



Nordlandssykehuset HF

Nasjonalt Helse- og sykehusplan

Kirurgisk akuttberedskap og elektiv kirurgi med berørte fagområder



Nordlandssykehuset 2. mars 2017

Innholdsfortegnelse

1.0	Anbefaling fra prosjektgruppen.....	3
	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
2.0	Bakgrunn og organisering av arbeidet	5
	Bakgrunn	5
	Nasjonale helse- og sykehusplan	5
	Organisering av arbeidet	7
	Involvering og samarbeid	9
	Milepæler og fremdrift.....	10
3.0	Datainnsamling	11
	Forutsetninger og begrensninger ved angivelse av kirurgisk aktivitet.....	11
4.0	Diverse bakgrunnsdata.....	13
	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
5.0	Dagens organisering av kirurgisk ortopedisk tilbud	25
	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
6.0	Dagens organisering av fødetilbudet	32
	Kvinne/barn klinikken	33
	Seleksjonskriterier.....	34
	Overflytting fra fødestuer.....	35
	Aktivitetstall føde og gynekologi i Lofoten 2014-2015.....	37
7.0	Primærhelsetjeneste og prehospitale tjenester	38
	Beredskap i primærhelsetjenesten.....	38
8.0	Organisering av diagnostiske tjenester	41
	Laboratoriet i Lofoten.....	41
	Røntgenavdelingen i Lofoten	41
9.0	Kvalitet og pasientsikkerhet	42
	Pasientsikkerhetsvisitter	44

Pasienterfaringer med Nordlandssykehuset Lofoten	44
10.0 Tilgjengelighet via vei, sjø og luft	46
Ambulanseplan	46
Ambulansebiler i Lofoten.....	48
Stengt Gimsøybru.....	49
Ambulansefly	50
11.0 Bemanning.....	51
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
12.0 Utvikling innen fag og teknologi.....	55
Endring i utdanning av legespesialister	55
Ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.....	56
Utviklingstrekk innen kirurgi, ortopedi, føde og gynekologi	56
13.0 Interessentanalyse og kommunikasjon	57
14.0 Drøfting	59
Hva er en kirurgisk pasient	59
Vurderings og stabiliseringskompetanse	60
Sykehus i nettverk.....	62
Fødetilbudet	63
Turister og sykehus	65
Utfordringer med vær og transport.....	65
15.0 Bakgrunnsdokumenter	67

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 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/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.

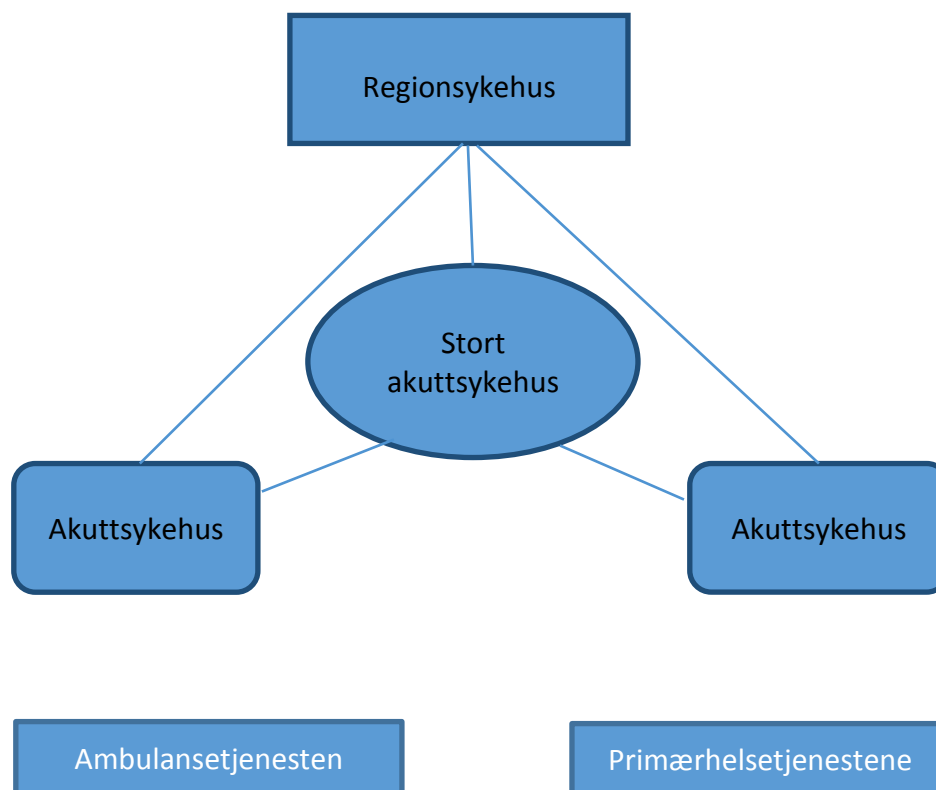
Utredning av stedlig ledelse ivaretas ikke av denne prosjektgruppen, og omtales derfor ikke nærmere. Nordlandssykehuset HF har ferdigstilt og styrebehandlet utredningen om stedlig ledelse i styresak 108-2016, Organisering av stedlig ledelse i Nordlandssykehuset.

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

Mandetet 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.

Prosjekteier: Paul Martin Strand, administrerende direktør Nordlandssykehuset HF

Prosjektgruppe og møter

Navn	Rolle	230816	271016	071116	230117	200217
Beate Sørslett	Med.dir og prosjektleder	X	X	X	X	X
Remi Solberg	Ordfører Vestvågøy	X	X	X	X	X
Cato Kjærvik	Avd overlege Vesterålen	X For GB				
Geir Brokstad	Avd. leder Kir-Ort Vesterålen		X	X	X	X
Jan-Håkon Juul	Kommuneoverlege Vågan	X		X		X
Barbara Priesemann	Leder Brukerutvalget NLSH	X	X	X		X
Bente Anita Solås	Vara Brukerutvalget				X For BP	
Harald Stordahl	Klinikkssjef Prehospital klinikk	X	X			
Øystein R Johansen	Klinikkssjef Kir-Ort klinikk	X	X	X	X	X til kl 12
Sissel Juliussen	Avd. leder Kir-Ort Lofoten	X	X	X	X	X
Edle Elstad	Avd. leder Kir-Ort Lofoten fra 01.01.17				X	X
Merete Hjertø	Enhetsleder AKUM Lofoten	X	X	X	X	
Peter Glesk	Avd. overlege Kir-Ort Lofoten	X		X		X til kl 12
Kjellaug Jensen	Leder pleie og omsorg Moskenes		X			
Jeanette Mikalsen	Hovedverneombud ¹		X	X	X	X
Torunn Nestvold	Klinikkoverlege Kir-Ort Klinikk	X	X	X	X	
Johan Ählbäck	TV YLF		X	X	X	X fra 1145
Kari M Sandnes	KVO Helse Nord	Ikke innkalt	X	X	X	X
Helse Nord RHF	Etter mandat ²					
Heidi Frostad Sivertsen	Avd overlege kvinne-barn klinikken	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	
Nina Jamissen	Klikksjef Kvinne-barn klinikken	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	X
May Vollnes Johansen	Enhetsleder Kvinne-barn Lofoten	Ikke innkalt	Ikke innkalt	X	Ikke innkalt	X
Miriam Hudecova	Avd overlege Kvinne Barn Lofoten	Ikke innkalt	Ikke innkalt		Ikke innkalt	
Gro-Marith Villadsen	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.

¹ Tiltrådt etter 1.møte

² Invitasjon sendt 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

	Dato	Milepæl
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 SKDE³, Samdata⁴ 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-EPJ⁵ eller datavarehuset (ASL-LIS)⁶ 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.

³ 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

⁴ Samdata, årlig rapport om utvikling i ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten.

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

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

⁶ 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.

Sykehusbygg⁷

- 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.

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

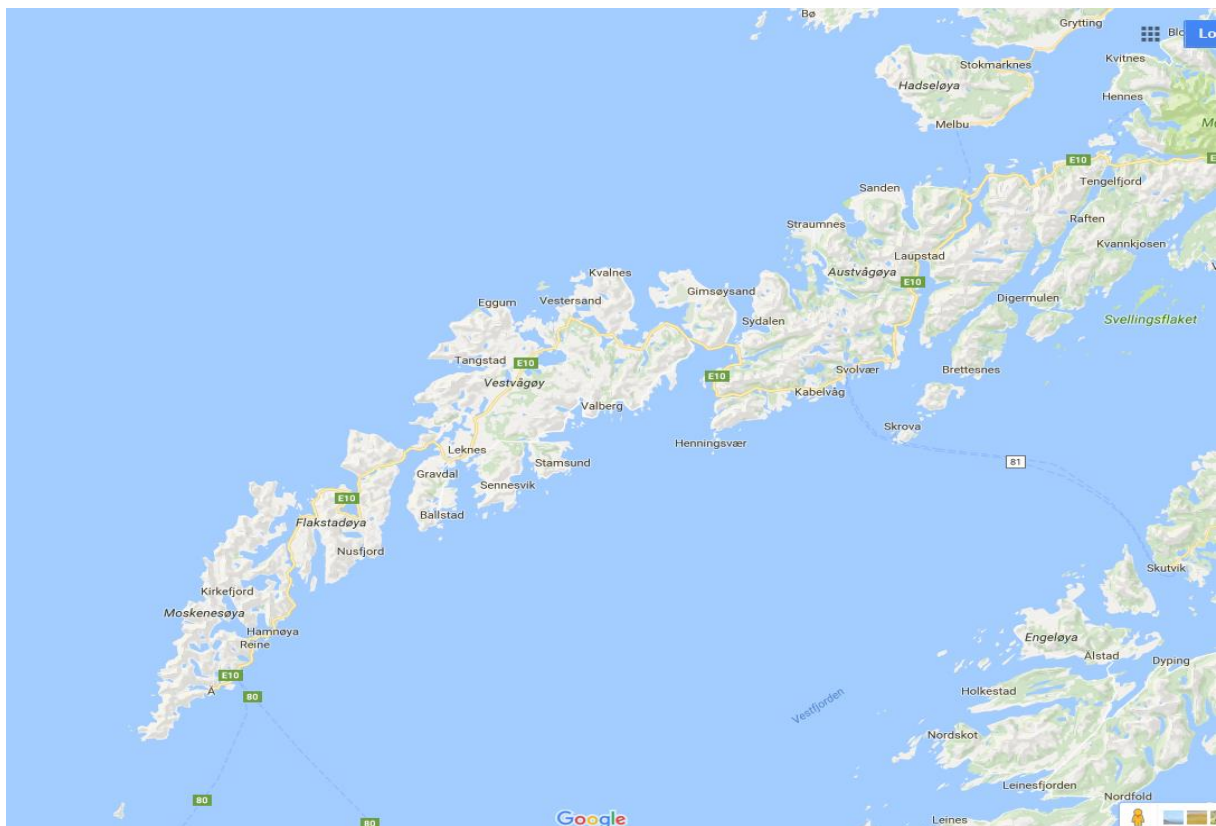
4.0 Diverse bakgrunnsdata

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 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
SUM	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).

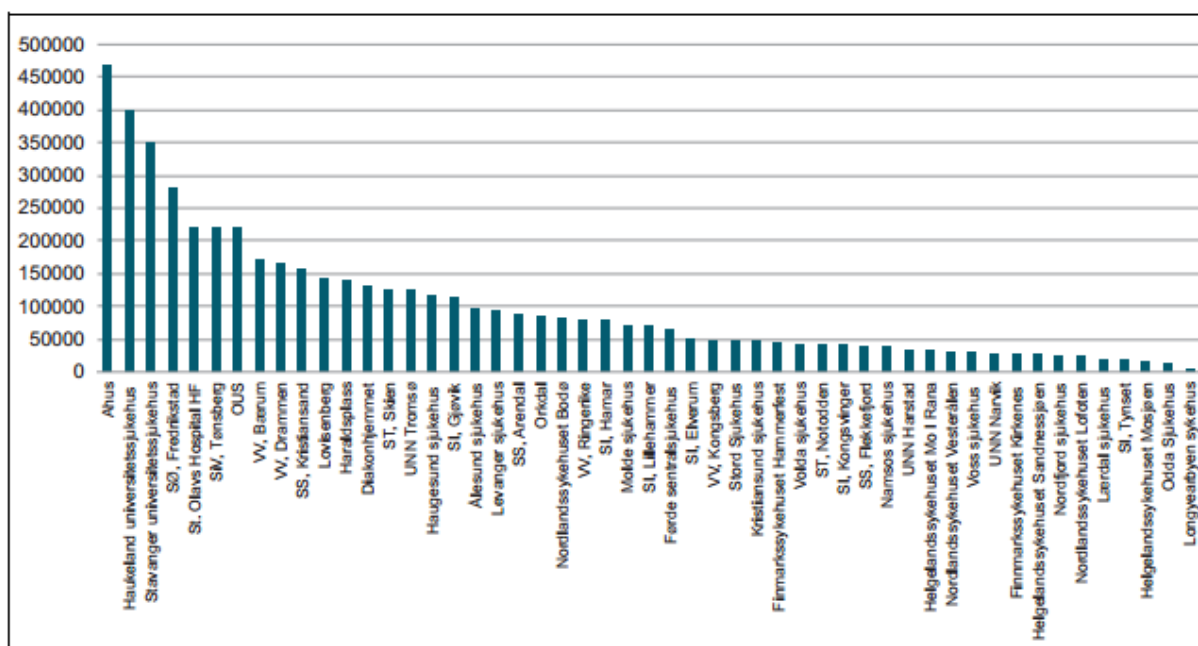
Nasjonal helse- og sykehusplan bruker tre betegnelser på sykehus for å tydeliggjøre innholdet og gjør begrepsbruken mer entydig.

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 akutfunksjon 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 akutfunksjoner – sykehus med planlagt behandling, uten akutfunksjoner.



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 rutetraffic, 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
Leknes - Bodø	15
Leknes - Tromsø	40
Svolvær - Bodø	15
Svolvær - Tromsø	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	495 kr	329 kr
Drosje/turvogn	5.500 kr	3.700 kr
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 %		

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

Reise til Gravdal, en vei	Fra Svolvær
	72 km
Standardsats (2,30 pr km) ved bruk av buss eller privatbil	166 kr
Drosje/turvogn	1.800 kr
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
Totalt	3486	
Kommunene i eget opptaksområde	3201	92 %
Kommuner i NLSH sitt opptaksområde	83	2,4 %
Kommuner i UNN sitt nedslagsfelt	22	0,6 %
Utenlandske *	68	2,0 %

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

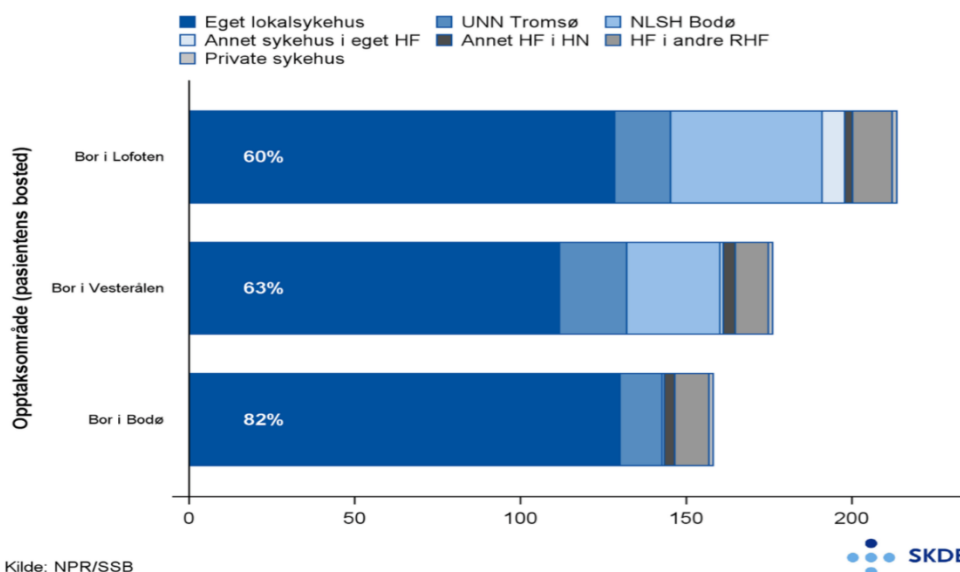
Fordeling av bosted, polikliniske pasienter

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

Kilde: ASL-LIS. Data fra 2016

Aktivitet heldøgn

Forbruksmønstret 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.

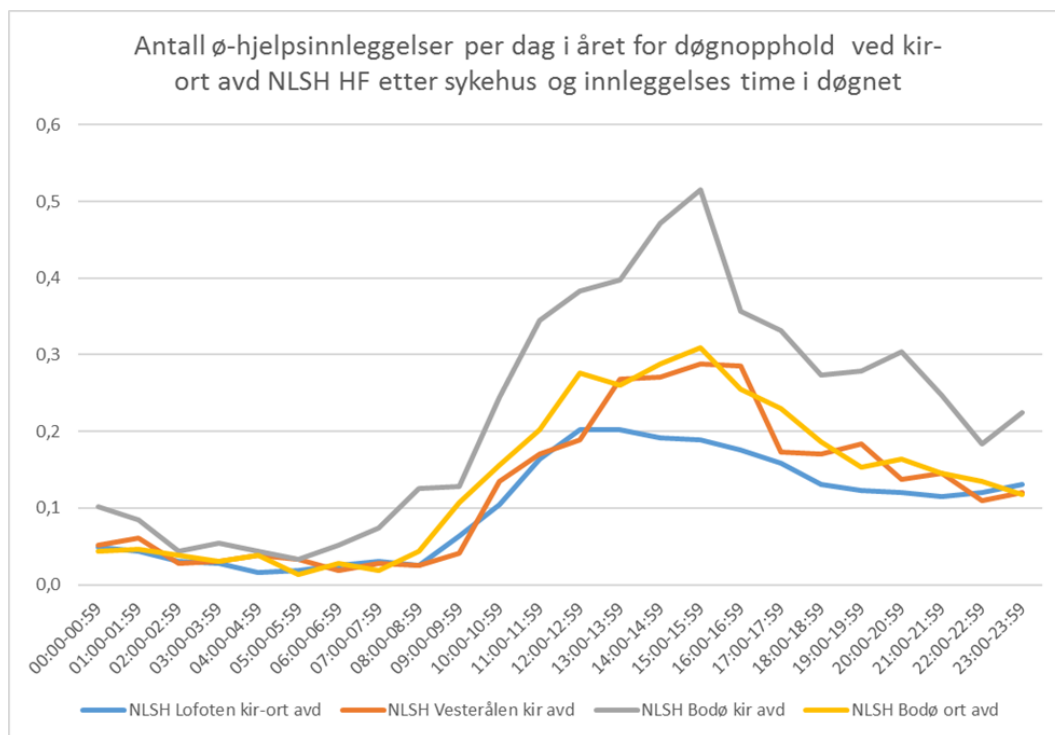


Antall døgninnleggelser per 1 000 innbyggere, kjønns- og aldersjustert, lokalsykehusområde og behandlingssteder, gjennomsnitt i perioden 2011-2015.

Kilde: SKDE

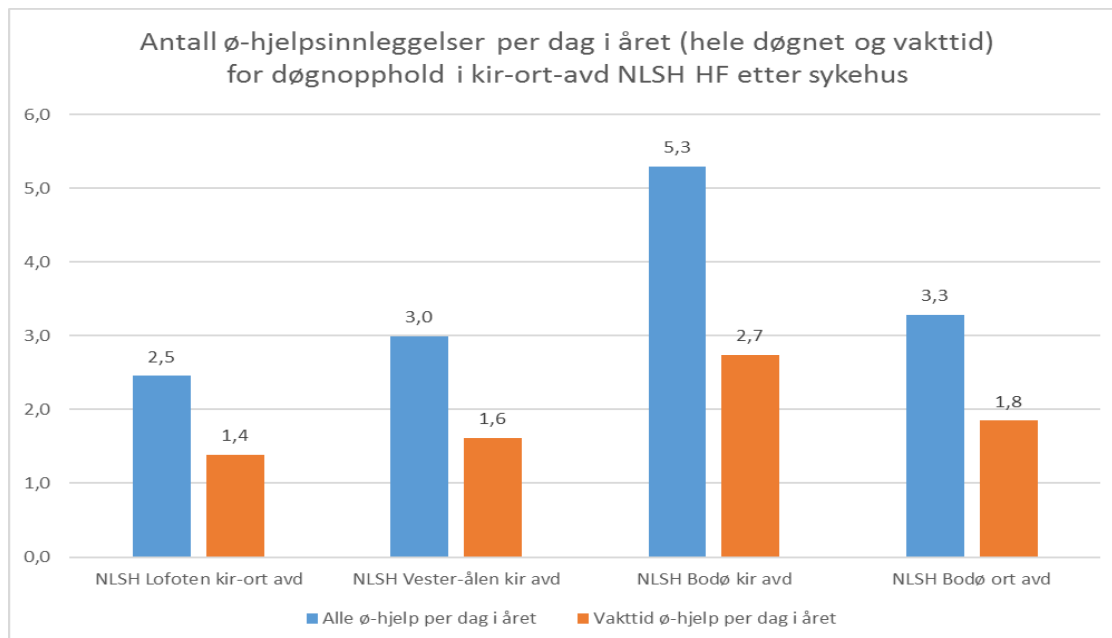
Pasienter i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Lofoten har gjennom flere år hatt høyt forbruk av heldøgns innleggelser relativt til andre sykehus. Grafen ovenfor viser gjennomsnittet for perioden 2011-2015. I dette tidsrommet er antall døgninnleggelser ved Nordlandssykehuset Lofoten pr 1000 innbyggere 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.

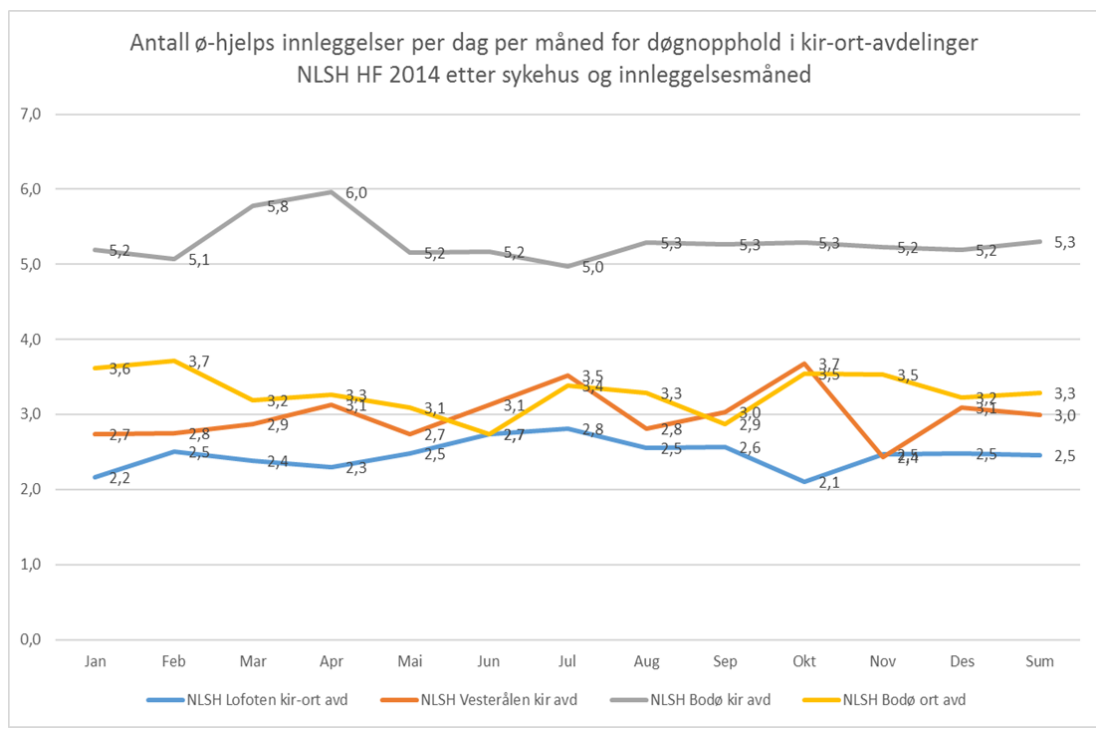


Kilde: Sykehusbygg, data fra 2014.

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

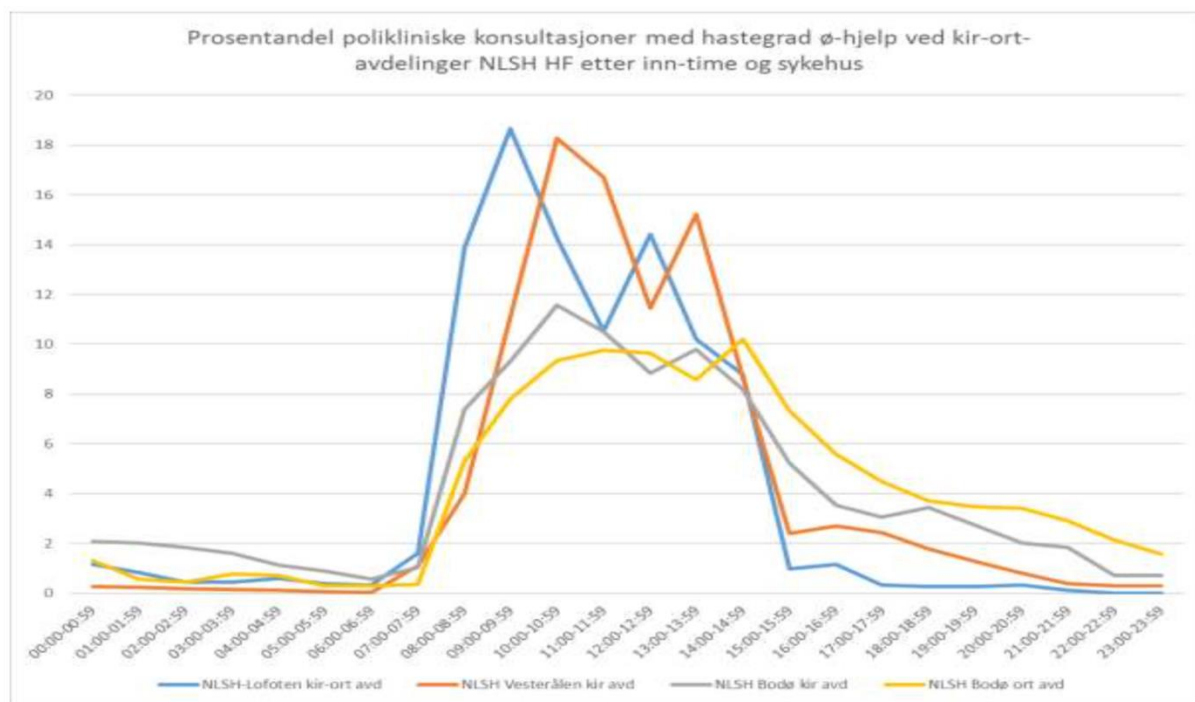
Kilde SKDE

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
Poliklinikk dekket ved eget lokalsykehus	58,5 %	54,6 %	57,7 %	57,8	67,4 %	67,3 %
Poliklinikk dekket via UNN Tromsø	8,1 %	7,3 %	6,7 %	6,5 %	4,5 %	3,8 %
Poliklinikk dekket via NLSH Bodø	15,1 %	12,0 %	22,4 %	20,3 %		
Poliklinikk dekket via annet sykehus i eget HF	1,3 %	1,0 %	1,6 %	1,9 %	0,1 %	0,1 %
Poliklinikk ved annet HF i HN	2,6 %	2,1 %	0,8 %	0,9 %	1,1 %	1,1 %
Poliklinikk ved HF i annet RHF	3,3 %	2,5 %	3,5 %	3,8 %	2,9 %	3,1 %
Poliklinikk ved private sykehus	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
Poliklinikk dekket via avtalespesialist	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 døgnbehandling 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.

Overlegen bistår medisinske overleger med tilsyn og vurdering av medisinske pasienter med uavklarte problemstillinger eller annen bistand som f. eks. utføring av kirurgiske prosedyrer på medisinske pasienter.

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 traumeleider i traumeteamet. Vaktoppgaver for kirurg er visitt på

overvåkningen 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 enkeltuker 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 jobbes kontinuerlig med rekruttering av flere faste overleger og klinikken antar at det fra høsten 2017 er på plass 4 faste kirurgiske overleger 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 anesthesi 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 akuttisykehus. Pasientgrunnet bør betjenes primært av Nordlandssykehuset Bodø, alternativt nærmeste akuttisykehus 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-øvelser⁸ og rapportering til traumeregister. Foretaket har også egen Traumekomite. Foretaket har sertifiserte KITS⁹-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
Alle trafikkulykker	25	22	27	74
Antall drepte	1	2	2	5
Meget alvorlig skadd	0	0	1	1
Alvorlig skadet	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.

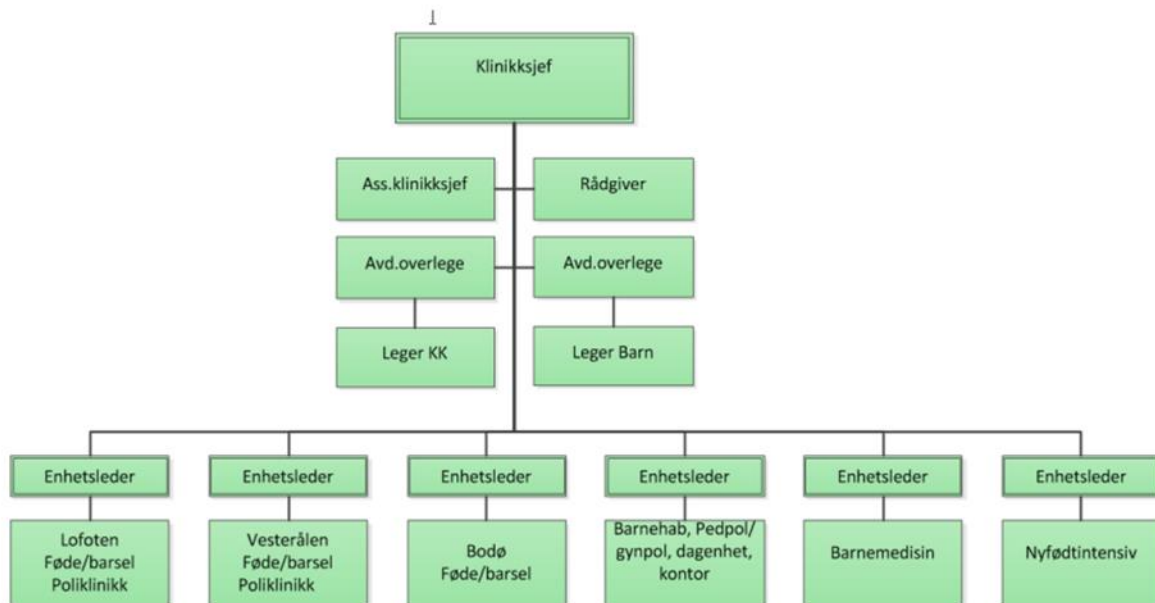
Veilederen «Et trygt fødetilbud» fra Helsedirektoratet 2010 stilte kvalitetskrav til fødselsomsorgen. I Nordlandssykehuset tilbys fødselsomsorg på tre nivå. Kvinneklinikken i Bodø, fødeavdelingen i Vesterålen og fødestue i Lofoten. Fødestue med gynekolog i vaktberedskap for nødkeisersnitt er ikke omtalt 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 nedfalte 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
Flakstad	9	11	8	15	15	9
Vestvågøy	130	129	114	122	130	126
Vågan	78	105	77	93	78	88
Hadsel	71	77	87	76	79	76
Bø (Nordl.)	16	17	13	12	15	28
Øksnes	39	40	40	45	47	31
Sortland	107	111	111	118	101	100
Andøy	36	41	53	52	38	53
Moskenes	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 legesentrene 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 tilknytning 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.

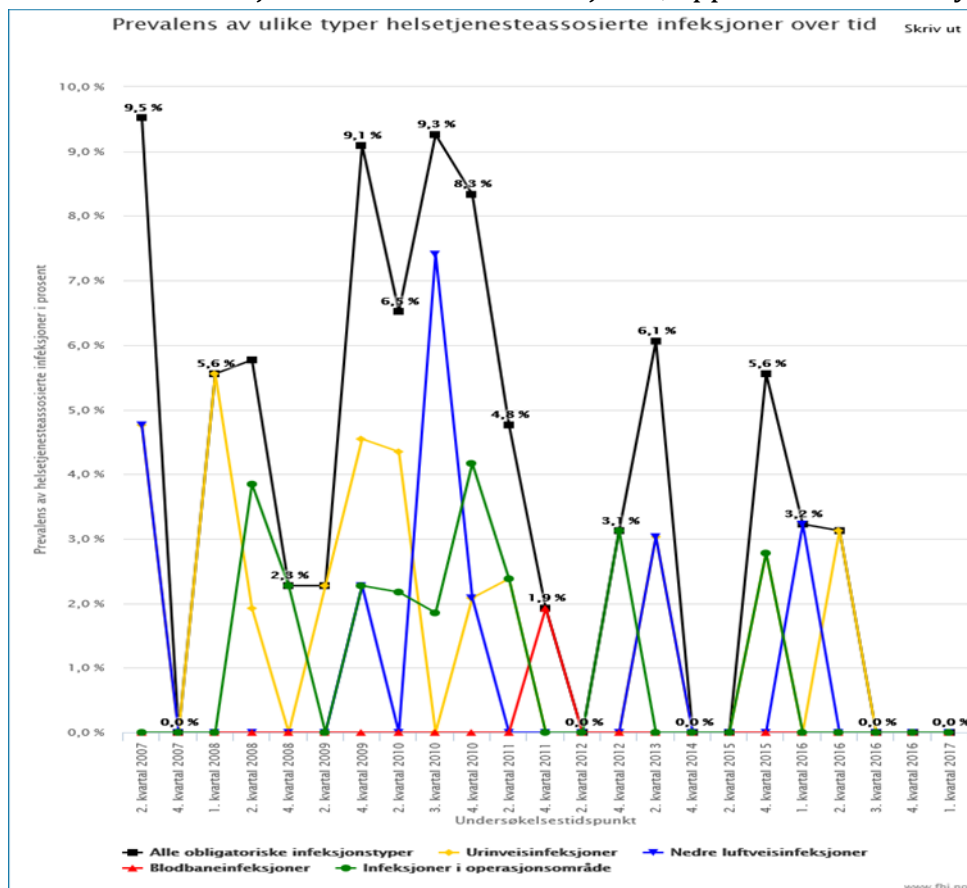
Når man tolker tallene er det derfor viktig å huske at behandlingsstedene har ulik kompetanse på forskjellige områder, og at dette ofte avgjør hvor pasientene behandles. Det er også viktig å huske på at datakvaliteten kan variere. Manglende eller feile tall kan gir utilsiktede forskjeller på indikatorerne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

Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus, uansett årsak

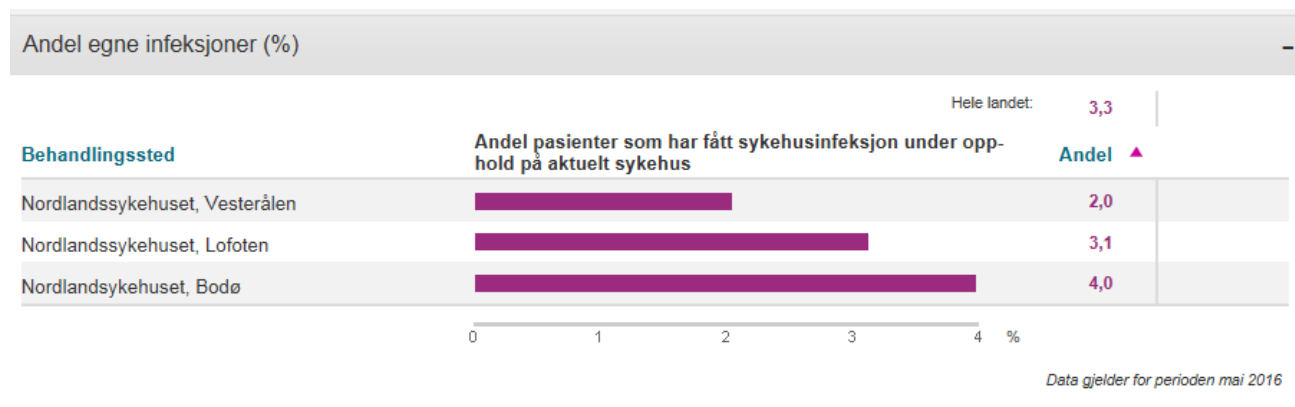
Behandlingssted	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2	95,2
NLSH Bodø	94,8	94,7	95,4	95,1	95,7	95,6
NLSH Lofoten	94,6	94,9	94,5	95,3	95,6	95,0
NLSH Vesterålen	94,3	94,1	94,0	94,7	97,9	93,9

Kilde helsenorge.no

Prevalens av helsetjeneste assosierte infeksjoner, oppstått Nordlandssykehuset Lofoten



Kilde: PIAH-nett, Folkehelseinstituttet



Kilde hels norge.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.

Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 3 av 5					
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 kanselleringer 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 %.

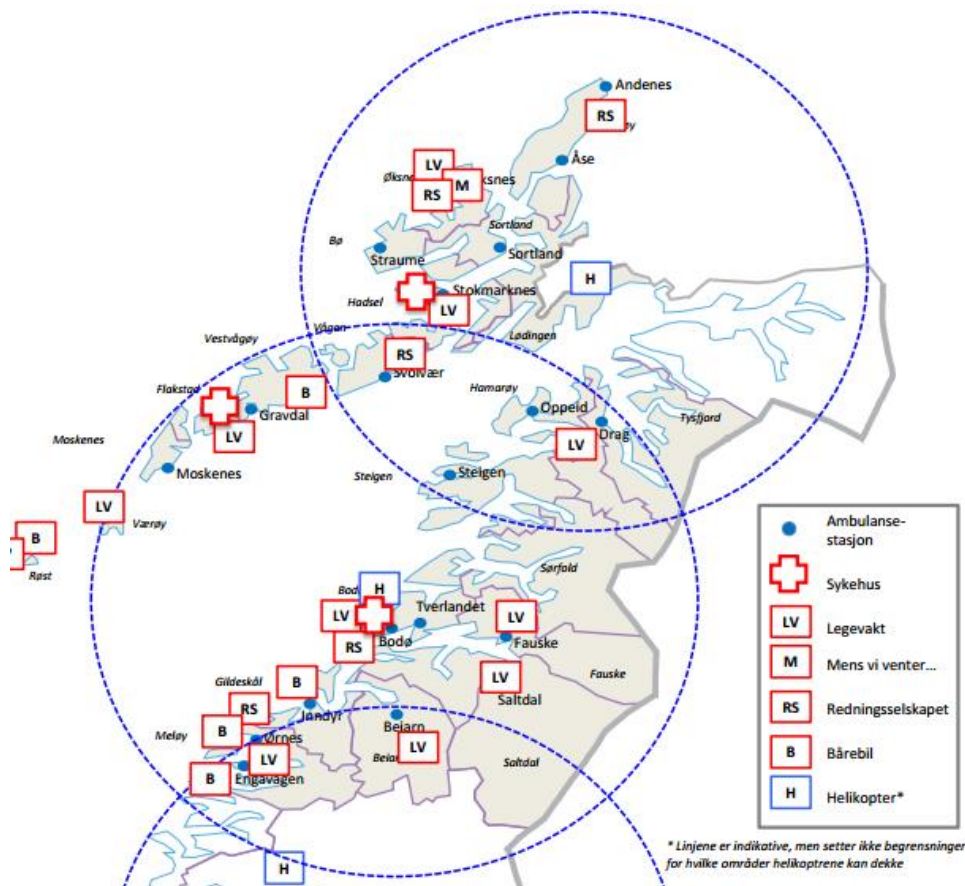
Ambulanseplan

Ambulansetjenesten iverksetter ikke ambulansoppdrag 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 ambulansoppdrag 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 bilambulansekapasitet 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.

Ambulansebiler i Lofoten

Det er totalt fem ambulanserbiler i Lofoten. To ambulanser er stasjonert på Gravdal, to i Svolvevær 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 Svolvevær 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 Svolvevær. 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
Flakstad	1358	60	87	30	177
Gildeskål	2014	134	138	38	310
Hadsel	8057	374	452	1034	1860
Hamarøy	1811	99	136	38	273
Meløy	6454	288	418	123	829
Moskenes	1070	37	76	15	128
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
Vestvågøy	11140	421	596	739	1756
Værøy	780	4	9	6	19
Vågan	9285	421	660	330	1411
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
Avvist pga vær	2	4	1
Avbrutt pga vær	5	14	4
Totalt avvist/avbrutt pga vær	7	14	4
Akutt i % av total	13	19	19
Haster i % av total	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 klinikk møter 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. Det arbeides med å rekruttere ytterligere 1 spesialist i generell kirurgi i 60% stilling mvf januar 2017. 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 mai 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 hjemnevakt 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 BO¹⁰
- ØNH; 4-5 dager pr mnd
- Øye; 4-5 dager pr mnd.



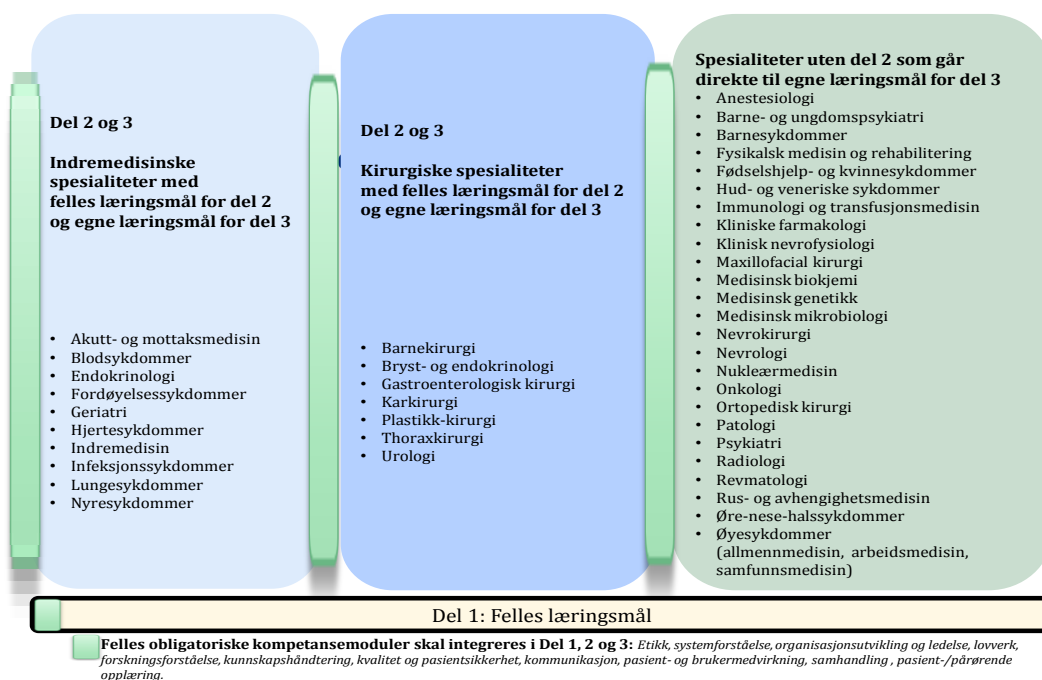
¹⁰ Betjenes av ortopeder som leies inn til BO

12.0 Utvikling innen fag og teknologi

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 først 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.

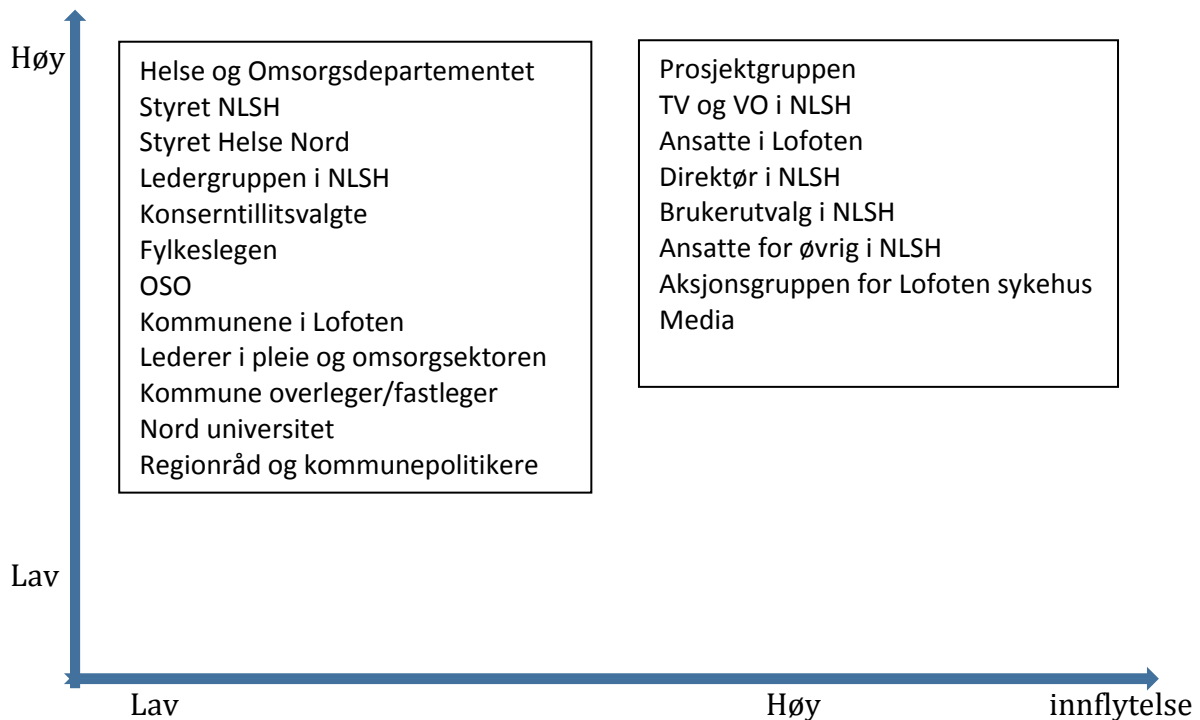
Med å ha en åpen prosess, ønskes det å sikre at alle interessentene kjenner til prosjektets premisser. Og har mulighet til å gi innspill til de som skal fatte beslutningen på et best mulig grunnlag.

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



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 møtoreferat fra prosjektmøtene. På den måten har prosjektgruppen og andre interessenter vært sikret samme bakgrunnsmaterialet 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 ulike 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 ortopeder) 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 døgkontinuerlig 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 på 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 ambulansedy 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 bruer 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 transporters 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 reduserer tidsbruken, men det vil øke ubehaget for pasienten som transporteres.

Nasjonal helse- og sykehusplan gir åpning for at akuttisykehus 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