlege polikliniske besøk for Nordfjordregionen samla. Ein stor del, varierende frå spesialitet til spesialitet, kunne skjøttast desentralt, dvs ved NSH.
- Analyser av «Raud respons» (AMK) grunna utrykking for traume/multitraume, viste at dei alvorleg skadde pasientane gjekk direkte til traumesjukehuset (FSS) eller til det regionale traumesentret ved HUS. Det var dei minst alvorleg skadde pasientane som vart lagt inn ved NSH, mange av dei vart behandla poliklinisk. I ein 3-års periode var det ikkje utført hemostatisk naudkirurgi ved NSH.
- Aktiviteten ved skadepoliklinikken var konsentrert til dagtid, svært sjeldan til natt. Dette var grunnlaget for samarbeid med den interkommunale legevakta.

Det inngjekk i mandatet å etablere og utvikle det tidlegare planlagde rusbehandlingstilbodet ved Nordfjord psykiatrisenter. Det vart utvikla ein modell for rusomsorga som er omtala i Stortingsmeldinga om rus (2012; Nordfjord-modellen). Ein identifiserte områder der spesialisthelsetenesta kunne støtte opp under kommunehelsetenesta slik føringane i Samhandlingsreforma la opp til; til dømes innan smittevern og på legemiddelfeltet (farma-

si-fagleg rådgjeving; samstemming av legemiddellister, legemiddelbruk i sjukeheimane og i heimetenesa). Grunnlaget og modell for tenester for eldre med samansette medisinske problemstillingar og for pasientar med behov for koordinerte, langvarige tenester vart og utgreia. Det vart avsett midlar til ombygging for å legge til rette for auka dagbehandling (dialyse, kreft- og infusjonspoliklinikk) og for å få på plass betre tilhøve for den interkommunale legevakta (fem kommunar). Problemstillingar knytt til spørsmålet om lokal leiding, og til regionalt samarbeid vart og utgreia.

Korleis står det «nye» Nordfjord sjukehus nå fram?

Fundamentet for «nye» NSH er bygd på at tenestene som kan og bør leverast lokalt skal desentraliserast. Rolla til eit lite lokalsjukehus kan neppe byggast på dei «få», akutte pasientane som så langt hadde fått størst merksemd. Sjølv sagt skal også desse ha eit tilbod som er trygt og likeverdig med det alle andre får. Lokalsjukehuset må og skal vere ei viktig brikke i eit større system, men er neppe levedyktig aleine. Framtidas lokalsjukehus ved NSH kviler på

- **Døgnbehandling** konsentrert om akutt indremedisin og som er basert på klare faglege tilrådingar og felles prinsipp og retningslinjer for heile føretaket.
- **Dagbehandling** er styrka, inkludert dagkirurgisk aktivitet. Etablering av nye tilbod (til dømes hjarterehabilitering) og utviding av dialyse (frå tre/fire til sju behandlingss plassar), styrking av kreftpoliklinikken og etablering av infusjonspoliklinikk (cytostatika, biologiske legemiddel).
- **Poliklinikk-aktiviteten** er styrka og utvida med fleire spesialitetar med grunnlag i analysane nemnd tidlegare. Det er etablert nye, tverrfaglege polikliniske tilbod for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester, og for pasientar med samansette psykiske og fysiske behov (til dømes ved kognitiv svikt). Ein avtalespesialist i augesjukdomar er tilsett med arbeidsplass på NSH.
- **Skadepoliklinikk (24/7)**. Det vart utvikla ein driftsmodell med samarbeid med den interkommunale legevakta som var lokalisert ved NSH. Ca 2200 pasientar årleg unngår ekstra reisetid til FSS.
- **«God start»-eining**. Etter nedlegging av fødeavdelinga ved NSH skjer lågrisiko-fødslar ved Volda sykehus (Helse Møre og Romsdal) i eit avtalebasert samarbeid, medan risikofødslar skal til fødeavdelin-

ga ved FSS. «God start»-eininga ved NSH er resultatet av ein driftsmodell utvikla ved Helse Førde HF, med vekt på god og heilskapleg svangerskapsomsorg, og med døgn-tilbod til dei fødande som ønskjer eit opphald etter fødselen i trygge omgjevnader.

- **Nytt tilbod om tverrfagleg, spesialisert rusbehandling** basert på «Nordfjord-modellen» (døgn-, dag- og poliklinisk behandling).
- **Styrking av akuttpsykiatrisk tilbod** ved det distriktsmedisinske senteret ved NSH.
- **Røntgen- og laboratorietenester** – vidareføring med døgn-tilbod (NSH har ein vel utstyrt og moderne røntgenavdeling med ultralyd, CT og MR).
- **Styrking av kompetanse**. Det er utarbeidd ein kompetanseplan og tilført midlar for å realisere denne. Utvida og målretta bruk av telemedisin går inn i dette og der tilbod til kommunane inngår.

Prosjektet har og drøfta prinsipp for samarbeid på tvers av regiongrensene der forståing av regionaliseringsprinsippet (frå 1974; den viktigaste helsepolitiske reforma dei siste 50 åra) og at føringane i den organiserte traumeomsorga (basert på planarbeid i alle RHF frå 2007) står fast.

Endringane som vart føreslegne er i hovudsak implementerte slik eg har oppfatta det, både innan somatikk, psykiatri og TSB. Det er nå tilsett lokal leiar ved NSH. Styra i Helse Vest RHF og Helse Førde HF skal handsame status for gjennomføring av lokalsjukehusmodellen våren 2015.

Refleksjonar i ettertid

«Alle» vil ha *utvikling* av spesialisthelsetenesa, men svært få vil ha *endring*. Endring har, slik eg ser det, vore og er og blir norma i helsetenesa. Og drivarane for endring er i hovudsak ikkje å finne i ressursmangel og såkalla «kutt» eller reduksjon i budsjetta.

Mykje av den faglege utviklinga i moderne medisin er sentraliserande av natur; meir avansert og teknisk krevjande utstyr som krev stort nok volum, tilpassa kompetanse og investeringar, auka spesialisering som fragmenterer medisinen og medfører behov for eigne vaktteam, større merksemd i det offentlege rom på kvalitet og pasientsikkerheit, er nokre døme på det som «driv» sentraliseringa.

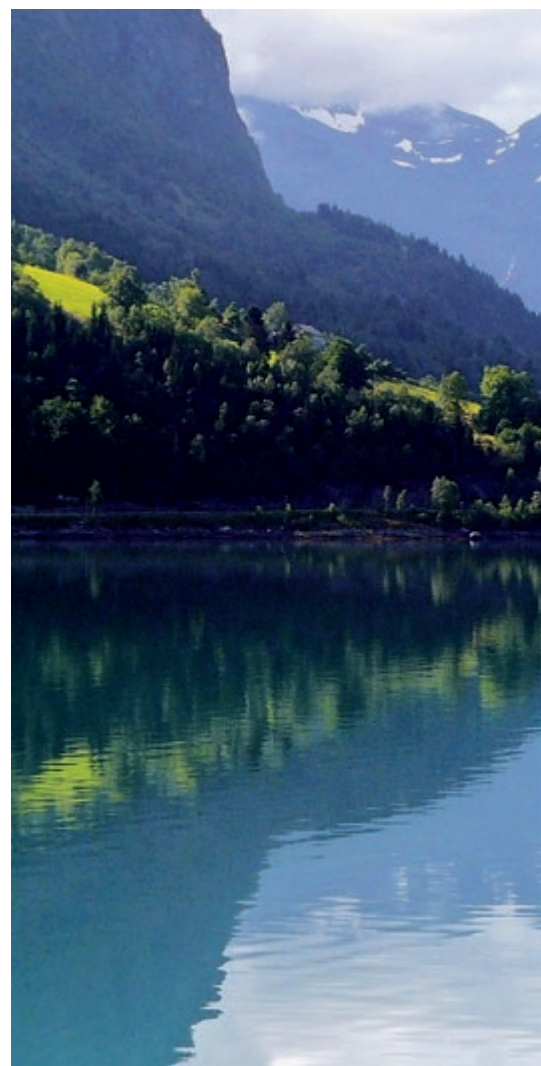
Men den faglege utviklinga har og som motstykke at medisinsk praksis kan desentraliserast, stor-volum aktivitetar som poliklinikk og auka dagkirurgi er døme på dette. Og spesialisthelsetenester som kan

leverast lokalt må jo vere eit gode for pasientane når reise- og transporttid kan redusert monaleg og tenestene kan gjevast med god kvalitet.

Stemmene i ordsiftet i Nordfjord var høge, og dei faglege argumenta både *mot* endring (fastlegane/kommunelegane) og *for* endring (sentralisering; legane ved FSS) var sterke. Stikkorda var kvalitet og handtering av akutte tilfelle, spesielt akuttkirurgiske/ortopediske pasientar og risiko ved auka transporttider.

Min observasjon var, i Nordfjord som ved andre mindre sjukehus, at likelydande faglege argument fører til diametralt forskjellige konklusjonar. Og kva empirisk grunnlag bygger ein på når endringar i ein liten del av akuttilbodet vil medføre dramatiske og negative konsekvensar for befolkninga? Og kvifor er det slik at endringar – ikkje nedlegging – i eit sjukehusstilbod alltid berre har negative konsekvensar for befolkninga samla sett?

Det har vore eit tankekors at alle diskusjonane om eit lokalt spesialisthelsetenes-



tetilbod omhandlar somatikk. Psykiatri og rus utgjer bort i mot en femtedel av totalaktiviteten, uttrykt i ressursar, i spesialisthelsetenesta. Ei styrking av desse to sektorane som ved NSH representerer ikkje ei nedbygging av tenestetilboda.

Det vart hevda at endringane ved NSH fører til at ein ikkje lenger har noko sjukehus. Mange etterlyser «standardar for lokalsjukehus» og ein definisjon av sjukehusomgrepet. Eg vil tru at ein slik definisjon, om den nokon gong kjem, ikkje kan knytast til talet på senger, eller til kor mange døgnbehandlingsaktivitetar og spesialitetar som skal vere i sjukehuset. Tvert om, det er type spesialisthelsetenester og at kontakten med sjukehuset utløyer ein veldefinert og sikker kjede av tilbod, lokalt eller på høgare nivå, tilpassa tilstanden pasienten har, som må karakterisere dei minste sjukehusa. Tilpassa aktivitet for dei mange er viktigare enn tilbod til det sjeldne og uventa. Dei akutte tilfella må og sikkert gode tilbod, men løysinga er ikkje status quo.

Lokalsjukehusstrukturen i Norge er historisk grunngeve, skulle vi bygd ein ny struktur basert på stoda i dag, ville vi ha hatt eit anna bilde. Vi må forstå at det ligg forplikningar i dette; mellom anna er sjukehus viktige arbeidsplassar og representerer ein tryggleiksbase for folk. Men fortida sin måte å forme og drive lokalsjukehusa på løyer ikkje dei utfordringane vi har i dag. Eg vil argumentere for at ei god, empirisk grunngeve omstilling er det som sikrar befolkninga eit lokalt spesialisthelsetenestetilbod for mange og som kan sikre drifta ved fleire lokalsjukehus. Føresetnaden er ein tettare integrasjon med hovudsjukehuset i føretaket, ikkje minst for å sikre og oppretthalde kompetanse.

Det kjem ein ny nasjonal helse- og sjukehusplan høsten 2015. Den vil nok ikkje seimentere gamle ideologiar, myter og interesser dersom vi skal legge helseministeren si «sjukehustale» i januar 2015 til grunn. «Framtidas lokalsjukehus» er ei nyskaping for organisering og drift av lokalsjukehus

og som og viser veg for eit utvida og betre integrert samarbeid mellom spesialisthelsetenesta (sjukehus, føretak), kommunane og fastlegane.

Det ansvarlege politiske nivået, dvs ordførarane, i Nordfjord-kommunane var aktive pådrivarar og støtta prosjektet og tilråingane. Haldninga i befolkninga veit ein mindre om. Min spådom er at den varierer og er mellom anna forma av eigen sjukdom, familien sin og/eller omgjevnaden sine erfaringar med spesialisthelsetenesta samla sett. Den lokale sjukehusaksjonen var og er framleis sterkt kritiske til premisane for og endringane ved NSH, men engasjerte seg ikkje inn mot prosjektet. Fastlegane var og tydelege på at dei ønskte å bevare NSH som det var, men deltok i arbeidsgrupper med konstruktive innspel.

Sluttrapporten (mars 2013) og grunnlagsmateriale er tilgjengelege på <http://www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/Framtidaskokalsjukehus/Sider/default.aspx>.

■ OD-SOE@ONLINE.NO

