

Rapport 1:2015



Roar Eilertsen

Kvalitet og nærhet - lokalsykehusenes rolle

Case: Akuttkirurgien på Tynset Sjukehus

Rapport 1:2015

1 Forord

Denne rapporten er utarbeidet av Roar Eilertsen i De Facto - Kunnskapscenter for fagorganiserte på oppdrag for Tynset kommune. I arbeidet med rapporten har jeg fått nyttig informasjon og hjelp fra ledelse, ansatte og tillitsvalgte ved Tynset Sjukehus og fra den politiske ledelsen i Tynset kommune.

En stor takk til alle som har stilt opp i intervjuer og som har delt sin inngående kunnskap til hvordan sykehuset på Tynset er bygd opp og fungerer. Ut over kontakten med representanter for sykehuset og lokalsamfunnet, er arbeidet basert på dokumentstudier og min kunnskap til feltet bygd opp gjennom mange runders arbeid med lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten.

I rapporten har jeg valgt å gi henvisninger og referanser som fotnoter i den løpende teksten. Henvisningene er utelatt i det innledende sammendraget, men er å finne i de respektive kapitler. Tidvis har jeg også valgt en klart argumenterende form, for å tydeliggjøre at dette feltet preges av faglige og politiske *vurderinger* mer enn objektive «sannheter».

Mitt håp er at rapporten kommer til nytte i kampen for å bevare den kirurgiske akuttberedskapen ved lokalsykehuset på Tynset. Befolkningen i Fjellregionen fortjener et velfungerende lokalsykehus, med akuttfunksjoner som kan dekke størstedelen av det behandlingsbehovet som forekommer. Folk her har samme rett til gode helsetjenester i sitt nærområde som de som bor i sentrale strøk av landet. Rapporten dokumenterer at det er fullt ut mulig – på en kvalitativt god måte.

Oslo, april 2015

Innhold

1	Forord.....	1
2	Sammendrag.....	3
3	Innledning.....	7
4	Tynset Sjukehus.....	8
5	Lokalsykehusenes plass i helsetjenesten	9
6	Hva er et sykehus?	11
6.1	Endrer Legeforeningen standpunkt?.....	15
7	Hva skjer i Sykehuset Innlandet?.....	16
8	Nasjonal helse- og sykehusplan	19
9	Sykehusstilbudet i Fjellregionen	22
10	Kvalitet på Tynset Sjukehus	24
10.1	Tynset-modellen.....	24
10.2	Vurderinger i SI Innlandets «Omstilling somatikk»	25
10.3	Utdanning.....	29
10.4	Mer om kvaliteten ved SI Tynset.....	30
10.5	Kvalitetsundersøkelser.....	31
11	SI Tynset som traumesykehus	36
11.1	Hva påvirker kvaliteten?.....	38
12	SI Tynset er en helhet	40
12.1	Lokalbaserte spesialisthelsetjenester	41
13	Sykehuset i lokalsamfunnet	45
14	Betydningen av nærhet.....	47
15	Sykehusstruktur er politikk.....	49

2 Sammendrag

Kampen om lokalsykehusenes rolle innen spesialisthelsetjenesten er inne i en avgjørende fase. Høsten 2015 skal Helse- og omsorgsdepartementet fremme regjeringens forslag til Nasjonal helse- og sykehusplan. Der vil lokalsykehusenes fremtid bli et hovedpunkt. Det har lenge pågått prosesser i de regionale helseforetakene som har ført til forslag og / eller vedtak om å legge ned den kirurgiske akuttberedskapen ved lokalsykehusene. Det oppleves som begynnelsen på slutten for rollen som reelle og fullverdige sykehus for befolkningen i distrikts-Norge.

I denne rapporten brukes situasjonen og utfordringene for Tynset Sjukehus som eksempel for å belyse hva kampen om lokalsykehusene handler om: At det ikke trenger å være en motsetning mellom kvalitet og nærhet, at det ikke er mulig å plukke ut en sentral del av sykehuset uten at det får konsekvenser for de øvrige delene, og at spørsmålet om sykehusstruktur først og sist er et politisk spørsmål. For politikerne bør spørsmålet være: Hva kan og må gjøres for å sikre at lokalsykehusene kan levere gode helsetjenester til befolkningen i sitt nærrområde? Her kan de lære av erfaringene fra lokalsykehuset på Tynset.

- Tynset sjukehus er i dag lokalsykehus for Fjellregionen, seks kommuner i Nord-Østerdal og to i Sør-Trøndelag med om lag 25 000 innbyggere. Sykehuset har kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap, med traumemottak som har en veldefinert rolle i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Dette kombineres med en omfattende elektiv (planlagt) aktivitet, særlig innen ortopedi (hofte- og kneoperasjoner). Sykehuset har også fødestue. I rapportens kap 5 redegjøres det nærmere for dagens tilbud ved sykehuset på Tynset.
- Helt siden foretaksmodellen ble innført i 2002 har lokalsykehusene rundt om i landet vært under press. I årene etter har noen lokalsykehus blitt lagt helt ned, mens andre er fratatt sentrale funksjoner. Det er særlig innen fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap at nedbyggingen har skjedd. Oppgavene sentraliseres til færre, større sykehus, med henvisning til faglige anbefalinger og hensynet til god kvalitet på helsetjenestene. Sentraliseringen skjer til sterke protester fra lokalbefolkningen og det er uenighet blant fagfolk om dette er en riktig og «nødvendig» utvikling. I kap 6 adresseres diskusjonen om hva som kan og bør være lokalsykehusenes plass i den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

Rapport 1:2015

- Kampen om lokalsykehusenes fremtid har i stor grad handlet om hva som skal være deres oppgaver og funksjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Basert på en utredning for Helsedepartementet i 2007 har man forsøkt å skape et skille mellom lokalsykehus med akuttfunksjoner og lokalsykehus med «tilpassede funksjoner». «Sykehusene» med tilpassede funksjoner har kun indremedisinsk akuttberedskap. De lokale sykehusaksjonene, mange politikere og fagfolk har hele tiden ment at et sykehus må ha 24/7-beredskap både innen kirurgi/ortopedi og indremedisin for at vi skal kunne snakke om et sykehus. Så langt har de hatt full støtte fra Legeforeningen i dette. Vinteren 2015 kom det signaler om at Legeforeningen kan komme til å endre standpunkt i saken. I kap 7 redegjøres det for dette.
- Sykehuset på Tynset er i dag en divisjon innen Sykehuset Innlandet HF. I Sykehuset Innlandet pågår det for tiden to parallelle planprosesser. Man arbeider med en langsiktig plan for ett eller flere felles akuttsykehus i Mjøsoområdet (med tidsperspektiv 2025-2040), og en mer kortsiktig plan for endret funksjonsfordeling mellom dagens seks sykehus i området. De kortsiktige planene ble høsten 2014 presentert i rapporten «Sykehuset Innlandet HF Omstillingsarbeid somatikk». Her foreslås det å legge ned den kirurgiske akuttberedskapen og traumemottaket ved sykehusene på Tynset og Kongsvinger. Anbefalingen angis å følge opp et styrevedtak i Helse Sør-Øst om at det i fremtiden bare skal være ett akuttsykehus for kirurgi og ortopedi i hvert sykehusområde. Dette omtales i rapportens kap 8.
- I regjeringsplattformen til den blåblå regjeringen ble det varslet at man skal fremme en Nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, hvor blant annet lokalsykehusenes rolle skulle klargjøres. Planen er ventet høsten 2015, og i helseministerens «sykehustale» i januar 2015 ble tanker om lokalsykehusenes fremtid luftet. Der signaliserte ministeren at man går inn for en hovedregel om at bare sykehus som har et opptaksområde på mellom 60-80 000 innbyggere skal ha kirurgisk akuttberedskap. I praksis er det dødsdommen over akuttberedskapen ved landets lokalsykehus, siden knapt noen tilfredsstillende et slikt krav. I ettertid har både helseministeren og hans statssekretær forsikret om at befolkningsgrunnlag ikke kan være eneste kriterium, og at store avstander gjør at kirurgisk akuttberedskap skal bestå ved sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Tynset. Diskusjonen om, og robustheten i dette omtales i kap 9 i rapporten.
- Sykehuset på Tynset er lokalsykehus for befolkningen i to helseregioner – Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF. Fagfolk fra begge regioner har, i samarbeid med lokale myndigheter og primærhelsetjenesten i området, utredet hvordan man bør organisere den fremtidige akuttmedisinske beredskapen i Fjellregionen. Enstemmige arbeidsgrupper har konkludert med at sykehuset på Tynset må opprettholdes som akuttsykehus i regionen, både innenfor kirurgi / ortopedi og indremedisin. En avvikling av den

Rapport 1:2015

kirurgiske beredskapen ved sykehuset på Tynset vil gi befolkningen et dårligere tjenestetilbud, og vil rive grunnen unna det viktige samarbeidet over regiongrensene. Dette redegjøres det for i rapportens kap 10.

- I rapporten «Omstillingsarbeid somatikk» til styret i Sykehuset Innlandet HF konkluderes det med at man «på bakgrunn av ressursmessige vurderinger og faglige anbefalinger» bør samle den kirurgiske akuttberedskapen i ett til to sykehus rundt Mjøsa. I rapporten gjennomgås de kvalitetsutfordringer man mener å ha innen dagens Sykehuset Innlandet. Det er direkte oppsiktsvekkende at man da ikke gjør en konkret analyse av hvordan sykehuset på Tynset ligger an i forhold til disse utfordringene. Realiteten er at de i liten grad er relevante, og at kvaliteten på tjenestene fra sykehuset på Tynset er fullt på høyde med det en finner i andre sykehus. I kap 11 i rapporten gis det en oversikt over de målinger av kvalitet som er tilgjengelig og en analyse av hvorfor situasjonen er som den er. Det vises også til andre studier som viser, gitt at riktig behandling gis på riktig sted, at det ikke er sammenheng mellom størrelsen på sykehusene og kvaliteten på behandlingene.
- I «omstillingsarbeid somatikk»-rapporten foreslås det også at traumemottaket ved sykehuset på Tynset skal legges ned. Dette er en logisk konsekvens av at akuttberedskapen innen kirurgi / ortopedi foreslås nedlagt. Men heller ikke her foretas det en konkret analyse av det tilbudet som finnes på Tynset. Sykehuset har over tid hatt ansatt meget erfarne kirurger og anestesileger som inngår i et traumeteam som tilfredsstillende alle de krav til traumemottak som Helse Sør-Øst stiller til sine sykehus. Spesialistene har den nødvendige kompetansen til å vurdere om behandling skal gis lokalt, og eventuelt gjennomføre slik behandling. De fleste «hverdagstraumer» (bruddskader, mv) kan behandles på en god måte ved lokalsykehuset. Ved større ulykker og skader har man prosedyrer for videretransport til større sykehus, men om nødvendig kan man utføre nødkirurgi og stabilisering før pasienten sendes videre. Det finnes ingen dokumentasjon på at sykehuset på Tynset ikke leverer disse tjenestene på en kvalitativt meget god måte. En rekke studier, både nasjonalt og internasjonalt, bygger opp under at god traumemedisin ikke handler om størrelsen på sykehuset. Det dokumenteres videre at «Omstillingsarbeid somatikk»-rapporten bygger på feilaktige anslag for kjøretider med ambulanser fra Fjellregionen, dersom akuttmottaket på Tynset legges ned. Dette er svært alvorlig, og omtales i kap 12 i rapporten.
- De ulike funksjonene og oppgavene i et lokalsykehus inngår i en helhet. Det er ikke mulig å plukke ut viktige enkeltdeleer uten at det får konsekvenser for resten av virksomheten. I kap 13 redegjøres det for hvordan de ulike delene av sykehuset på Tynset arbeider sammen og er avhengige av hverandre. Der omtales også erfaringer fra andre lokalsykehus (Nordfjord) som viser

Rapport 1:2015

hvordan nedlegging av «halve sykehuset» har svekket de resterende delene. Det har ført til større problemer med å rekruttere fagfolk, problemer med å opprettholde og utvikle fagmiljøer, og med å utnytte de ansattes kompetanse. Med kun indremedisinsk akuttberedskap ble sykehuset i Nordfjord lansert som «Framtidas lokalsykehus». For mange nordfjordinger fremstår det i dag som et rasert lokalsykehus (jf kap 12.1).

- For distrikts-Norge er lokalsykehusene både nærhet til nødvendig helsehjelp og en viktig arbeidsplass i lokalsamfunnet. Fjellregionen har de siste 10 årene opplevd en svak tilbakegang i folketall, mens befolkningen i landet som helhet har blitt større. I kap 14 gis det en oversikt over utviklingen i folketall og sysselsetting i regionen, og det refereres til forskning om betydningen av kvinnearbeidsplasser i distriktene som bærebjelken for å opprettholde bosetting og aktivitet. Sykehuset er en av få virksomheter som representerer det meste av det regionen trenger: relativt mange arbeidsplasser, arbeidsplasser for kvinner, og arbeidsplasser for kvinner (og menn) med høyere utdanning. De samfunnsøkonomiske konsekvensene av å bygge ned sykehuset på Tynset er ikke utredet av Sykehuset Innlandet. Vi presenterer elementer til en slik analyse i kap 14.
- Både formelt og reelt er sykehusstruktur et genuint politisk spørsmål. Forsøkene på å gjøre beslutningene om lokalsykehusenes fremtid til et «faglig spørsmål», som kan overlates til foretaksstyrene, må avvises. Sykehuset på Tynset imøtekommer alle de kravene som i et samfunnsperspektiv bør tillegges vekt. Tilbudet er nær befolkningen, det holder høy kvalitet, det gir god og effektiv utnytting av knappe ressurser, det gir lokale, kunnskapsbaserte arbeidsplasser (særlig for kvinner), og det bidrar til differensiert næringsstruktur i et område av landet som sårt trenger det. Det relevante spørsmålet bør være: Hva må legges til rette fra politikernes side for at dette skal kunne fortsette? De viktigste utfordringene omtales i kap. 15.

3 Innledning

Framtida for sykehuset på Tynset er igjen usikker. Hos eieren, Sykehuset Innlandet HF, foreslår faggrupper å legge ned den kirurgiske akuttberedskapsen og traumemottaket på Tynset. Det vil høyst sannsynlig bety begynnelsen på slutten for sykehuset som sykehus. Befolkningen i Fjellregionen, som i så fall vil få 20-30 mil til nærmeste akuttstusykehus, kjemper for lokalsykehuset sitt. Våkne og engasjerte innbyggere, på tvers av partier, kommunegrenser og andre skiller, står samlet i kampen mot nedbygging av sykehuset på Tynset.

Befolkningen i Fjellregionen har mange allierte, både blant fagfolk, i politikken og blant folk flest i alle deler av landet. For det er ikke bare sykehuset på Tynset som er truet. Gjennom år har sentraliseringsivrige byråkrater og politikere presset på (og ofte lykkes) med å fjerne viktige funksjoner fra landets ca 30 lokalsykehus. Noen er lagt helt ned. Parallelt med at regjeringen forbereder en Nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget (den er varslet høsten 2015), pågår det nå prosesser i alle de regionale helseforetakene (RHF-ene) som truer lokalsykehusene.

Helseminister Bent Høie holdt i januar 2015 sin årlige «sykehustale». Der signaliserte han at bare sykehus som har et opptaksområde på 60-80 000 innbyggere kan regne med å beholde fullverdige akuttfunksjoner innen kirurgi og indremedisin. Det betyr i praksis en avvikling av den kirurgiske akuttberedskapsen ved alle landets lokalsykehus. Etter talen måtte Høie rykke ut og presisere at befolkningsgrunnlag ikke kunne være det eneste kriteriet. Geografi skal også telle, og på grunn av store avstander forsikret Høie om at akuttkirurgien skal opprettholdes på sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Tynset. Dermed skulle en tro at innbyggerne i Fjellregionen kan puste lettet ut.

Men kampen om lokalsykehusenes innhold og funksjoner er ikke over. Det gjelder også for sykehuset på Tynset. Så lenge sentrale premissgivere innenfor ledelsen av helseforetakene, med støtte fra lojale, lønnsomhetsfokuserende styremedlemmer fra næringslivet, holder fast på sin sentraliseringslinje, er det «bare slaget, og ikke krigen» som er over. Det vil komme nye forslag og nye fremstøt. Derfor må grunnlaget for beslutningene belyses og analyseres grundigere.

I denne rapporten ønsker vi særlig å fokusere på følgende problemstillinger: Hvor solid er den faglige argumentasjonen for at sentralisering er nødvendig for å sikre gode tjenester med høy kvalitet? Hvilke konkrete analyser er gjort, og hvilken dokumentasjon bygger man på, når forslaget om å bygge ned sykehuset på Tynset fremmes? Hvilke konsekvenser vil en avvikling av akuttkirurgien på Tynset ha for andre deler av sykehusets virksomhet og tilbud? Hva kan vi lære av tilsvarende erfaringer fra andre steder? Hvilke forhold er det relevant å trekke inn når fremtidig sykehusstruktur skal utformes? Spørsmålet om lokalsykehusenes funksjoner og fremtid er først og sist politiske beslutninger. De handler om hvordan landet vårt skal være og se ut. Og om at sykehusene er der for befolkningen, - ikke motsatt.

4 Tynset sjukehus

Sykehuset på Tynset har historie helt tilbake til tidlig 1900-tall. Gjennom snart 100 år har det vært den medisinske trygghetsbasen for store deler av befolkningen i Fjellregionen. I dag har det lokalsykehusfunksjoner for kommunene Tynset, Alvdal, Tolga, Follidal, Os, Røros, Holtålen, Rendalen og deler av Stor-Elvdal, med et befolkningsgrunnlag på om lag 25 000 innbyggere. Arealet i Nord-Østerdal tilsvarer om lag fylkene Østfold, Vestfold, Oslo og Akershus til sammen, og det er pluss / minus to timers reisevei til nærmeste større sykehus (Elverum med ortopedi og Hamar med kirurgi i sør eller St. Olavs Hospital i Trondheim i nord). Fra enkelte bygder vil reisetiden være 2,5-3 timer med ambulansebil.

I 2015 er Tynset sjukehus en divisjon innenfor Sykehuset Innlandet HF i Helse Sør-Øst RHF. Navnet forkortes til SI Tynset, og den somatiske delen av sykehuset består av et akuttmottak, en indremedisinsk avdeling og en avdeling for kirurgi og ortopedi. Til disse er det støttetjenester som anestesi, billeddiagnostikk med CT og MR, medisinsk biokjemi og blodbank mm. Det er også en jordmorstyrt fødestue ved sykehuset med føde- og barselpoliklinikk. Sykehuset har også et pasienthotell.

I akutt-tilbudet er det døgkontinuerlig kirurgisk beredskap og senger for medisinsk og kirurgisk overvåkning (4 + 4). Ved indremedisinsk avdeling er det en sengepost med 20 senger og poliklinikker for 6-8 ulike spesialiteter. Ved avdelingen for kirurgi og ortopedi er det en sengepost med 15 senger og 4 poliklinikker (ortopedi, urologi, generell kirurgi og plastisk kirurgi). I tillegg administreres en ortopedisk poliklinikk i Oppdal fra sykehuset. Fra mars 2015 har en avtalespesialist i øyesykdommer operativ aktivitet ved sykehuset.

Legevaktsentralen for kommunene Tynset, Alvdal, Follidal, Tolga og Rendalen er plassert ved sykehuset. Det samme er et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP) og ambulansetjenesten for Nord-Østerdalen er lokalisert på Tynset. I tillegg er det ulike stabsfunksjoner.

Til sammen er det ca 180 årsverk knyttet til den somatiske¹ delen av sykehuset, og ytterligere 100-120 årsverk knyttet til øvrige funksjoner lokalisert ved Tynset sykehus. Totalt regner man med at de 280-300 årsverkene ved sykehuset genererer en etterspørsel på om lag 550 millioner kroner pr år i Tynset og de omkringliggende kommunene. Sykehuset sysselsetter mennesker i flere av Fjellregionens kommuner, og er det nærmeste man kommer en hjørnesteinsbedrift i denne service- og landbruksdominerte delen av landet vårt.

I siste del av denne rapporten gis en bredere presentasjon av sykehusets betydning for menneskene, lokalmiljøet og kommunene i Fjellregionen.

¹ For definisjon av begrepet, se kap. 6 nedenfor: Hva er et sykehus?

5 Lokalsykehusenes plass i helsetjenesten

Helt siden foretaksmodellen ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2002 har det vært et press mot lokalsykehusene. Flere er lagt ned og mange er fratatt sentrale funksjoner. Det har svekket deres tilbud til befolkningen i nærområdet.

I perioden 2002-2014 er antallet regionale helseforetak redusert fra fem til fire, antall helseforetak fra 47 til 28 og antall sykehus fra 58 til 50. Hardest har det gått ut over lokalsykehusene. I rapporten «Helsereformer på feil premisser»², utarbeidet av professor Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark, fremgår det at seks lokalsykehus er helt lagt ned i årene etter 2002 (sykehusene i Florø, Farsund, Mandal, Stensby, Sandefjord og Aker i Oslo). Det opplyses videre om at seks lokalsykehus har mistet den kirurgiske akuttberedskapen helt eller delvis (sykehusene i Lærdal, Nordfjord, Larvik, Moss, Mosjøen og Røros), at fødeavdelingen i Mosjøen er omgjort til fødestue og at fødetilbudet i praksis er avviklet i Lærdal. Fødeavdelingene er også lagt ned ved Aker og Rjukan sykehus. Etter at Jensen ferdigstilte rapporten i mai 2014 har styret i Helse Sør-Øst og helseministeren vedtatt å legge ned all akuttberedskap ved sykehusene i Kragerø og på Rjukan, som i praksis er en avvikling av disse sykehusene. Jensen viser i sin rapport til at det er planer og prosesser i de regionale helseforetakene som tilsier at ytterligere 20-25 lokalsykehus rundt om i landet står i fare for å miste kirurgisk akuttberedskap, mm.

Hva skyldes så den tilsynelatende ustoppelige trangen til å sentralisere sykehusstrukturen i Norge? Begrunnelsene har vært mange, men etter hvert har såkalt «faglige begrunnelser» blitt holdt frem som avgjørende. Sentraliseringen er nødvendig for å sikre en best mulig kvalitet på de helsetjenestene sykehusene skal tilby befolkningen. Argumentet om at dette gjøres for å spare penger har blitt tilsvarende tonet ned. Årsaken er ganske åpenbar. Mens det er politikerne som er ansvarlige for å bevilge penger, er det ekspertene og byråkratene som vurderer kvaliteten. De avgjørende premissene for fremtidig sykehusstruktur er dermed flyttet fra politikkens arena til styrerommene i helseforetakene. Helseministeren tar den endelige avgjørelsen, men i praksis prøver man å gjøre utformingen av våre nasjonale helsetjenester til et teknokratisk spørsmål utenfor politikken. Etter manges syn var nettopp dette en av hovedgrunnene til at foretaksreformen ble innført i sin tid.

De faglige argumentene kommer i mange varianter. Delvis legger man vekt på at de store sykehusene trenger mer volum (stort er godt), at de små sykehusene har for lite volum (liten praksis gir lite trening og dårligere kvalitet), at spesialiseringen innen medisinen gjør at det bare er store sykehus som har mange nok, komplementerende fagmiljøer, at tilgangen på kvalifiserte spesialister til lokalsykehusene ikke er god nok, at fagmiljøene på lokalsykehusene er for små og sårbare, at man i for stor grad må

² Rapport utarbeidet av Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark, mai 2014.

Rapport 1:2015

basere seg på vikarer, at en god ambulansetjeneste kan tilby forsvarlig akuttmedisinsk beredskap, osv.

Både hver for seg og til sammen er dette argumenter som kan ha gyldighet. Men som vi skal komme grundigere inn på senere i denne rapporten, er det påfallende lite konkrete og gjennomarbeidede analyser som ligger bak sentraliseringsbeslutningene i hvert enkelt tilfelle. Samtidig er det åpenbart at det er det kan være snakk om argumenter som er innbyrdes motstridende, og som uansett må veies mot andre og flere hensyn.

Helse Sør-Øst og Sykehuset Innlandet HF holder seg med et utmerket slagord: «Desentralisere det en kan – sentralisere det en må.» I det ligger det en erkjennelse av at desentralisering har en verdi, og at sentralisering har en pris. I denne rapporten vil vi presentere argumentasjon og analyser som viser at det ikke trenger å være en motsetning mellom størrelse og kvalitet på sykehusene, slik sentraliseringstilhengerne ofte hevder. Verken stort eller lite volum trenger i seg selv å si noe om kvaliteten på behandlingen i et sykehus. Det handler også om hvordan man organiserer det gitte volumet, hvor erfaren den aktuelle spesialist er, hvor mange operasjoner og behandlinger hver og en får ansvar for, og hva som er tilgjengelig av støttetjenester og kompletterende kompetanse. I dag kan fagmiljøer bygges opp og videreutvikles uten at deltakerne til enhver tid er lokalisert på samme sted (telemedisin, konferanser og utveksling, mv.). Kvalitet og stabilitet i fagmiljøene må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle, og kan variere uavhengig av størrelsen på sykehuset. Som kjent kommer det fra tid til annen rapporter og medieoppslag om tilfeller av feil og svikt i rutinene også ved de store sykehusene.

For pasientene handler det også om nærhet og trygghet i forhold til nødvendige sykehustjenester. I noen tilfeller kan forskjellen mellom 20-30 min til lokalsykehuset og +/- to timer i ambulanse til et større sykehus være forskjellen mellom liv og død. Før vi går grundigere inn på de vurderinger som er gjort i forhold til fremtidige funksjoner ved SI Tynset, skal vi se litt mer på hvor diskusjonen om lokalsykehusenes fremtid står i dag.

6 Hva er et sykehus?

Spesialisthelsetjenesten er delt i somatikk og psykiatri (mellom fysiske og psykiske sykdommer, mellom kropp og sinn). I dagligtalen settes det oftest likhetstegn mellom ”sykehus” og ”somatisk sykehus”. I denne rapporten bruker vi begrepet lokalsykehus i den dagligdage forståelsen av ordet; de små (somatiske) sykehusene rundt om i landet. Det er samtidig viktig å være klar over at det finnes lokalsykehusfunksjoner ved nesten alle somatiske sykehus, og at de største lokalsykehusene dermed ligger i de største byene.

Etter hvert har uenighetene rundt lokalsykehusenes fremtid i stor grad handlet om hva som skal være innholdet i sykehusene. Det finnes ingen omforent definisjon av hvilke minimumskrav til faglig innhold og behandlingstilbud som må være oppfylt før vi kan snakke om et lokalsykehus.

I viktige fagmiljøer, blant mange politikere og i alle sykehusaksjonene som forsvarer lokalsykehusene, har det lenge vært en forholdsvis entydig oppfatning av hva som minimum må finnes i et lokalsykehus:

- Kirurgisk avdeling med akuttberedskap
- Indremedisinsk avdeling med akuttberedskap
- Fødeavdeling
- Nødvendige støttefunksjoner innen anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.

Det sterke fokuset på akuttberedskap er knyttet til at institusjonene må være operative 24 timer i døgnet for at vi i noen fornuftig mening av ordet skal kunne snakke om et sykehus. I tillegg er et slikt driftsopplegg viktig for å gjøre lokalsykehusene til attraktive arbeidssteder for helsepersonell, og for at de skal kunne fungere som opplæringsinstitusjoner. Det er i dag avgjørende blant annet for rekrutteringen av leger til lokalsykehusene. Denne problemstillingen belyses nærmere i kap. 10.3 i rapporten.

Til tross for iherdig innsats, og mange «seire» for sentraliseringstilhengerne, har det vist seg politisk vanskelig å legge ned lokalsykehus. Forslagene utløser sterke protester og et stort, tverrpolitisk engasjement fra befolkningen som berøres. På denne bakgrunn vedtok for eksempel den rødgrønne regjeringen etter valget i 2005 «at ingen lokalsykehus skal legges ned». Den blåblå regjeringen har ikke et tilsvarende prinsippstandpunkt i sin plattform (eller i samarbeidsavtalen med KrF og Venstre). I regjeringserklæringen fra Høyre og Frp heter det:

«Regjeringen vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Helse- og sykehusplanen skal

Rapport 1:2015

blant annet inneholde en definisjon av innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstyrskrav og investeringsplaner.

Sykehusplanen må også omhandle lokalsykehus og den viktige rollen de har for å sikre beredskap for liv og helse i hele landet.»

Men ganske uavhengig av de overordnede programformuleringene til ulike regjeringer har sentraliseringstilhengerne arbeidet jevnt og trutt med å ribbe lokalsykehusene funksjon for funksjon. Samtidig insisterer de, på en ganske provoserende måte, at «lokalsykehuset skal bestå».

Fødeavdelingene er i dag lagt ned ved flere lokalsykehus. I noen tilfeller er de erstattet av forsterkede fødestuer, der det er en gynekolog/fødselslege i en form for beredskap. Rene jordmorstyrte fødestuer i sykehus finnes kun på Tynset, og som ble etablert 1. april 1997. Vi skal la diskusjonene om dette ligge i denne sammenheng.

Neste trinn har mest handlet om den kirurgiske akuttberedskapen, og fortsatt er dette det mest brennbare spørsmålet. Den aktuelle problemstillingen for SI Tynset handler om nettopp dette. For å dempe protestene mot å avvikle kirurgisk akuttberedskap snakker man i stedet varmt om at de indremedisinske avdelingene ved lokalsykehusene skal opprettholdes, og at det skal være døgnkontinuerlig vaktberedskap ved disse. Denne løsningen har man døpt «lokalsykehus med tilpassede funksjoner». Utfordringene med denne modellen ble behandlet og omtalt i et vedtak fra Legeforeningen allerede i mai 2006. Der het det:

”Den store gruppen eldre pasienter som trenger lokalsykehusfunksjoner blir i dag innlagt ved indremedisinske avdelinger. Legeforeningen har derfor forståelse for at man politisk kan mene at lokalsykehusene derfor bare trenger akuttberedskap i indremedisin. Imidlertid kan en akutt funksjonssvikt hos en eldre pasient bety en meget komplisert diagnostisk utfordring, ofte i samspill mellom akuttkirurgi og akuttindremedisin. Utredning, diagnostikk og valg av behandling er avgjørende for utfallet av en sykdom eller skadetilstand, og vel så viktig for det endelige resultatet som kvaliteten i selve det tekniske behandlingsopplegget. Eldre pasienter har ofte sammensatte lidelser og behov for samspill mellom den indremedisinske og kirurgiske fagkompetanse. Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.”

(Legeforeningens vedtak ”Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus”).

Denne politikken ble stadfestet som Legeforeningens offisielle politikk så sent som i 2013. Da avga foreningen en høringsuttalelse til et forsøk ved Nordfjord sjukehus (se avsnitt 10.1) hvor man hadde prøvd ut modellen med kun indremedisinsk akuttberedskap. I uttalelsen heter:

«Minstekrav for lokalsykehus

Legeforeningen har hatt en bred prosess for å finne frem til hvilke langsiktige krav som må stilles til akuttfunksjoner ved lokalsykehus. Legeforeningens standpunkt til akuttfunksjoner ved lokalsykehus er at de som minimum må inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester. Legeforeningen er derfor på et medisinskfaglig grunnlag imot rapportens konklusjon om at lokalsykehuset ikke skal ha akuttkirurgifunksjon. Nordfjord er etter Legeforeningens krav om minstestandard for akuttfunksjoner ikke et lokalsykehus».

Legeforeningens gjentatte vedtak må ses på som en klar avvisning av forsøkene på å dele lokalsykehusene inn i to ulike kategorier. Ideen hadde blant annet sin bakgrunn i en rapport som en arbeidsgruppe oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, og ledet av Bjørn Erikstein (som i dag er administrerende direktør ved Oslo Universitetssykehus HF), la frem i mars 2007. Rapporten hadde navnet «Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede», og sammendraget innledes med følgende avsnitt:

«Regjeringen har vedtatt at ingen lokalsykehus skal legges ned. Arbeidsgruppa mener dette understøttes av en bred enighet om at lokalsykehusene er en viktig del av norsk helsetjeneste, at de representerer en trygghetsbase, og at de har som sine fortrinn nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap. Arbeidsgruppa finner, i sin egen analyse, at 50-70 % av alle pasienter som trenger øyeblikkelig hjelpinnleggelse, kan ferdigbehandles på lokalsykehus. Når det tilrettelegges slik at lokalsykehusene utnytter sine fortrinn, leverer de tjenester av høy kvalitet. Lokalsykehusene er derfor, slik arbeidsgruppa ser det, foretrukne tjenesteleverandører av et flertall av spesialisthelsetjenester, herunder akutt-tjenester».

I sitt forslag til faglige standarder for lokalsykehusene, etablerte arbeidsgruppen et skille mellom «lokalsykehus med akuttfunksjoner» og «lokalsykehus med tilpassede funksjoner». For lokalsykehusene med akuttfunksjoner fremmet de følgende forslag til standarder:

«... Disse sykehusene skal kunne beherske et bredt sett av kirurgiske prosedyrer, være organisert for å kunne ta imot og håndtere alvorlig skadde pasienter, og må kunne dokumentere slik kompetanse gjennom regelmessig deltagelse i kurs i henhold til anbefalte retningslinjer. Sykehuset må i tillegg regelmessig trene sine team i mottak av alvorlig skadde pasienter. Disse sykehusene vil i tillegg til den kirurgiske beredskap og kompetanse som er beskrevet over, ha relativt bred kompetanse og aktivitet i kirurgi og indremedisin, både akutt og elektivt, samt innen radiologi og laboratoriefunksjoner, og vil innbefatte mange av dagens små sykehus».

Rapport 1:2015

Til tross for denne positive vurderingen av potensialet for god kvalitet og akuttberedskap ved mange små lokalsykehus, la Erikstein-gruppen til rette for et vedvarende press mot de samme sykehusene ved å lage en egen standard for sykehus med såkalt «tilpassede funksjoner». Disse omtales som «sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap». For disse sykehusene var det ifølge arbeidsgruppen «begrenset systematisert kunnskap og erfaring i Norge». Man anbefaler at de erfaringer som finnes må «evalueres langs en rekke dimensjoner, både hva gjelder transport, faglig kvalitet, brukertilfredshet, rekruttering og utdanning». Videre sier man:

«Som et utgangspunkt for det videre utredningsarbeidet mener arbeidsgruppa at alle lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner, som et minimum, må ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis. I praksis må lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner i dag også ha anestesileger i døgnberedskap. Lokalsykehus med akuttfunksjoner bør også tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper, organisert enten med dagkirurgi eller mulighet for innleggelse i sengepost. Arbeidsgruppa mener i tillegg at disse sykehusene må kunne dokumentere kompetanse i å utføre visse akuttkirurgiske prosedyrer på døgnbasis. Det vil være enkle prosedyrer som det er urimelig at pasienter reiser langt for å få, samt prosedyrer som er viktige for å stabilisere pasienter, som for eksempel innlegging av dren i brysthulen, avlastning av urinretensjon og midlertidig stabilisering ved brudd».

Denne todelingen av lokalsykehusene har blitt brukt som plattform for å gjøre om lokalsykehus med akuttfunksjoner til lokalsykehus med «tilpassede funksjoner». I rapporten «Helsereformer på feil premisser» oppgir professor Bjarne Jensen at det pågår prosesser i de regionale helseforetakene som vil halvere antall sykehus med kirurgiske akuttfunksjoner fra dagens om lag 50 til 24-28. Det innebærer en kraftig sentralisering av akuttberedskapen i Norge, og ifølge Jensen går denne sentraliseringen mye lengre enn i nabolandene Sverige og Danmark.

Den samme tenkningen lå til grunn for et utspill fra helseminister Bent Høie i januar 2015. I sin tale til lederne for de regionale helseforetakene (sykehustalen) omtalte han arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen ble varslet i regjeringserklæringen høsten 2013 og det opplyses nå at den skal legges frem for Stortinget høsten 2015. I sin tale spilte Høie inn tre ulike modeller i debatten om fremtidens lokalsykehus. I realiteten lanserte han langt på vei bare én mulig modell og én mulig konklusjon. Ministeren mener nemlig at hovedregelen skal være at sykehus som skal ha kirurgisk akuttberedskap må ha et befolkningsgrunnlag på 60-80 000 personer. Det mener man er nødvendig for å få nok volum og kvalitet i tjenestene. Hele tilnærmingen og omtalen av utfordringene fremover tilsier at hans modell 1 (fortsette som i dag) anses som helt uaktuell. I modell 2 legges det opp til at sykehus som både skal ha kirurgisk og indremedisinsk akuttberedskap som hovedregel skal ha 60 – 80 000 som befolkningsgrunnlag. Det betyr, isolert sett, nedlegging av

Rapport 1:2015

akuttberedskapen ved alle lokalsykehus. Dermed står man igjen med modell 3, kalt «differensiert beredskap», som er et annet begrep for «tilpassede funksjoner». Igjen fremstilles dette som redningen for lokalsykehusene, men i praksis betyr det at de aller fleste lokalsykehusene kommer til å miste den kirurgiske akuttberedskapen.

Men det er viktig å merke seg at helseministeren tok med en svært viktig modifikasjon; - befolkningsgrunnlag kan ikke være det eneste kriteriet. I et land som Norge må geografi og avstander også tillegges vekt, ifølge Høie. I første omgang ser det ut til å bli redningen for sykehusene på Tynset, i Kirkenes og Hammerfest. En grundigere omtale av helseministerens uttalelser gis i kap. 8 nedenfor.

6.1 Endrer Legeforeningen standpunkt?

Legeforeningens seksjon for kirurgi kom i januar 2015 med en uttalelse som legger til rette for den utviklingen helseministeren ønsker som hovedregel. Der formulerte seksjonsstyret en strategi for lokalsykehusene som er i tråd med ministerens forslag og omtrent identisk med Erikstein-gruppens beskrivelse av ønsket standard for lokalsykehus med tilpassede funksjoner. I et intervju med Dagens Næringsliv (17.01.2015) sier Kirurgforeningens leder Arne-Christian Mohn:

«De små sykehusene som beholder indremedisinsk akuttberedskap må også ha én kirurg tilstede på dagtid og ellers i beredskap. Mange indremedisinske pasienter vil trenge en kvalifisert vurdering av kirurgi, og av hvor pasienten skal sendes. Det er gullverdt»³.

Til tross for denne presiseringen er det ingen tvil om at dette kan innevarsle en ny lokalsykehuspolitikk fra Legeforeningen. Presidenten i Legeforeningen, Hege Gjessing, sier til DN samme dag at «Legeforeningen vil revurdere sitt syn på akuttberedskap ved småsykehus. Legeforeningens politiske linje, som ble lagt i 2013, sier at alle sykehus med akuttfunksjon som hovedregel skal ha alle former for akuttberedskap». Gjessing sier til avisen at hun er kjent med at kirurgene bryter med Legeforeningens politikk. «Mens kirurgene ser på sitt fag, må Legeforeningen se på sykehuset som helhet. Derfor er det ulike meninger om dette», sier Gjessing. Hun varsler at en endelig avgjørelsen av hva som skal være Legeforeningens politikk vil bli tatt på et møte i landsstyret i mai 2015.

Dersom Legeforeningen endrer politikk, betyr det en stor svekkelse av den alliansen som har forsvart akuttberedskapen ved lokalsykehusene, og dermed deres status som fullverdige sykehus. Legeforeningens posisjon har tydeliggjort at sentraliseringstilhengernes bruk av «kvalitet» som begrunnelse for å bygge ned lokalsykehusene er omstridt blant fagfolk.

³ Dagens Næringsliv 17.01.2015: «Kirurger støtter akuttmedleggelse».

7 Hva skjer i Sykehuset Innlandet?

SI Tynset er, som nevnt, i dag en del av Sykehuset Innlandet HF. Sykehuset Innlandet HF er på sin side en del av Helse Sør-Øst RHF, og omfatter de fire sykehusene i Mjøs-regionen (Lillehammer, Hamar, Gjøvik og Elverum) og de to lokalsykehusene Kongsvinger og Tynset.

Det foregår nå to parallelle prosesser i Sykehuset Innlandet HF. I en presentasjon fra ledelsen ved Sykehuset Innlandet HF omtales dette slik⁴:

- *Sykehuset Innlandet gjennomfører som kjent to endringsprosesser som har dels overlappende mål: Å skape gode tjenester til pasientene, gjennom å videreutvikle det faglige tilbudet*
- *Det faglige omstillingsarbeidet innenfor den somatiske virksomheten skal legge til rette for at Sykehuset Innlandet kan møte nye kvalitetskrav innenfor dagens struktur i et 10-års perspektiv*
- *Det langsiktige, strategiske arbeidet med å utvikle en framtidig sykehusstruktur skal føre til en langsiktig løsning fra 2025, og med et planleggingsperspektiv mot 2040*

Som grunnlag for omstillingsarbeidet for den somatiske virksomheten ga styret for sykehuset blant annet følgende mandat til arbeidsgruppen som skulle utrede dette⁵:

- *Styret ber administrerende direktør iverksette et arbeid for å legge fram forslag til faglige og kvalitetsmessige tiltak for omstilling av det somatiske pasienttilbudet senest i styremøtet 28. november 2014.*
- *Arbeidet skal omfatte somatikk og habilitering/rehabilitering og bygge på prosessen "Omstilling somatikk" i 2012-2014 og de innspillene som har kommet fra ledergrupper, fagmiljøer og tillitsvalgte i denne perioden.*
- *Omstillingsarbeidet skal videre bygge på nasjonale faglige retningslinjer, faglige føringer fra Helse Sør-Øst inkludert styresak 108/2008, erfaringer og beslutningsunderlag fra tilsvarende prosesser i andre helseforetak, samt trender innen moderne sykehusdrift.*

Vi ser at det i utdraget fra mandatet henvises til prosessen «Omstilling somatikk». Dette prosjektet foregikk i Sykehuset Innlandet i perioden 2012-2014, og i november 2014 presenterte en arbeidsgruppe en sluttrapport fra prosjektet. Arbeidsgruppen baserte seg på såkalt «oppdragsstøtte» fra konsulentfirmaet Deloitte. Deloitte hadde i sin tid også vært sentrale i arbeidet med den såkalte Hovedstadsprosessen, som resulterte i styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF (som det også henvises til i

⁴ Fra presentasjon fra fagdirektør Toril Kolås, gitt til formannskapet i Tynset kommune, 05.03.2015

⁵ Fra Sykehuset Innlandet HF «Omstilling Somatikk», Sluttrapport s. 4

Rapport 1:2015

mandatet). I det følgende skal vi gjengi, og kommentere, noen av de mest relevante konklusjonene fra styresaken i RHF-et og sluttrapporten «Omstilling somatikk».

I styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst ble det bestemt at utviklingen av helsetjenestene i regionen skal ta utgangspunkt i definerte opptaksområder / sykehusområder. Sykehuset Innlandet ble definert som ett sykehusområde. Av aktuelle føringer fra denne styresaken legger arbeidsgruppen vekt på blant annet følgende i sluttrapporten fra «Omstilling somatikk»:

«Akutfunksjoner i kirurgi og ortopedi, samt spesialiserte funksjoner innen andre fagområder, ble vedtatt samlet under én ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde. En sentral diskusjon knyttet til samlingen av kirurgiske og ortopediske akutfunksjoner, handlet om hvorvidt det var forsvarlig å ha sykehus med indremedisinske akutfunksjoner uten kirurgiske akutfunksjoner (lokalsykehus med tilpassede funksjoner). Sykehus med akutfunksjoner kun i indremedisin har eksistert i flere år, også i Norge, blant annet ved Lovisenberg diakonale sykehus. Konklusjonen var at slike sykehus fungerte godt og det sentrale spørsmålet ble derfor ikke hvorvidt slike sykehusmodeller var forsvarlig, men under hvilke betingelser slik sykehus skulle etableres, herunder avstander til sykehus med kirurgiske/ortopediske akutfunksjoner, samt hvilke pasienter som kunne legges inn på sykehus uten slike funksjoner.

Hovedbegrunnelsen for å samle akutfunksjoner innen kirurgi og ortopedi var de faglige anbefalingene om at det var ønskelig med et opptaksområde på mellom 300 000 og 500 000 for å sikre et tilstrekkelig volum i behandlingen» (s.12-13).

Det er påfallende at et (i denne sammenheng) viktig unntak i styrevedtaket (108/2008) ikke drøftes i «Omstilling somatikk»-rapporten. Helse Sør-Øst-styret vedtok nemlig at: «I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak». Denne åpningen for å fravike sentraliseringspolitikken blir ikke en gang nevnt.

Det er derimot åpenbart at sentraliseringstenkingen ligger til grunn for de prosessene som i dag pågår i flere av de regionale helseforetakene, og som ifølge professor Bjarne Jensens (ref. rapporten «Helsereformer på feil premisser») ser ut til å ende med at antall sykehus med akutfunksjoner kan bli redusert fra dagens rundt 50 til 24-28. Uttalelsene fra helseministeren tyder på at lignende tanker ligger til grunn for arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan. Og arbeidsgruppen for «Omstilling somatikk» har tatt dette på alvor. I rapportens avsnitt 4.5 Akuttmottakene, konkluderer man slik:

«Føringene i styresak 108/2008 i Helse Sør-Øst, der det påpekes at fragmentering av pasientforløp må begrenses i størst mulig grad, særlig innen

Rapport 1:2015

akuttforløp, og videre anbefaling om at akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner som hovedregel skal samles under én ledelse og fortrinnsvis på ett sted i hvert sykehusområde er helt tydelige. Med bakgrunn i disse føringene, samt ressursmessige vurderinger og faglige anbefalinger angående størrelse på opptaksområde for å ivareta faglig kvalitet innen ulike spesialiteter, er den samlede vurdering og anbefaling at allsidig akuttmottak lokaliseres til ett til to sykehus i Sykehuset Innlandet. Indremedisinsk akuttfunksjon kan opprettholdes ved alle sykehusene i helseforetaket» (s. 63).

For SI Tynset betyr dette at den kirurgiske akuttberedskapen skal legges ned. Den samme konklusjonen kommer man til når det gjelder traumemottaket ved sykehuset. Det heter:

«... er den samlede vurdering at traumemottak (sykehus med traumefunksjon) lokaliseres ved ett eller to sykehus med allsidig akuttfunksjon i Sykehuset Innlandet. Dette vil medføre lenger evakueringsavstand for noen pasienter, men gevinsten vil være at pasienten blir tatt hånd om av et kompetent traumeteam i et sykehus med allsidige akuttfunksjoner og bredde i de spesialiserte funksjonene» (s. 68)

Som vi ser, anbefaler fagmiljøet i Helse Sør-Øst og i Sykehuset Innlandet, godt støttet opp av helsebyråkrater og konsulenter, at sykehuset på Tynset skal bygges kraftig ned. Traumemottaket og den kirurgiske akuttberedskapen skal avvikles og sentraliseres til ett eller to sykehus i Mjøs-området.

For befolkningen i Fjellregionen vil det få alvorlige konsekvenser, og etter manges syn truer det hele sykehusets fremtid. Før vi går grundigere inn i dette, skal vi se på hvilken konkret analyse som ligger til grunn for konklusjonen i prosjektet «Omstilling somatikk» i sykehuset Innlandet.

I sluttrapporten gis det en vurdering av dagens kvalitetsutfordringer i Sykehuset Innlandet HF. Problemet er at de konklusjoner man trekker for Sykehuset Innlandet som helhet i liten grad er bygd på en konkret analyse fra hvert av lokalsykehusene. Det vises f.eks. til uheldig og utbredt bruk av vikarer (s. 23), at det er mangel på sykepleiere med spesialutdanning (s. 23), at man har problemer med å rekruttere leger (s. 30), at mye legetid bindes opp i for mange vaktordninger (s. 30), mv. Men realiteten er at sykehuset på Tynset knapt sliter med noen av disse problemene. Der er det lite bruk av vikarer, og det er ingen problemer med å rekruttere leger og vaktordningen går ikke ut over legenes tid til behandlinger på dagtid. Likevel brukes de generelle beskrivelsene som grunnlag for å anbefale at nettopp sykehuset på Tynset skal bygges ned.

8 Nasjonal helse- og sykehusplan

I regjeringserklæringen til den blåblå regjeringen fra høsten 2013 ble det varslet at man ville legge frem for Stortinget et forslag til Nasjonal helse- og sykehusplan. I erklæringen skriver man:

«Regjeringen vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Helse- og sykehusplanen skal blant annet inneholde en definisjon av innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstyrsbehov og investeringsplaner.

Sykehusplanen må også omhandle lokalsykehus og den viktige rollen de har for å sikre beredskap for liv og helse i hele landet.»

Vinteren 2015 opplyser Helsedepartementet at planen vil bli lagt frem høsten 2015. Ut fra de signaler som kom fra helseminister Bent Høie i januar 2015 (se foran) går regjeringen inn for en kraftig sentralisering av den kirurgiske akuttberedskapen og en åpenbar nedbygging av lokalsykehusene.

For SI Tynsets vedkommende var det imidlertid statssekretær Anne Grethe Erlandsens uttalelser til media i tilknytning til utspillet som var viktigst. Hun uttalte blant annet følgende til avisa Østlendingen 13. januar 2015:

«Vi må ikke generalisere, og Tynset har så lang avstand til andre sykehus, at her vurderer vi noe annet enn bare innbyggertall. Her tenker vi annerledes, og vurderinga er at tilbudet blir som dagens. ... Det omfanget de har på akuttkirurgi ser riktig ut for innbyggerne som sokner til sykehuset på Tynset».

Det tydelige signalet nådde også administrerende direktør Morten Lang-Ree i Sykehuset Innlandet RF. Han uttalte til Østlendingen 14.01.2015:

«Nå vil jeg forholde meg til overordnede signaler og orientere styret om signalene fra departementet i neste styremøte.»

I protokollen fra styremøtet i Sykehuset Innlandet 22.01.2015 var følgende tatt inn:

«Akuttkirurgien på Tynset opprettholdes som i dag i tråd med føringer og begrunnelse fra helseministeren slik det er uttrykt i intervju med statssekretær Erlandsen i Østlendingen den 13. januar 2015.»

Dette standpunktet er gjentatt, både fra statssekretæren og helseministeren, i flere sammenhenger i tiden etterpå. I det følgende skal vi gjengi utdrag fra referatet fra

Rapport 1:2015

Stortingets spørretime 18.02.2015. Der stilte SPs Per Olaf Lundteigen helseministeren følgende spørsmål:

«Den politiske ledelsen i Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Tynset skal ha kirurgisk akuttberedskap. Vil statsråden bekrefte dette overfor helseforetakene ved beslutning i foretaksmøte?»

Statsråd Bent Høie svarte:

«I sykehustalen i januar presenterte jeg tre mulige modeller for norsk sykehusstruktur i fremtiden: Vi kan fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til, eller vi kan følge en tradisjonell medisinsk tenkning som tilsier at akutfunksjoner i indremedisin alltid må være sammen med akutfunksjoner i kirurgi. Når kirurgien sentraliseres av medisinske grunner, vil det bety vesentlig færre akuttinntak og dermed vesentlig færre sykehus.

Den tredje muligheten er at vi opprettholder vår desentraliserte sykehusstruktur, men tilpasser akutfunksjonene basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus i nærheten av der mange pasienter bor.

Disse tre modellene vil bli belyst i Nasjonal helse- og sykehusplan som legges fram for Stortinget til høsten. Fram til da har jeg invitert til en åpen debatt om hvilken utviklingsretning vi skal velge for sykehusene i fremtiden.

I de tre modellene er befolkningsgrunnlaget ett av flere kriterier som kan brukes for å definere ulike typer sykehus. Det kan aldri bli det eneste kriteriet. I vårt land må vi ta hensyn til vær, avstander og framkommelighet når vi tenker akuttberedskap. Sykehuset på Tynset er et eksempel på at stor avstand til andre sykehus må ha betydning for plasseringen av akutfunksjoner. Tilsvarende har jeg uttalt at det på grunn av de store avstandene vil være helt uaktuelt ikke å ha akuttkirurgi i Kirkenes og Hammerfest.

Når det gjelder representanten Lundteigens spørsmål om hvorvidt jeg vil bekrefte mine synspunkter i foretaksmøtet, har jeg ikke tatt stilling til om det er behov for det.»

I replikkvekslingen etterpå fulgte Lundteigen opp med blant annet følgende:

«... regner jeg også med at det som statssekretær Erlandsen sa i Østlendingen 13. januar 2015, er noe statsråden kan slutte seg til. Statssekretæren sier der avslutningsvis at det hun har sett og hørt, er musikk i hennes ører, og hun har full tillit til at sjukehuset på Tynset driver faglig forsvarlig, sjøl om kravene endrer seg. «Det må de fortsette med. Det omfanget de har på akuttkirurgi ser riktig ut for innbyggerne som sokner til sjukehuset på Tynset, og for skadede som får behandling».

Er statsråden enig i uttalelsen?»

Statsråd Bent Høie svarte:

Rapport 1:2015

«Jeg har ingen ting å utsette på min statssekretærs kloke betraktninger på dette området. Det er helt i tråd med det som er vår tenkning, nemlig at det er viktig å ha noen overordnede, klare føringer for hvordan sykehusstrukturen i Norge skal utvikles. Så er Norge et land der man også er nødt til å ta hensyn til geografi, til avstand, til vær, og da har vi valgt å være tydelig på disse tre eksemplene som vi mener nettopp framhever det poenget.»

I Lundteigens oppfølging etterlyste han en formalisering i foretaksmøtet. Han sa bl.a.:

«Nå har vi fått ytterligere presisert fra statsråden på Stortingets talerstol at det er helt uaktuelt ikke å ha kirurgisk akuttberedskap på Tynset, i Kirkenes og Hammerfest. Er det ikke Stortingets vilje at en slik beslutning skal fattes i foretaksmøtet for dermed å skape den nødvendige juridiske trygghet, slik som er etterlyst i mange saker om disse temaene?»

Statsråd Bent Høie svarte:

«Sykehuset Innlandet er i gang med en utviklingsplan som de diskuterer i styret. Det er jo ikke slik at fordi den politiske ledelsen ikke har uttrykt et standpunkt i et foretaksmøte, er det forbudt av helseforetakene å lytte til det som blir sagt, og ta det med seg i sine vurderinger, enten det sies i media, i den offentlige debatten eller fra Stortingets talerstol. Det hadde vært tilfellet hvis styret ved Sykehuset Innlandet hadde vedtatt det motsatte, nemlig at de ikke ville ha akuttkirurgi på Tynset. Da hadde det vært nærliggende for meg å ta det opp i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst og gitt føringer om det motsatte. Det er den eneste måten jeg kan instruere Sykehuset Innlandet på. Alt annet må de eventuelt ta med seg i sine vurderinger, og jeg synes de her har gjort en klok vurdering».

Etter dette kan det ikke herske noen som helst tvil om at det vil bli tatt en politisk beslutning som overprøver styrene og helsebyråkratene i Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Innlandet HF. I denne omgang vil den kirurgiske akuttberedskapen ved sykehusene i Kirkenes, Hammerfest og Tynset bli opprettholdt. Derimot brenner det et blått lys for beredskapen ved alle de andre lokalsykehusene rundt om i landet. På den bakgrunn kan det være av allmenn interesse å se grundigere på hvilket såkalt «faglig grunnlag» foretaksledelsen baserte sitt forslag om å legge ned den kirurgiske akuttberedskapen på Tynset. Hvilke konkrete analyser er gjort? Hva vet man om kvaliteten på det tilbudet som sykehuset på Tynset gir? Hvordan belegger man at sentralisering skal gi befolkningen kvalitativt bedre tjenester?

Før vi går inn i disse spørsmålene, skal vi ta med en viktig effekt av et eventuelt sentraliseringsforslag, som rapporten «Omstilling somatikk» knapt nok nevner. For å gi befolkningen i Fjellregionen et best mulig helsetjenestetilbud er det over tid bygd opp et samarbeid mellom Helse Midt- Norge og Helse Sør-Øst. En nedbygging av sykehuset på Tynset vil rive grunnen unna dette samarbeidet, og er i direkte motstrid til det tidligere utredninger har anbefalt.

9 Sykehusstilbudet i Fjellregionen

Gjennom flere år har det pågått et arbeid for å samordne spesialist-heltjenestetilbudet til befolkningen i Fjellregionen. Foruten de sju kommunene i Nord-Østerdalen som hører til Sykehuset Innlandet HF, består regionen også av de to Sør-Trøndelagskommunene Røros og Holtålen. Befolkningen i de to sistnevnte hører til området for Helse Midt-Norge, med St Olavs Hospital i Trondheim som hovedsykehus. En arbeidsgruppe med representanter for fra begge helseforetakene (Sykehuset Innlandet HF og St Olavs Hospital HF) la i mars 2013 frem en innstilling som anbefalte samordning av det somatiske akutttilbudet i Fjellregionen. Konklusjonen var slik:

«Gruppen anbefaler at Tynset skal være det lokale akuttsykehuset for befolkningen i Fjellregionen. I all hovedsak skal man følge en funksjonsfordeling som finnes for de pasientene som behandles på Tynset i dag. Gruppen anbefaler også at alle kommunene i Fjellregionen innlemmes i opptaksområdet for Tynset sjukehus. Samlet sett vil det anbefalte tilbudet gi befolkningen i Røros økt nærhet til akuttfunksjonen, samt bidra til å styrke akutttilbudet i regionen. Det er viktig å presisere at pasienten selv ikke har rett til å velge sykehus i øyeblikkelig hjelp situasjoner...

Gruppen anbefaler at akutttilbudet for befolkningen i Fjellregionen fortsatt ivaretas i sykehus. Alternativ til akuttfunksjon i sykehus er å styrke ambulansetilbudet. Det vil innebære økt antall ambulanser, samt nyetablering av ambulanshelikopter. Gruppen mener at akutttilbud basert på ambulanse og helikopter ikke vil gi befolkningen i Fjellregionen et tilstrekkelig godt faglig tilbud.»⁶

Vi ser at arbeidsgruppen anbefaler at SI Tynset skal være lokalsykehus med akutttilbud til befolkningen i hele Fjellregionen, på tvers av fylkes- og RHF-grensene. Det betyr blant annet at befolkningsgrunnlaget for SI Tynset øker med om lag 7 000 personer, til en befolkning på ca 25 000 innbyggere.

Men viktigere er det at samarbeidet mellom SI Tynset og St Olavs Hospital er med på å vedlikeholde og utvikle kvaliteten på det medisinske tilbudet til pasientene i Fjellregionen. Legene på Tynset er i jevnlig kontakt med spesialister på St Olav for å diskutere behandlingsstrategier og pasientforløp. Det bidrar til at befolkningen får bedre tjenester, og at de får riktig behandling på riktig sted. En avvikling av akuttkirurgien på Tynset vil rive bort grunnlaget for dette samarbeidet, og vil føre til at det akuttmedisinske tilbudet blir flyttet bort fra befolkningen i regionen.

⁶ Fra rapporten «Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen». 20. mars 2013, utarbeidet på oppdrag fra Sykehuset Innlandet HF og St Olavs Hospital HF.

Rapport 1:2015

Det er også verdt å merke seg at arbeidsgruppen, som bestod av representanter for primærleger, brukere, ansatte, samt spesialister innenfor kirurgi, medisin, ortopedi og akutt/anestesi i de to foretakene, konkluderte med at et ambulansebasert tilbud ikke er godt nok. Det er med andre ord ingen «faglig enighet» om at ambulansetjenesten og et stort sykehus 20-30 mil unna kan erstatte lokalsykehusets akuttfunksjoner på en like god, eller bedre, måte.

Arbeidsgruppen har sett særskilt både på akutttilbudet innen ortopedi, kirurgi og indremedisin, og anbefaler at beredskapen opprettholdes på SI Tynset for alle områder. Og i stedet for en avvikling av deler av tilbudet, anbefales det at samarbeidet utvides og forsterkes. Av foreslåtte anbefalinger tar vi med følgende⁷:

- Utsendelse av informasjon om Røros Sykehus og SI Tynset sjukehus til fastleger med flere, samkjøres og sendes ut samlet.
- Etablere en felles innkjøpsordning for enheten, og samkjøre metode og prosess i større utstrekning
- Sikre fagutveksling, personell- og kompetanseoverføring mellom Røros Sykehus og Tynset Sjukehus
- Vurdere felles bemanningspool, spesielt hensiktsmessig med tanke på ferieavvikling og sykdom.

Arbeidsgruppen har presisert at spesialisthelsetjenesten må tydeliggjøre at det er et samarbeid, slik at Fjellregionen fremstår som en planleggingsenhet overfor lokalbefolkningen og primærhelsetjenesten.

Vi ser her et eksempel på at det i Fjellregionen bygges ut et samarbeid nedenfra. Man prøver både å få til et godt samarbeid mellom de lokale enhetene, og man spiller på de ressursene man har tilgang til i de store sykehusene i sine respektive foretak. En avvikling av viktige akuttfunksjoner ved SI Tynset vil rive grunnen unna dette samarbeidet, og den kvaliteten og tryggheten det representerer for befolkningen. Det er oppsiktsvekkende at problemstillingen overhodet ikke berøres eller analyseres i det planarbeidet som pågår i Sykehuset Innlandets somatikkområde.

⁷ Fra rapportens Oppsummering, s. 40

10 Kvalitet på Tynset Sjukehus

10.1 Tynset-modellen

Det viktigste grepet i SI Tynsets rekrutteringsstrategi er den såkalte «Tynset-modellen». Det innebærer at man benytter en tilpasset Nordsjø-turnus for legene ved sykehuset. De veksler mellom to uker vakt og tre til fire uker ubunden arbeidstid. Dette har gjort det mulig å rekruttere en stabil bemanning av medisinsk fagpersonell til sykehuset. Legene / spesialistene ansettes i faste stillinger ved SI Tynset, men de har (normalt) ikke fast bopel på Tynset. De pendler. Denne ordningen har vist seg særlig populær blant en gruppe medisinerere som tjener SI Tynset svært godt; legespesialister i alderen femti pluss med solid erfaring og høy kompetanse innenfor sine spesialiteter. Så langt har utlyste stillinger særlig blitt søkt på av erfarne og godt kvalifiserte leger fra Sverige, og over flere år har de svenske legene dominert legegruppen på SI Tynset. Ifølge ledelsen ved sykehuset har det etter hvert også blitt flere norske søkere, men det er først og fremst relevant kompetanse som vektlegges i ansettelsesprosessen. Leger med lang erfaring fra medisinsk-faglig ledelse, klinisk praksis og forskning ved store universitetssykehus søker seg til faste stillinger på Tynset. De har kommet til et punkt i livet hvor Tynset-modellen anses som mer attraktivt enn fortsatt stress og karrierejag på de store akutt sykehusene. Og stabiliteten i denne gruppen har vist seg fullt på høyde med det en finner andre steder. Driften ved SI Tynset, inklusive ferieavviklingen, skjer stort sett uten bruk av legevikarer.

Innenfor dagens driftsmodell, med både medisinsk og kirurgisk akuttberedskap, brukes legenes kompetanse på en god og kostnadseffektiv måte. Den kirurgiske beredskapen dekkes av ortoped og kirurg som er i sin to ukers vaktperiode. De arbeider med elektiv ortopedi og kirurgi på dagtid, men er på «fritiden» innkvartert i sykehusets nærområde og har til enhver tid på døgnet maksimalt 30 minutters responstid. De er i beredskap, som en del av arbeidsoppgavene. Lønnsavtalene for legene er bygd på en fast sum pr årsverk, og årsverket består av de avtalte arbeidsøktene i Tynset-modellen. Turnusen anses som en nødvendig betingelse for rekruttering av legene, også om det bare hadde vært til elektiv virksomhet på dagtid. Når de først er på plass, vil det være meningsløst ikke å benytte deres kompetanse og arbeidskraft til både elektiv praksis og akuttberedskap. Det er det SI Tynset gjør i dag.

Spørsmålet er så om de kan levere tjenester på et forsvarlig og godt faglig nivå?

10.2 Vurderinger i SI Innlandets «Omstilling somatikk»

I sluttrapporten i SI Innlandets prosjekt «Omstilling somatikk» heter det på side 63: «... Med bakgrunn i disse føringene (fra styresak 108-2008 fra Helse Sør-Øst, om at akuttfunksjoner som hovedregel skal samles på ett sted i hvert sykehusområde, vår merknad), samt ressursmessige vurderinger og faglige anbefalinger angående størrelse på opptaksområde for å ivareta faglig kvalitet innen ulike spesialiteter, er den samlede vurdering og anbefaling at allsidig akuttmottak lokaliseres ved ett eller to sykehus i Sykehuset Innlandet.»

I denne konklusjonen ligger det at den kirurgiske akuttfunksjonen ved Sykehuset på Tynset anbefales lagt ned. Konklusjonen er i tråd med styrevedtaket i Helse Sør-Øst, som sier at sentralisering av akuttfunksjoner skal være hovedregelen. Gjennomgangen av innholdet i Tynset-modellen (se ovenfor) viser, gitt premisset om at arbeidstidsordningen uansett er nødvendig for å rekruttere godt kvalifiserte leger til Tynset, at akuttfunksjonen på Tynset således drives meget kostnadseffektivt. Dette drøftes ikke noe sted i rapporten «Omstilling somatikk», og det er uklart hvilke ressursmessige vurderinger som ligger til grunn for forslaget om sentralisering til ett eller to sykehus.

Vi står dermed igjen med spørsmålet om det akuttkirurgiske tilbudet på SI Tynset er faglig forsvarlig og godt nok? Dette krever en langt grundigere og mer detaljert analyse enn det som presenteres i rapporten «Omstilling somatikk».

For å avgjøre om SI Tynset kan gi et faglig godt akuttkirurgisk tilbud, er det i alle fall tre ulike dimensjoner som må belyses: 1. Hva er alternativet for de aktuelle pasientene? 2. Hva skal det konkrete innholdet i en kirurgisk akuttberedskap på SI Tynset være? 3. Hvordan henger denne funksjonen sammen med andre deler av virksomheten ved SI Tynset?

1. Hva er alternativet for pasientene i Fjellregionen?

Dersom tilbudet ved SI Tynset avvikles, må pasienter fra Fjellregionen som trenger akutt kirurgisk helsehjelp, uansett hva problemet består i, fraktes til et sykehus ved Mjøsa. Innbyggerne i de to Sør-Trøndelagskommunene vil få St Olav i Trondheim som nærmeste akutt sykehus. Normalt vil dette forlenge transporttiden frem til sykehuset med pluss / minus to timer. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt et traumesystem med et regionalt traumesenter (Oslo Universitetssykehus) og lokale traumemottak på et antall sykehus. Hardt skadde pasienter som ikke kan nå det regionale traumesenteret (OUS) innen 30 minutter, skal kunne bringes til et lokalt traumemottak innen den samme tidsfristen. SI Tynset er i dag et lokalsykehus med godkjent traumemottak. Alternativet, med to-tre timer i ambulans, kan i kritiske tilfeller være forskjellen mellom liv og død, og vil i alle fall kunne ha stor betydning for pasientenes fremtidige helsetilstand.

Rapport 1:2015

I mindre alvorlige tilfeller handler det om at pasienter skal sendes 200-300 km bort fra sitt hjemsted for en behandling som de kunne fått på sitt lokalsykehus.

Tilhengerne av sentralisering baserer seg på at initial stabilisering og traumebehandling kan ivaretas av ambulansetjenesten. I de mest akutte tilfellene vil luftambulansen være et alternativ, men ambulanserbiler vil være normalen.

I rapporten «Omstilling somatikk» vises det til statistikk tilbake fra 1999 fra Luftambulansetjenesten ved Dombås-basen som viser at «i størrelsesorden 15 % av henvendelsene blir avvist, og av dette er værforhold årsak til avvisning i omtrent 40 % og samtidigetskonflikter om lag 15 %» (s. 67).

Ved SI Tynset påpekes det at tallene ikke gir et fullgodt bilde av luftambulansens tilgjengelighet. Der kjenner man godt til hvilke værforhold som tillater helikopterflyging, og når den aktuelle værforholden er for dårlig kaster man ikke bort tid på å prøve å rekvirere luftambulanse. Statistikken gir derfor et for positivt bilde av tilgjengeligheten. På den andre siden tilkalles luftambulansen i dag først og fremst i forbindelse med store, akutte traumer (trafikkulykker o.l.), og antatt alvorlig sykdom med stor grad av hast. Da skal pasientene uansett transporteres til nærmeste store sykehus som har mottak med nødvendig komplementær fagkompetanse. Det er standard prosedyre i dag.

For pasientene i fjellregionen handler det mer om hvor man kan få akutt kirurgisk hjelp i alle de tilfeller hvor det ikke er snakk om høyt spesialisert og seksjonert behandling. Hoveddelen av akutte-tilfellene handler om «hverdagstraumatologi», som bruddskader, forstuinger og generell kirurgisk diagnostikk og eventuell behandling. Skal man da sendes med ambulanse til sitt lokalsykehus 30-60 minutter unna, eller skal man kjøre forbi dette og til et stort akuttsykehus rundt to-tre timer lengre vekk?

For pasientene handler dette både om trygghet og om ikke å bli påført unødige påkjenninger. I alvorlige situasjoner, hvor luftambulanse ikke er tilgjengelig, vil 2-2,5 timer transporttid være farlig og uakseptabelt. I rapporten «Omstilling somatikk» opereres det med at ambulansen vil bruke 1 t og 45 min fra Tynset til Elverum, som da vil være nærmeste sykehus. En gjennomgang av statistikk fra avdelingen for prehospitaltjenester for årene 2009-2014 («røde og gule turer») viser at bare 6 % av deres utrykninger holdt seg innenfor denne tidsrammen. Gjennomsnittlig utrykningstid var 2 timer og 20 min; halvparten av turene tok mer enn 2 timer og 26 minutter (median), og 25 prosent av turene tok mer enn 2 timer og 35 minutter. Dersom Hamar eller Lillehammer blir nærmeste akuttsykehus, økes kjøretiden med ytterligere 20-30 minutter. Etter vår vurdering beveger «Omstilling somatikk»-rapporten seg på grensen til desinformasjon, når den fremstiller kjøretiden som kortere enn det den normalt vil være

Rapport 1:2015

I mindre alvorlige tilfelle skal pasientene kjøres til et sykehus som ligger så langt borte at det er vanskelig for pårørende å besøke dem under oppholdet. Det påfører både pasienter og pårørende unødvendige påkjenninger.

2. Hva skal være innholdet i kirurgisk akuttberedskap ved SI Tynset?

Utgangspunktet for dagens akuttberedskap ved SI Tynset er selvsagt at det tilbudet man gir skal være faglig forsvarlig. Man skal ikke gjøre alt, men det man gjør skal holde høy kvalitet. Dette sikres på flere måter. For det første foreligger det, som nevnt, definerte seleksjonskriterier for hvilke akutt-tilfeller som skal tas inn til sykehuset, og hvilke som skal sendes direkte til et større sykehus. For det andre er det en klar forståelse av, og praksis for hvordan SI Tynset inngår i en akutt-medisinsk behandlingsskjede. Og for det tredje skal det medisinsk-faglige personalet på sykehuset holde en høy faglig standard. Disse momentene kan utdypes slik:

- Om mulig skal alvorlig skadde pasienter, fra ulykker mv., sendes direkte til et større sykehus. Om nødvendig kan lokalsykehuset gjennomføre nødkirurgiske inngrep og stabilisering før videre transport. Dermed økes sjansene for overlevelse og et best mulig utfall for pasienten. Slik nødkirurgisk kompetanse finnes i dag ved SI Tynset og er en viktig del av den akutt-medisinske beredskapen.
- Lokalsykehuset inngår i en akutt-medisinsk behandlingsskjede. Man samarbeider både med primærleger, ambulansetjenesten og med de større sykehusene. Det er i dag et tett og godt samarbeid med fastlegene i regionen, og disse kjenner sykehusets kompetanse og begrensninger godt. Legevakt-sentralen for Nord-Østerdalen er plassert på SI Tynset og er en integrert del av sykehusets fagmiljø. Der hvor det er nødvendig med nødkirurgi og stabilisering før traumatiserte pasienter kan sendes videre, skjer det i nært samarbeid med traumesenteret på det nærmeste store sykehuset. SI Tynsets kirurger har kompetanse til å vurdere om videretransport er nødvendig og riktig, eller om man kan gi en forsvarlig og god behandling i lokalsykehuset. Telemedisin gjør at både tvilstilfeller og lokal behandling kan håndteres i et nært samarbeid med spesialister på et av de større sykehusene.

Helse Sør-Øst har detaljerte krav til sykehus som kan inngå i foretakets helhetlige traumebehandlingssystem. SI Tynset tilfredsstiller i dag alle de aktuelle kriteriene, og det gjennomføres regelmessige øvelser for å trene staben i håndtering av akutte traumesituasjoner (se kap. 11). Ved sykehuset opplyser man at det årlig kommer inn 60-70 traumepasienter. De fleste av disse blir vurdert og behandlet i lokalsykehuset. De siste årene har det vært 1-2 hardt skadde (multitraumatiserte) pasienter pr år, hvor ambulansen kommer til SI Tynset for spesialistvurdering og stabiliserende nødkirurgi før videre transport til et større sykehus.

- Det er i dag et svært kompetent fagmiljø på SI Tynset. Ortopedene har alle lang og meget solid erfaring før de blir ansatt på Tynset. Det utføres årlig til sammen rundt 370 elektive proteseoperasjoner på SI Tynset, og i tillegg har flere praksis ved sykehus eller klinikker i Sverige eller Norge de ukene de ikke er på Tynset. Spesialistene innenfor generell kirurgi er også meget erfarne. Sammen har sykehusets kirurger en breddekompetanse som sikrer at vurdering, observasjon og behandling kan skje på et høyt faglig nivå. Den kontinuerlige og nære kontakten mellom spesialistene på SI Tynset gjør at den samlede kompetansen blir utnyttet på en god og effektiv måte. Det er kort vei mellom avdelingene. De har også etablert rutiner for systematisk kontakt og samarbeid med spesialister på de større sykehusene. Gjennom kurs og praksis ved andre sykehus sørger spesialistene for å holde seg faglig oppdatert.

3. Hvordan henger den kirurgiske akuttberedskapen sammen med andre deler av tilbudet ved SI Tynset?

For tiden er det et omforent premiss for sykehuspolitikken i Norge⁸ at ingen lokalsykehus skal legges ned. Den aktuelle diskusjonen handler, som nevnt, om hvorvidt (de fleste) lokalsykehusene kun skal ha indremedisinsk akuttberedskap. Det synes å være enighet om at den indremedisinske akuttberedskapen må omfatte bløtdelskirurg (ref. blant annet uttalelsen fra lederen for Norsk kirurgisk forening Arne-Christian Mohn⁹. Bakgrunnen er at det må kunne gjøres vurderinger av, og eventuelt raskt foretas nødkirurgiske inngrep på pasienter i medisinsk avdeling (med akutt sykdom i indre organer, for få stoppet blødninger, o.l.). Slike situasjoner kan oppstå til alle døgnets tider.

Men dette er ikke det samme som kirurgisk akuttberedskap, som innebærer at sykehuset har traumemottak i forbindelse med ulykker, bruddskader, mv. Uten beredskap kan ikke sykehuset på Tynset være befolkningens nærmeste sykehus ved kritisk sykdom eller skade.

Vi har tidligere omtalt hvordan de som inngår i den kirurgiske akuttberedskapen arbeider med elektiv ortopedi og bløtdelskirurgi på dagtid. Rekrutteringen, kvaliteten og stabiliteten i den medisinskfaglige bemanningen henger helt og fullt på Tynsetmodellens arbeidstidsavtale. Det er helheten i denne organiseringen som både gir gode tjenester og effektiv ressursutnyttelse.

I dag fremstår SI Tynset som et effektivt og godt lokalsykehus, som tjener befolkningen i Fjellregionen på en god måte. Samtidig er det klart at dette er et lite

⁸ Ref. Lokalsykehusutredningen til Helsedepartementet fra 2007, styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst, Legeforeningens vedtak 2015(????), mm.

⁹ <http://www.dn.no/nyheter/politikk/Samfunn/2015/01/16/2151/Helse/kirurger-sttter-akuttmedleggelse>

Rapport 1:2015

sykehus, med alle de begrensinger det innebærer. Sykehuset skal ikke behandle alle typer sykdom, verken akutt eller elektivt. F.eks. vil all avansert kreftbehandling skje ved (eller styres fra) et større sykehus. Men SI Tynset er et viktig ledd i den akuttmedisinske kjeden og det er behandlingssted for de fleste «hverdagslidelser» som befolkningen opplever. For alle disse områdene finnes det veldefinerte protokoller, som skal sikre at pasientene kommer til rett sted og får behandling av høy kvalitet der de kommer. I en region med store avstander bidrar lokalsykehuset til at befolkningen ofte kan få behandling nærmest mulig sitt hjem og sine pårørende. Det faktum at hjelpen er nær, og at behandlingen ofte kan skje nært, er av stor betydning for befolkningens trygghetsopplevelse. Men samtidig som fagmiljøene på SI Tynset er kompetente, er de små – og dermed sårbare, på sin måte. Dersom man stripper et lite sykehus for vitale funksjoner, vil det som blir igjen fremstå som mindre attraktivt for spesialister. Nedskaleringen kan gjøre det vanskeligere å rekruttere høyt kvalifiserte leger. For SI Tynsets vedkommende er det viktig at sykehuset ligger for langt unna andre sykehus til at det er realistisk at bemanningen kan sikres ved at leger ambulerer mellom flere sykehus. Sann sett er det ikke sammenlignbart med andre forsøk som er gjort med «lokalsykehus uten kirurgisk akuttberedskap» (ref. henvisningen til bl.a. Nordfjordeid, Kongsberg og Mosjøen i rapporten «Omstilling somatikk», s. 86).

Støttefunksjoner som røntgen og laboratorier blir dårligere utnyttet, og enheten som helhet fremstår dermed som mindre kostnadseffektiv. Det er med andre ord ikke uten grunn at mange frykter at nedlegging av den kirurgiske akuttberedskapen er et første steg mot en avviking av lokalsykehuset som sykehus. Befolkningen i Fjellregionen kjemper for et lokalsykehus med et 24/7-tilbud, ikke for et lokalmedisinsk senter som er åpent på dagtid.

10.3 Utdanning

SI Tynset er i dag en viktig arena for utdanning av sykepleiere og leger. Hvert år tar sykehuset imot to kull medisinstudenter fra NTNU i Trondheim. De har en 16 ukers praksisperiode ved sykehuset, og i alle studentevalueringer scorer SI Tynset meget høyt. Studentene mener de blir godt tatt imot og fulgt opp, og de får slippe til i pasientbehandlingen på en måte som verdsettes høyt.

Ved SI Tynset er det åtte turnuslegestillinger, som er helt avgjørende for at vaktplanene ved sykehuset skal gå opp. I mars 2015 var det 317 søkere til fire ledige turnusstillinger. Det sier mye om sykehusets status og popularitet som utdanningssted.

I dag stilles det krav om at turnustjenesten både skal omfatte en periode ved kirurgisk avdeling og ved indremedisinsk avdeling. Dersom den kirurgiske akuttberedskapen legges ned, vil en viktig del av grunnlaget for turnusstillingene forsvinne. I beste fall må SI Tynset få i stand et samarbeid med et annet, større sykehus for å kunne gi

Rapport 1:2015

studentene en fullverdig praksis. Om det i het hele tatt lar seg gjøre, vil SI Tynset utvilsomt bli mindre attraktivt for studentene. Uten turnusstillinger, eller uten søkere til de amputerte turnusstillinger, vil hele driften av sykehuset trues.

Mens det i mange andre sykehus er mangel på spesialsykepleiere, har SI Tynset over tid hatt stabil og god tilgang på slike. Også dette er en avgjørende forutsetning for stabil og forsvarlig drift. Den tette sammenhengen mellom alle dagens funksjoner ved SI Tynset og sykehusets status og rolle som utdanningssted, illustrerer hvordan «alt henger sammen med alt». Det er ikke mulig å plukke bort enkeltdeler uten at det får konsekvenser for andre deler av driften ved sykehuset.

10.4 Mer om kvaliteten ved SI Tynset

Fra ulike hold foretas det jevnlig evalueringer av kvaliteten på norske sykehus. Vi skal i det følgende gi et bilde av situasjonen ved SI Tynset, basert på flere, uavhengige kvalitetsmålinger. Men først skal vi ta med noen av de momenter som spesialistene ved SI Tynset selv la vekt på i intervjuer vi hadde med dem. Der ble blant annet følgende trukket frem:

- Det volumet jeg har på ortopediske operasjoner er større her på SI Tynset enn det jeg har hatt noe annet sted. Jeg gjennomfører ca 75 proteseoperasjoner pr år, i tillegg til at jeg gjør dagkirurgi og akuttkirurgi. Her blir f.eks. alle eldre med bruddskader operert inn 6-12 timer.
- De vanligste tingene, som bruddskader o.l., blir behandlet bedre her enn noe annet sted jeg har vært. På slike oppgaver har vi mer enn nok volum, og med kirurgisk akuttberedskap slipper vi å sende pasientene forbi lokalsykehuset og 20-30 mil videre med ambulanse.
- Jeg vet hva jeg kan gjøre her, og hvor jeg skal henvende meg med det vi ønsker hjelp til. Når vi har kreftpasienter her, får de like rask og god oppfølging og behandling som på et hvilket som helst annet sykehus.
- SI Tynset har rekruttert leger med bred erfaringsbakgrunn og interesse for generell kirurgi. Innen 30 minutter kan vi 24/7 mobilisere den kompetansen som skal til for å håndtere traumer på en riktig måte. Vi har den vurderingskompetansen som skal til, og vi kan enten gjennomføre nødkirurgiske inngrep eller ferdigbehandle her hos oss.
- Legene i traumeteamet vårt er alle overleger. De er i utgangspunktet meget erfarne, men sendes også på kurs og deltar i jevnlig øvelser for å holde kvaliteten oppe. Vi oppfyller alle de kriterier som stilles i Helse Sør-Østs traumebehandlingssystem, og har kompetansen til å vurdere, stabilisere og behandle de traumetilfeller som kommer til sykehuset.

10.5 Kvalitetsundersøkelser

Det gjennomføres regelmessig en lang rekke undersøkelser av kvaliteten ved norske sykehus. I det følgende skal vi presentere resultater fra et utvalg undersøkelser som gir indikasjoner på den faglige kvaliteten på det tilbudet SI Tynset gir.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er et av de sentrale miljøene som kartlegger og forsker på kvaliteten i sykehusene. Ifølge sin egenpresentasjon «fremskaffer og formidler (senteret, vår anm.) kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål».¹⁰

I februar 2015 presenterte Kunnskapssenteret 2. utgave av notatet «30 dagers overlevelse. Institusjonsrapport for Sykehuset Innlandet HF, Tynset». Der vises resultatet for undersøkelser av fire indikatorer:

- 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse (totaloverlevelse)
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for førstegangs hjerteinfarkt.

Innledningsvis presiserer Kunnskapssenteret at kvalitetsindikatorer kun gir en indikasjon på kvalitet, og at det ikke er et direkte mål på kvalitet. Det påpekes også at sykehus med få innleggelser kan ha stor variasjon fra år til år. Konklusjonen er at «Eventuelle beslutninger om kvalitetsforskjeller bør derfor ikke baseres på slik overlevelsesstatistikk, men bekreftes gjennom andre typer utredninger og undersøkelser» (s. 5). Og videre: «Mye av tallmaterialet som fremkommer i rapportene er råttall, dvs ikke justert for forskjeller i pasientsammensetning. Tallene kan for enkelte behandlingssteder i tillegg være små» (s. 7). For et lite sykehus som SI Tynset, har disse presiseringene særlig stor betydning, og illustreres tydelig i tabellen for totaloverlevelse.

I det følgende skal vi presentere resultatene for de fire indikatorene for SI Tynset. Vi gjengir (våre) utdrag av de relevante tabellene på sidene 8-11 i notatet:

¹⁰ Sitert fra side 2 i notatet «30 dagers overlevelse. Institusjonsrapport for Sykehuset Innlandet HF, Tynset», Oslo, februar 2015, 2. utgave.

Rapport 1:2015

(Utdrag av) Tabell 1: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for totaloverlevelse. Deskriptiv statistikk, ettårs data (2013).

	Tynset	Alle sykehus (unntatt Tynset)
Antall pasienter	804	173357
Antall pasientforløp	940	214548
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	143 (15,2%)	17672 (8,2%)
Kjønn: antall kvinner	460 (48,9%)	101995 (47,5%)
Alder: < 50 år	102 (11,1%)	27283 (13,4%)
Alder: 50-75 år	342 (37,1%)	96291 (47,4%)
Alder: > 75 år	478 (51,8%)	79376 (39,1%)
Medianalder år	76	70
Antall liggedøgn (gj.snitt)	5,4	9
Antall tidl. Innleggelser (gj.snitt)	7,3	8,4
Antall døde innen 30 dager	68 (7,2%)	10995 (5,1%)

Vi ser at mens 7,2 % av pasientforløpene ved SI Tynset endte med død innen 30 dager etter innleggelse, var det tilsvarende tallet for alle sykehus i Norge 5,1 %. Men samtidig ser vi at andelen pasienter over 75 år var markant høyere ved SI Tynset enn for gjennomsnittet (51,8 % mot 39,1 %).

Selv om Kunnskapssenteret oppgir at tallene er justert for blant annet alder, hersker det tvil om hvorvidt modellen håndterer de store avvikene i medianalder mellom SI Tynset og «alle sykehus» på en presis måte¹¹. I tillegg er det et faktum at de eldste pasientene, som oftere nærmer seg livets slutt, legges inn i lokalsykehusene fremfor å bli transportert til de store, spesialiserte sykehusene. Dersom man hadde justert for pasientsammensetningen på en mer presis måte, ville SI Tynset (og andre lokalsykehus) høyst sannsynlig kommet bedre ut. I tillegg slår størrelsen på sykehuset sterkt igjennom. Bak hver prosent opp eller ned for SI Tynsets vedkommende ligger det 9,4 pasientforløp, mens det tilsvarende tallet for alle sykehus er 2 145.

I sum understreker dette et overordnet poeng med slik statistikk; - den egner seg bedre som utgangspunkt for å arbeide med forbedringer i det enkelte sykehus enn til sammenligninger mellom sykehus.

Betydningen av alderssammensetningen vises godt på de tre andre indikatorene i institusjonsrapporten (s. 8-11). På overlevelsesindikatoren for hjerneslag (tabell 2) er andelen over 75 år klart større enn for gjennomsnittet (67,8 % mot 54,6 %), og det slår ut i en høyere dødelighet ved SI Tynset (19,1 % mot 13,7 %).

¹¹ Her refereres det til en diskusjon mellom representanter for Kunnskapssenteret og SI Tynset.

Rapport 1:2015

(Utdrag) Tabell 2: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hjerneslag. Deskriptiv statistikk, treårs data (2011-2013).

	Tynset	Alle sykehus (unntatt Tynset)
Antall pasienter	147	27213
Antall pasientforløp	152	28665
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	20 (13,2%)	3057 (10,7%)
Kjønn: antall kvinner	68 (44,7%)	13795 (48,1%)
Alder: < 50 år	3 (2,0%)	1470 (5,1%)
Alder: 50-75 år	46 (30,3%)	11581 (40,4%)
Alder: > 75 år	103 (67,8%)	15614 (54,5%)
Medianalder år	80	77
Antall liggedøgn (gj.snitt)	7,4	10,9
Antall tidl. Innleggelser (gj.snitt)	5,2	5,9
Antall døde innen 30 dager	29 (19,1%)	3900 (13,6%)

Når det derimot gjelder indikatorene for hoftebrudd og førstegangs hjerteinfarkt er bildet annerledes. For hoftebrudd (tabell 3) er andelen over 75 år bare marginalt høyere ved SI Tynset enn gjennomsnittet i resten av landet (85,4 % mot 82,6 %). Her er antall døde innen 30 dager 6,4 % på Tynset og 8,8 % for gjennomsnittet av alle.

(Utdrag av) Tabell 3: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for hoftebrudd. Deskriptiv statistikk, treårs data (2011-2013).

	Tynset	Alle sykehus (unntatt Tynset)
Antall pasienter	162	24423
Antall pasientforløp	171	25421
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	17 (9,9%)	2127 (8,4%)
Kjønn: antall kvinner	131 (76,6%)	18089 (71,2%)
Alder: < 50 år	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Alder: 50-75 år	25 (14,6%)	4438 (17,5%)
Alder: > 75 år	146 (85,4%)	20983 (82,5%)
Medianalder år	84	85
Antall liggedøgn (gj.snitt)	6,4	7,6
Antall tidl. Innleggelser (gj.snitt)	4,1	6,2
Antall døde innen 30 dager	11 (6,4%)	2225 (8,8%)

For førstegangs hjerteinfarkt (tabell 4) er andelen over 75 år tilnærmet lik på Tynset og i alle sykehus (44,3 % mot 44,6 %). Antall døde innen 30 dager er 14,8 % på Tynset og 12 % for alle sykehus. Vi ser at der hvor pasientsammensetningen er sammenlignbar, viser indikatorene tilnærmet samme verdier (+/- et par prosent, som høyst sannsynlig kan tilskrives effekten av ulikhetene i størrelse).

Rapport 1:2015

(Utdrag av) Tabell 4: Datagrunnlag for overlevelsesindikatoren for førstegangs hjerteinfarkt. Deskriptiv statistikk, treårs data (2011-2013).

	Tynset	Alle sykehus (unntatt Tynset)
Antall pasienter	122	34592
Antall pasientforløp	122	34592
Antall pasientforløp som foregår på to eller flere sykehus	83 (68%)	16286 (47,1%)
Kjønn: antall kvinner	49 (40,2%)	13265 (38,3%)
Alder: < 50 år	5 (4,1%)	2469 (7,1%)
Alder: 50-75 år	63 (51,6%)	16686 (48,2%)
Alder: > 75 år	54 (44,3%)	15437 (44,6%)
Medianalder år	73	73
Antall liggedøgn (gj.snitt)	6,9	7,7
Antall tidl. Innleggelse (gj.snitt)	5,3	6
Antall døde innen 30 dager	18 (14,8%)	4148 (12%)

Oppsummert er bildet at kvaliteten ved SI Tynset er fullt på høyde med gjennomsnittet for landets sykehus. Dette underbygger konklusjonene i en lang rekke undersøkelser (nasjonale og internasjonale) som sammenligner kvalitet i små og store sykehus.

I professor Bjarne Jensens rapport «Helsereformer på feil premisser» vises det til kvalitetsundersøkelser fra Kunnskapssenteret og Riksrevisjonen. Resultatene sammenfattes i følgende avsnitt om sammenhengen mellom sykehusstørrelse og kvalitet:

«Konklusjonen på disse analysene er derfor at det ikke kan påvises at større sykehus yter sykehustjenester med bedre kvalitet enn mindre sykehus. Det er tre unntak:

- Når det gjelder hjerteinfarkt skårer de store sykehusene som gruppe noe bedre enn de små.
- Når det gjelder hjerneslag skårer gruppen mindre og mellomstore sykehus noe bedre enn de store.
- Når det gjelder fødselsomsorg så er de fødendes opplevelse av kvalitet høyere i de små sykehusene enn i de store.

Det vises også ved at i Kunnskapssenterets oversikt over kvalitetsindikatorer og sykehus er det både små og store sykehus som skårer godt på kvalitetsindikatorerne, og det er små og store sykehus som skårer svakere. Det betyr at det er andre faktorer enn størrelse som avgjør kvaliteten»¹².

Basert på ideen om at høyt volum gir høy kvalitet har man gjennomført omfattende sentraliseringer av ulike behandlinger, også i dansk helsevesen. I desember 2014 ble

¹² Bjarne Jensen: Helsereformer på feil premisser, 2014, s. 120-121

Rapport 1:2015

det offentliggjort en studie av erfaringene med sentraliseringer av hoftebrudd kirurgi¹³. I sammendraget til rapporten kan vi blant annet lese følgende (vår oversettelse fra engelsk):

«Høyere pasientvolum har blitt koblet til bedre behandlingsresultater for en lang rekke kirurgiske prosedyrer; imidlertid, man vet lite om betydningen av volum for kvaliteten på behandling og resultatene for pasienter med hoftebrudd.

(Denne undersøkelsen) undersøker sammenhengen mellom volumet på hoftebrudd-pasienter og 30-dagers overlevelse, kvaliteten på sykehusbehandlingen, tiden før operasjon og lengden av sykehusoppholdet.

Resultater: Tilgang til høy-volum sykehusavdelinger ga høyere 30-dagers dødelighet og lengre sykehusopphold... Pasientene hadde også mindre sjanse til å komme i bevegelse innen 24 timer etter operasjonen.

Konklusjon: Pasienter med hoftebrudd som ble behandlet på sykehus med høyt volum hadde større dødelighet, behandlingen i sykehuset hadde dårligere kvalitet og sykehusoppholdet var lengre.»

¹³ Med Care, 2014 Dec, Is bigger always better? A nationwide study of hip fracture unit volume, 30-day mortality, quality of in-hospital care, and length of hospital stay, Kristensen PK, Thillemann TM, Johnsen SP.

11 SI Tynset som traumesykehus

I sluttrapporten «Omstilling somatikk» i Sykehuset Innlandet foreslås det at traumemottaket ved SI Tynset skal legges ned. Som vi omtalte i avsnittet om prosessen i Sykehuset innlandet (se foran) ble anbefalingen avsluttet slik:

«Dette vil medføre lenger evakueringsavstand for noen pasienter, men gevinsten vil være at pasienten blir tatt hånd om av et kompetent traumeteam i et sykehus med allsidige akuttfunksjoner og bredde i de spesialiserte funksjonene» (s. 68).

I dette ligger det implisitt at traumeteamet ved SI Tynset ikke er kompetent (nok?), og at det i alle tilfeller er behov for «allsidige akuttfunksjoner og bredde i de spesialiserte funksjonene».

Vi har tidligere gjengitt argumentasjonen for at lokalsykehusenes traumetilbud må inngå i en akuttmedisinsk behandlingsskjede. De fleste «hverdagstraumer» kan ferdigbehandles på lokalsykehuset, mens det ved større skader / ulykker kan være aktuelt (og nødvendig) å gjennomføre stabilisering og nødkirurgi.

SI Tynset har i dag et traumemottak som tilfredsstillende de kravspesifikasjoner som Helse Sør-Øst har etablert. Og ved sykehuset mener man tilbudet både er viktig for befolkningen i Fjellregionen og – innenfor sitt ansvarsfelt - fullt på høyde med det som tilbys fra de andre sykehusene.

Fra legene ved SI Tynset opplyses følgende om tilgjengelige ressurser i praksis pr mars 2015:

- Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering av teamet
- Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- Kriterier for prioritering og overføring av pasienter til høyere behandlingsnivå
- Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)
- Tilpasset registreringsskjema / bruk av sjekkliste
- Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- Etablert, tverrfaglig trening
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer i traumeteamet

Rapport 1:2015

Det finnes flere internasjonale undersøkelser¹⁴ som konkluderer med at det ikke er en påviselig sammenheng mellom størrelsen på sykehuset og kvaliteten på den traumebehandlingen man kan tilby. I flere tilfeller er resultatet sågar det stikk motsatte av det sentraliseringstilhengerne hevder. De små sykehusene skårer bedre enn de store.

14

1. [Ann Emerg Med](#). 1992 Apr;21(4):402-6. Adult minor trauma patients: good outcome in small hospitals. [Hedges JR¹](#), [Osterud HR](#), [Mullins RJ](#).
2. [BMC Emerg Med](#). 2013 Jul 1;13:11. doi: 10.1186/1471-227X-13-11. Helicopter emergency medical services (HEMS) over-triage and the financial implications for major trauma centres in NSW, Australia. [Taylor CB¹](#), [Curtis K](#), [Jan S](#), [Newcombe M](#).
3. [J Trauma](#). 1999 Apr;46(4):565-79; discussion 579-81. Trauma care regionalization: a process-outcome evaluation. [Sampalis JS¹](#), [Denis R](#), [Lavoie A](#), [Fréchette P](#), [Boukas S](#), [Nikolis A](#), [Benoit D](#), [Fleischer D](#), [Brown R](#), [Churchill-Smith M](#), [Mulder D](#).
4. [Injury](#). 2014 Dec 15. Pii: S0020-1383(14)00637-8. doi: 10.1016/j.injury.2014.12.005 [Epub ahead of print] The effect of becoming a major trauma center on outcomes for elderly hip fracture patients. Barr LV, Vindlacheruvu M, Gooding CR
5. [J Trauma Manag Outcomes](#). 2014 Aug 2;8:9. doi: 10.1186/1752-2897-8-9. eCollection 2014. Abdominal injuries in a major Scandinavian trauma center - performance assessment over an 8 year period. [Groven S¹](#), [Gaarder C²](#), [Eken T³](#), [Skaga NO³](#), [Naess PA²](#)
6. [Br J Surg](#). 2014 Jul;101(8):959-64. doi: 10.1002/bjs.9498. Effect of regional trauma centralization on volume, injury severity and outcomes of injured patients admitted to trauma centres. [Metcalf D¹](#), [Bouamra O](#), [Parsons NR](#), [Aletrari MO](#), [Lecky FE](#), [Costa ML](#).
7. [J Trauma Acute Care Surg](#). 2014 Mar;76(3):576-9; discussion 579-81. doi: 10.1097/TA.000000000000125. Unregulated proliferation of trauma centers undermines cost efficiency of population-based injury control. [Tepas JJ 3rd¹](#), [Kerwin AJ](#), [Ra JH](#).
8. [Med Care](#). 2014 Dec;52(12):1023-9. doi: 10.1097/MLR.000000000000234. Is bigger always better? A nationwide study of hip fracture unit volume, 30-day mortality, quality of in-hospital care, and length of hospital stay. [Kristensen PK¹](#), [Thillemann TM](#), [Johnsen SP](#).

11.1 Hva påvirker kvaliteten?

Det at størrelsen på sykehuset ikke er avgjørende for kvaliteten, betyr ikke at alle underliggende argumenter for at «stort er godt» er feil. Det synes selvsagt at «trening gjør mester»-sammenhengen også gjelder innenfor kirurgien. Den ustoppelige (?) spesialiseringen innen medisinen skaper utfordringer, kvalifiserte spesialister må være på plass, og tilgang til komplementerende spesialiteter kan være avgjørende.

Spørsmålet er heller om man har kompetanse og utstyr til å ta en riktig avgjørelse om behandling eller ikke behandling, om man ved behandling har de ressursene og støttetjenestene som trenges for å gjennomføre god og forsvarlig kirurgi på et lite sykehus, og om kirurgene er gode og erfarne nok? For å svare på dette må det gjøres en konkret analyse, jfr det som er sagt om sykehuset på Tynset i denne rapporten. På den andre siden gir ikke små sykehus god kvalitet fordi de er små. Det oppnås eventuelt fordi man har en strategi for å sikre at vurderingskompetanse, ressurser og spesialister er på et høyt nok nivå.

Kvalitet handler også om evnen til læring og utvikling i en organisasjon. I statistiske sammenligninger av kvalitet mellom sykehus (enten det er store eller små, i nord eller sør, eller hva det måtte være) kan ikke alle være bedre enn gjennomsnittet. Hvis kvaliteten gjennomgående er høy, kan det være et formidabelt kvalitetsstempel å være på gjennomsnittet. Og viktigere: Hva kan man uansett gjøre for å forbedre seg? Har organisasjonene evne og vilje til systematisk forbedringsarbeid? Svaret på det kan henge sammen med størrelse, men trenger selvsagt ikke å gjøre det. Historiene om byråkrati- og samordningsproblemene i store sykehus, om ineffektiv organisering, om sløsing med ressurser, med legetid, osv., er så mange at de burde tale for seg.

Sykehuset på Tynset ligger ikke på topp i alle kvalitetsmålinger som offentliggjøres men scorer heller ikke dårlig. Hovedinntrykket er at man ligger på øvre halvdel. For eksempel viser en sentral indikator som overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus høye verdier for alle landets sykehus, men med en variasjon fra 95,7 % for sykehuset med høyest score til 92,8 % for det med lavest. Gjennomsnittet er 95 %, og SI Tynset har en score på 94,5 %¹⁵.

Viktigere er det at man bruker kvalitetsmålingene slik de er tenkt og ment; til å identifisere de områdene hvor en må forbedre seg og til å lage strategier og tiltak for forbedringer. Og her har SI Tynset lyktes. Det er for eksempel oppnådd kontinuerlige forbedringer på et viktig område som antall infeksjonstilfeller etter operasjoner. Fra å være på et nivå hvor 3,2 % av de som fikk satt inn ny hofte fikk infeksjon i 2013¹⁶, var

¹⁵ Helsenorge.no: Kvalitetsindikatorer 2014

¹⁶ Folkehelseinstituttet, NOIS-årsrapport 2013, tabell Figur 6a. Insidensandel av alle infeksjoner i operasjonsområdet etter innsetting av total hofteprotese per sykehus, NOIS 2013 og 2006-2013*

Rapport 1:2015

dette redusert til 1,4 % i 2014¹⁷. Dette plasserer SI Tynset blant de beste sykehusene, og på et nivå som tilfredsstillende myndighetenes måltall på området.

Det er ett område hvor SI Tynset utmerker seg på en særlig positiv måte. Det er pasientenes opplevelse av kvaliteten på sykehusoppholdet. Nedenfor vises et utdrag av den oversikten som Kunnskapssenteret presenterte i 2014. Den viser at SI Tynset scorer langt over gjennomsnittet for hele landet, for alle regioner og for alle de andre sykehusene i Sykehuset Innlandet HF. Vi ser at det er foretatt målinger om pasienterfaringer langs 10 ulike dimensjoner (pleiepersonale, informasjon, leger, pårørende, organisering, standard, utskrivning, samhandling, pasientsikkerhet og ventetid). Hvis en ser bort fra indikatoren ventetid (hvor sykehusene på Kongsvinger og Lillehammer har en score på 75 og 76 mot Tynsets 74 ligger SI Tynset klart høyere enn alle andre - på alle indikatorer. Og de ligger helt i toppen blant alle institusjoner i hele landet. Pasientene mener at de får meget god behandling ved SI Tynset, og det er rimelig å anta at det er sammenheng mellom opplevd kvalitet og andre kvalitetsparametre.

Utdrag fra Vedlegg 2: Pasienterfaringsindikatorer for alle sykehus, foretak og regioner, PasOpp-rapport nr 2 – 2014, Kunnskapssenteret

	Pleie-personalet	Informa-sjon	Legene	Pårørende	Organisering	Standard	Utskrivning	Sam-handling	Pasient-sikkerhet	Ventetid
Nasjonale resultater	76 ³	71	75	76	67	71	56	64	89	64 ⁴
Regioner										
Helse Sør-Øst RHF	76	71	74	76	66	72 +*	56	63	88	65
Helse Vest RHF	74	70	73	75	64 -*	67 -***	55	63	90	62
Helse Midt-Norge RHF	77 +**	72	75	77	70 +***	75 +***	59	67	90	61
Helse Nord RHF	75	71	74	77	65	68 -***	56	64	89	66
Sykehuset Innlandet, Hamar	77	72	74	77	65	68	54	63	91	68
Sykehuset Innlandet Gjøvik	79	75	79	79	72	76	57	72	90	66
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	76	72	73	76	69	74	57	63	88	75 +
Sykehuset Innlandet Lillehammer	78	74	77	76	68	71	56	69	92	76 +
Sykehuset Innlandet Tynset	81 +.	78	81 +**	84	76 +***	80 +***	62	73	92	74 +
Sykehuset Innlandet Elverum	77	74	77	80	69	76	57	70	91	64

¹⁷ Opplysninger direkte fra sykehuset.

12 SI Tynset er en helhet

Vi har i forrige kapittel sett grundigere på den faglige kvaliteten på det tilbudet som i dag er ved sykehuset på Tynset. Hovedkonklusjonen er at kvaliteten på hver og en del er høy og absolutt likeverdig med det man finner i andre sykehus. Man gjør ikke alt, men det man gjør, gjøres bra.

En viktig grunn til at dagens tilbud er bra er at de ulike delene henger sammen. De inngår i en integrert helhet, som ikke bør plukkes fra hverandre. Med arbeidstidsordningen i Tynset-modellen som basis og utgangspunkt har man rekruttert erfarne og dyktige spesialister til sykehuset. Dette gjelder ikke minst innenfor ortopedien.

Ortopedene ved SI Tynset gjennomfører hvert år 370-80 proteseoperasjoner. De setter inn nye hofter og nye knær på folk, og de fleste pasientene kommer fra andre deler av landet enn lokalsykehusets opptaksområde. Det gir hver og en ortoped et betydelig volum, og alle undersøkelser og tilbakemeldinger slår fast at kvaliteten på behandlingen er meget god. Det er disse erfarne ortopedene som inngår i sykehusets kirurgiske akuttberedskap og traumeteam. De brukes i den elektive (planlagte) virksomheten på dagen og inngår i den akuttmedisinske vaktordningen på kvelds- og nattetid. Som tidligere nevnt påfører ikke denne ordningen sykehuset ekstra kostnader.

I beredskapen ved SI Tynset inngår en kirurg, en ortoped, en indremedisiner, en radiolog, en anestesilege, en turnuslege, to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, en radiograf, en bioingeniør, og to jordmødre.

Den omfattende elektive ortopedivirksomheten bidrar også til å styrke Sykehuset Innlandets totale økonomi. Norske sykehus finansieres i dag gjennom et såkalt basistilskudd og en stykkprisbetaling (pr produserte DRG-poeng). I 2014 utgjorde de to delene en halvpart hver.

De mange pasientene som kommer fra andre områder i landet for å få nye hofter og knær tilfører Sykehuset Innlandet om lag 30 millioner kroner i ekstra inntekter pr år. Det betyr at behovet for basisbevilgning for å gi et samlet godt tilbud reduseres.

En utvikling av den kirurgiske akuttberedskapen ved SI Tynset vil svekke sykehuset på flere måter. Noen er helt åpenbare, og andre mer uavklarte. Uten beredskap må alle som trenger akutt kirurgisk eller ortopedisk helsehjelp på kvelds- og nattetid sendes til et annet sykehus. Fagmiljøet ved sykehuset blir mindre og mer sårbart. Men det innebærer også at hoveddelen av den elektive ortopedien må legges ned. Hofte- og kneoperasjoner kan (som hovedregel) ikke gjennomføres poliklinisk (pasientene kan ikke komme inn og ut på samme dag), og for innlagte pasienter må det finnes en beredskap i tilfelle det oppstår komplikasjoner «utenfor kontortiden». Når denne beredskapen blir borte må hele tilbudet legges ned. Det vil svekke sykehuset økonomi kraftig.

Sykehuset vil svekkes som utdanningsinstitusjon, og grunnlaget for å rekruttere turnusleger blir enten borte eller i alle fall dårligere. Det er grunn til å tro at et redusert tilbud også vil gjøre det vanskeligere å rekruttere erfarne og dyktige spesialister innen kirurgi og ortopedi til sykehusets eventuelle dagtilbud. Dette vil naturligvis også ha konsekvenser for andre fagområder som indremedisin, radiologi og anestesi.

I Sykehuset Innlandets somatikkplaner foreslår man at sykehuset på Tynset skal ha «dagbehandling, inkl. dagkirurgi og elektiv ortopedi, fortrinnsvis dagkirurgi»¹⁸. Det er åpenbart at dette vil være mindre attraktive spesialist-stillinger enn de som er der i dag. Det sies ingen ting om rekruttering av leger til dette skal skje på grunnlag av Tynset-modellen, og om hvilke økonomiske kalkyler som i så fall ligger til grunn. Man går tvert imot langt i å foreslå at stillingene må dekkes ved besøk av leger ved de andre, større sykehusene. I «Omstilling somatikk»-rapporten sies det:

«For de mindre sykehusene blir det viktig at foretaket finner en driftsform som gjør at ambulerende spesialister/avtalespesialister på en god måte kan kombinere poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet» (s. 87).

Konklusjonen blir at en avvikling av den kirurgiske akuttberedskapen vil få svært alvorlige konsekvenser for de andre delene av SI Tynsets virksomhet. Erfaringene fra Nordfjord blir svært relevante (se neste punkt).

12.1 Lokalbaserete spesialisthelsetjenester

Sentraliseringstilhengerne prøver etter beste evne å sukre pillen for den befolkningen som mister viktige akutfunksjoner ved sine lokalsykehus. Det legges stor vekt på alt det nye man skal få i stedet – det man kaller «lokalbaserete spesialisthelsetjenester». I sluttrapporten «Omstilling somatikk» foreslår arbeidsgruppen at følgende skal inngå i sykehusenes lokalbaserete spesialisthelsetjenester:

- Akutfunksjon i indremedisin
- Bredt spekter av polikliniske tjenester enten i form av ambulerende fra andre sykehus eller avtalespesialister
- Dagbehandling, inkl dagkirurgi
- Anestesilege i vakt
- Diagnostiske tilbud innen lab og røntgen
- Lokalbaseret rehabilitering
- Lærings- og mestringssenter

¹⁸ Fra sluttrapporten «Omstilling somatikk», s. 94

Rapport 1:2015

«Dette mener man «vil dekke en stor del av befolkningens behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten, ikke minst for eldre og kronikere» (s. 87).

I rapporten viser man til erfaringer fra sykehuset på Nordfjordeid i Helse Førde HF. Der ble både den kirurgiske akuttbereidskapen og fødeavdelingen lagt ned i 2011 / 2012. Man skriver:

«... selv om døgnfunksjonene for kirurgi og føde ble avviklet, ble det opprettet en rekke nye tilbud innenfor poliklinikk og dagbehandling. Samlet sett gjorde dette at Nordfjord-befolkningen fikk dekket en langt større del av sitt behov for spesialisthelsetjenester ved lokalsykehuset enn tidligere» (s. 87).

Denne oppsummeringen står i sterk kontrast til den som sekretæren for Sjukehusaksjonen Nordfjord, Toril Sørland, har laget. Fra den tar vi med:

«Kva hadde vi før prosjektet Framtidas Lokalsjukehus?»

- * Eit fullverdig akutt lokalsjukehus med eigen direktør og leiing/administrasjon
- * Det mest lønsame og effektive lokalsjukehuset i landet
- * Best i landet på ENØK og inneklima, der innsparte midlar blei brukt til fullverdig brannalarmsystem på sjukehuset, omgjering av unytta areal i kjellaretasje til auditorium, 3 store lagerrom for forbruksutstyr, dataopplæringsrom, kontor til husøkonom, toalett også handicap-wc, fjernarkiv, sengelager/utstyrlager m.m.
- * Fullverdig kontorfunksjon med rekneskapskontor, lønningskontor, skrivestover osv
- * Medisinsk sengepost for 24 pasientar
- * Ortopedisk sengepost for 24 pasientar med integrert post for 4 dagkirurgiske pasientar og enkel rehabilitering
- * urologi – urologiske operasjonar
- * Intensivavdeling inkludert oppvakingspost for operasjonspasientar
- * Fødeavdeling med barselpost i kombinasjon med gynekologiske operasjonspasientar
- * Røntgenavdeling med MR, CT, UL , radiologar og eigen røntgenlege
- * Laboratorie med blodbank
- * Dialyse
- * Overlegar innan ortopedi, artroskopisk kirurgi, spesial ortopedi, generell kirurgi, urologi, endokrinolog, hjertespesialist, indremedisinarar, infeksjonsspesialist, gynekolog, barnelege, gastrolog, anestesilege, anestesijukepleiarar, operasjonssjukepleiarar, intensivsjukepleiarar, slagsjukepleiar, diabetessjukepleiar, kreftsjukepleiarar, 6 turnuslegar innan medisin, 6 turnuslegar innan

Rapport 1:2015

kirurgi/ortopedi, ass.lege, LIS-lege, fysioterapeut, ergoterapeut, dialysesjukepleiarar

* Akutt-team og traumeteam

* AMK- lokalisert til overvakinga/intensivavdelinga

* Kommunelegevakt-sentral

* Poliklinikkar innanfor: hjerte-karsjukdomar, gastro/scopiar, diabetes, hudsjukdomar, gynekologi, urologi, ortopedi, kirurgi, kreft, medisinsk pol.kl, barnelege med poliklinikk

* Teknisk avdeling

* Reinhaldavdeling og husøkonomar

* Storkjøkken

* Ambulansestasjon i nærleiken av sjukehuset

Kva tok dei bort?

* stadleg administrasjon og leiging

* all ortopedisk aktivitet

* ortopedisk poliklinikk

* all generell kirurgi

* kirurgisk poliklinikk

* all urologi, også operasjonar

* urologisk poliklinikk

* akutt slageining (etter 17,5 år drift)

* fødeavdeling

* gynekologiske operasjonar

* dagopen gynekologisk poliklinikk

* alle kontor innanfor rekneskap og lønn

* skrivestover

* AMK-sentralen

* barnepoliklinikken

* overvakinga

Dessutan vart desse oppsagde/fjerna:

* alle ortopedane, kirurgane, urologen, gynekologane, barnelegen, anestesijukepleiarar, operasjonssjukepleiarar, slagsjukepleiar, LIS-legen, 6 turnuslegar innan kirurgi/ortopedi, ass.legen, endokrinologen, indremedisinarar, hjertespesialisten.

Berre 1 overlege var att, indremedisinar/gastrolog.

Over 80 personar vart oppsagde, sa opp eller omplassert i andre postar, og alle desse fekk ein endra kvardag der få fekk nytte spesialistkompetansen. Mange anesthesi- og operasjonssjukepleiarar blei omplassert til Psykiatri- og rusposten. Med vidareutdanning innan anesthesi- og operasjon seier det seg sjølv at rus ikkje var interessefeltet. Fleire tykte det var vanskeleg å starte på ny vidareutdanning som dei eigentleg ikkje hadde lyst til. Og mest synd er det sjølv sagt for denne pasientgruppa som må forhalde seg til pleiarar som heller ønskjer å jobbe med sitt eige fagfelt.

Vi veit dessutan at det på landsbasis er mangel på denne profesjonen.

Rapport 1:2015

Dei andre av operasjons- og anestesisjukepleiarane som blei att i systemet ved Nordfjord sjukehus pga ansiennitetsreglar, blei plassert på poliklinikkar. Dei blei klassifisert i medisinsk klinikk (og ikkje kirurgisk klinikk som denne profesjonen naturleg høyrer til). Dermed fekk dei ikkje assistere anestesilegen eller ortoped/kirurg ved poliklinikken. Alle pasientar som treng meir enn lokalanestesi må vidaresendast til anna sjukehus. Eit eksempel som synleggjer galskapen er: Ein mann kom inn med luxert skulder, men pga sterke smerter der han trengde meir enn lokalanestesi for å reponere, måtte han transporterast mange timar til anna sjukehus. Sjølv om kompetansen ved NSH var til stades for å kunne gjere dette, opna ikkje Helse Førde for at det kunne bli gjennomført.

Tidlegare var det aldri på tale å måtte utsette ein person med luxert skulder for mange timar med sterke smerter og lang transport. Dette vart reponert lokalt.

Må få nemne at Slagordet til Helse Førde er: Pasienten i fokus.

Dessutan vart det redusert drift og fjerning av stillingar ved:

* Storkjøkkenet * Teknisk avdeling * Laboratoriet * Intensivavdelinga *
Reinhald * Røntgen * Medisinsk avd * Legesekretærar
* Kontorpersonale

KAN DETTE KALLAST UTVIKLING?>>

Det er ikke rart nordfjordingene er frustrerte og rasende. De føler seg sviktet og ført bak lyset. Av de poliklinikkene som skulle komme i stedet holdes mange åpne bare en dag eller to i uka. Dyrt utstyr står ubrukt mesteparten av tiden. De pasientene som blir behandlet, blir sendt til sentralsykehuset i Førde for oppfølging. Det er store problemer med å rekruttere fagpersonell, de som er igjen får ikke brukt sin kompetanse og stillinger dekkes opp ved ambulering fra sykehuset i Førde. Når dette kalles Framtidas lokalsjukehus, oppfattes det mest som en provokasjon. Det er vel nærmere sannheten å si at sykehuset ble tatt i fra dem.

En nedbygging av sykehuset på Tynset vil nødvendigvis ikke skje på akkurat samme måte som i Nordfjord. Men frykten for at «det ene tar det andre», og at nedbyggingen ikke vil stoppe ved akuttkirurgien, synes å være høyst reell.

13 Sykehuset i lokalsamfunnet

Fjellregionen omfatter seks kommuner i Hedmark (Tynset, Alvdal, Os, Tolga, Folldal og Rendalen) og to kommuner i Sør-Trøndelag (Røros og Holtålen). I en brosjyre fra Røros Næringshage¹⁹ presenteres oppdaterte tall for befolkning og arbeidsplasser i regionen. Der fremgår det at det pr. 01.01.2015 samlet var 22 716 innbyggere i disse kommunene, og at folketallet har sunket med ca 2 prosent i løpet av de siste 10 årene. Statistikken viser at det skjer en viss vekst i de to sentraene i regionen, Røros og Tynset, men at dette ikke veier opp for nedgangen i småkommunene. I brosjyren skriver man (s. 8):

«De siste 10 årene har folketallet i regionen stått relativt stille, men med en svak nedgang. I Norge for øvrig vokser folketallet med rundt 1 % hvert år. Den største årsaken til nedgangen i folketallet i vår region er alderssammensetningen i befolkningen. Trenden er at det hvert år fødes færre personer enn det dør. Dette gjelder også i regionsentra Røros og Tynset. Selv om flere av kommunene i regionen har en positiv tilflytting, veier det i liten grad opp for fødselsunderskuddet. Det gjør også at gjennomsnittsalderen i regionen er svakt stigende. Dersom vi i vår region skal klare å snu denne trenden er vi avhengig av at flere unge voksne flytter til regionen, og blir boende her.»

Det opplyses videre at antall arbeidsplasser i regionen har sunket med 102 i løpet av de siste fem årene (s. 16), og at gjennomsnittsalderen i befolkningen er høyere enn i resten av landet og stadig økende. Det vises i brosjyren til forskning som viser at arbeidsplasser for kvinner med høyere utdanning er et kjernesporsmål i forhold til befolkningsutviklingen i distriktene.

På denne bakgrunn er det åpenbart at en nedbygging av sykehuset på Tynset vil på meget alvorlige konsekvenser for den totale befolknings- og næringsutviklingen, både i Tynset kommune og for de andre kommunene i regionen. Sykehuset er en av få virksomheter som representerer det meste av det regionen trenger: relativt mange arbeidsplasser, arbeidsplasser for kvinner, og arbeidsplasser for kvinner (og menn) med høyere utdanning.

Fra andre sammenhenger vet vi at hjørnesteinsbedrifter (som sykehuset) skaper ringvirkninger og gir grunnlag for mange flere arbeidsplasser i lokalmiljøet. Det er vanlig å bruke en indikator på mellom 1,5 – 2 for å beregne den totale sysselsettingseffekten av hjørnesteinsbedrifter²⁰. Det tilsier at de ca 300 arbeidsplassene ved sykehuset gir grunnlag for 2-300 andre arbeidsplasser i regionen.

¹⁹ Statistikk 2014 Befolkning og næringsliv presentert av Røros Næringshage

²⁰ Se for eksempel: <http://www.fylkesmannen.no/Oppland/Landbruk-og-mat/Naringsutvikling/Landbruket-gir-grunnlag-for-nar-12000-arbeidsplasser-i-Oppland/>

Rapport 1:2015

Hvis vi antar at om lag 80 prosent av arbeidsplassene er i Tynset kommune (resten i de omkringliggende kommunene), snakker vi om at sykehuset representerer 350-400 arbeidsplasser bare i Tynset kommune.

I brosjyren fra Røros Næringshage oppgis det at det totalt var ca 3 300 arbeidsplasser i Tynset kommune ved utgangen av 2014. Sykehuset står med andre ord for 10-12 prosent av den totale sysselsettingen i kommunen.

En nedbygging av sykehuset vil ramme sysselsetting, næringsstruktur og skatteinntekter i kommunen(e) sterkt. Dersom Tynset sykehus nedskaleres til omtrent halvparten av dagens størrelse, og det (brutto) forsvinner om lag 200 arbeidsplasser, betyr det 35-40 millioner kroner i tapte skatteinntekter for samfunnet. Anslaget bygger på en gjennomsnittsinntekt på 500 000 kroner pr årsverk og en gjennomsnittlig skatteprosent på 35-40.

14 Betydningen av nærhet

For befolkningen handler sykehuset først og fremst om trygghet for rask og god helsehjelp når behovet er der. Alle vet, og aksepterer, at et lokalsykehus ikke kan eller skal gi alle typer behandlinger. Vi trenger de store sykehusene i forbindelse med store traumer og spesialisert behandling, og disse vil naturligvis ligge i sentrale strøk.

Men når 60-75 prosent av all sykehusbehandling er av den typen som lokalsykehusene kan tilby på en fullt ut forsvarlig måte²¹, er det av stor betydning om dette kan skje nær der man bor. Det betyr raskere tilgang til tjenestene når behovet er akutt, det betyr kortere reisetider til elektive behandlinger og kontroller, og det betyr at pårørende lettere kan besøke familiemedlemmer som er innlagt i sykehusene. Både for den enkelte pasient, for familiene og for samfunnet er dette av aller største betydning.

For den enkelte pasient kan kort vei til sykehuset være forskjellen mellom liv og død. Eksemplet fra Kristiansund fra februar 2015²², hvor en baby døde i transport til St. Olavs Hospital i Trondheim, viste at dette dessverre er mer enn en hypotetisk problemstilling. Med de avstandene vi snakker om i Fjellregionen, er det åpenbart at viktige premisser innen traumemedisinen (jfr. Helse Sør-Øst traumesystem og målsettingen om maks 30 min transporttid) utfordres på uforsvarlig måte dersom akutttilbudet nedlegges ved sykehuset på Tynset.

I mindre dramatiske situasjoner handler det om å komme til behandling i nærheten av der man bor fremfor å bli kjørt i ambulanse til et sykehus timevis unna. Eller alternativt, at man selv kan reise inn til sykehuset for å få gjennomført en planlagt behandling eller kontroll. Og for pasienter som er innlagt, handler det om å kunne få besøk av sine nærmeste de dagene man ligger på sykehuset. Betydningen av det kan ikke overvurderes.

For familiene handler det om å kunne besøke sine når de havner på sykehus. De praktiske betingelsene for at pårørende skal kunne besøke og følge opp sine nærmeste, vil bli langt vanskeligere dersom de må reise til et sykehus mange timer unna. Det som i dag kan dreie som en time eller to for å avlegge et sykebesøk, vil med den foreslåtte sentraliseringen handle om en hel dagstur. I praksis er det rimelig å anta at besøksfrekvensen vil bli langt lavere, og at dette vil påføre både pasienter og pårørende ekstra påkjenninger. Felles for både pasienter og pårørende som er yrkesaktive, er at en sentralisering av sykehustilbudet vil kreve mer fravær fra arbeidsplassene i forbindelse med opphold og oppfølging på sykehuset. Dette representerer et økonomisk tap både for den enkelte, for bedriftene / virksomhetene og for samfunnet. I stedet for produktiv arbeidstid får vi tapte arbeidsinntekter og økte trygdeutgifter.

²¹ Ref. «Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede», rapport til Helsedepartementet 2007, s. 19

²² Se f.eks. Dagbladet 6. mars 2015: «Sov godt, lille skatt...»

Rapport 1:2015

Så langt vi har registrert, har det aldri blitt gjennomført samfunnsøkonomiske kost-/nytteanalyser i forbindelse med nedlegging av lokalsykehusfunksjoner. I Sykehuset Innlandets utredning av fremtidig somatikk, hvor forslaget om å legge ned det kirurgiske akuttilbudet på Tynset fremmes, finnes det ingen utredning eller analyse av de økonomiske konsekvensene av et slikt vedtak. I arbeidet med et nytt akuttsykehus i Mjøs-området («Strategisk fokus 2025-prosessen») bestilte styret i Sykehuset Innlandet HF (etter press fra mange høringsinstanser) en såkalt Samfunnsanalyse²³ fra konsulentfirmaet Asplan Viak. I deres rapport omtales ikke konsekvensene av en sentralisering av den kirurgiske akuttbereidskapen ved sykehuset på Tynset med ett ord.

Et eventuelt samfunnsøkonomisk regnskap vil stå og falle med om man kan dokumentere at kvaliteten på behandlingen blir bedre ved en sentralisering. Vi har argumentert for at det for de aktuelle behandlinger ikke kan dokumenteres en slik kvalitetsforbedring. Gitt at lokalsykehuset kan tilby tjenester av like god kvalitet, vil de økonomiske effektene av en sentralisering kunne beregnes. De potensielle pasientbehandlingene må gjennomføres uansett, enten det er sentralt i et stort sykehus eller desentralt i et lokalsykehus. Det som bygges ned lokalt må bygges opp sentralt. I rapporten «Helsereformer på feil premisser» viser man at det ikke er samvariasjon mellom størrelsen på sykehusene og kostnader pr DRG. (DRG brukes som et mål på aktiviteten i sykehusene, og koblet med kostnader er det en indikator for kostnadene ved ulike behandlinger).

For Sykehuset Innlandet HF vil en nedbygging av sykehuset på Tynset høyst sannsynlig bety økte kostnader. En nedbygging må ledsages av en oppbygging av ambulansetjenesten. Anslag tilsier at det er en årskostnad på 5-7 mill kroner pr ambulansetjeneste. Det foreligger ingen analyse av hvor mange ambulanser som må til for å gi befolkningen i Fjellregionen et fullgodt akuttilbud, men fra fagfolk antas det at det minst er nødvendig med 2-3 nye ambulanser. Alle ambulanser skal i tillegg frakte flere pasienter over lengre avstander enn i dag. Erfaringer fra blant annet Nordfjord tilsier at en økt satsing på polikliniske tjenester i distriktene må baseres på ambulerende spesialister. Leger må sendes fra de store sykehusene til «kontordager» ute i distriktet. Det vil drive opp kostnadene.

I et samfunnsregnskap må det også tas hensyn til antall tapte arbeidstimer som følger av sentraliseringen, ekstra transportkostnader for pårørende og for helsepersonell, og eventuelle ringvirkninger i de berørte kommunene. Det er neppe tilfeldig at en samfunnsøkonomisk analyse ikke er gjennomført. Det samme gjelder for de åpenbart negative miljøkonsekvensene av en modell som baseres på skytteltrafikk med ambulanser fremfor behandling i befolkningens nærområde. Selv om det er vanskelig å få frem presise anslag, er det liten tvil om at kostnadene er betydelige.

²³ Asplan Viak: Samfunnsanalyse for ett nytt felles akuttsykehus i Innlandet, mai 2014

15 Sykehusstruktur er politikk

I en markedsdrevet økonomi vil veldig sterke krefter trekke i retning sentralisering, konsentrasjon av kapital og jakt på stordriftsfordeler. Dersom man har et ønske om en desentralisert bosettings- og næringsstruktur i landet (som alle norske partier har som mål?), må man bruke politikk for nå målene. Politikerne har mange virkemidler til rådighet, men når det gjelder dosering og bruk av dem er det uenighet og skiller i politikken. Utforming og lokalisering av offentlige tjenester, inklusive sykehusstruktur, er et av områdene for politikk.

I helseforetaksloven slås det fast at staten er eier av sykehusene (§ 3), at eierstyring skal skje i såkalte foretaksmøter (§ 16), at eventuell nedlegging av sykehus, endring av sykehusstruktur eller omfattende endringer i tjenestetilbudet, mm, bare kan vedtas i foretaksmøtet for det regionale helseforetaket (§ 30). Dette betyr at nedbygging av lokalsykehusene er et genuint politisk spørsmål, både formelt og reelt. Det er helseministeren og regjeringen som fatter vedtakene, og de kan ikke delegeres til foretaksstyrene.

Foretaksmodellen kan likevel ses på som en modell for å avpolitisere viktige avgjørelser vedrørende utformingen av spesialisthelsetjenesten. Under en formell begrunnelse om at «ingen sykehus legges ned» kan det for eksempel hevdes at endringer i funksjonsfordeling mellom sykehusene ikke er så «omfattende endringer i tjenestetilbudet» at de må vedtas i foretaksmøtet. I tillegg kan helseministeren gi styrene en mer og mindre sentral rolle som premissgivere for de vedtak som fattes. Beslutninger kan dekkes bak at «dette mener sektoren», «basert på stor faglig enighet har styret anbefalt», osv. Men i siste instans er det politikerne som trekker grensene, og i spørsmålet om nedlegging av akutfunksjoner ved lokalsykehusene har helseministeren så langt vært ganske tydelig: det er en politisk avgjørelse, som han i siste instans må ta ansvaret for.

Konklusjonen om at sykehusstruktur og utforming av tjenestetilbudet er politikk, har mange viktige implikasjoner. For det første har det en demokratisk dimensjon: Politikerne må stå til ansvar overfor velgerne for de vedtakene de fatter. Dersom et flertall i befolkningen mener at det tas gale beslutninger, kan de bringe andre politikere / en annen politikk i førersetet. For det andre er politiske beslutninger en avveining mellom mange ulike hensyn og interesser. I spørsmålet om sykehusstruktur holder det ikke å si at «kvalitet avgjør». Det finnes mange måter å bygge kvalitet på: For politikerne er spørsmålet om målet om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester kan kombineres med, og bygge opp under, andre prioriterte målsettinger. Nærhet for befolkningen, en desentralisert spesialisthelsetjeneste, lokal sysselsetting og levende, attraktive lokalsamfunn kan være noen slike målsettinger. Sykehusene er kunnskapsbaserte arbeidsplasser som spiller en viktig rolle i et slikt, bredere samfunnsperspektiv.

Rapport 1:2015

Sykehuset på Tynset imøtekommer alle de kravene som i et samfunnsperspektiv bør tillegges vekt. Tilbudet er nær befolkningen, det holder høy kvalitet, det gir god og effektiv utnytting av knappe ressurser, det gir lokale, kunnskapsbaserte arbeidsplasser (særlig for kvinner), og det bidrar til differensiert næringsstruktur i et område av landet som sårt trenger det.

Spørsmålet bør derfor ikke være om sykehuset skal opprettholdes med et kirurgisk / ortopedisk akuttberedskap av høy kvalitet, men hva som eventuelt må til for at det skal oppfylles. I dag hviler sykehuset på Tynset tungt på to pilarer: Tynset-modellen som rekrutteringsgrunnlag for spesialister og den omfattende elektive ortopedivirksomheten som viktig driftsinnhold. Det er denne kombinasjonen som gjør sykehuset attraktivt for erfarne og dyktige spesialister – og som gjør at sykehuset fremstår med et godt lokalsykehusstilbud i sitt opptaksområde.

Av de om lag 370 proteseoperasjonene som gjennomføres hvert år, kommer den alt overveiende andelen fra andre deler av landet enn SI Tynsets opptaksområde.

Det samme er i mindre grad tilfelle for tilgangen på «eksterne» pasienter. I den overordnede sykehus-politikken er fri etableringsrett for nye sykehus og fritt behandlingsvalg for pasientene sentrale elementer. Fritt behandlingsvalg innenfor somatikken er det varslet en trinnvis innføring av fra 2016. Det kan bli en trussel mot aktiviteten ved sykehuset på Tynset. Dersom private etablerer sykehus i de store byene som begynner «å konkurrere» om pasienter som trenger hofte- eller kneproteser, kan SI Tynset bli mindre attraktivt som behandlingssted for disse pasientene.

Men også dette er det mulig å styre politisk. RHF-ene kan pålegges å «kjøpe» et visst antall hofte- / kneoperasjoner fra sykehuset på Tynset hvert år. Det vil gi pasientene tilgang til behandlinger av høy kvalitet og samtidig trygge grunnlaget for god drift ved sykehuset. Men det krever en omlegging av dagens politikk.