

Evaluering av samling av akuttkirurgi for opptaksområdene for Kongsberg og Drammen sykehus i Drammen



Desember 2017

Innhold

Sammendrag og anbefalinger	5
1 Prosjektets hensikt og gjennomføring	6
1.1 Bakgrunn for prosjektet	6
1.2 Organisering og gjennomføring av prosjektet.....	7
1.2.1 Organisering av arbeidet	7
1.2.2 Prosjektets mandat, innhold og omfang	8
1.2.3 Arbeidsplan	8
2 Bakgrunn	9
2.1 Nasjonal helse og sykehusplan	9
2.2 Strategiske føringer i Vestre Viken.....	10
2.3 Øvrige aktuelle føringer.....	11
2.3.1 Utviklingstrekk for de kirurgiske fagene	11
2.3.2 Andre liknende utredninger, føringer og erfaringer	12
3 Akuttkirurgisk tilbud før og etter samling i Drammen.....	15
3.1 Situasjonsbeskrivelse Kongsberg sykehus	15
3.1.1 Situasjon før samling av akuttkirurgi i Drammen.....	15
3.1.2 Situasjon etter samling av akuttkirurgi i Drammen	15
3.2 Situasjonsbeskrivelse Drammen sykehus.....	17
3.2.1 Situasjon før samling av akuttkirurgi i Drammen	17
3.2.2 Situasjon etter samling av akuttkirurgi i Drammen	17
4 Evalueringsgrunnlag.....	18
4.1 Pasientstrømmer før og etter samling av akuttkirurgi i Drammen.....	18
4.1.1 Akutte kirurgiske innleggelser	18
4.1.2 Total operativ aktivitet ved de kirurgiske avdelingene	19
4.2 Befolkningsgrunnlag, avstand og prehospitale tjenester	19
4.2.1 Befolkningsgrunnlag	19
4.2.2 Reiseavstand.....	20
4.2.3 Prehospitale tjenester.....	20
4.3 Kvalitet og pasientsikkerhet	22
4.3.1 Kvalitet i Vestre Viken og på Kongsberg sykehus.....	22
4.3.2 Innmeldte avvik relatert til akuttkirurgi	22

4.3.3	Vurderings- og stabiliseringskompetanse	23
4.3.4	Gråsonepasienter	24
4.3.5	I grenselandet til gråsonepasientene	25
4.3.6	Utfordringer for prehospitale tjenester etter samling av akutt kirurgi.....	25
4.3.7	Kvalitet i pasientbehandlingen for de akutte kirurgiske pasientene	25
4.4	Arbeidsmiljø	26
4.5	Ressursutnyttelse.....	26
4.5.1	Kompetanse og bemanning	26
4.5.2	Utnyttelse av utstyr.....	27
4.5.3	Utnyttelse av operasjonsstuekapasitet	27
4.5.4	Utnyttelse av beredskapsfunksjoner	27
4.5.5	Utnyttelse av sengeposter	27
4.5.6	Effekt for driftsøkonomi.....	28
4.6	Samhandling mellom helsepersonell	28
4.6.1	Retningslinjer og systemavtaler	28
4.7	Rekruttering av fagpersonell	29
5	Risikovurderinger	30
6	Status og utfordringer for sykehusene i Kongsberg og Drammen	33
7	Prosjektgruppens vurdering og anbefaling	34
7.1	Prosjektgruppens vurdering	34
7.2	Prosjektgruppens anbefalinger	35
	Vedlegg A. Aktivitet	37
	Vedlegg B. Operativ aktivitet – totalt ved Drammen og Kongsberg sykehus	41
	Vedlegg C. Folkemengde og avstander.....	42
	Vedlegg D. Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsessted	43
	Vedlegg E. Oppsummering av intervjuer	47
	Vedlegg F. Utvikling i sykefravær	49
	Vedlegg G. Gjennomgåtte avvikssaker	50
	Vedlegg H. ROS analyse fra 2011	51
	Vedlegg I. Kvalitetsindikatorer for VV og KS	54
	Vedlegg J. Risikovurdering 2017	57
	Vedlegg K. Protokolltilførsler.....	58

Forkortelser:

BEST:	BEdre og Systematisk Teamtrening
DIPS:	Elektronisk pasientjournal (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus)
DS:	Drammen sykehus
KS:	Kongsberg sykehus
LIS:	Leger i spesialisering
OUS:	Oslo universitetssykehus
PHT:	Prehospital tjeneste i Vestre Viken
NCMP:	The NOMESCO Classification of Medical Procedures
NCSP:	The NOMESCO Classification of Surgical Procedures ¹
NPR:	Norsk pasient register
ROS:	Risiko Og Sårbarhetsanalyse
SSB:	Statistisk sentralbyrå
VV:	Vestre Viken HF

¹ NOMESCO: Nordic Medico-Statistical Committee

Sammendrag og anbefalinger

Den akutt kirurgiske utredning og behandlingen for opptaksområdene knyttet til Kongsberg sykehus (KS) og Drammen sykehus (DS) ble i 2012 som et ledd i Strategi 2025 slått sammen ved DS. Hovedgrunnen for samlingen var å gi befolkningen en bedre akutt kirurgisk tjeneste i tråd med den medisinske utvikling i fagområdet. Det har også vært i tråd med nasjonale føringer. KS videreførte akuttfunksjoner for pasienter innenfor fagområdene indremedisin, gynekologi og føde og ortopedi. Planlagt dagkirurgi utføres fortsatt ved KS innenfor kirurgi, og denne aktiviteten er utvidet.

Høsten 2017 er det gjennomført et prosjekt for å evaluere konsekvensene av sammenslutningen. Prosjektet skulle se på hvilken betydning dette hadde hatt for kvalitet og pasientsikkerhet spesielt med henblikk på struktur og pasientstrømmer samt risiko for uheldige hendelser. For å belyse dette ble driftsdata for sykehusene før og etter sammenslutningen hentet fram. Den samlede akuttfunksjonen for KS og DS ble også sett opp i mot regionale og nasjonale data. En rekke helsearbeidere utenfor prosjektgruppen ble intervjuet. Prosjektet har gjort en risikovurdering med utgangspunkt i hvordan den samlede akuttfunksjonen driftes i dag.

To til tre akutt kirurgiske pasienter fra Kongsbergregionen blir daglig innlagt ved DS. Av disse blir 25 % operert. Alle evaluerbare data tyder på at disse pasientene har fått god og effektiv behandling. Det er ingen holdepunkter for at omleggingen har ført til en medisinsk uforvarlig behandling eller noen forsinkelse av utslagsgivende betydning. Pasientene er blitt behandlet ved et mer høyspesialisert sykehus med tilgang til flere spesialister. Man har utnyttet ressursene godt og med stor sannsynlighet har omleggingen vært ressurssparende for Vestre Viken. Ca 45 % av akutt pasientene har fått uforandret reiseavstand til akuttsykehuset, mens 55 % får vel en halv times lengere reise. Avstanden tilsvarer det som gjelder for hovedtynden av andre kommuner i Helse Sør-Øst. Aktiviteten til prehospital tjeneste (PHT) har i disse årene øket markert, men dette kan ikke forklares ut fra omleggingen av den akutt kirurgiske tjenesten.

Bedømt ut fra lokale, regionale og nasjonale kvalitetsmål, vurdering av avviksmeldinger samt resultater fra intervjuene, konkluderes det med at den gjenværende pasientbehandlingen ved KS er god eller svært god. Det pekes imidlertid både i intervjuene og fra prosjektmedlemmene på at man savner tilstedeværelse fra kirurg ved enkelte vanskelig diagnostiserbare og krevende pasienter. Mye har man klart å kompensere med akutt-team og nye rutiner, men fortsatt bør de kompenserende tiltak for bortfall av tilstedeværende kirurg styrkes. Dette fremkommer også i den nye risikovurderingen. Denne tyder på at noen av de tilstandene man fryktet i 2011 ikke har slått til, men indikerer nødvendigheten av ytterligere risikoreducerende tiltak.

Prosjektgruppen konkluderer med at løsningen med samling av akuttkirurgisk aktivitet til DS bør videreføres. Det er ikke hensiktsmessig med to vaktbærende kirurgiske sykehusavdelinger i denne delen av Buskerud, verken sett fra et medisinskfaglig eller ressursmessig ståsted. Dette er også i tråd med utviklingen i det kirurgiske fagfeltet.

Prosjektgruppen mener at de kompenserende tiltak ved KS bør forbedres for å støtte de øvrige spesialitetene der. Dette bør følges opp og videreutvikles. I lys av at tilsvarende type samling av akuttkirurgi er under vurdering også flere andre steder i landet, har KS og Vestre Viken gode muligheter her for å bli et foregangseksempel for denne type akuttsykehus.

Prosjektgruppen slutter seg til evalueringens medisinskfaglige vurderinger, men gruppens konklusjon støttes ikke av brukerutvalgets representant. Det foreligger tre protokolltilførsler.

1 Prosjektets hensikt og gjennomføring

1.1 Bakgrunn for prosjektet

1. juni 2012 ble det akuttkirurgiske tilbudet for opptaksområdene for Kongsberg sykehus (KS) og Drammen sykehus (DS) samlet i Drammen. Dette ble gjort som ledd i gjennomføring av Vestre Vikens «Strategi 2025» vedtatt i styret i desember 2011. Bakgrunnen var at det akuttkirurgiske tilbudet på KS ble vurdert til ikke å være bærekraftig, verken på kort eller lang sikt. Intensjonen med samlingen er å gi et kvalitativt bedre tilbud til befolkningen med robuste vaktordninger innen mage-tarm kirurgi, karkirurgi og urologi.

Pasientene fra opptaksområdet for KS har fra det tidspunktet fått det akuttkirurgiske tilbudet ved DS. Det ble etablert felles kirurgiske ventelister for DS og KS, og den dagkirurgiske aktiviteten på KS ble videreutviklet og faglig styrket ved at inngrep ble gjennomført av spesialister innenfor de ulike kirurgiske fagområdene. Akutfunksjonen innen ortopedi, gynekologi/føde og indremedisin ble prinsipielt ikke endret, men i praksis medførte endringen at enkelte pasienter, hvor det kunne bli behov for kirurgisk assistanse, ble innlagt på DS fremfor KS.

Det har gjennom flere år pågått en diskusjon om i hvilken grad akuttkirurgisk tilbud bør samles i større grad enn tidligere for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet. Meningene er delte, både i fagmiljøene og politisk. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) ble det anbefalt en samling av det akuttkirurgiske tilbudet ved færre sykehus. I Stortingets vedtak knyttet til planen heter det at Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt.

Spørsmål omkring gjenoppretting av akuttkirurgisk tilbud på Kongsberg har vært diskutert ved en del anledninger. Administrerende direktør orienterte i styremøte 19. desember 2016, om at samling av akuttkirurgi vil bli evaluert som en del av utviklingsplanarbeidet.

På bakgrunn av de diskusjoner som har vært om det akuttkirurgiske tilbudet, ble det sett som nyttig med en grundig evaluering av den gjennomførte endringen. Det gjennomføres derfor et prosjekt som skal evaluere konsekvensene av samling av akuttkirurgi for opptaksområdene til KS og DS.

1.2 Organisering og gjennomføring av prosjektet

Arbeidet har vært gjennomført som et delprosjekt innenfor Prosjekt Utviklingsplan 2035.

1.2.1 Organisering av arbeidet

Styringsgruppen for Utviklingsplan 2035 har også vært styringsgruppe for dette delprosjektet. Styringsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Navn	Rolle
Nils Fr. Wisløff	Prosjekteier og leder av styringsgruppen
Halfdan Aass	Direktør Fag
Kari Jussie Lønning	Direktør Kompetanse
Finn Egil Holm	Direktør Administrasjon og kommunikasjon
Sheryl Swenson	Konstituert direktør økonomi
Kristin Nilsen	Representant fra kommunene
Cecilie P. Øyen	Representant fra kommunene
Toril Krogsgund	Representant fra brukerutvalget
Joan Sigrun Nygard	Tillitsvalgt
Tom Henri Hansen	Tillitsvalgt
Anita Haugland Gomnes	Foretakshovedverneombud, Vestre Viken

Styringsgruppen har hatt ansvar for at prosjektet oppfyller mandatet.

Prosjektgruppen har hatt følgende sammensetning:

Navn	Rolle
August Magnar Bakke	Prosjektleder
Stian Kristoffersen	Avdelingsoverlege Medisinsk avdeling, Kongsberg sykehus
Fridny Thorlaksdottir	Avdelingssjef kirurgi Kongsberg sykehus
Anders Bjørneboe	Avdelingssjef kirurgisk avdeling, Drammen sykehus
Einar Husebye	Avdelingssjef medisinsk avdeling, Drammen sykehus
Hans-Christian S. Platou	Fagsjef medisin Klinikk prehospitale tjenester
Martin F. Stolzenbach Olsen	Spesialrådgiver administrasjonen, Fag
Wenche Grinderud	Rådmann, Kongsberg kommune
Madli Inseth	Kommuneoverlege, Drammen kommune
Kjell Jensen	Brukerutvalget, Vestre Viken
Elin Korsgaard	Tillitsvalgt (YLF), Kongsberg sykehus
Tom Henri Hansen	Tillitsvalgt (OLF), Drammen sykehus
Anita Haugland Gomnes	Foretakshovedverneombud, Vestre Viken

1.2.2 Prosjektets mandat, innhold og omfang

Prosjektgruppens oppdrag har vært å evaluere konsekvenser av samling av akuttkirurgi for opptaksområdene til Kongsberg og Drammen sykehus med følgende perspektiver:

1. Betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder vurdering av:
 - a. Struktur av tilbudet til pasientene før og etter endringen
 - b. Pasientstrømmer før og etter
 - c. Risiko for uheldige hendelser
 - d. Avstander sammenliknet med avstand til akuttkirurgisk tilbud andre steder i Østlandsområdet.
2. Betydning for drift av de to somatiske sykehusene, prehospitale tjenester og Vestre Viken som helhet, herunder betydning for:
 - a. Ressursutnyttelse, faglig, utstyrmessig og økonomisk
 - b. Rekruttering av fagpersonell

Prosjektgruppen har kommet med konkrete innspill til utredningens innhold, omfang og metode. Den har også gitt innspill til ressurser med tilknytning til KS og DS som har blitt intervjuet i forbindelse med evalueringsarbeidet.

I forbindelse med risikovurderingen deltok avdelingssjef HMS Henning Brueland i arbeidet.

Utredningen bygger på:

- Momenter fremkommet i prosjektgruppemøtene, herunder ny risikovurdering
- Momenter fremkommet gjennom intervjuer med ressurser ved de to sykehusene, prehospital tjeneste og fastlege
- Analyse av data fra de to sykehusene, prehospital tjeneste (PHT) og SSB
- Relevant litteratur

1.2.3 Arbeidsplan

Evalueringsarbeidet er gjennomført i perioden fra september – desember 2017.

Prosjektgruppen har i denne perioden gjennomført fem arbeidsmøter. Fire av møtene har vært halvdagsmøter, ett møte ble gjennomført via telefon/lync. Mellom møtene har prosjektgruppen fått tilsendt oppdaterte rapportutkast. Prosjektleder presiserte innledningsvis at utkastene var arbeidsdokumenter til bruk i gruppen og skulle ikke deles med andre. Fagpersonene som har vært med i prosjektgruppen har prioritert deltakelse i møtene. I de tilfellene noen har meldt forfall, har deres innspill blitt mottatt via epost. Disse skriftlige innspillene har blitt delt med hele prosjektgruppen.

Prosjektgruppen mener at tiden til gjennomføring av evalueringen har vært kort. Til tross for dette, er gruppens generelle oppfatning at evalueringsprosessen har vært god. De data som er hentet frem og analysert er relevante for saken, og har gitt et riktig grunnlag for å gjøre de vurderinger mandatet etterspør. Vurderingsunderlaget og de konklusjoner man er kommet frem til, er grundig drøftet i prosjektgruppen.

2 Bakgrunn

2.1 Nasjonal helse og sykehusplan

Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019) slår fast at oppgavefordeling mellom sykehus er nødvendig for å øke kvaliteten på behandlingen. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrensende faktorer, kan oppgavedeling bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet. Regjeringen mener at noen akutte og spesialiserte funksjoner krever et større befolkningsgrunnlag enn enkelte sykehus har i dag.

Målet er å legge til rette for at pasientene får den samme trygge og gode behandlingen, uansett hvilket sykehus de blir behandlet ved. Pasienter som blir akutt syke, skal føle seg trygge på å få rask, god og kompetent hjelp, selv om dette ikke alltid skjer ved nærmeste sykehus.

Regjeringen vil at det fortsatt skal være planlagt kirurgi på lokalsykehusene. Men det kirurgiske tilbudet må være tilpasset behovet, både lokalt og for de sykdommene der det er lange ventelister nasjonalt. Planlagt kirurgi må fordeles bedre mellom sykehusene. Kirurgene på lokalsykehus må ha en kompetanse som er tilpasset den aktiviteten som skal foregå på dagtid. Utdannelsen i kirurgi er under omlegging, og man ser for seg at det akutt kirurgiske tilbudet må dekkes av magetarmkirurger på den ene siden og ortopeder på den andre. Det vil ikke være mulig å opprettholde et bredt akuttkirurgisk tilbud basert på en vaktordning med 6–8 magetarmkirurger på alle norske sykehus i årene som kommer.

Utfordringene med spesialisering av kirurgien og små pasientvolum ved mindre sykehus har vært kjent i mange år, og har vært utredet flere ganger, blant annet i *NOU 1998: 9 Hvis det haster*, og i rapporten *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingskjede* fra 2007, levert av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Begge disse utredningene foreslo en differensiering av akuttfunksjonene ved sykehusene, slik at de minste sykehusene skulle ha akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Begge utredningene anbefalte at en indremedisinsk akuttfunksjon måtte støttes av akuttfunksjon i anestesi.

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akuttilbudet i sykehus. Begge gruppene har anbefalt en samling av det akuttkirurgiske tilbudet ved færre sykehus. Begge gruppene støttet at mindre sykehus kunne ha akuttfunksjon i indremedisin.

Gruppene anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80–100 000 innbyggere. Anbefalingen er basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulik størrelse, og gruppe-medlemmenes egne erfaringer. En nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre så mange som 35 av 51 akuttsykehus. Med bakgrunn i dagens sykehusstruktur foreslås derfor en veiledende grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere. Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akuttsykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon / transport og avstand til nærmeste større akuttsykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere.

I henhold til nasjonal helse- og sykehusplan skal KS være et akuttisykehus. Planen sier at "Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser". Det er ikke entydig definert i planen hva "beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser" innebærer i praksis. Krav og forsøk på definisjoner knyttet til disse forhold omtales senere i rapporten (se 4.3.3).

Helse- og omsorgskomiteens sier i sin innstilling om Nasjonal helse- og sykehusplan², at *«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akuttisykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene».*

I den samme innstillingen er det også fremmet at *«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene utreder ulike modeller for kirurgisk akuttberedskap ved akuttisykehusene, herunder alternative vaktordninger, rotasjonsordninger og eventuelt med samarbeid mellom sykehus, der dette er mulig – med tanke på å ivareta akuttberedskapen ved det enkelte sykehus gjennom best mulig utnyttelse av de samlede kirurgiske ressurser.»*

2.2 Strategiske føringer i Vestre Viken

Strategi 2025 beskriver at Vestre Vikens hovedmål er å «Tilby likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen». Det er videre beskrevet åtte hovedstrategier som skal legge grunnlag for å realisere dette målet. «Styrke og samle akuttfunksjoner og fødetilbud» er en av disse hovedstrategiene.

Ved utarbeidelse av Strategi 2025 ble Nasjonal helse- og omsorgsplan fra juni 2011 lagt til grunn. Denne beskrev mulighet for en tilpasning av akutt- og fødetilbud i forhold til befolkningsstørrelse i opptaksområdet, avstander og kommunikasjon. Planen beskrev at lokalsykehus med akuttfunksjon minimum måtte ha indremedisinsk akuttfunksjon, og at kommuner og helseforetak måtte se sykehusenes akuttfunksjoner, lokalisering av ambulansetjenesten og kommunal legevakt i sammenheng, for å sikre god tilgjengelighet til akutte tjenester.

På bakgrunn av utredning gjennomført i 2011, ble det i Strategi 2025 vedtatt å samle kirurgisk akutttilbud (generell kirurgi, bløtdelskirurgi) for KS og DS i Drammen. Planlagt operativ virksomhet skulle fortsette begge steder. Begrunnelsen var at utviklingen i det kirurgiske faget ville gjøre det krevende å rekruttere spesialister i generell kirurgi i årene fremover, og at DS ville ha robuste vaktordninger innen mage-tarm kirurgi, urologi og karkirurgi. Den økte reiseavstanden for de berørte pasientene og økningen i transportbehov ble vurdert som håndterbar.

I konseptfasen for nytt sykehus i Drammen ble aktiviteten på DS i 2013 lagt til grunn for framskrivning og dimensjonering av det nye bygget. I dette lå aktivitet knyttet til akuttkirurgi for befolkningen i opptaksområdet til KS. Det er ikke planlagt videre overføring av aktivitet fra KS til det nye sykehuset i Drammen.

² Innst. 206 S (2015–2016) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2015-2016/inns-201516-206.pdf>

Høsten 2016 ble konseptet for nytt sykehus i Drammen revidert for å tilpasses planforutsetningene og redusere investeringsrammen fra 8,821 mrd til 8,200 mrd. Som en del av dette arbeidet ble det eksempelvis besluttet at 20 % av den elektive ortopediske virksomheten i Drammen (inneliggende kirurgi, dagkirurgi og poliklinikk) skal flyttes til KS.

I mandatet for Utviklingsplan 2035 er det fastslått at man skal holde seg til de beslutninger som er stadfestet igjennom Konseptrapport for nytt sykehus i Drammen med tilhørende tilleggsutredninger, samt Idefaserapport for oppgradering og utvikling for sykehusene på Kongsberg, Ringerike og Bærum. I dette ligger at strukturen med fire somatiske sykehus, samt Hallingdal sjukestugu, skal opprettholdes og videreutvikles.

2.3 Øvrige aktuelle føringer

2.3.1 Utviklingstrekk for de kirurgiske fagene

Utvikling av nye medisinske behandlingsmetoder og teknologiske løsninger kan både ha sentraliserende og desentraliserende effekter. Innenfor de kirurgiske fagområdene er det en økt spesialisering, mye med bakgrunn i den teknologiske utviklingen. For dette fagområdet har spesialiseringen vært en drivkraft for sentralisering av pasientbehandlingen. Det har også vært en utvikling innen indremedisin mot en sentralisering av spesielle oppgaver og funksjoner, men i dette fagområdet spiller breddekompetansen fortsatt en betydelig rolle med behov for en mer desentralisert tjeneste.

Den største driveren i utviklingen av de kirurgiske fagene er skiftet fra «åpen» operativ behandling til mer mini-invasiv behandling i form av endoskopisk³, endovaskulær⁴ og laparoskopisk⁵ behandling med eller uten robotassistanse. Utviklingen her har nærmest vært eksplosiv⁶, og virker inn på valg av så vel akutte som elektive (planlagte) prosedyrer.

Konsekvensen av denne utviklingen innen kirurgien og ikke minst pga. utviklingen man har hatt innen anesthesiologi, er at oppholdene i sykehusene knyttet mot kirurgiske prosedyrer blir stadig kortere og en økende andel gjøres som dagkirurgi. De bevilgende myndigheter har tatt konsekvensen av dette. For å dreie den kirurgiske aktiviteten mot mer dagkirurgi, vil en stor andel av den dagkirurgisk aktiviteten i 2018 bli honorert på linje med korttids døgnopphold.

Den faglige utviklingen innen kirurgi, med oppdeling av faget i ulike spesialiteter, er en annen viktig driver for sentralisering. Tidligere ble det utdannet generelle kirurger som kunne utføre et bredt spekter av operasjoner. Gjennom de siste 50 – 60 årene har kirurgifaget utviklet seg slik at man fikk en tydeligere subspesialisering med oppdeling som f.eks. i karkirurgi, urologi og mage-tarmkirurgi (gastrokirurgi). Spesialiseringen gjør at kirurgene får spisskompetanse innenfor ett område, noe som øker kvaliteten på behandling og får positiv effekt på utfall for pasientene. Utfordringen dette skaper, er at det blir stadig færre kirurger med generell bløtdelskirurgisk kompetanse.

³ Endoskop: Et endoskop er et medisinsk instrument som brukes til å undersøke kroppens hulrom

⁴ Endovaskulær behandling: Behandling av en tilstand via blodårene til organet

⁵ Laparoskopi: Kikkhull behandling

⁶ <http://medicalfuturist.com/the-technological-future-of-surgery/>

I den nye spesialistutdannelsen som er under implementering, vil sub- eller grenspesialitetene bli hovedspesialiteter⁷. De nye forskriftene for legers spesialistutdanning trådte i kraft fra 1. mars 2017 for del 1 (LIS1 – tidligere turnusleger) og vil bli fulgt opp for del 2 og 3 (spesialistutdannelsen) 1. mars 2019. Etter 2022 vil det i prinsippet ikke bli utdannet nye kirurger med en fagbredde som i dag tilsvarer generell kirurgi. I de «nye» kirurgiske spesialitetene vil man imidlertid få en felles kunnskapsplattform på 2 år (common trunk). Den overordnede hensikten med det er å få en viss minimumskunnskap på tvers av det kirurgiske fagfeltet. Læringsmålene er ikke endelig fastlagt, men meningen er trolig at man dermed kan oppnå adekvat vurderingskompetanse generelt i akutte kirurgiske situasjoner. Forslaget går videre ut på at spesialiteten gastrokirurgi skal dekke behovet for den kirurgien som ikke dekkes av de tidligere øvrige grenspesialitetene og generell kirurgi. Spesialiteten generell kirurgi kommer trolig til å opphøre. I flere år har det også vært slik at det ikke har vært noen bløtkirurgisk utdanning innen ortopedi eller ortopedisk utdanning innen de bløtkirurgiske spesialiteter. Ortopeder kan således ikke settes i bløtkirurgiske vakter og vise versa.

Medisinsk diagnostikk og behandling er under stadig utvikling og til dels omstrukturering. Dette må nødvendigvis virke inn på sykehusenes struktur og for de oppgaver de som arbeider der skal ha. På et generelt grunnlag må foretakene vurdere så vel kvalifikasjoner, kompetanse og vaktbelastning for aktuelle leger ved det enkelte sykehus på en ny måte. De tidligere skillene mellom spesialitetene vil endre seg, og nye arbeidsoppgaver bli aktuelle.

Et moment i denne sammenheng, er at det er vedtatt å opprette en ny spesialitet i Akutt og mottaksmedisin (AMM) innen det indremedisinske fagområdet knyttet til akuttmottakene i sykehus fra 1. mars 2019⁸. Læringsmålene er valgt på bakgrunn av faglige problemstillinger og utfordringer i akuttmottak og observasjonsposter, samt den kompetanse som kreves for å kunne delta i indremedisinske spesialistvaktlag. Hovedmålet for del 3 av denne spesialistutdannelsen er: *«Å ha kunnskap og ferdigheter til å kunne håndtere de viktigste problemstillinger i norske akuttmottak og observasjonsposter»*. Eksempel for tilstanden akutt abdomen⁹: *«Ha kunnskap om diagnostikk og initial stabilisering, samt kunne innhente relevant kompetanse ved vanlige akutte kirurgiske tilstander (med fokus på "akutt abdomen"), samt akutte obstetriske og gynekologiske tilstander der disse er differensialdiagnoser ved sentrale symptombaserte presentasjoner. Behandlingen fokuserer på stabilisering (væske, smertebehandling), mens innhenting av kirurgisk spesialkompetanse pågår. (Delmål 6.1)»* Det er videre ført opp en rekke ferdigheter som disse legene skal kunne håndtere både diagnostisk og terapeutisk. Noen av disse er mindre kirurgiske behandlinger.

2.3.2 Andre liknende utredninger, føringer og erfaringer

Erfaringer fra andre land

Det har gjennom de siste 20-30 år vært en økende interesse og forståelse for hvordan man skal håndtere akutte kirurgiske pasienter. Dette har kommet til uttrykk i flere rapporter, utredninger og forordninger. Dette ligger også som bakgrunn for Nasjonal helse og sykehusplan.

Som eksempel på dette nevnes det:

⁷ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

⁸ <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/akutt-og-mottaksmedisin>

⁹ «Akutt abdomen» er et samlebegrep for en rekke diagnoser hvor pasienten har akutte magesmerter som har vart under en uke eller hvor smertene har blitt akutt foreverret. Slike tilstander kan være tegn på så vel indremedisinske lidelser (f.eks. en tarminfeksjon) eller en blindtarmbetennelse (en kirurgisk lidelse)

- Danske retningslinjer for akutt kirurgi: Den danske Sundhedsstyrelsens spesialveiledninger for kirurgi (juni 2017)¹⁰
- Sykehusstruktur i Norden: En utredning foretatt av SINTEF vedrørende sykehusstrukturen i Norden¹¹
- Sykehusstruktur og kirurgi i Scotland: Et arbeid i 2016 foretatt av en komite utgått fra «The Royal College of Surgeons of Edinburgh»¹²

Kort oppsummert peker disse utredningene på følgende forhold:

- Det er viktig at så vel elektive (planlagte) som akutte funksjoner i kirurgi ivaretas på samme sykehus. Sykehusene som skal behandle akutte tilfeller trenger et stort nedslagsfelt. Dette sikrer et aktivitetsnivå som gir grunnlag for fagpersonellens kompetanse og erfaring. Samtidig betyr det at man utnytter den (knappe) ressursen som de spesialiserte kirurgene representerer, på en best mulig måte.
- Pasienter som kommer inn på sykehus med lite nedslagsfelt, bør raskt overføres til et sykehus med bredere funksjoner om det ansees nødvendig.
- Nedslagsfeltene til akutt sykehusene blir stadig større.
- Rekrutteringen av kirurger til mindre sykehus blir stadig vanskeligere til tross for en rekke supplerende og støttende tiltak som rotasjonsordninger mv.

Både for den akutte kirurgien og den grenspesialiserte spiller fag- og teknologiutviklingen, samt erkjennelsen av sammenhengen mellom aktivitetsvolum og utfall for pasientene, sterkt inn. Det siste er lettere å påvise for noen deler av kirurgien enn andre, men summen av disse faktorene er en kraftig driver i sentraliseringen av den kirurgiske virksomheten.

Pasientvolum for sykehuset, så vel som for den enkelte kirurg, har vært diskutert mye. Diskusjonen i internasjonal faglitteratur går nå ikke mellom store eller små sykehus, men mellom middels store og store, og med spørsmål om kirurgien skal samles enda mer. I denne sammenheng er det kun et fåtall norske sykehus som vurderes som store (se Sykehusstrukturen i Norge). I internasjonale studier ligger grensen mellom små og middels store sykehus på et befolkningsgrunnlag på ca 90-100 000. Det foregår en studie (Clinical effect of surgical volume)¹³ som skal belyse hvilke utfall andre forhold ut over volum kan ha, når disse trekkes inn i en totalvurdering. Her kartlegges m.a. effekten av protokollers betydning, erfaringsutveksling og hospitering, registre, psykososiale faktorer som nærhet til sine pårørende, menneskelighet, omsorg o.l. Resultatene foreligger ikke enda.

Motargumenter mot samling av akuttkirurgien i større enheter, har blant annet dreiet seg om tidsperspektivet dvs. at den tiden det tar fra debut av en tilstand til man kommer til diagnostikk og/eller behandling. Det hevdes at det kan gå ut over liv og helse dersom denne tiden blir for lang. Traumesystemet i Norge, som nå er under implementering i alle RHF-ene, legger opp til en rask overføring til relativt få traumesentra for at pasientene skal få optimal behandling¹⁴. Dette er allerede gjennomført i Vestre Viken, med traumemottak ved DS eller direkte overføring til OUS dersom man prehospitalt mener at det er rett.

¹⁰ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/~media/2D1B753D197843B98F404C775D2A0831.ashx>

¹¹ SINTEF A19615: Spesialisthelsetjenesten i Norden. Prosjektnr 60H179. 2011-09-01

¹² <https://iss.rcsed.ac.uk/media/20223/rural-surgery-web.pdf>

¹³ N Engl J Med 374;14 nejm.org April 7, 2016

¹⁴ <http://traumatologi.no/traumesystem/>

Tilsvarende gjelder for akutte kirurgiske sykdommer. Det er gjort en rekke utredninger knyttet mot hvor raskt man trenger å operere pasienter med akutt oppståtte lidelser. Det viktigste er trolig god diagnostikk, da bare ca 25 % av akutte kirurgiske pasienter trenger operativ behandling. Studier og konsensumøter viser dessuten at kun et meget lite antall trenger svært rask behandling (Se: Good practice in management of emergency surgery: a literature review)¹⁵. De som virkelig trenger rask behandling bør få det i spesialiserte kirurgiske enheter. Det har større betydning for pasientene å bli behandlet av et spesialisert team, enn å bli behandlet på kortest mulig tid. Konsekvensen er blant annet at man kan forskyve alt som er forsvarlig fra natt- til dagtid.

Norske forhold

Det er flere norske sykehus som har omstilt seg eller er i omstilling i forhold til akuttberedskap i kirurgi. Tabellen nedenfor viser eksempler på sykehus uten kirurgisk vaktberedskap 24/7, men med andre former for beredskap. Befolkningsgrunnlag og type akuttfunksjoner er beskrevet.

Sykehus	Befolkning	Akuttfunksjoner
Mosjøen	16 000	Akuttfunksjon indremedisin, skadestue (dag/kveld), stabiliseringsberedskap m. anestesilege og anesthesi- og operasjonssykepleier i vakt, dagkirurgi med mulighet for overnatting,
Nordfjord	25 000	Akuttfunksjon indremedisin Skadepoliklinikk, dagkirurgi, indremedisin
Lærdal	20 000	Ingen kirurgisk vaktberedskap. Ortoped og indremedisiner tilgjengelig.
Elverum	50 000	Akuttfunksjon indremedisin. Ingen kirurgisk vaktberedskap. Ortopedisk, gynekologisk og indremedisinsk avdelinger.
Lovisenberg	188 000	Akuttfunksjon indremedisin. Elektivt sykehus i ortopedi (og noe kirurgi)

Tabell 1. Eksempel på norske sykehus uten akuttkirurgisk funksjon

Ut over dette anføres følgende:

Moss sykehus var tidligere et akutt sykehus. Dette er nå et elektivt sykehus og all akutt kirurgi foregår ved Sykehuset Østfold på Kalnes, som har fylkets eneste behandling av akutt kirurgi. Videre pågår det prosesser for at hele eller deler av den kirurgiske akuttfunksjonen skal overføres til større nabosykehus ved Flekkefjord sykehus (Lister)(40 000 innbyggere)¹⁶, Narvik sykehus (30 000 innbyggere)¹⁷, Lofoten sykehus (28 000 innbyggere) og Odda sykehus (12 000 innbyggere)¹⁸. Disse føringene / vedtakene er ikke fullt implementert høsten 2017. Det har vært og er fremdeles uenighet knyttet til vedtakene.

¹⁵ https://www2.health.vic.gov.au/getfile/?sc_itemid=%7B1705EA38-5544-4CA9-BA72-91F9121C7C35%7D

¹⁶ I styresak 013-2017 (Styret i Helse Sørlandet) ble det bestemt avvikling av akutt kirurgi, men styret i Helse Sør Øst RHF (sak029-2017) besluttet at endringer ved sykehuset i Flekkefjord samordnes med Sørlandet sykehus sitt videre arbeid med en samlet og helhetlig utviklingsplan fram mot 1.mars 2018.

¹⁷ Foretaksmøte i Helse Nord RHF 24/4-17 stadfester at Narvik sykehus ikke skal ha akutt kirurgi på døgnbasis (<http://docplayer.me/48734879-Protokoll-fra-foretaksmote-i-helse-nord-rhf-oppfolging-av-nasjonal-helseog-sykehusplan-avklaring-av-akuttfunksjoner.html>)

¹⁸ Styresak 15/2017 (Helse Fonna) og 41/2017 (Helse Vest) har fattet vedtak som er støttet av HOD

3 Akuttkirurgisk tilbud før og etter samling i Drammen

KS er lokalsykehus for kommunene Flesberg, Rollag, Nore og Uvdal, Kongsberg og Øvre Eiker. DS er lokalsykehus for Drammen, Lier, Nedre Eiker, Røyken, Sande, Svelvik og Hurum. DS har også områdefunksjon for en rekke fagområder for hele befolkningen i VV sitt opptaksområde.

VV ble etablert i 2009, og fra starten av 2010 organisert med klinikker på tvers av geografiske lokasjoner. Første del av 2010 ble benyttet til en avklaring omkring intern organisering, og fra 1.5.10 ble den nye tverrgående organisasjonsstrukturen fastlagt. De kirurgiske enhetene på Kongsberg og Drammen inngikk da i en felles kirurgisk avdeling. Denne organisering opphørte, da man etablerte de fire somatiske sykehusene som hver sin klinikk for å ivareta stedlig ledelse.

3.1 Situasjonsbeskrivelse Kongsberg sykehus

3.1.1 Situasjon før samling av akuttkirurgi i Drammen

Det hadde over flere år vært en vanskelig driftssituasjon ved kirurgisk avdeling på KS, spesielt i forhold til å rekruttere kvalifiserte generelle kirurger. KS hadde tre hjemler for kirurgiske overleger og to hjemler for leger i spesialisering. I de siste årene varierte det mellom en og tre fast ansatte overleger, vanligvis kun to. I siste halvdel av 2011 var det kun én fast ansatt overlege ved avdelingen. De resterende vaktene ble dekket av svenske vikarer som arbeidet på ukesbasis. Vikarordning ble vurdert til å fungere bra, men løsningen ga et sårbart faglig miljø, og det var utfordring for driften at man ikke hadde fast ansatte leger som bidro til kontinuitet.

Det ble forsøkt rekruttert nye spesialister innen generell kirurgi, uten at man lyktes med dette. Usikkerhet omkring fremtidig drift ved Kirurgisk avdeling, KS forverret muligens rekrutteringssituasjonen. På samme tid medførte endringer i vaktordninger og begrenset utdanningskapasitet innen kirurgi at det generelt var mangel på ferdig utdannende spesialister i Norge.

Som konsekvens av denne driftssituasjonen ble det utredet mulige endringer i akuttfunksjonen innen generell kirurgi (bløtdelskirurgi) ved KS. Basert på medisinskfaglige vurderinger ble det anbefalt at akuttbereidskapen innenfor bløtdelskirurgi for befolkningen i opptaksområdene til KS og DS skulle samles i Drammen.

3.1.2 Situasjon etter samling av akuttkirurgi i Drammen

Samling av akutt bløtdelskirurgi for sykehusene i Kongsberg og Drammen ble vedtatt i styresak 115/2011. Det ble deretter nedsatt en arbeidsgruppe bestående av fagpersoner fra Kongsberg og Drammen med oppgave å utarbeide en helhetlig implementeringsplan for samling av akuttbereidskapen for bløtdelskirurgi i Drammen, samt for den videre elektive kirurgiske driften ved KS.

De største endringene i forhold til tidligere praksis omfattet:

- Elektiv (planlagt) bløtdelskirurgisk virksomhet ved KS skulle være i form av poliklinikk og dagkirurgi
- Alle kirurgiske pasienter med behov for innleggelse som øyeblikkelig hjelp skulle innlegges ved kirurgisk avdeling, DS. Dette gjaldt hele døgnet.
- Kirurgisk avdeling ved KS skulle motta elektive pasienter til innleggelse / dagkirurgisk behandling

- De polikliniske pasientene som hadde behov for akutt kirurgisk vurdering, skulle mottas innenfor vanlig dagtid på kirurgisk poliklinikk KS

Sykehusene i Drammen og på Kongsberg utarbeidet retningslinjer/prosedyrer for å sikre at alle pasienter skulle få en faglig forsvarlig behandling. Det ble gitt kriterier for innleggelse av pasienter ved KS når akuttkirurgisk beredskap opphørte. KS videreførte akuttfunksjoner innen indremedisin, ortopedi, gynekologi og føde/barsel, men med noen endringer. Enkelte spesifiserte pasientgrupper innenfor disse fagområdene som tidligere hadde blitt behandlet ved KS, skulle nå gå direkte til DS. Eksempelvis gjelder dette pasienter med større blødninger fra mage-tarm kanalen, fødende med tidligere keisersnitt, kjente sammenvoksinger og tidligere alvorlig blødning eller risiko for dette, samt ikke gravide kvinner med akutte magesmerter. Det ble etablert en ordning med utrykningsvakt fra DS vesentlig knyttet mot intensiv, KS. Denne ble offisielt avviklet tidlig 2013¹⁹.

Den kirurgiske sengeposten på KS ble redusert med fem senger. To overleger ble videreført på KS for å drive kirurgi på dagtid. Behovet for å leie inn kirurger falt bort da vaktordningen på KS ble avviklet. I april 2013 sluttet de to kirurgene som hadde hatt fast ansettelse på KS, og sykehuset har deretter ikke hatt egne ansatte kirurger. Kirurger fra DS står for den dagkirurgiske aktiviteten på KS. Ordningen er på frivillig basis for den enkelte lege. I hht til avtale skal kirurg (enten gastrokirurg, urolog eller karkirurg) være til stede på KS på dagtid alle ukedager i høyaktivitetsperioder. Pga. utfordringer med bemanningen innen gastrokirurgi, DS, ble deler av avtalen avsluttet i mai 2013. En ny avtale ble inngått i 2014, og omhandlet kun gastrokirurgi. Pasientgrunnlaget omfatter pasienter fra KS sitt opptaksområde, samt at det kan tilrettelegges for pasienter fra DS opptaksområde, dersom det er behov for det. Pasienter med urologiske og karkirurgiske lidelser har man fortsatt behandlingen av som tidligere. Se også pkt 4.6.1.

Den dagkirurgiske aktiviteten på KS vurderes som velfungerende, med god pasientbehandling og høy effektivitet. Tidvis kan det oppstå utfordringer med tilstedeværelse av kirurg pga. sykdom eller turnover. Når dette skjer, må operasjoner utsettes, noe som medfører dårligere utnyttelse av de øvrige ressursene ved poliklinikken og i den dagkirurgiske virksomheten.

Samlingen av akuttkirurgi i Drammen var en omdiskutert endring fra medarbeiderne på KS sitt ståsted. For de som jobber på KS har perioden etter omstillingen vært krevende. Dette knyttes spesielt til håndteringen av pasienter i grenseland mellom medisin og kirurgi, og operasjonalisering av retningslinjene i det daglige samarbeidet mellom KS og DS.

Etter samlingen av akuttkirurgi er det imidlertid gjennomført en rekke tiltak for å ivareta og heve kvaliteten på tjenestene ved KS. Eksempelvis har anestesileger fått økt kompetanse på prosedyrer som tidligere ble håndtert av sykehusets kirurger. Videre skal legene fra DS som drifter dagkirurgi ved KS også være tilgjengelig for tilsyn og rådgivings virksomhet ved KS når de er der.

Det er gjort flere tiltak for å øke kvalitet og pasientsikkerhet på sykehuset i Kongsberg generelt. For å sikre rask avklaring av pasienter er det i tillegg til eksisterende nødteam, også etablert et mottaksteam med bl.a. anestesilege og lege i spesialisering fra medisin. Teamet driver systematisk trening i hht BEST-prinsippene²⁰. I 2015 ble vaktordningen ved medisinsk avdeling

¹⁹ Se Styresak VV 05/2013

²⁰ BEST = Bedre og systematisk teamtrening. En metodikk for samhandling mellom helsepersonell utviklet i forbindelse med mottak av traumer hvor prinsippene overføres til akutt behandling av andre alvorlige tilstander

lagt om fra å ha lege i spesialisering i passiv vakt på natt og turnuslege med tilstedevakt, til å ha lege i spesialisering i døgnkontinuerlig tilstedevakt.

3.2 Situasjonsbeskrivelse Drammen sykehus

3.2.1 Situasjon før samling av akuttkirurgi i Drammen

Kirurgisk avdeling, DS hadde våren 2012 en stabil legebemanning bestående av 13 leger i spesialisering, åtte overleger i gastrokirurgi, fem karkirurger, samt urologer og mamma-endokrinkirurger.

Allerede før akutt bløtdelskirurgi ble flyttet fra KS bemannet avdelingen i Drammen tre dagkirurgiske operasjonsstuer i uken på KS. Dette ble startet opp på det tidspunktet de to kirurgiske enhetene var i en avdeling. Det var også ledig operasjonsstuekapasitet på dagkirurgisk seksjon i Drammen, men ikke mulighet til å bemanne denne fullt ut. Utnyttelse av kapasiteten i Kongsberg var således en vinn-vinn situasjon.

3.2.2 Situasjon etter samling av akuttkirurgi i Drammen

Fra 1.1.2012 var den overordnede organiseringen i Vestre Viken endret. På tidspunktet for samlingen av akuttkirurgi var KS og DS organisert i hver sin klinikk, og hadde hver sin kirurgiske avdeling. Siden KS var avhengig av kirurger fra DS for pasientbehandlingen, ble ordningen med dagkirurgisk virksomhet med leger fra Drammen videreført.

Ved samling av akuttkirurgi i Drammen, vurderte man at det ikke var behov for en styrket legebemanning i akuttkjeden, siden endringen i aktivitetsnivå var beskjeden. Pasientvolum ble estimert til gjennomsnittlig et par ekstra akutte pasienter til innleggelse pr døgn. Heller ikke akuttmottaket eller operasjonsstuer fikk styrket bemanning i forbindelse med omstillingen. Slik den økonomiske situasjonen var for foretaket våren 2012 var det ikke rom for store endringer, men det ble etablert fem nye senger med tilhørende bemanning for å ivareta endringen i pasientstrøm for kirurgiske pasienter. Bemanning på Medisinsk avdeling ble ikke endret. Den samlede pasientstrømmen håndteres uten vesentlig overbelegg, og andel korridorpasienter har så langt i 2017 vært lavt.

Man har fortsatt med dagkirurgisk aktivitet ved KS, og totalt har den elektive kirurgiske aktiviteten økt. De involverte leger anser det som en fordel å ha et skjermet dagkirurgisk løp her, med ansatte som bidrar til en effektiv drift og god pasientoppfølging.

4 Evalueringsgrunnlag

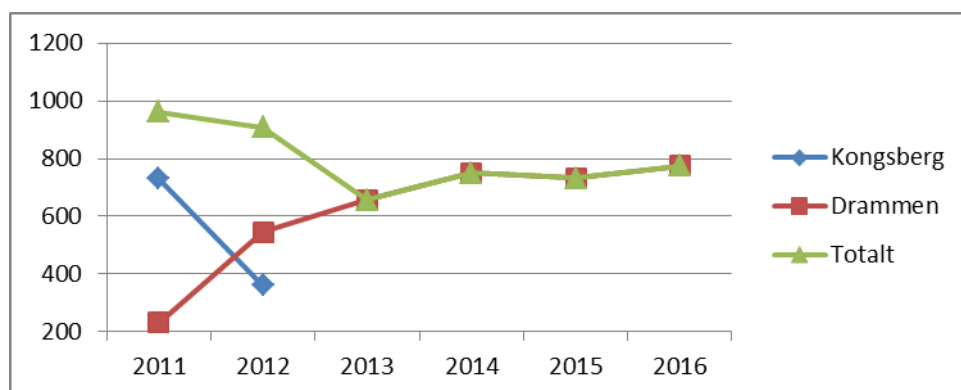
4.1 Pasientstrømmer før og etter samling av akuttkirurgi i Drammen

Det er hentet frem aktivitetsdata både fra DIPS og NPR for å beskrive pasientstrømmene før og etter sammenslåingen av akuttkirurgien i Drammen. Resultatene presenteres i sin helhet i et tillegg til denne rapporten, mens hovedfunnene refereres her.

4.1.1 Akutte kirurgiske innleggelser

Akutte kirurgiske innleggelser fra kommunene i Kongsbergområdet i 2011 fordelte seg med ca 2/3 til KS (68 %) og 1/3 til DS (32 %). Totalt ble det i 2011 lagt direkte inn 962 pasienter med akutte lidelser i de kirurgiske avdelinger. Akutte innleggelser ved DS steg fra 2011 til 2013 med 470 (fra 304 til 774). Samlet akutte innleggelser (KS og DS) gikk ned fra 2011 til 2013 med 32 %, men har siden ligget vel 20 % under 2011 nivået. Total nedgang (akutte innleggelser og overflyttinger) var på 31 % (Tabell A-1).

I perioden 2014 til 2016 var det årlig ca 750 akutte innleggelser fra KS opptaksområde på Kirurgisk avdeling på DS. (Tabell A-3). Samlet for hele tidsperioden vises akutte innleggelser i de kirurgiske avdelingene ved de to sykehusene i figur 1.



Figur 1. Antall akutte kirurgiske innleggelser pr år i DS og KS fra Kongsbergregionen

I forbindelse med omleggingen fikk man en netto nedgang på omlag 150 innleggelser per år. Det kan være flere årsaker til dette. Det kan være noe usikkerhet knyttet til data fra 2011 på KS fordi registreringspraksis i forhold til å kategorisere pasienter som hhv kirurgiske eller ortopediske var noe flytende. Noen pasienter som tidligere ble behandlet ved kirurgisk avdeling ble etter samlingen av akuttkirurgi behandlet ved indremedisinsk avdeling. I tillegg ble man nok noe mer restriktive på innleggelser. Før samlingen av akuttkirurgi hadde KS høyere innleggelsesrate enn de større sykehusene i nasjonal sammenheng. Samtidig var det en lav andel av de akutt innlagte pasientene som faktiske ble operert. Kvantifisering av de enkelte postene er ikke mulig uten en større journalgjennomgang.

Antall liggedøgn gikk ned med 948 fra 2011 til 2013 (- 18 %). Dette fordelte seg med en nedgang på 479 liggedøgn fra 2011 til 2012 og ytterligere ned 469 fra 2012 til 2013. (Tabell A-2).

Alle innleggelser i somatiske sykehusavdelinger klassifiseres etter DRG systemet som kirurgiske, medisinske og andre. Av de omkring 750 årlige innleggelsene i 2014-16 ble 20-25 % klassifisert til å være kirurgiske DRG (Tabell A-3). Ved gjennomgang av operasjonskodene/- prosedyrene for disse, fremgår det at 35-40 % av alle disse trengte å bli operert av en grenspesialist. Dersom

de hadde kommet inn på et sykehus med kun generell akuttkirurgi, burde de ha blitt flyttet for operasjon på et sykehus med grenspesialister (Tabell A-4). Om man antar at samme andel av de som ikke ble operert også hadde behov for å bli vurdert av grenspesialister, kommer man til om lag samme fordeling av pasienttyngden som tidligere. Det vil si at av de 750 årlige akutte innleggelsene ved DS ville i underkant av 500 kunne ha blitt behandlet ved en generell kirurgisk avdeling og vel 250 hadde behov for innleggelse i en spesialavdeling.

I tillegg til de direkte innlagte pasientene, kommer innleggelser av pasienter som primært ble innlagt i de medisinske avdelinger. Disse innleggelser / overføringer har gått ned fra 162 i 2011 til 84 i 2015 (Tabell A-1). Av de som ble overført ble det i 2016 utført operative prosedyrer på 41 pasienter (42 %). Etter gjennomgang av samtlige operative koder i 2016 for disse pasientene, konkluderes det med at i underkant av 50 % kunne ha vært utført ved en generell kirurgisk avdeling, mens de resterende normalt ville ha vært overført til en mer spesialisert avdeling.

Fem av de overførte pasientene døde, men det er intet som tyder på at noen av dem ville ha hatt en annen utgang om de hadde fått kirurgisk behandling lokalt.

4.1.2 Total operativ aktivitet ved de kirurgiske avdelingene

Samtlige elektive og akutte kirurgiske prosedyrer foretatt ved KS og DS for årene 2011, 2015 og 2016 (Tabell B-1) er analysert. Analysegrunnlaget er hentet fra operasjonsplanleggingsmodulen i DIPS. Det har vært en aktivitetsøkning ved KS på 28 % fra 2011 til 2016 målt i antall inngrep. Aktiviteten har dreiet seg fra heldøgns omsorgsnivå til dagkirurgisk behandling.

Analyse av kirurgisk aktivitet ved KS i 2011 viser at det ble gjennomsnittlig foretatt ett akutt inngrep hvert 4-5 døgn. Hovedandelen av inngrepene var fjerning av blindtarm (20 inngrep, dvs ett hver 2-3 uke).

4.2 Befolkningsgrunnlag, avstand og prehospitale tjenester

4.2.1 Befolkningsgrunnlag

Kongsbergregionen omfatter fem kommuner. Øvre Eiker og Kongsberg er de to største, med henholdsvis 35 % og 50 % av befolkningen. De resterende 15 % er bosatt i Flesberg, Rollag og Nore og Uvdal. Folketallet øker mest i Øvre Eiker, mens de tre minste kommunene går ned i folketall. Samlet bor det ca 53.000 mennesker i sykehusets opptaksområde.

I tillegg kommer befolkningen som reiser til og oppholder seg i opptaksområdet over kortere eller lengre tid. Kommunene som sogner til sykehuset er blant landets aller største hyttekommuner, med til sammen ca. 15 000 hytter og 773 000 gjestedøgn årlig. Store alpinanlegg i flere av kommunene, inklusive Kongsberg, trekker dessuten mange tusen tilreisende i tillegg til hyttebeboerne.

Kongsberg er Norges tredje største industrikommune og byens virksomheter har daglig ca 4 000 som pendler hit på jobb. I tillegg får virksomhetene årlig besøk av rundt 65 000 representanter fra kunder, leverandører og ansatte fra andre steder.

Distriktsstaben til Heimevernet i Telemark og Buskerud HV-03 er lokalisert i Heistadmoen leir utenfor Kongsberg. Heistadmoen skyte- og øvingsfelt og Hengsvann skyte- og øvingsfelt administreres fra Heistadmoen, og disse blir årlig benyttet av 70 - 100 000 soldater.

Det er imidlertid få av de tilreisende som benytter seg av eller har behov for det akuttkirurgiske tilbudet i opptaksområdet til KS. De tilreisende har noe påvirkning på den ortopediske virksomheten ved KS.

4.2.2 Reiseavstand

Avstandene fra Kongsberg til DS er på vel 40 km som tilsvarer ca 30-40 minutter med vanlig kjøring. Reiseavstandene er sammenlignet med andre kommuner i Helse Sør-Øst²¹. I 79 av disse har befolkningen lenger avstand til nærmeste sykehus med akuttkirurgisk beredskap, enn det befolkningen i Kongsberg har. Nore og Uvdal har 140 km til Drammen. 12 kommuner i Helse Sør-Øst har lengre avstand til nærmeste akuttsykehus. For nærmere oversikt, se vedlegg kapittel C (Tabell C-1, C-2 og C-3). For befolkningen i Øvre Eiker er avstanden den samme til hhv Drammen sykehus og Kongsberg sykehus²². I perioden fra 2014 – 2016 kom mellom 42 % og 46 % av de akuttkirurgiske pasientene fra KS opptaksområde herfra (se tabell A-3). Disse fikk altså ikke lenger reisevei etter samlingen av akuttkirurgi.

Oppsummert betyr det at ca 55 % av de akuttkirurgiske pasientene fra KS opptaksområde fikk ca en halv time lenger reisetid og 45 % uforandret etter samlingen av akuttkirurgien i Drammen.

4.2.3 Prehospitale tjenester

Vestre Viken driver ambulansetjenesten i Buskerud fylke, samt i tre utenforliggende kommuner. Kjerneoppgavene er beredskap, utrykning, observasjon, transport og behandling av akutt syke og skadde personer. Ambulansetjenesten har også ansvar for planlagt transport av pasienter som trenger medisinsk behandling, omsorg eller som må ligge under transport.

Ambulansetjenesten er organisert i tre distrikter. I Distrikt 1 ligger bl.a. Øvre Eiker (ambulansestasjon Hokksund) og i Distrikt 3 de øvrige kommunene i Kongsbergregionen med ambulansestasjoner i Kongsberg, Veggli, Prestfoss og Rødberg.

²¹ Totalt 173 kommuner

²² Om interkommunal legevakt legges til Kongsberg i 2018, blir avstanden her lenger for de som ligger sør for Kongsberg og ditto kortere nordfor om pasientene innlegges fra legevakten



Figur 2. Opptaksområder for sykehusene i Vestre Viken med angivelse av steder med pasientbehandling, samt ambulansestasjoner

Det er en betydelig aktivitetsøkning ved alle stasjonene fra 2011 til 2016. Antall oppdrag på de ulike stasjonene har økt med mellom 39 % og 100 %. Som en konsekvens av dette har man i økende utstrekning benyttet beredskapsforflytting og flåtestyring for å sørge for best mulig beredskap og dekke transportbehovet ved de ulike stasjonene. Det ble registrert 58 slike forflyttinger i 2011. Dette har økt til 842 i 2016. Største forflytting skjer mot Kongsberg. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si at det er økt kjøretid for akutt kirurgiske pasienter som skal transporteres til Drammen som er hoveddriveren for denne endringen.

I vedlegg D er det vist kvalitetsindikatorer knyttet mot ambulansetjenesten i disse distriktene. Anbefalte nasjonale kriterier er at 90 % av alle ambulansoppdrag skal være fremme hos pasienten på under 12 minutter i tettbygde strøk og under 25 minutter i grusgrendte. Ingen fylker i Norge har oppnådd dette enda. I kommunene knyttet til KS er mellom 66 % og 82 % av de akutte utrykningene fremme innefor de anbefalte tidskriteriene. Dette tilsvarer høyt landsgjennomsnitt. Median responstid i 2016 er på knappe 9 til vel 24 minutter for de 5 kommunene. Sammenlignet med 2011 har denne tiden gått ned i fire av dem (Se vedlegg D, tabell D-1). Ut fra disse måleparameterne ligger kommunene i Kongsbergregionen godt an.

Selv om det er en vesentlig økning i antall akutte ambulansoppdrag i perioden fra 2011 til 2016, viser målingene på responstid at det kun er skjedd marginale forandringer i forhold til hvor lang tid det går fra ambulanse blir kalt ut til den er fremme hos pasienten. For majoriteten av responstidsmålingene har det også vært en positiv utvikling i perioden.

4.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

For pasientene er noe av det mest essensielle i utredning og behandling at man får dette på en adekvat måte og til rett tid. Dette skal gjennomføres med god kvalitet, god ressursutnyttelse og med minimale avvik gjennom hele pasientforløpet. Det er ikke alltid at pasientene kommer i rett behandlingslinje umiddelbart. Om ikke, må de få en rask og god vurdering, samt gis nødvendig stabilisering før de videresendes til rett behandlingsnivå. Noen pasienter kan være vanskeligere å diagnostisere enn andre, gjerne på grunn av vage og uklare symptomer. Disse pasientene krever høy kompetanse og erfaring for at man ikke skal miste tid eller gjøre feildiagnostikk. I evalueringsarbeidet er dette fremkommet som et sentralt problem. Nedenfor er dette omtalt på generelt grunnlag i forhold til vurderings- og stabiliseringskompetanse, og med henvisning til aktuelle problemstillinger beskrevet som gråsonepasienter.

4.3.1 Kvalitet i Vestre Viken og på Kongsberg sykehus

Folkehelseinstituttet følger opp nasjonale målinger av ulike kvalitetsindikator for helseforetak og regionale helseforetak. Resultatene publiseres blant annet på www.helsenorge.no. En kvalitetsindikator gir en indikasjon på kvalitet, men er ikke et direkte mål på kvalitet. Man må derfor være forsiktig med å dra bastante slutninger, og spesielt gjelder dette for små enheter hvor man med små tallvariasjoner kan få store prosentvise svingninger.

I Vedlegg I er resultater fra Vestre Viken trukket fram for et sett av de nasjonale kvalitetsindikatorne. Her fremgår det blant annet at kvalitetsindikatoren for 30 dagers overlevelse etter innleggelse er blitt noe bedre i Vestre Viken enn landsgjennomsnittet. Hverken DS eller KS skiller seg ut fra de øvrige i HF-et på noen av målepunktene.

Trombolysebehandling er en av de nye og viktige behandlingene ved hjerneinfarkt (hjerneslag). Data for de aktuelle sykehusene viser at de er på linje med de øvrige i landet.

Ved siste måling av forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus, hadde KS angivelig ingen sykehusassosierte infeksjoner. Ved kvalitetssikring ble det konkludert at sykehuset rapporterte rett, tallene var små, men det var ingen grunn til å anta feilrapportering.

Med dette som bakgrunn konkluderer man med at kvaliteten ved de respektive sykehus generelt er tilfredsstillende, ut fra de relativt grove kvalitetsparameterne som måles.

4.3.2 Innmeldte avvik relatert til akuttkirurgi

Vestre Viken benytter seg av avvikssystemet Synergi. Herfra er det hentet ut 15 relevante saker som har vært fremmet for Helsetilsynet og/eller behandlet i kvalitetsutvalgene ved de to sykehusene. I Vedlegg G er det gjort en oppsummering og vurdering av disse 15 sakene hvorav fem var fra 2012, seks fra 2013, en fra 2015 og tre fra 2016.

Hovedtyngden av sakene er altså fra den initiale fasen etter samlingen av akuttkirurgien. Disse ble behandlet i evalueringsmøter som ble avholdt etter sammenslåingen av akuttkirurgien. Evalueringsmøtene foregikk fra 15.6.2012 til 30.1.2014, totalt 8 møter. Basert på erfaringer fra avvikssakene ble det iverksatte ulike tiltak for å unngå fremtidige hendelser.

To av sakene fra 2016 er ferdigbehandlet av Helsetilsynet og avdekker ingen feilbehandling eller feil håndtering. En av sakene fra 2012 ble meldt videre til Kunnskapssenteret, men er ikke konkret behandlet der. Saken er fulgt opp med kompenserende tiltak internt. En av sakene fra 2016 er en tragisk hendelse der en livløs person ble tatt imot på Kongsberg sykehus. Denne

pasienten kunne ikke ha blitt reddet uansett hvilket sykehus den hadde kommet inn på. Etter prosjektleders vurdering har samling av akuttkirurgi på DS ikke hatt betydning for utfallet av disse fire sakene.

De resterende 11 sakene synes å ha som felles trekk mangelfull forståelse og oppfølging av prosedyrer etter sammenslåingen av akuttkirurgien for så vel KS som DS. Så langt man kan bedømme har disse avvikene ikke ført til noen alvorlige hendelser eller komplikasjoner for de aktuelle pasientene.

4.3.3 Vurderings- og stabiliseringskompetanse

I Nasjonal helse og sykehusplan beskrives at akuttsykehus på det nivået KS er, skal ha «beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser». Disse begrepene kom inn i debatten om akuttsykehusene uten nærmere dokumentasjon på hva de innebar. Noen har imidlertid definert de som observasjon, kartlegging og analyse av pasientsituasjoner for å definere behov for helsehjelp, iverksetting og koordinering av nødvendige tiltak basert på en kunnskapsbasert praksis.

Ordet «stabilisering» brukes i ulike sammenhenger og oppfattes muligens som selvforklarende.

Sentralt i de to nevnte begrepene er kompetansebegrepet. Kompetanse kan sees på som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og oppførsel brukt til å forbedre ytelse, eller evne til å utføre en gitt rolle. Dette kan igjen deles i faglig kompetanse som utvikles gjennom utdanning og erfaring (realkompetanse), og personlig kompetanse som uttrykkes gjennom den måten kunnskaper og ferdigheter brukes på.

Vurderings- og stabiliseringskompetanse bygger således på ett sett med kunnskap og erfaringer som man har ervervet seg og som man bruker i en aktuell situasjon. I den medisinske verden kan slike aktuelle situasjoner strekke seg fra tilnærmet dagligdagse oppgaver til livskritiske situasjoner. Dette er imidlertid ikke noe en person nødvendigvis skal stå alene om. Begrepene har en personlig komponent, men også en systemkomponent knyttet mot det organisatoriske systemet man er i.

Det er grunnleggende at innbyggerne får tilnærmet den samme medisinske standard og omsorg uavhengig av hvor de bor. En avdeling som skal utøve akutt utredning og behandling på døgn- og årsbasis, må ha en team- og beslutningsstruktur der de som er involvert i pasientbehandlingen kan ta de rette avgjørelser med henblikk på å enten behandle pasienten umiddelbart på det sykehuset den er kommet inn på, eller bestemme seg for å overføre pasienten til et annet sykehus med annen kompetanse. Dette må kunne håndteres uansett hvilken tid på døgnet en hendelse inntreffer. Det krever også at man har et system for god kommunikasjon og støtte mellom sykehusene. Jo lenger avstanden er til et større sykehus, og jo vanskeligere transportforholdene mellom disse to er, desto større kompetanse kreves det på det mindre akutt-sykehuset.

For å håndtere traumer og akutte hendelser må sykehusenes samlede kompetanse være kjent både innenfor og utenfor sykehuset. Dette gjelder ikke minst for de som jobber på legevakt og i de prehospitaltjenester i deres vurdering av hvilket sykehus pasienten skal fraktes til. I dette kunnskapsgrunnlaget ligger også kjennskapet til kommunikasjon mellom sykehusene på så vel foretaks- som på regionalt nivå.

For å kunne være et akutt sykehus, må pasientene som legges inn der møte et sett personell som kan ivareta alvorlig syke og tilskadekomne i en akutfase slik at risiko for død og alvorlig funksjonstap minimaliseres. For et sykehus uten komplette akutfunksjoner, er kompetanse til å stabilisere kritisk dårlige pasienter sentralt. Stabilisering av disse pasientene betyr frie luftveier evt. respirasjonsstøtte, stoppe blødninger, optimalisere blodsirkulasjonen, stabilisere brudd, hindre ytterligere skjelettskader og gi nødvendig smertelindring. Formålet er å gjøre pasienten i stand til ytterligere behandling lokalt eller transport til annet sykehus. I vurderingen av hvor videre behandling skal skje, trenger man et vaktteam som ved hjelp av sykehusets infrastruktur, kan gjøre nødvendige diagnostiske prosedyrer (blodprøver, røntgen, ultralyd mv.). Basert på prøveresultater og kunnskap skal det gjøres en rask og objektiv vurdering av pasientens tilstand og enten startes behandling eller transportere pasienten videre.

Oppsummert er det således sykehusets personale, samlede kompetanse, infrastruktur samt interne samhandling i helseforetaket evt. i det regionale helseforetaket, som er avgjørende for kvaliteten i den akutte behandlingsskjeden. Med dette som bakteppe, er det fra KS sin side fortsatt ønske om å konkretisere hvordan man på best mulig måte skal løse sykehusets beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.

4.3.4 Gråsonepasienter

I utgangspunktet er begrepet «gråsonepasient» en uformell beskrivelse av pasienter som ikke har klare og entydige symptomer. I tilfelle ved KS brukes begrepet der det er uklart om pasienter er medisinske eller kirurgiske. Begrepet kan like godt brukes mellom kirurgi og gynekologi, mellom ortopedi og kirurgi, mellom nevrologi og medisin osv. Dette gjør at gråsonepasienter kan finnes uansett hvilke sykehus man er på. I praksis er dette oftest pasienter med uklare lidelser som trenger en bred tilnærming ut fra pasientens sykehistorie, symptomer og funn.

I den diagnostiske grenseflaten mellom indremedisin og kirurgi kan man finne pasienter med eksempelvis:

- Brystmerter som kan være forårsaket av sykdom i de store blodkar i brysthulen. Dette kan være det første tegn på at det kan gå hull med svært alvorlig utgang.
- Septisk sykdomsbilde/blodforgiftning/infeksjoner hvor utgangspunktet kan være sykdommer i mage-tarm område og som trenger kirurgisk behandling.
- Blødninger fra mage-tarmsystemet som vanligvis håndteres av indremedisiner (gastroenterolog), men i enkelte tilfeller krever samarbeide med gastroenterologisk kirurg.
- Kritisk dårlige pasienter og pasienter som trenger smertelindring i slutfasen av livet, der det kan være nødvendig med tett samarbeid mellom kirurg og indremedisiner.

Disse pasientene representerer hovedsakelig et diagnostisk problem, men i noen tilfeller er det også nødvendig med samarbeid mellom ulike spesialiteter med henblikk på behandling. Slike pasienter kan finnes i alle akuttmottak, sengeposter og intensivavdelinger. Utfordringene som oppleves knyttet til gråsonepasienter ved KS er knyttet til avstand, kommunikasjonsproblematikk og manglende tilstedeværelse og rådgivning av det som oppfattes som adekvat kompetanse.

4.3.5 I grenselandet til gråsonepasientene

I denne kategorien finner man noen pasienter med primært en medisinsk diagnose/hovedtilstand, og som samtidig har et mindre kirurgisk problem. Eksempler kan være:

- Slagpasienter på trombolysebehandling²³ med blødninger i urinblæren og behov for spesielle urinblærekateter.
- Pasienter i smertelindrende enhet med «kronisk» tarmslyng eller intensivpasient med alvorlig forstoppelse. Disse trenger kirurgisk vurdering evt. tiltak, og det er en fordel at man kan slippe unødige flyttinger.

Denne kategorien peker på en viktig gruppe der behandling og avdelingstilhørighet ville vært mindre problematisk på et sykehus med komplett akuttfunksjon. Ved KS er dette vanskeligere fordi pasientene evt. må flyttes til DS for å få det supplerende kirurgiske tilbudet de har behov for. Flytting av pasient kan vurderes som en for stor belastning sett opp mot nytten av det kirurgiske tiltaket.

Gråsonepasientene og de som er i «grenselandet» utgjør spesielle utfordringer for et sykehus uten fullstendig akuttkirurgisk tilbud. Spørsmålet er hvilke kompenserende tiltak som bør iverksettes for å avhjelpe dette, da det er et systemansvar at disse pasientene skal få likeverdig diagnostikk og behandling.

4.3.6 Utfordringer for prehospitale tjenester etter samling av akutt kirurgi

Prehospital triage²⁴ av akutt kirurgiske pasienter medfører sjelden problemer. Hovedutfordringen etter samlingen av akuttkirurgi har primært vært knyttet til differensiering av traumepasienter, i forhold til om de er rene ortopediske akuttpasienter som skal til ortopediske avdeling på KS eller om de er multitraumepasienter som skal til DS. Både for enkelte av disse tilfellene, og i andre situasjoner, har det vært problematisk å få følge av anestesilege i ambulansene ved behov for overføringer fra KS til DS.

4.3.7 Kvalitet i pasientbehandlingen for de akutte kirurgiske pasientene

Ved å samle den akutte bløtdelskirurgien for KS og DS i Drammen blir de akutt syke kirurgiske pasientene tilhørende KS opptaksområde behandlet på et større sykehus der man har tilgang til økt spisskompetanse med kirurger innenfor de ulike grenspesialitetene. Man har ingen data som tyder på at disse pasientene har fått dårligere behandling. Samtlige av de intervjuede leger mener at kvaliteten og pasientsikkerhet er god for de kirurgisk avklarte pasientene. En liten gruppe uavklarte gråsonepasienter oppleves som problematiske.

Reiseveien til sykehuset er blitt lengre for en del av disse pasientene. Den medisinskfaglige vurderingen tilsier imidlertid at den økte avstanden ikke påvirker utfall for pasientene.

²³ Trombolysebehandling er medikamentell behandling som løser opp blodpropp til eksempelvis hjernen – ofte beskrevet som blodfortynnende behandling

²⁴ Triage (fransk ord for sortering) er en arbeidsprosess med hensikt å bestemme prioritering til behandling og transport basert på hvor alvorlig pasientenes medisinske tilstand er.

4.4 Arbeidsmiljø

Resultat av medarbeiderundersøkelsen i 2016 viser at ansatte ved KS scorer høyt på temaene kvalitet og trygghet, motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet. Resultatene for KS sine medarbeidere ligger for disse områdene høyere enn for de andre somatiske sykehusene i Vestre Viken. Dette tyder med overveiende sannsynlighet på at de ansatte som har svart på undersøkelsen generelt er tilfreds med sin arbeidssituasjon.

I arbeidet med evalueringen er det imidlertid gitt tilbakemeldinger om at legene på KS opplever vanskelige situasjoner både i akuttmottaket og med inneliggende pasienter. Dette handler mest om håndtering av gråsonepasienter som ikke krever hasteoverføring til DS. For denne pasientgruppen står klinikere på KS jevnlig overfor faglig utfordrende vurderinger, og savner muligheten for å kunne konferere med en tilstedeværende kirurg. Klinikere på KS opplever i større grad å være overlatt til å gjøre vurderinger på egenhånd, da det er vanskeligere å få til en kirurgisk vurdering.

Om graden av sykefravær (både kort- og langtidsfravær) skulle være et mål for arbeidsmiljøet, så viser sykefraværstatistikken for Vestre Viken at personalet ved KS ikke ligger høyere enn de andre somatiske sykehusene. Det har vært en fallende trend for sykefravær over de siste årene – se vedlegg F.

4.5 Ressursutnyttelse

Endring i hvordan funksjoner håndteres mellom sykehus påvirker det samlede ressursbehovet og hvordan eksisterende ressurser utnyttes. Dette gjelder både personell og fagkompetanse, bruk av utstyr og arealer, samt at det har konsekvenser for den samlede driftsøkonomien.

Det er i evalueringen av samlingen av akuttkirurgi for Kongsberg og Drammen ikke gjort detaljerte analyser som tallfester effekt på utstyrsutnyttelse eller kalkulerer en eksakt økonomisk effekt for funksjonssamlingen. Det er imidlertid beskrevet hvilke endringer som ble gjennomført, og hvordan dette på overordnet nivå har eller kan ha påvirket ressursutnyttelse og økonomi i foretaket.

4.5.1 Kompetanse og bemanning

Samling av funksjoner skaper større, mer robuste fagmiljøer med et samlet større pasientgrunnlag. Et høyt aktivitetsnivå gir best mulig grunnlag for kompetanse- og erfaringsbygging for fagpersonellet. Ved samlingen av akuttkirurgi for Kongsberg og Drammen ble stillingshjemler overført til DS. Der er nå ingen generelle kirurgiske stillinger igjen ved KS. All legekompertanse innen kirurgi er samlet ved DS.

Analyse av akutt kirurgisk aktivitet i 2011 viser at det ble foretatt ett akutt inngrep hvert fjerde til femte døgn ved Kongsberg sykehus. Ved å øke pasientgrunnlaget og aktiviteten i Drammen utnyttes kapasiteten og spesialistkompetansen på en bedre måte, ved at flere akutte pasienter og pasienter som trenger spesialisert kirurgi behandles der.

4.5.2 Utnyttelse av utstyr

Samling av funksjoner vil generelt medføre redusert utstysbehov, ved at man ikke dupliserer utstyr på flere steder. Samtidig kan det føre til at utstyr som allerede har anskaffet blir stående ubenyttet. I forhold til undersøkelse og behandling av akutte kirurgiske pasienter er det primært behov for utstyr som også benyttes for andre pasientgrupper. Utstyret finnes både på Kongsberg og i Drammen, og utnyttelsesgraden for utstyret er ikke vesentlig påvirket av endringen i pasientstrøm (kfr. aktivitetsøkning begge steder).

4.5.3 Utnyttelse av operasjonsstuekapasitet

På hovedoperasjons avdeling i Drammen benytter kirurgisk avdeling 21,5 elektive stuedager per uke; mens 6,5 stuedager vanligvis står ledig. Ved dagkirurgisk enhet på DS er tre stuedager bemannet pr uke. Her er det totalt ledig 10 stuedager pr uke. Begrensninger i postoperativ overvåking er en medvirkende årsak til manglende utnyttelse. Det er alltid ledig en operasjonsstue til akutt keisersnitt, samt at en operasjonsstue på hovedoperasjon er avsatt til akutte inngrep. De to stueressursene er i tillegg til ovennevnte elektive stuer. Kirurgisk avdeling, DS, har per november 2017 en rimelig balanse i operativ drift. Dette håndteres ved at man i høyaktivitetsperioder benytter ca 4,5 dagkirurgiske stuedager ved KS.

På KS er man avhengig av at kirurger fra DS for å gjennomføre den dagkirurgiske aktiviteten. I de tilfellene kirurg fra DS ikke kan stille medfører det at operasjonsstuen og teamet som bemanner denne blir dårligere utnyttet.

4.5.4 Utnyttelse av beredskapsfunksjoner

Mottakskapasitet og legebemanning i akuttmottak på DS ble ikke endret i forbindelse med samlingen av akuttkirurgien, da man vurderte at den økte aktiviteten var håndterbar innenfor den driften man allerede hadde lagt opp til. I evalueringen er det ikke fremkommet at den økte aktiviteten som pasientene fra KS representerer har medført utfordringer for kapasiteten i akuttmottaket i Drammen.

KS mottar ingen akutt kirurgiske pasienter og ingen slike skal dermed opereres på vakttid. Det medfører frigjort kapasitet til de pasientene som er igjen, men får også konsekvenser for driften ved enkelte avdelinger. Intensivavdelingen har ikke lenger kirurgiske pasienter, men antall medisinske intensivpasienter har økt. Avdelingen har imidlertid ytterligere kapasitet, slik at den driftsmessig kunne ha hatt flere pasienter.

Noen pasienter må overflyttes fra KS til DS, og det kan være utfordrende å frigjøre personell for å sikre trygge overflytninger. Det ble i 2012 også redusert vaktpersonell knyttet til anestesi og operasjon. Dette innebærer større risiko for samtidskonflikter / personellmangel ved akutt keisersnitt og overflytninger. Denne problemstillingen hadde man imidlertid også før samlingen av akuttkirurgi.

4.5.5 Utnyttelse av sengeposter

I Drammen ble det initialt opprettet og bemannet fem nye senger for å ivareta den økte pasientstrømmen, samtidig som man på KS reduserte med fem senger. Den økte aktiviteten som pasientene fra Kongsbergs opptaksområde representerer har ikke medført vesentlige utfordringer for sengekapasiteten i Drammen.

4.5.6 Effekt for driftsøkonomi

Samling av funksjoner kan påvirke driftsøkonomien gjennom endrede kostnader knyttet til:

- Bemanning
- Pasientreiser
- Drift av arealer

Dersom samlingen innebærer mulighet for å redusere årsverk som tidligere utførte dupliserte funksjoner, vil driftskostnader reduseres. Tilsvarende vil kostnader gå ned dersom antall vaktlinjer kan reduseres. Kostnader reduseres også dersom man får redusert arealbehov, og kan unngå leie- eller driftskostnader knyttet til arealer. Når samling av funksjoner skjer innenfor et foretak påvirkes ikke de totale inntektene, men både aktivitetsbaserte inntekter og rammetilskudd kan påvirkes for de involverte partene.

I forbindelse med samlingen av akuttkirurgi for KS og DS ble en legehjemmel overført fra KS til DS i 2012. I 2013 ansatte DS en ny lege, mens det sluttet to leger på KS. Ved at man ikke lenger hadde egen vaktordning for kirurger på KS var det ikke behov for å leie inn bemanning for å håndtere dette, og disse kostnadene falt bort. Det ble innført en kompensasjonsordning for leger fra DS som jobbet med dagkirurgi på KS. Samlet utgjorde dette en vesentlig kostnadsreduksjon for Vestre Viken.

Datagrunnlaget for pasientreiser gir ikke mulighet for å beregne hva som er kostnaden knyttet til de akuttkirurgiske pasientene fra KS opptaksområde. Kostnadene til pasientreiser har økt etter 2012, men økningen for pasienter fra KS opptaksområde er identisk med økningen for de andre sykehusene. Hvor stor andel som skriver seg fra økt reisevei for en andel av de akuttkirurgiske pasientene er imidlertid ikke mulig å beregne.

Endringen hadde ingen arealmessige konsekvenser, og påvirket således ikke kostnader knyttet til drift av arealene.

Oppsummert medførte samlingen av akuttkirurgi ingen effekt på Vestre Vikens totale inntekter, men omfordelingen av aktivitet innebar også en omfordeling av aktivitetsbaserte inntekter mellom KS og DS. Samlingen av akuttkirurgi reduserte Vestre Vikens totale driftskostnader.

4.6 Samhandling mellom helsepersonell

4.6.1 Retningslinjer og systemavtaler

Etter samlingen av akuttkirurgien i Drammen ble det utarbeidet nye retningslinjer/prosedyrer på både KS og DS. De to retningslinjene beskrev samhandlingen i begge retninger mellom sykehusene, dvs. både hvilke pasienter som skal overføres til DS for videre utredning/behandling og hvilke som skal tilbakeføres til KS fordi de ikke hadde noen kirurgisk lidelse^{25,26}. Begge disse retningslinjene er terminert ved respektive sykehus. I tillegg ble det utarbeidet en

²⁵ Prosedyre 23666. DS-KIR Mottak av pasienter som følge av overføring av bløtdelskirurgien fra Kongsberg Sykehus. Godkjent 31.5.2012

²⁶ Prosedyre 20647. KS- Konsekvenser for inneliggende pasienter ved opphør av akuttkirurgisk Vaktberedskap. Godkjent 23.04.2012

Prosedyre 20623. KS- Kriterier for innleggelser av pasienter ved Kongsberg sykehus ved opphør av akuttkirurgisk vaktberedskap. Godkjent 13.08.2015

prosedyre for KS som beskrev kriterier for innleggelse av pasienter ved sykehuset etter opphør av akuttkirurgisk beredskap. Denne prosedyren er videreført.

Våren 2013 ble det inngått en avtale mellom klinikkledelsene ved Drammen og Kongsberg sykehus om samarbeid innen elektiv kirurgi²⁷. Denne beskriver systemansvar og omfang av den virksomheten som skulle foregå på KS innenfor elektiv kirurgi. Som «kompensasjon» for den kirurgiske aktiviteten skulle DS få overført legehjemlene i kirurgi som var ved KS, med endelig overføring når siste kirurg sluttet ved KS. DS skulle stille med leger til den kirurgiske aktiviteten. KS skulle ha ansvaret for øvrig helsepersonell ved KS, og at fasilitetene for kirurgi var i orden. Systemansvaret for driften av elektiv kirurgi skulle ligge ved KS. I avtalen fremgår det også at legene ved DS skulle ha ansvaret for å vurdere søknadene til elektiv kirurgi om disse kom til KS (felles ventelister). Se også pkt 3.1.2

I perioden etter samlingen av akuttkirurgien ble det gjennomført en serie evaluerings-/erfaringsmøter. Disse møtene var viktige og nyttige for å avklare uklarheter knyttet både til ordningen og enkelthendelser. Det siste av disse møtene ble avholdt i januar 2014, men ulike type uklarheter har oppstått inn i mellom også etter at evalueringsmøtene ble avsluttet. Med bakgrunn i dette ble det våren 2017 tatt initiativ til å reetablere samarbeidsmøter mellom Medisinsk avdeling, KS og Kirurgisk avdeling, DS. Det er så langt avholdt ett møte hvor hensikten var å komme fram til et system for å ta opp både konkrete hendelser og mer overordnede problemstillinger. Det planlegges slike møter to ganger årlig.

I styrende dokumenter finner man ingen nye dokumenter knyttet til samhandling mellom de to sykehusene innenfor det aktuelle området.

4.6.2. Faglig samarbeid

Alle data og faglige utsagn viser at Kirurgisk avdeling DS, Medisinsk avdeling KS og Medisinsk avdeling DS har høy standard. Pasientene får god behandling og sykehusene/avdelingene ligger høyt på de nasjonale målingene med henblikk på kvalitetsindikatorer.

Det foregår regelmessige undervisninger ved de respektive avdelinger i hht til de krav som settes til utdanningsinstitusjoner. Medisinsk avdeling DS har en omfattende elektronisk prosedyresamling, hvorav ca 160 prosedyrer om akutte indremedisinske problemstillinger i mappen «Metodebok for leger i medisinsk avdeling».

Det er pt ingen felles faglig undervisning eller møtevirkosomhet mellom KS og DS med unntak av de to møtene per år omtalt ovenfor. Så langt man har brakt på det rene er det i denne perioden på vel fem år heller ikke avholdt noen felles faglige komplikasjonsmøter mellom KS og DS selv om man har hatt en rekke felles pasienter med høy læreverdi.

Det foreligger ikke noen felles kompetanseplan eller undervisningsplan mellom KS og DS.

4.7 Rekruttering av fagpersonell

Som tidligere beskrevet, var utfordringer med å rekruttere kirurger til KS en sentral faktor i vurderingen da det ble besluttet å samle akuttkirurgien i Drammen.

²⁷ Samarbeidsavtale mellom Klinikk Kongsberg Sykehus og Klinikk Drammen sykehus innenfor elektiv kirurgi.

Med stadig mer spesialisering innenfor kirurgiområdet, og med den tilgangen som finnes på kirurgiske leger i dag, vil det fortsatt være en utfordring å ha tilstrekkelig bemanning for å drifte et generelt akuttkirurgisk tilbud på KS, samtidig som man har et tilsvarende akuttkirurgisk tilbud i Drammen.

I ROS analysen som ble gjennomført i 2011, ble omstillingsrisiko for personalet og svekket rekrutteringsmulighet og utdanningstilbud på KS vurdert som en svært sannsynlig konsekvens av at man ikke lenger skulle ha akuttkirurgi ved sykehuset. I de gjennomførte intervjuene ble det spurt spesifikt om hvilke erfaringer man har gjort seg i forhold til rekruttering til ulike fag / stillinger på sykehuset, samt hvordan man oppfattet at dette generelt hadde påvirket sykehusets attraktivitet som arbeidsplass.

I intervjuene fremkom at man i liten grad opplevde rekrutteringsutfordringer som kunne tilskrives samlingen av akuttkirurgi. I de tilfellene man opplevde at det var krevende å fylle spesielle stillinger, var dette knyttet til funksjonsområder der det er generelt vanskelig for små og til dels også store sykehus i Norge å knytte til seg personell med den etterspurte kompetanse og erfaring. Det ble også gitt uttrykk for at sykehuset ikke ble vurdert som et mindre attraktivt arbeidssted, og at det i utdanningssammenheng er et sted hvor man kan få stor bredde og erfaring, da spesielt innenfor indremedisin.

5 Risikovurderinger

I forbindelse med utredningen av samling av akuttkirurgi i 2011 ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) som også var vedlegg til styresak 072-2011. Vurderingen ble gjennomført av fagpersonell fra sykehusene i Kongsberg og Drammen, prehospitale tjenester, brukerrepresentant samt representanter fra tillitsvalgte og vernetjeneste. Problemområdene som inngikk i analysen skulle belyse om sammenslåingen ville føre til at:

1. Man fikk en svekket samlet akuttfunksjon/lokalsykehusstilbud ved Kongsberg sykehus
2. Akutt team ikke ville være i stand til å ta medisinsk faglige vurderinger ifb selektering av pasienter
3. Redusert beredskap til gråsone-pasienter med behov for kirurgisk tilsyn i helger og netter
4. Man fikk økt omstillingsrisiko for personalet
5. Man fikk svekket rekruttering og utdanningstilbud, samt tap av fagpersonell
6. Man fikk svekket prehospital beredskap totalt pga lengre og flere transporter for å dekke behovet til pasientene som var faglig mellom kirurgi og indremedisin (gråsonepasienter)
7. Man fikk økte kostnader til pasientreiser
8. Omdømmet/tilliten til Kongsberg sykehus ble redusert
9. Man fikk manglende forutsigbarhet med henblikk på videre drift på Kongsberg sykehus

ROS analysen som ble gjennomført i 2011 ga uttrykk for den situasjonen man så for seg at man kunne komme opp i ved KS. Vurderingen pekte på en betydelig risiko knyttet til hovedtyngden av områdene som inngikk i analysen, se Vedlegg H.

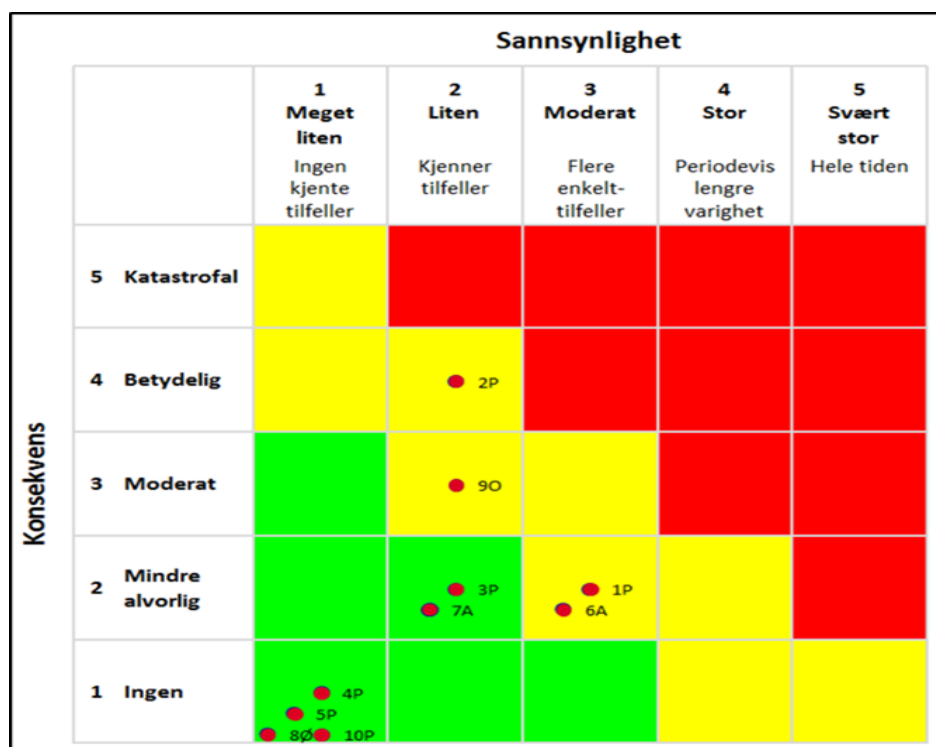
Prosjektgruppen har vurdert at det ikke vil gi et riktig bilde av hvordan risiko vurderes i dag, dersom man bare skulle vurdere og skåre risikoen på problemområdene fra 2011 på nytt. Det er derfor gjort en ny, overordnet risikovurdering. Denne er basert på dagens aktuelle

problemstillinger, men også noen av problemstillingene fra den forrige ROS analysen er inkludert.

Risikoanalyser er basert på skjønn²⁸, og det vil alltid være en større eller mindre grad av usikkerhet i en risikovurdering. Følgelig må man ikke tillegge analysen et større presisjonsnivå enn hva den faktisk har. Det er viktig at risikovurderinger gjøres av personell som har god kompetanse på det området som skal vurderes. Dette gir et best mulig grunnlag for å estimere risikoen for uønskede hendelser frem i tid.

I dette prosjektet har tiden til å gjennomføre en ny risikovurdering vært begrenset. Prosjektgruppen har imidlertid diskutert risikomomenter gjennom hele evalueringsprosessen. Gruppen har vært med på å definere de uønskede hendelsene som er risikovurdert. Vurderingene er gjort på medisinskfaglig grunnlag, samtidig som de bygger på de erfaringene deltakerne har fra drift av nåværende modell siden 2012. Den nye risikovurderingen gir således god informasjon om dagens situasjon.

Prosjektgruppen kom fram til 10 ulike problemområder som ble tatt inn i analysen. Fullstendig risikovurdering ligger i vedlegg J. Nedenfor vises risikomatriksen med underliggende risikomomenter. Seks er knyttet til pasientsikkerhet, to til arbeidsmiljø, et til økonomi og et til omdømme:



Figur 3. ROS analyse knyttet mot samling av akutt kirurgi fra KS til DS. Dagens situasjon.

²⁸ <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>

Risk ID	Fare (uønsket hendelse)
1P	Feil prehospital vurdering og sortering av gråsonepasienter
2P	Feil akuttmedisinsk vurdering av gråsonepasienter i mottak
3P	Gråsonepasienter får ikke tilstrekkelig tilsyn/behandling på kveld/natt/helg
4P	Økt responstid for akutte pasienter (113 pasienter)
5P	Økt ventetid for overflytting av pasient med ambulanse
6A	Pasient som ønskes overført fra Kongsberg sykehus til Drammen sykehus blir værende på Kongsberg
7A	Klarer ikke å rekruttere personell til ledige stillinger på Kongsberg sykehus
8Ø	Økt kostnad pasientreiser
9O	Redusert omdømme for Kongsberg sykehus
10P	Økt behov for akutt kirurgi i Kongsberg sykehus opptaksområde ut over det som kan håndteres av kapasitet på Drammen sykehus

Tabell 2. Oversikt over mulige uønskede hendelser knyttet mot flytting av akutt kirurgi fra KS til DS vurdert i ROS analysen.

Selv om risikovurderingen er langt fra så dramatisk som i 2011, så er det flere risikomomenter som ikke har blitt løst fullt ut og som må følges opp. Det mest alvorlige er fremdeles muligheten for at man kan gjøre feil akutt medisinsk vurdering av pasienter med uklare sykdomsbilder (gråsonepasienter) om de blir innlagt ved KS. Dette skjer sjelden, men vurderes til å kunne få en alvorlig konsekvens om det skulle skje. Det har vært satt inn kompenserende tiltak og disse bør styrkes ytterligere for at pasientene skal få en likeverdig og best mulig utredning og behandling.

Det er gruppens oppfatning at KS sitt omdømme har blitt forbedret de siste årene. Omdømme bygging er en prosess som det må arbeides med kontinuerlig, en oppgave som både ligger innenfor og utenfor sykehuset. Alle data tyder på at så vel KS som DS leverer svært gode helsetjenester, og er helt på linje med resten av landet.

De øvrige vurderte risikomomenter ligger helt eller tilnærmet helt innenfor akseptabel risiko.

6 Status og utfordringer for sykehusene i Kongsberg og Drammen

Som for alle sykehus, er utfordringene for de to sykehusene å gi likeverdig helsetjenester til hele befolkningen. Ut fra prosjektets mandat har prosjektgruppen gått igjennom dagens status og utfordringsbilde innenfor det kirurgiske fagområdet for sykehusene i Kongsberg og Drammen. Dette er sett i forhold til utviklingen for de kirurgiske fagområdene, og i forhold til praksis ved andre sykehus. For de konkrete, sentrale problemstillingene som gjelder i denne evaluering, har prosjektgruppen kommet fram til følgende:

- a. Man mener at pasientene tilhørende KS-området får god akutt kirurgisk behandling ved DS. Den ville ikke ha blitt bedre med to fullverdige akuttfunksjoner. Om man skulle ha hatt to (en generell kirurgisk ved KS og en spesialisert ved DS), ville fortsatt en større andel måtte overføres til DS for spesialisert behandling f.eks. innen karkirurgi, urologi mv. Her kunne man igjen ha fått en forsinkende faktor som kunne ha medført behandling med dårligere utfall enn om pasientene gikk direkte til DS.
I tillegg skal all multitraume-behandlingen fortsatt bli overført til DS evt. OUS.
Enkelte pasienter kunne muligens ha fått en raskere og bredere initial vurdering dersom det hadde vært kirurg ved KS. Det etablerte mottaksteamet på KS gjør imidlertid en god innsats med det systemet de har etablert for indremedisinske pasienter. Dette systemet kan og bør videreutvikles, og gjerne i samarbeid mellom KS og DS.
- b. Det samlede aktivitetsgrunnlag for KS og DS er ikke høyt nok til å ha to fullverdige akuttkirurgiske enheter med et likeverdig tilbud til befolkningen. Dette ville ha krevd hvert sitt seksjonerte kirurgiske vaktlag. De kirurgiske ferdighetene for å takle akuttfunksjonene baserer seg på volum og type planlagt kirurgi. Det er ikke stort nok til at til sammen 14-16 gastroenterologiske kirurger skal ha meningsfullt arbeid.
- c. Det er svært lite sannsynlig at det ville være mulig å rekruttere til en fullverdig akuttkirurgisk funksjon på KS i dag. I Norge er situasjonen at antall kirurger som utdannes er for få i forhold til avgangen. Faget har utviklet seg slik at man i dag har behov for flere ulike typer spesialiserte kirurger for å få til et fullverdig tilbud. Om de vaktbærende kirurger skal være gastrokirurger, så er rekrutteringen samlet til disse enda svakere nominelt sett. Man ville ha vært avhengig av dyre, ikke bærekraftige rekrutteringer fra byråer eller fra utlandet.
- d. Det er i dag en god fordeling av den elektive kirurgiske virksomheten mellom KS og DS. Muligens kunne det ha vært noe mer kirurgi ved KS og en annen sammensetning av de pasienten som går til dagkirurgisk virksomhet der. Det er imidlertid viktig at man ikke undergraver den «tunge» kirurgien som må foregå ved DS hvor det er behov for et bærekraftig og godt kirurgimiljø som omfatter de kirurgiske spesialiteter. Det kirurgiske legearbeidet ved KS er basert på frivillig ambulerende, en praksisen som er i henhold til gjeldende nasjonale avtaler. Dette kan tidvis skape driftsmessige utfordringer på KS.
- e. Nasjonal helse og sykehusplan beskriver at akuttsykehus som KS skal ha tilgang på «beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser». KS har i dag tilstedeværelse av kirurg på dagtid i høyaktivitetsperioder, og mulighet for konferering med kirurg i Drammen via telefon. I videreutviklingen av pasienttilbudet på KS må det avklares og konkretiseres hva som ligger i at man skal ha en slik type beredskap som beskrives i Nasjonal helse- og sykehusplan.

7 Prosjektgruppens vurdering og anbefaling

Prosjektgruppens mandat har vært å evaluere konsekvenser av samling av akuttkirurgi for opptaksområdene til Kongsberg og Drammen sykehus med følgende perspektiver:

1. Betydning for kvalitet og pasientsikkerhet, herunder vurdering av:
 - a. Struktur av tilbudet til pasientene før og etter endringen
 - b. Pasientstrømmer før og etter
 - c. Risiko for uheldige hendelser
 - d. Avstander sammenliknet med avstand til akuttkirurgisk tilbud andre steder i Østlandsområdet.
2. Betydning for drift av de to somatiske sykehusene, prehospitale tjenester og Vestre Viken som helhet, herunder betydning for:
 - a. Ressursutnyttelse, faglig, utstyrmessig og økonomisk
 - b. Rekruttering av fagpersonell

7.1 Prosjektgruppens vurdering

Overordnet er det etter 5 ½ år ikke avdekket at samlingen av akutt bløtdelskirurgi for KS og DS i Drammen har medført noen svikt i diagnostikk og behandling av de akutte kirurgiske pasientene. Disse pasientene har med overveiende sannsynlighet fått en like god eller bedre behandling enn tidligere.

Pasienter som faglig er i mellomrommet mellom spesialitetene (f.eks. mellom kirurgi og indremedisin) har vært mer utfordrende enn tidligere. Dette gjelder spesielt med henblikk på diagnostikk, men også med mulighet for forsinket behandling ved at spesialistene ikke har arbeidet direkte sammen. Man har imidlertid ikke holdepunkter for at dette har gått ut over liv og helse, selv om kompensatoriske tiltak kunne ha vært bedre.

Så langt man har kunnet bedømme, ut fra lokale og nasjonale kriterier og kvalitetsindikatorer, er kvaliteten på den øvrige medisinske aktiviteten ved KS god. Man har ikke analysert andre avdelinger ut over dette.

Et noe mindre antall kirurgiske pasienter har blitt lagt inn på sykehus etter samlingen av akuttkirurgi i Drammen. Det skyldes trolig endring i registreringspraksis fremfor en reduksjon i kirurgiske sykdommer.

Prehospital tjeneste har hatt en markert økning i aktivitet, men analysene viser at dette ikke kan tilskrives samlingen av akuttkirurgi i Drammen. Utrykningstider for akutte oppdrag er ikke forverret i perioden etter 2012. Andre faktorer enn omleggingen av den akutte kirurgisk behandlingslinjene må søkes som forklaringsvariabel.

Bedømt ut fra avviksmeldinger og meldinger til Helsetilsynet, har omleggingen av akuttkirurgien totalt sett ikke medført alvorlig innvirkning på pasientenes liv og helse. De innmeldte avvikene kan tyde på utfordringer med kommunikasjon og kunnskap knyttet til omleggingen, spesielt initialt.

Det er foretatt en ny risikovurdering med bakgrunn i dagens situasjon. Det samlede risikobildet er redusert i forhold til hva risikoanalysen fra 2011 viste, og mange av momentene man fryktet den gangen har ikke blitt en realitet. Det påpekes imidlertid fremdeles muligheten for at man kan

gjøre feil akutt medisinsk vurdering av pasienter med uklare sykdomsbilder. Dette oppstår sjelden, men kan om det skjer, få konsekvenser av betydelig omfang for enkeltpasienter.

Avstanden til nærmeste akuttsykehus for kommunene i Kongsbergregionen er på linje med et stort flertall av de øvrige landkommuner i Helse Sør Øst.

Omleggingen har gitt god ressursutnyttelse med blant annet mer kirurgisk virksomhet på færre leger. I tillegg er en kirurgisk vaktlinje redusert. De økonomiske resultatene av omleggingene er ikke tallfestet, men skjønnsmessig har dette samlet sett vært besparende for Vestre Viken.

Omleggingen av akuttkirurgien har ikke medført mangelfull rekruttering av fagpersonell ved noen av sykehusene, men rekrutteringsprosessen kan for enkelte stillinger på KS oppleves tyngre. Man har unngått å måtte hente inn legevikarer fra andre land og vikarbyrå.

7.2 Prosjektgruppens anbefalinger

Samlet gjør de medisinskfaglige vurderingene og situasjonen omkring tilgang på kirurgisk spisskompetanse, at prosjektgruppen tilrår at all akuttkirurgi for KS og DS sykehusområder fortsatt lokaliseres til DS.

Kongsberg sykehus bør fortsette som akutt sykehus etter de føringer som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det heter:

Akuttsykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.

KS har disse funksjonene, men ønsker å tydeligere definere hva som ligger i beredskap for kirurgisk vurdering. I et felles foretaksmøte med alle de regionale helseforetakene ble det presisert at dette kan skje ved å utnytte ressursene i helseforetaket som helhet²⁹. Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Om dette overføres til Vestre Viken, er det den samlede vurderingskompetanse i helseforetaket som er tellende. Det forutsetter et tettere samarbeid enn det som synes å forekomme mellom sykehusene i dag.

Det ligger ikke til prosjektgruppens mandat å beskrive tiltak knyttet til å ytterligere optimalisere akuttkirurgiløsningen mellom KS og DS. Det er igjennom evalueringsarbeidet, og spesielt i tilknytning til risikovurderingen sett muligheter for å forbedre samspillet mellom sykehusene til det beste for pasienten. Disse er gjengitt nedenfor.

Det er i dag et godt samarbeid knyttet mot overføring og tolking av radiologiske undersøkelser (felles PACS). Moderne kommunikasjonshjelpemidler som video mv har imidlertid ikke fått innpass. Kommunikasjonen skjer i dag oftest pr telefon mellom vakthavende leger i spesialisering. Bedre kommunikasjons-modaliteter bør utvikles og implementeres.

Et annet kompenserende tiltak kan bygge på de gode resultateene mottaksteamet ved KS har oppnådd i diagnostikk av akutte indremedisinske tilstander. En videreutvikling av dette konsept

29

<https://www.regjeringen.no/contentassets/05cb33e5c79742b7bc1305ca64d782fd/protokollhelsenordrhf04052016.pdf>

ut over grenseflatene for indremedisin ville ha vært meget interessant. Det kan også vurderes om leger på KS bør få støtte til utdanning og kompetanesbygging på områder de må håndtere, som en konsekvens av at man ikke har tilstedeværende kirurg på kveld og natt.

Regler for legestøtte i forbindelse ved overføringer av pasienter mellom sykehusene bør gjennomgås og justeres. Felles kompetanseplaner bør utarbeides og gjennomføres. Det bør vurderes om man kunne få til et felles undervisningsopplegg og da spesielt komplikasjons- og mortalitetsmøter knyttet mot den pasientpopulasjonen man har.

På lengre sikt, kan KS sammen med tilsvarende sykehus være gode arenaer for å utvikle nye spesialiteter som AMM (se kapitel 2.3.1) hvor grenseflatene mellom spesialitetene kan bli både utfordret og forandret. Slike forandringer ser man i dag mellom eksempelvis intervensjonsradiologi³⁰ på den ene siden og kirurgi, indremedisin, kardiologi mv på den andre. Initiering av tilsvarende prøveordninger i grenseflaten mellom diagnostisk kirurgi og indremedisin anbefales.

Det påpekes at dette kun er forslag til tiltak, og både disse og andre muligheter for å redusere risiko og forbedre pasientbehandlingen anbefales fulgt opp i et eget prosjekt.

³⁰ Intervensjonsradiologi, metode hvor man ved hjelp av røntgengjennomlysning, ultralyd, computertomografi, magnettomografi eller andre former for radiologisk gjennomlysning styrer nåler eller katetre til et sykkelig område i kroppen for å behandle eller ta vevsprøver lokalt

Vedlegg – grunnlagsdata:

Vedlegg A. Aktivitet

En andel av innleggelsene fra de fem kommunene som sokner til Kongsberg sykehus (KS), gikk også før sammenslåingen av akuttkirurgien direkte til Drammen sykehus (DS). Det er gjort analyser for årene 2011 – 2013 med henblikk på fordeling av akutte bløtkirurgiske pasienter fra de aktuelle kommunene mellom de to sykehusene. Det er skilt mellom de som kom fra andre avdelinger på sykehusene og de som kom direkte til de kirurgiske avdelingene, se tabell A-1 nedenfor.

Kirurgisk avdeling, Drammen sykehus	Kommune	Periode				
		2011	010112-310512	010612-311212	Sum 2012	2013
Inn fra annen avd.	0604 Kongsberg	40	27	35	62	50
	0624 Øvre Eiker	25	11	16	27	41
	0631 Flesberg	2	3	3	6	8
	0632 Rollag	1	0	4	4	2
	0633 Nore og Uvdal	5	7	4	11	17
Subtotal		73	48	62	110	118
Inn som akutt	0604 Kongsberg	95	51	188	239	286
	0624 Øvre Eiker	109	58	168	226	261
	0631 Flesberg	11	4	28	32	47
	0632 Rollag	3	1	10	11	15
	0633 Nore og Uvdal	13	13	25	38	47
Subtotal		231	127	419	546	656
Totalt innlagt Drammen sykehus		304	175	481	656	774
Kirurgisk avdeling, Kongsberg sykehus						
Inn fra annen avd.	0604 Kongsberg	53	22		22	
	0624 Øvre Eiker	24	9		9	
	0631 Flesberg	6	2		2	
	0632 Rollag	1	1		1	
	0633 Nore og Uvdal	5	4		4	
Subtotal		89	38		38	0
Inn som akutt	0604 Kongsberg	431	212		212	
	0624 Øvre Eiker	189	93		93	
	0631 Flesberg	41	25		25	
	0632 Rollag	30	6		30	
	0633 Nore og Uvdal	40	25		40	
Subtotal		731	361	0	361	0
Totalt Kongsberg sykehus		820	399	0	399	0
Sum DS og KS fra KS opptaksområde		1124	574	481	1055	774

Tabell A-1. Antall pasienter innlagt akutt for bløt-kirurgiske tilstander i de kirurgiske avdelinger i årene 2011 – 2013

Akutte innleggelser for pasienter tilhørende KS fordelte seg i 2011 med ca 2/3 til Kongsberg sykehus (68 %) og 1/3 til Drammen sykehus (32 %). For samme populasjon steg akutte innleggelser ved DS med 470 (fra 304 til 774) fra 2011 til 2013. Samlet gikk akutte innleggelser for opptaksområdet til KS ned med 32 % fra 2011 til 2013. For akuttinnleggelser og overflyttinger samlet sett var det en nedgang på 31 %.

Sum liggedøgn i perioden		Periode				
Avdeling	Kommune					
		2011	pr 310512	0106- 311212	Sum 2012	2013
Kirurgisk avdeling, Drammen sykehus	0604 Kongsberg	1050	598	1264	1862	1966
	0624 Øvre Eiker	1451	513	970	1483	1718
	0631 Flesberg	140	32	194	226	210
	0632 Rollag	41	19	48	67	95
	0633 Nore og Uvdal	256	102	139	241	353
Totalt Kirurgisk avdeling, Drammen sykehus		2938	1264	2615	3879	4342
Kirurgisk avdeling, Kongsberg sykehus	0604 Kongsberg	1366	511		511	
	0624 Øvre Eiker	592	249		249	
	0631 Flesberg	131	79		79	
	0632 Rollag	126	17		17	
	0633 Nore og Uvdal	137	76		76	
Totalt Kirurgisk avdeling, Kongsberg sykehus		2352	932		932	
Totalsum		5290	2196	2615	4811	4342

Tabell A-2. Oversikt over liggedøgn ved KS og DS for årene 2011-2013 for de fem kommunene tilhørende KS.

Total antall liggedøgn gikk ned med 948 fra 2011 til 2013 (- 18 %). Dette fordelte seg på en nedgang på 479 liggedøgn fra 2011 til 2012 og ytterligere ned 469 fra 2012 til 2013.

Innleggelser i sykehus katalogiseres i henhold til DRG-systemet i kirurgiske, medisinske eller uklassifiserte (andre) DRG. I prinsippet betyr det at et pasientopphold som klassifiseres til kirurgiske DRG blir opererte eller får utført en tilsvarende prosedyre. De øvrige blir observert, undersøkt eller får andre former for behandling. Med henblikk på akutt kirurgisk behandling, er det de pasientene som faller i kirurgisk DRG som har spesiell interesse. Det betyr ikke at de andre ikke er viktige, men de krever ingen operativ fasilitet. De som klassifiseres i de to andre DRG gruppene kan ha et ikke ubetydelig behov for kirurgisk diagnostikk og observasjon. De akutte pasientene som ble innlagt fra de fem kommunene i 2014, 2015 og 2016 er vurdert ut fra DRG-logikken. I tillegg har man sett på alle operative inngrep utført i 2016 med bakgrunn i NCSP-klassifikasjonen (The NOMESCO Classification of Surgical Procedures) av de samme pasientene.

Følgende resultater fremkommer:

	Kongsberg regionen			Øvre Eiker		
DRG-type/År	2014	2015	2016	2014	2015	2016

Ikke angitt	102	96	92	44	37	38
Kirurgisk	157	185	170	65	79	64
Medisinsk	491	452	513	225	219	225
Sum	750	733	775	334	335	327
Andel Øvre Eiker				45 %	46 %	42 %
Kirurgisk DRG	21 %	25 %	22 %	19 %	24 %	20 %

Tabell A-3. Oversikt over pasienter fra hele Kongsberg regionen (5 kommuner) og Øvre Eiker separat i hht. DRG-type innlagt akutt ved DS

Tabellen viser antall akutte pasienter (ca 750 per år) som ble innlagt ved DS. Av disse kom ca 45 % fra Øvre Eiker og 55 % fra de øvrige områdene. Mellom 20 – 25 % av pasientene gjennomgikk en eller annen form for kirurgisk prosedyre som plasserte dem i en kirurgisk DRG kategori. Denne fordelingen er i tråd med de fleste andre oversikter over pasientstrømmer både nasjonalt og internasjonalt.

Oversikt over alle operasjonskoder for akutt innlagte pasienter i 2014-2016 er gjennomgått. I henhold til tabell A-3 bygget på NPR data ble det ikke utført operasjoner hos fra 548 til 605 pasienter pr år. Ved gjennomgangen operative prosedyrer i operasjonsplanleggingsprogrammet, fant man at det ikke var utført noen kirurgiske prosedyrer hos 493 - 568 (se tabell A-4). Differansen mellom disse to målingene skyldes høyst sannsynlig at det er en diskrepans mellom så vel NCSP koder som utløser kirurgisk DRG og avdelingsopphold versus sykehusopphold. Differansen er imidlertid så liten at den har i praksis liten betydning.

Større betydning har det faktum at et avdelingsopphold kan være kode med flere NCSP-koder. Disse kan skilles med mer omfattende analyser, men som en oversikt har det mindre betydning. I tabellen nedenfor er antall prosedyrer talt opp i forhold til det man i flg. vanlig standard bare skal foreta i en spesialisert avdeling (dvs gjøres av grenspesialister i kirurgi) og dem man kan gjøre i en generell kirurgisk avdeling.

	2014	2015	2016
Ingen prosedyrer på pasientene	518	493	568
Prosedyrer som bør kunne gjøres ved en generell kirurgisk enhet	266	252	226
Prosedyrer som bør gjøres ved en spesialavdeling	148	147	109
Andel prosedyrer ved en spesial avdeling	36 %	37 %	33 %

Tabell A-4. Oversikt over prosedyrer på pasienter innlagt akutt ved DS fra de fem kommunene

Tabellen angir at om man hadde hatt en kirurgisk enhet ved KS av samme standard som det man hadde før 2012, så ville likevel vel 1/3 av pasientene måtte ha blitt overført til en spesialavdeling (DS) for behandling. Forholdene var derfor i tråd med hva man hadde før 2012 med henblikk på utveksling av pasienter mellom de to sykehusene,

I 2011 ble det overført fra andre avdelinger til de to kirurgiske enhetene til sammen 162 pasienter (se tabell A-1). Tilsvarende tall for årene 2014-16 er hentet ut. Det er gjort nærmere analyse av 2016 tallene.

Overflyttingsmønster KS-DS	2014	2015	2016	2016
Overføringer fra MED-KS til MED-DS	62	59	81	

Overføringer fra MED-KS til KIR-DS	96	84		98
Antall pasienter overført fra MED-KS til KIR-DS ³¹				88
Antall innleggelser med operative prosedyrer				41
Type lidelse / diagnose for de som ble operert:				
02-Svulster				5
05-Psykiske lidelser (hovedstilstand)				1
09-Sykd i sirkulasjonssystemet				5
10-Sykd i åndedrettsystemet				3
11-Sykdom i fordøyelsessystemet				18
12-Hudsykdommer				1
14-Sykd i urin- og kjønnsorganer				5
19-Skader etc.				3

Tabell A-5. Overflyttinger mellom Kongsberg sykehus til DS i 2014-16 med diagnoser

Antall overføringer er fra 2011 til 2016 redusert med 64 (40 %). Av de som ble overført ble det utført operative prosedyrer på 41 pasienter (42 %) i 2016. Samtlige prosedyrer er gjennomgått ut fra kodesettingen. Det er vurdert at i underkant av 50 % av disse kunne ha blitt operert i en avdeling med generell kirurgi, mens de resterende hadde måttet bli behandlet i en avdeling med grenspesialister. Fem pasienter som ble overført døde. Disse har man sett spesielt på. Fire av disse ble operert. Ut fra operasjonskoding, diagnoser og liggetid er det intet som tyder på at disse ville ha fått en annen utgang om de hadde blitt behandlet ved en generell kirurgisk avdeling eksempelvis på Kongsberg. To av disse er for øvrig omtalt i avviksmeldingene.

³¹ 88 pasienter ble overført, antall registrerte overføringer er høyere fordi enkelte pasienter fikk flere overføringer

Vedlegg B. Operativ aktivitet – totalt ved Drammen og Kongsberg sykehus

Samtlige kirurgiske prosedyrer foretatt ved henholdsvis Drammen og Kongsberg sykehus er analysert. Analysegrunnlaget er rapport D-6946 (Kvalitetsrapport DIPS operasjonsplanlegging). Det er gjort analyser for KIR-DS og KIR-KS for 2011, 2015 og 2016. Det er filtrert bort gynekologiske og ortopediske operasjoner (kapittel L og N i NCSP-kodeverket). I tillegg er det hentet ut totalt antall og elektive operasjoner slik at man indirekte får ØH - operasjonene. Data fra 2011 er i oppstarten for DIPS, og det er noe usikkerhet knyttet mot datakvaliteten her. Tallene for sammenligning må derfor tas med visse forbehold.

Innkomstmåte	Sykehus	Omsorgsnivå	2011	2015	2016
Elektiv	Drammen	Heldøgn	1164	2620	2705
	Drammen	Dagbehandling*	232	274	389
	Kongsberg	Heldøgn	112	11	14
	Kongsberg	Dagbehandling*	489	840	853
Akutt	Drammen	Heldøgn	311	985	954
	Drammen	Dagbehandling*	1	5	6
	Kongsberg	Heldøgn	79	6	1
	Kongsberg	Dagbehandling*	6	1	7
Totalt	Drammen		1708	3884	4054
	Kongsberg		686	858	875
*: Omfatter dagkirurgi og poliklinisk kirurgi som havner i kirurgiske DRG					

Tabell B-1. Total operativ aktivitet for 2011, 2015 og 2016 ved Drammen og Kongsberg sykehus (kirurgiske avdelinger) fordelt etter innkomstmåte og omsorgsnivå. Ingen gynekologiske eller ortopediske inngrep er inkludert

Som anført ovenfor knyttes det usikkerhet til beregninger av økning i aktivitet, men tallene gir en økning på 137 % ved DS og 28 % ved KS fra 2011 til 2016. Det er ingen vesentlige økninger i aktiviteten fra 2015 til 2016. Tallene er det nærmeste man kan komme en operativ aktivitetsbeskrivelse for de to sykehusene knyttet mot bløtkirurgi. Om tallene for 2011 er tilnærmet rette, ble det ved KS utført kun et akuttinngrep innen bløtdelskirurgi hvert 4. - 5. døgn. Største antallet enkelt prosedyrer var fjerning av blindtarm, med 20 slike inngrep i 2011.

Vedlegg C. Folkemengde og avstander

Folkemengde pr kommune og endringer i disse fra 2016 til 2017 fremgår av tabell. Dataene er hentet fra SSB og er pr 1.1. i angitte år.

Kommuner (SSB)	2016	2017	Endring	Endring i %
0604 Kongsberg	27013	27216	203	0,8 %
0624 Øvre Eiker	18205	18562	357	2,0 %
0631 Flesberg	2699	2696	-3	-0,1 %
0632 Rollag	1404	1399	-5	-0,4 %
0633 Nore og Uvdal	2548	2530	-18	-0,7 %
Sum Kongsberg sykehus opptaksområde	51869	52403	534	1,0 %

Tabell C-1. Oversikt over folkemengde i de fem kommunene i Kongsbergregionen

Største kommune er altså Kongsberg med 52 %, deretter Øvre Eiker med 35 %, mens de tre kommunene nordvest for Kongsberg har 13 % til sammen.

Avstand til henholdsvis KS og DS beregnet fra sentrum i hver av kommunene fremgår av tabell C-2. Tallene er hentet fra inntektsmodellene for HSØ:

Sykehus /kommune	Drammen	Kongsberg	Øvre Eiker	Flesberg	Rollag	Nore og Uvdal
Drammen	-	43	22	69	104	140
Kongsberg	43	-	24	24	61	95
Ekstra til Drammen		43	-2	43	43	43

Tabell C-2. Avstander til sykehusene i Drammen og Kongsberg i km beregnet fra kommunens sentrum.

Disse avstandene er sammenlignet med avstand til sykehus for øvrige kommuner i Helse Sør-Øst. I denne forbindelse har man ikke tatt med Øvre Eiker, da innbyggerne her har tilnærmet samme avstand til Kongsberg som til Drammen. Det er justert for bortfall av akuttfunksjoner ved Moss og Elverum sykehus. Tynset sykehus er trukket inn. Notodden sykehus, som for noen av kommunene ligger nærmere eller like nær, er filtrert fra.

Kommune	Kongsberg	Flesberg	Rollag	Nore og Uvdal
Avstand til Drammen (km)	43	69	104	140
Antall kommuner med lengere avstand	79	46	26	12
- Gjennomsnittlig avstand (km) for kommuner med lengre avstand	92	119	144	165
Range	-193			
Kommune	Kongsberg	Flesberg	Rollag	Nore og Uvdal
Avstand til Kongsberg (km)	0	24	61	95
Antall kommuner med lengere avstand		115	50	27
- Gjennomsnittlig avstand (km) for kommuner med lengre avstand		72	111	138
Range		- 193		

Tabell C-3. Avstander til sykehus fra kommunesentrene til hhv Drammen og Kongsberg sykehus. Det er angitt hvor mange kommuner i Helse Sør-Øst som har lenger avstand og hva som er gjennomsnittsavstanden for disse kommunene.

Tabellen viser at et stort antall kommuner i Helse Sør-Øst (173 totalt) har lengre avstander til sykehus enn befolkningen i kommunene som sokner til Kongsberg sykehus. I alt har 85 % av befolkningen i opptaksområdet til Kongsberg sykehus en reiseavstand på 30-40 minutter (eller mindre med ordinær kjøring) til et godt differensiert sykehus med en rekke spesialavdelinger.

Vedlegg D. Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsessted³²

Tiden det tar fra en potensielt alvorlig hendelse inntreffer til en pasient har fått nødvendig helsehjelp, er ofte av avgjørende betydning for å unngå unødvendig død, tap av leveår og funksjonsnivå eller lidelse. For flere akutte tilstander som hjertestans, hjerneslag, akutt hjerteinfarkt og alvorlige traumer, er rask responstid med på å redde liv og bedre pasientens sjanser til å bevare funksjonsnivå. For plutselig uventet hjertestans utenfor sykehus er det for eksempel beregnet at sannsynligheten for overlevelse reduseres med 10 prosent per minutt forsinkelse til bruk av hjertestarter.

Det er ikke etablert nasjonale krav til responstid for ambulansetjenesten, men Stortinget vedtok i 2000 følgende veiledende responstider for akuttoppdrag:

- I byer og tettsteder skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene
- I grisgrendte strøk skal ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av de akutte hendelsene

Indikatoren viser andelen akutte hendelser hvor ambulansen er fremme innen de veiledende responstidene. I tillegg vises 90-prosentilene som sier at i 90 prosent av hendelsene er ambulansen fremme innen dette antallet minutter. Tiden måles fra et anrop til medisinsk nødtelefon 113 begynner å ringe i akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentralen) til første ambulanse er på hendelsesstedet. Det er kun akutte hendelser hvor bilambulanse er sendt, som inngår i beregningen av indikatoren.

³² <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/fra-ringe-113-til-ambulanse-pa-hendelsessted>

Behandlingssted	Andel hendelser i tettbygd strøk hvor ambulansen er fremme innen 12 minutter (%)	Andel ▼	Antall
+ Oslo, fylke		87	4 464
+ Vestfold		84	1 148
+ Troms		78	391
+ Sør-Trøndelag		78	1 014
+ Telemark		77	521
+ Østfold		75	1 684
+ Rogaland		75	1 354
+ Oppland		75	175
+ Vest-Agder		74	941
+ Nordland		74	337
+ Hordaland		74	1 562
+ Nord-Trøndelag		69	133
+ Akershus		69	2 690
+ Møre og Romsdal		67	427
+ Finnmark		66	104
- Buskerud		64	1 370
Drammen		82	630
Kongsberg		71	165
Øvre Eiker		65	126
Ringerike		59	197
Nedre Eiker		55	131
Røyken		34	50
Lier		33	71
+ Aust-Agder		64	445

Figur D-1. Kvalitetsindikator. Antall hendelser i tettbygd strøk hvor ambulansen er fremme i løpet av 12 minutter. Tidsperiode september – desember 2016. Kilde: helsenorge.no

90 prosentilet viser at 90 % var framme i:

- Drammen etter 14,6 minutter
- Øvre Eiker etter 19,3 minutter
- Kongsberg etter 23,8 minutter

Ambulanse fremme innen 25 minutter i grisgrendt strøk (andel hendelser i %)			
		Hele landet:	82 8 856
Behandlingssted	Andel hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme innen 25 minutter (%)	Andel ▼	Antall
+ Akershus		90	544
+ Møre og Romsdal		88	865
+ Østfold		86	458
+ Vestfold		86	401
+ Oppland		84	571
- Buskerud		83	603
Krødsherad		98	39
Hole		95	54
Modum		93	149
Gol		93	51
Nes, Buskerud		92	33
Hemsedal		88	37
Hol		83	52
Rollag		80	16
Hurum		78	65
Ål		76	28
Nore og Uvdal		66	27
Flesberg		66	21
Sigdal		53	26
Flå		50	5
+ Aust-Agder		82	467

Figur D-2. Kvalitetsindikator. Antall hendelser i grisgrendt strøk hvor ambulansen er fremme i løpet av 25 minutter. Tidsperiode september – desember 2016. Kilde: helsenorge.no

90 prosentilet viser at 90 % var framme i:

- Nore og Uvdal: etter 36,2 min
- Flesberg: etter 32,8 min
- Rollag: etter 36,8 min

År	Kommune	Ant	Ink	90-pers	Median	Snitt	Min	Maks
2011	Øvre Eiker	577	531	0:19:10	0:10:32	0:11:53	0:01:00	1:11:37
	Sigdal	146	126	0:40:24	0:22:51	0:24:36	0:05:51	0:54:19
	Kongsberg	747	653	0:25:54	0:09:43	0:12:47	0:00:39	1:12:43
	Flesberg	114	97	0:39:29	0:26:09	0:27:28	0:05:32	1:00:16
	Rollag	68	62	0:37:54	0:13:47	0:19:01	0:03:58	1:14:47
	Nore og Uvdal	113	94	0:40:10	0:23:32	0:23:46	0:02:46	1:12:55
2016	Øvre Eiker	895	817	0:18:27	0:10:36	0:12:03	0:00:46	1:25:36
	Sigdal	225	186	0:40:27	0:20:33	0:24:18	0:01:50	1:21:25
	Kongsberg	1268	1137	0:24:43	0:08:51	0:12:01	0:00:21	1:24:54
	Flesberg	158	127	0:37:10	0:24:20	0:26:14	0:08:09	1:22:38
	Rollag	135	117	0:40:35	0:16:20	0:20:11	0:04:42	1:25:27
	Nore og Uvdal	227	185	0:40:45	0:18:49	0:21:51	0:00:45	1:14:52

Differanse 2016 - 2011	
Ant	90-pers
55,1 %	-0,1 %
54,1 %	0,0 %
69,7 %	-0,1 %
38,6 %	-0,2 %
98,5 %	0,2 %
100,9 %	0,0 %

Tabell D-1. Ambulanseoppdrag i Kongsbergregionen i 2011 og 2016 med antall og responstider

Kommune	2011	2016	Differanse
Øvre Eiker	10	128	1180 %
Sigdal	3	10	233 %
Kongsberg	31	627	1923 %
Flesberg	3	40	1233 %
Rollag	9	29	222 %
Nore og Uvdal	2	8	300 %
Totalsum	58	842	1352 %

Tabell D-2. Beredskapsforflyttinger for ambulansene i Kongsbergregionen i 2011 og 2016

Vedlegg E. Oppsummering av intervjuer

Det ble foretatt et semi-strukturert intervju med i alt 12 personer knyttet til disse enhetene. Alle var foreslått av prosjektgruppen og de skulle representere et rimelig bredt utvalg fra begge sykehusene, prehospital tjeneste og primærhelsetjenesten. Intervjuene ble delvis foretatt direkte hhv i Kongsberg og Drammen samt ved hjelp av Lync-møte (2) og i telefon (1). To av intervjuobjektene har i tillegg kommet med skriftlige kommentarer.

Som grunnlag for intervjuet tok man utgangspunkt i de spørsmål og problemstillinger som ble reist i ROS-analysene foretatt i forbindelse med sammenslåingen av akutt kirurgi i 2011.

Ti av intervjuobjektene var fra spesialisthelsetjenesten eller fastlegekorpsset. Man har gjort følgende oppsummering av svarene knyttet til de ulike spørsmålene for disse:

1. Er de samlede akutt funksjoner / lokalsykehustilbud blitt svekket ved KS?
 - a. Sett fra et pasientsynspunkt, var det for majoriteten bedre at akutt kirurgi ble flyttet til Drammen
 - b. Problemområdet er de pasientene som ikke har klare kirurgiske eller medisinske problemstillinger, benevnt som gråsonepasienter. Her var flere enige om at spesielt initialt var disse et problem som ble opplevd alvorlig
 - c. Man har gradvis tilpasset seg situasjonen. Det var verst i begynnelsen.
 - d. Noen problemer har vært dårlig kommunikasjon mellom de ulike leddene. Det gjalt både mellom primær-helsetjenesten og sykehusene, mellom primærhelsetjenesten og PHT, og mellom PHT og sykehusene.
 - e. Overordnet konkluderes det med at pasientene ikke får dårlig behandling – snarere bedre nå enn tidligere.
2. Vil akutt teamet ved KS være i stand til å ta medisinsk faglige vurderinger ifb. med selektering av pasienter? Redusert tilbud knyttet mot kirurgisk tilsyn – spesielt i helgene?
 - a. Samtlige berømmer medisinsk mottaksteam. Den modellen som er utviklet ved KS, medisinsk avdeling for akutte pasienter er forbilledlig (I tråd med BEST-prinsippene). I tillegg har de et godt fungerende trombolyseteam. Kriteriene de arbeider etter er bygget på fysiologiske prinsipper.
 - b. Problemer med enkelte vurderinger og behandlinger som vanligvis tas hånd om av et kirurgisk vaktteam. Eksempelvis urinretensjon/blæretamponade, rektalblødninger. Konsulentordningen mellom DS og KS fungerer bedre men ikke optimalt.
 - c. Uavklarte traumepasienter som bringes til KS, kan være besværlig å få videre i systemet
 - d. Det dagkirurgiske tilbudet fungerer godt. Ønske om at de kunne ta noe mer mindre akutte ting fra primærhelsetjenesten.
 - e. Overordnet konkluderes det med at pasientene får god vurdering og behandling. Det er kun i unntakstilfellene man mener at denne kunne ha vært bedre.
3. Omstillingsrisiko og rekrutteringsproblemer for personalet?
 - a. Gode arbeidsforhold og gode kolleger
 - b. Ingen svekket rekruttering til indremedisin ved KS
 - c. Har et fagområde med god kvalitet og bredde
4. Svekket prehospital beredskap?
 - a. Avstanden for ambulansene til Drammen er ikke noe problem
 - b. Alle mener at prehospital beredskap ikke er blitt dårligere, noen at den er blitt bedre
 - c. Ambulansepersonalet må «bruke hode» - overprøve fastlegene om nødvendig (uttalelse fra fastlege)

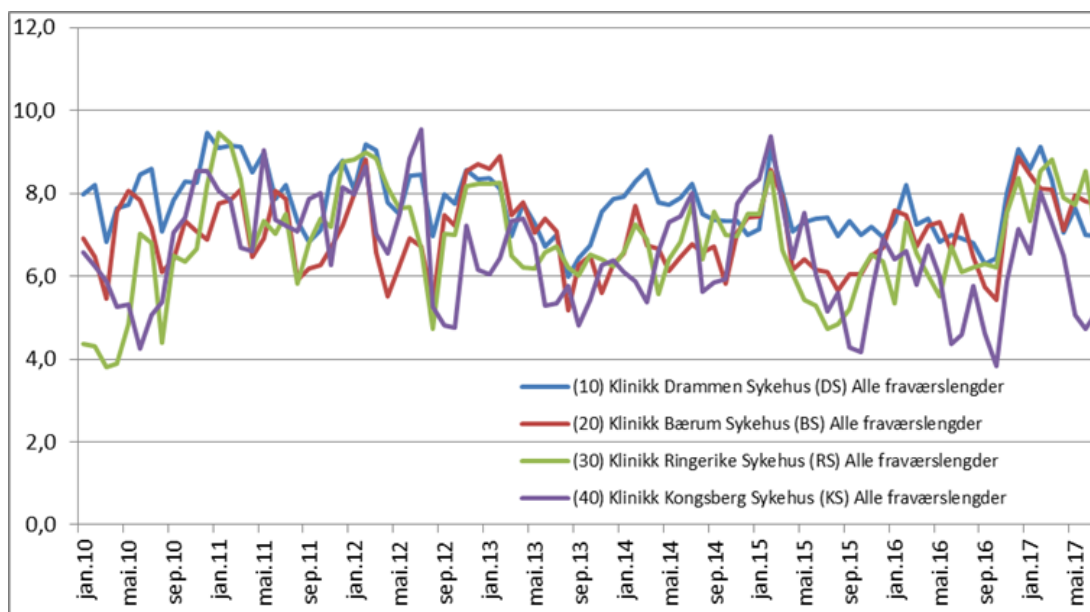
5. Redusert omdømme / tillit til Kongsberg sykehus?
 - a. Alle mente at KS hadde et godt omdømme og god tillit i befolkningen for det som de holdt på med.
 - b. Flere var kritiske til den rolle spesielt lokalpressen hadde hatt / har i omtalen av enkeltsaker spesielt og øvrige saker generelt for å fremheve hvor «dårlig» KS var. Det ble også påpekt at argumentasjon omkring negative tilstander ved Kongsberg sykehus trekkes frem i politiske debatter, og kan bidra til at sykehuset oppfattes dårligere enn det som er realiteten.
6. Er det manglende forutsigbarhet med henblikk på videre drift på Kongsberg sykehus?
 - a. De som uttalte seg trodde at KS i den formen den hadde nå evt. med enkelte justeringer hadde gode muligheter til å bestå.
7. Øvrige kommentarer og bemerkninger
 - a. Kun en mente at hele ordningen burde reverseres
 - b. Flere etterlyste bedre samhandling både med henblikk på prosedyrer, forordninger, undervisning og kommunikasjon
 - c. Kirurgisk avdeling i Drammen har for mye å gjøre
 - d. Bedre samhandling mellom de medisinske avdelingene ved KS og DS om å overta ferdigbehandlede pasienter fra Kirurgisk avdeling, DS. Noen av disse kan trenge tilsyn fra kirurg i ytterligere 1-3 dager.
 - e. Fast samarbeidsforum etterlyses hvor man m.a. kunne ta opp problempasienter av ulik karakter.

Representantene for PHT mente følgende / fremhevet følgende punkter:

- KS er blitt styrket på områdene medisin og ortopedi
- Man fremhever spesielt kvaliteten og dyktigheten til det medisinske akutteamet ved KS
- Akutt kirurgiske pasienter har fått et kvalitativt bedre tilbud ved å bli transportert til Drammen, da dette er et mer differensiert og spesialisert sykehus.
- Problemområdet er i første rekke differensiering av traumepasientene (uavklarte pasienter), om de er rene ortopediske akutt pasienter som skal til ortopediske avdeling, KS eller om de er mer multitraumepasienter som skal til DS. For noen av disse tilfellene har det vært problematisk å få anestesilege med i ambulansene i overføringene fra KS til DS.
- Den prehospitale kompetanse og triage har blitt bedre. Krav til dokumentasjon har økt etter sammenslåing og det stilles høyere krav til intern opplæring og trening.
- Ved transport av dårlige pasienter fra KS til DS har det vært noen problemer med å få adekvat følgetjeneste av leger.
- Økt kjøretid skaper ikke problemer.

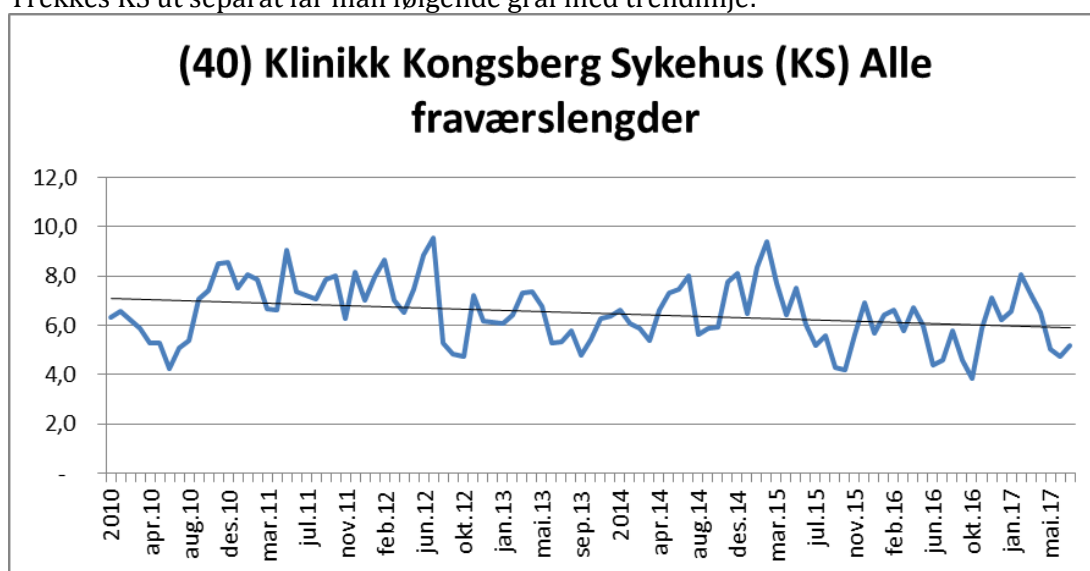
Vedlegg F. Utvikling i sykefravær

Det er hentet ut sykefraværs statistikk for 6,5 år for sykehusene i Vestre Viken HF generelt. Det fremgår av nedenfor angitte grafer:



Figur F-1. Sykefravær ved de 4 sykehusene i Vestre Viken HF fra januar 2010 til juli 2017.

Trekkes KS ut separat får man følgende graf med trendlinje:



Figur F-2. Sykefravær ved Kongsberg sykehus fra januar 2010 til juli 2017 med lineær trendlinje for hele perioden.

Sykefraværet toppet seg ved KS i juli 2012 med et gjennomsnitt på 9,5 % (range 0,0 – 31,5). Enheter knyttet mot operativ behandling hadde størst fravær. Sykefraværet gikk raskt ned. Den lineære trenden for hele perioden har vært svakt nedadgående, og sammen med DS er KS det sykehuset i VV som har en fallende fraværsandel. De to øvrige har enten en stabil eller lett stigende trend.

Vedlegg G. Gjennomgatte avvikssaker

Vestre Viken HF benytter seg av avvikssystemet Synergi. Herfra er det hentet ut 15 relevante saker som har vært fremmet for Helsetilsynet og/eller behandlet i kvalitetsutvalgene ved de to sykehusene. Prosjektleder har gjort en oppsummering av disse sakene.

Fordelingen av sakene er 5 fra 2012, 6 fra 2013, 1 fra 2015 og 3 fra 2016 hvorav en er en drapssak og de to andre er meldt til Helsetilsynet.

Der hvor det er fattet beslutning av Helsetilsynet, er konklusjonen gjengitt. I de øvrige har prosjektleder anført sin mening. Saksnr. er de som er anført i Synergi. Pga personvern har man anonymisert sakene så langt mulig. Det anføres at flere av saken fra den initiale fasen ble behandlet i evalueringsmøter som ble avholdt etter sammenslåingen av akuttkirurgien til DS. Disse evalueringsmøtene foregikk fra 15.6.2012 til 30.1.2014, totalt 8 møter.

- Sakene 42487 og 42614 fra 2016 var begge meldt til Helsetilsynet og det foreligger avgjørelse fra tilsynet i sakene. Begge tilsynssakene dreier det seg om akutte pasienter som primært ble innlagt KS for deretter å bli overført til DS hvor de ble operert. Den ene døde etter noen uker, den andre dagen etter operasjonen. Det ble reist kritikk bygget både på lang transport og angivelig forsinket diagnostikk og behandling. Fylkesmannens konklusjon i sakene var hhv:
 - Ikke brudd på spesialisthelsetjenestelovens § 2-2;
 - Ikke brudd verken på spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 eller 3-3a (varsling)
- Sak 3978 fra 2012 har sin bakgrunn i en iatrogen (påført) pneumothorax (luft mellom brystvegg og lunge) etter forsøk på anleggelse av sentralt venøst kateter (SVK). Saken ble primært meldt til Helsetilsynet som i sin tur sendte den ubehandlet til Kunnskapsenteret. Meldeordningen behandlet ikke disse avvikene individuelt slik at behandlingen kun var internt. Prosjektleders vurdering er:
 - Ut fra tilgjengelige opplysninger var pasienten hele tiden stabil, og det hadde trolig ikke vært behov for å anlegge avlastende thorax-dren. Dette ble gjort av annen kollega enn den som anla SVK. Pasienten fikk ingen plager i etterhand.
 - På generelt grunnlag er dette en kjent komplikasjon til anleggelse av SVK, og det hører med til de ferdigheter man skal kunne om man gjør slike prosedyrer, at man skal kunne takle slike komplikasjoner selv eller innenfor den spesialitet som utfører inngrepet. Sykehusets kirurger skal vanligvis ikke ha noen rolle i denne sammenheng.
- Sak 35939 (drapsak fra 2016) har blitt omtalt i media og dreier seg om en ung mann som døde etter knivstikk i brystet. Dette skjedde i umiddelbar nærhet av KS, og ambulansepersonalet brakte han til KS. Beskrivelse av tilstand på skadestedet tyder på at han trolig var død da ambulansepersonalet kom dertil. Ved mottak KS var han død med opphevet puls og respirasjon samt lysstive pupiller uten reaksjon (GCS=3). Forsøk på gjennomliving ble helt riktig avsluttet etter noen minutter.
 - Siden man ikke har noen obduksjonsrapport (trolig rettslig obduksjoner som ikke er i pasientjournalene), har man sett på tilsvarende hendelser fra litteraturen. Overlevelsen etter penetrerende skader i brysthulen med skade av de store blodkar eller hjerte ligger på 0,2 – 1,4 % om de kommer «livløse» / under pågående hjerte-lunge-redning til større traumemottak. Arbeidene omfatter fra 1480 til 4620 tilfeller³³.

³³ Lockey D et al. BMJ, 323, 141

- Både ambulansefolkene og de som tok imot pasienten ved KS, oppfattet dette som svært traumatisk. Denne pasienten var imidlertid død på skadestedet, og ingen kunne ha reddet han. Dette er en tragisk hendelse som alle helsepersonell kan komme opp i.
- Ut over dette har man sett på de gjenværende 11 avvikssaker. De kan katalogiseres i følgende undergrupper i forhold til årsak:
 - Kommunikasjonsproblemer mellom KS og DS (5234, 5235, 5804, 8336, 12744, 12800, 27300)
 - Ikke fulgt traumekriterier fullgodt (5803, 8737 og 9099)
 - Mangelfull preoperativ undersøkelse (12683)

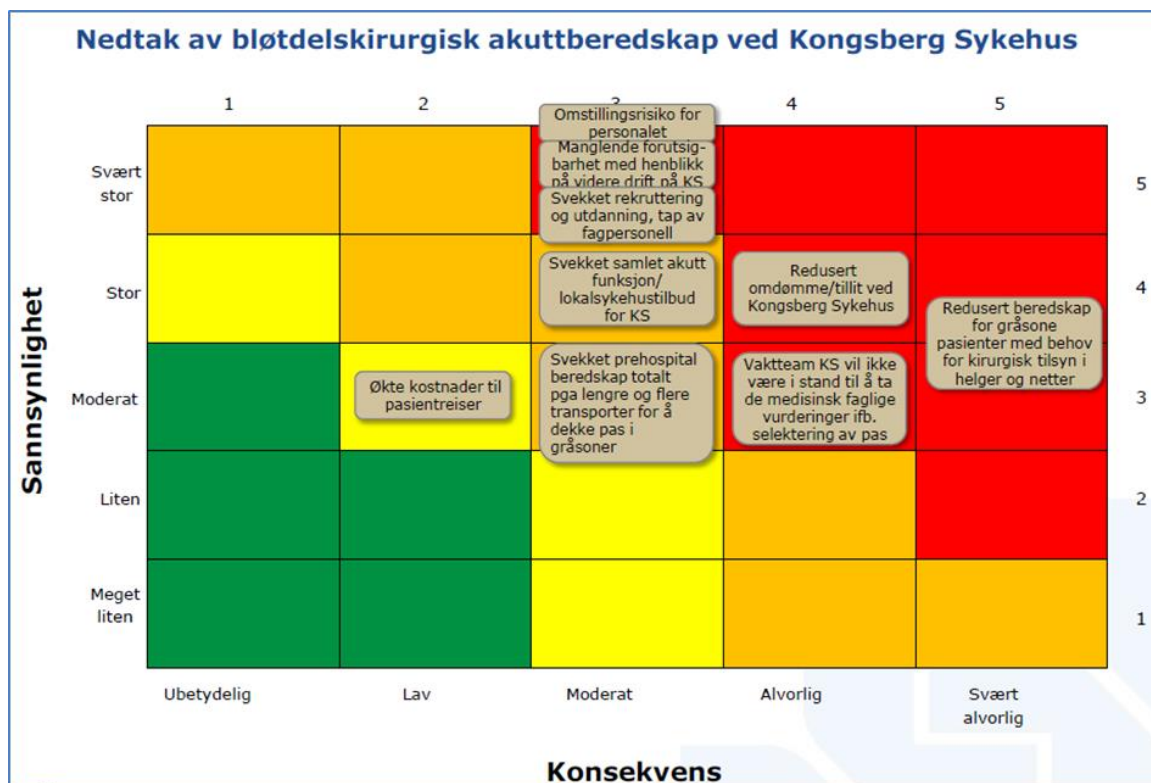
Så langt man kan bedømme har disse 11 avvikene ikke ført til noen alvorlige hendelser eller komplikasjoner for de aktuelle pasientene.

Vedlegg H. ROS analyse fra 2011

I forbindelse med utredning av samling av akuttkirurgi i 2011 ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse som også var vedlegg til styresak 072-2011. Vurderingen ble gjennomført av fagpersonell fra sykehusene i Kongsberg og Drammen, prehospitale tjenester, brukerrepresentant og representanter fra tillitsvalgte og vernetjeneste. Risikoområder som inngikk i analysen omfattet:

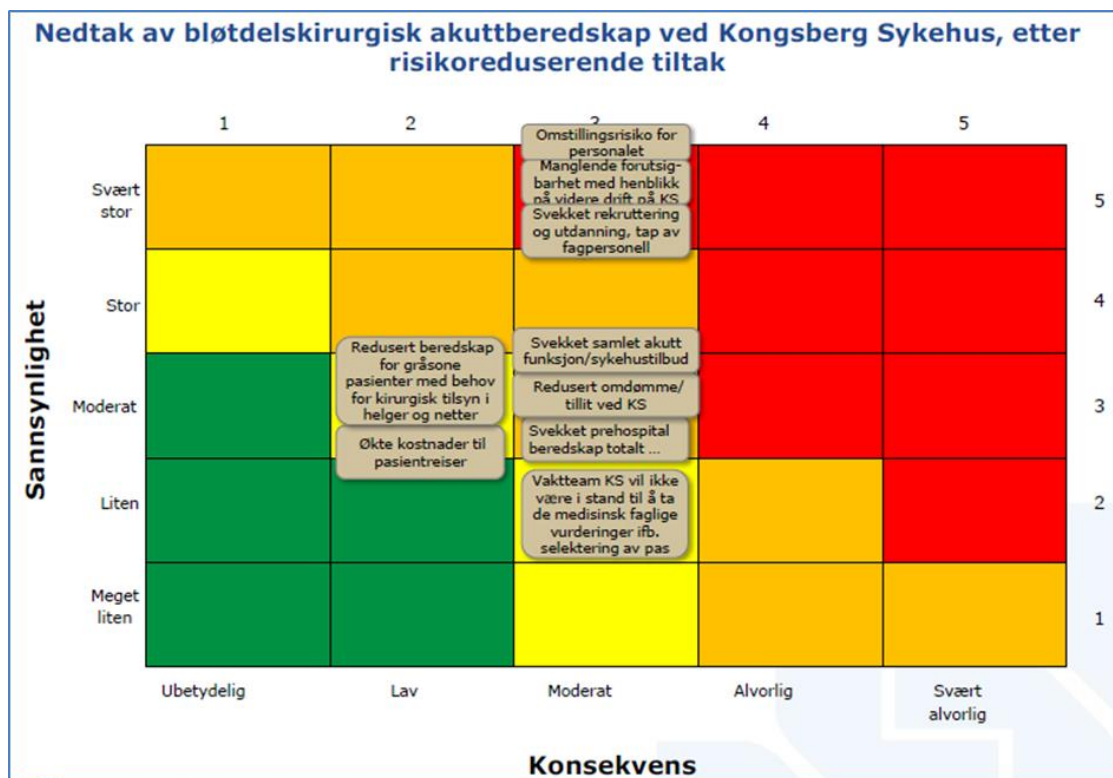
1. Svekket samlet akuttfunksjon/lokalsykehusstilbud ved Kongsberg sykehus
2. Akutt team vil ikke være i stand til å ta medisinsk faglige vurderinger ifb selektering av pasienter
3. Redusert beredskap til gråsonepasienter med behov for kirurgisk tilsyn i helger og netter
4. Omstillingsrisiko for personalet
5. Svekket rekruttering og utdanningstilbud, tap av fagpersonell
6. Svekket prehospital beredskap totalt pga lengre og flere transporter for å dekke pasienter i gråsoner
7. Økte kostnader til pasientreiser
8. Redusert omdømme/tillit ved Kongsberg sykehus
9. Manglende forutsigbarhet med henblikk på videre drift på Kongsberg sykehus

Risikovurderingen pekte på en ikke ubetydelig risiko knyttet til hovedtyngden av disse områdene.



Figur H-1. Risikovurdering knyttet til samling av akuttkirurgi for Kongsberg og Drammen – utført i 2011

Risikovurderingen ble revidert i forhold til et mulig tiltak med å etablere en vaktordning for medisinske pasienter som ikke kunne flyttes til Drammen. En ny risikovurdering ble gjennomført av fagpersonell fra medisinsk avdeling for Kongsberg sykehus og Drammen sykehus. En slik vaktordning ble vurdert å kunne redusere risiko for de momentene som hadde vært mest kritisk i den opprinnelige analysen.

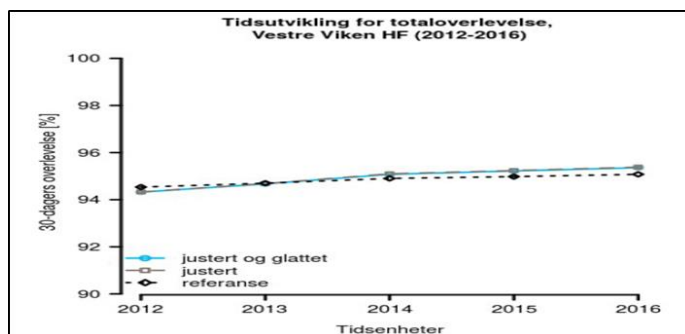


Figur H-2. Risikovurdering etter risikoreduserende tiltak fra 2011-12

Vedlegg I. Kvalitetsindikatorer for VV og KS

Folkehelseinstituttet beregner 30-dagers *risikojustert sannsynlighet* for overlevelse som kvalitetsindikator for helseforetak og regionale helseforetak, og resultatene publiseres blant annet på helsenorge.no. Data som presenteres her er hentet derfra og er de siste publiserte. En kvalitetsindikator gir kun en *indikasjon* på kvalitet, det er ikke et *direkte* mål på kvalitet. Man må derfor være forsiktig med å dra bastante slutninger. Spesielt gjelder det små enheter hvor man med små tallvariasjoner kan få store prosentvise svingninger.

I denne delen av evalueringen har man trukket fram resultater fra VV og sett på totaloverlevelse og overlevelse ved hhv hjerteinfarkt, hjerneblødning og hoftebrudd. Som det fremgår av figur 1, har overlevelsen blitt noe bedre enn landsgjennomsnittet. Hverken DS eller KS skiller seg ut fra de øvrige i HF-et på noen av målepunktene.



Figur I-1. Totaloverlevelse etter hjerteinfarkt, hjerneblødning og hoftebrudd i Vestre Viken HF og i landet for øvrig fra 2012 til 2016 (etter Folkehelseinstituttet)³⁴

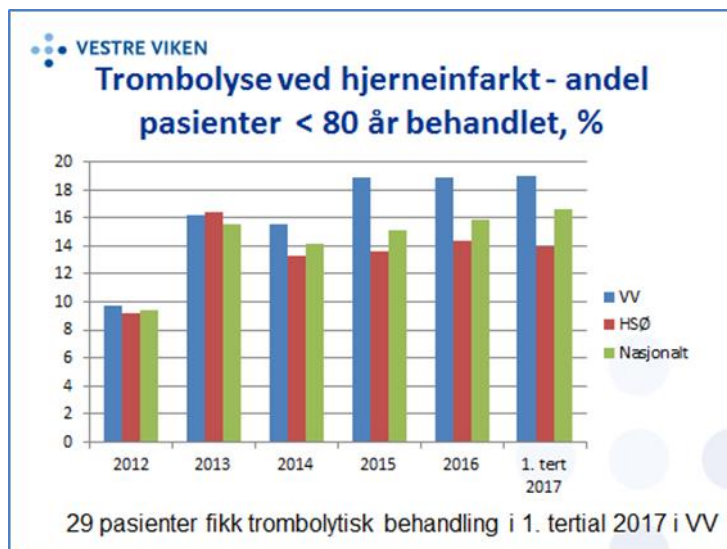
Trombolysebehandling er en av de nye og viktige behandlingene ved hjerneinfarkt (hjerneslag). Kvalitetsindikatoren knyttet til denne behandlingen viser andel pasienter 18-80 år med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse, en intravenøs medisin som løser opp blodpropp. Andelen som fikk dette i Helse Sør Øst var 13,9 % i 2016.

Behandlingssted	Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	Hele landet: 16,6 309	
		Andel ▼	Antall
+ Helse Vest RHF		22,7	79
+ Helse Midt-Norge RHF		19,1	55
+ Helse Nord RHF		15,8	38
- Helse Sør-Øst RHF		13,9	137
- Vestre Viken HF		19,0	29
Vestre Viken, Ringerike sykehus		24,2	8
Vestre Viken, Bærum sykehus		20,9	9
Vestre Viken, Kongsberg sykehus		20,8	5
Vestre Viken, Drammen sykehus		13,2	7
+ Oslo universitetssykehus HF		16,5	19

Figur I-2. Andel pasienter innlagt med blodpropp i hjernen som fikk behandling med trombolyse i januar – april 2017 (Etter Folkehelseinstituttet)³⁵

Selv om antallene er få, viser de at de aktuelle sykehusene er på linje med de øvrige i landet.

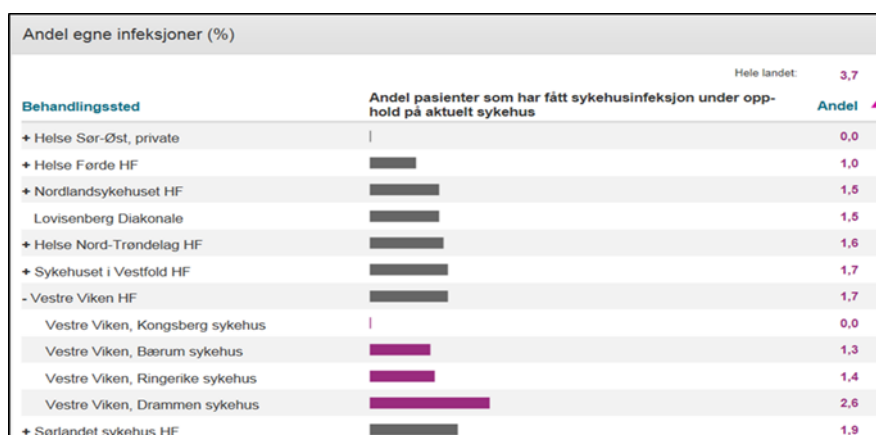
I kvalitetsarbeidet har VV fulgt bruken av trombolysesebehandling over flere år. Resultatene samlet for HF-et, Helse Sør RHF og landet for øvrig fremgår av følgende graf.



Figur I-3. Trombolysese ved hjerneinfarkt – andel pasienter <80 år behandlet

Figuren viser at fra 2014 og utover har andelen behandlet med trombolysese i VV ligget så vel over landsgjennomsnittet som over gjennomsnittet for Helse Sør Øst.

Ytterligere en kvalitetsfaktor er forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus. Denne kvalitetsindikatoren måler antall påviste sykehusinfeksjoner – av de fire vanligste infeksjonene: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og sepsis – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.



Figur I-4. Andel pasienter som har fått sykehusinfeksjon under oppholdet. Data fra november 2016 fra Folkehelseinstituttet³⁶

³⁵ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Trombolysesebehandling_ved_hjerneinfarkt

³⁶ <https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Sykehusinfeksjoner>

Siden Kongsberg sykehus ikke hadde ført opp noen infeksjoner, ble dette kvalitetssikret mot sentrale myndigheter. Sykehuset har rapportert riktig, tallene er små, men det er ingen grunn til å anta feilrapportering. Mulig årsak til at ingen helseassosierte infeksjoner er rapportert kan være at KS ikke har mage-tarm kirurgi og relativt få intensivpasienter i tillegg til selvsagt god pasientbehandling på de pasientene de har.

Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport at en høy eller lav forekomst betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten av forebyggende tiltak er dårlig eller god, og endring mellom målinger er ikke nødvendigvis signifikante endringer. Dette gjelder for alle de fire infeksjonsformene som omtales.

Med dette som bakgrunn konkluderer man med at kvaliteten ved de respektive sykehus er tilfredsstillende ut fra de relativt grove kvalitetsparameterne man måler.

Kvalitetsparametere knyttet mot ambulansetjenesten omtales under det kapittelet / vedlegg D.

Vedlegg J. Risikovurdering 2017

Risk ID	Fare (uønsket hendelse)	Mulig årsak til at hendelsen inntreffer	Forebyggende rutiner/prosedyrer/aktivitet som allerede er innført	Mulige konsekvenser dersom hendelsen inntreffer	Sannsynlighet (S), skala 1-5	Konsekvens (K), skala 1-5	Risiko S x K	Nye/planlagte tiltak
1P	Feil prehospital vurdering og sortering av gråsonepasienter	- Uklare symptomer/tilstand hos pasient - Eksempel: Pasient med bruddskader etter fall på ski, uavklart i forhold til øvrige mulige indre skader	- Tydelige sorteringskriterier for PHT - Kjent funksjonsfordeling mellom KS og DS i fht akutfunksjoner	- Pasient leveres til "feil" akutt mottak - forsinket diagnostikk og behandling, forsinkelsen er tiden det tar for å komme til Drammen (ca 40 minutter)	3	2	6	
2P	Feil akuttmedisinsk vurdering av gråsonepasienter i mottak	- Svekket akutfunksjon ved at kirurg ikke er til stede i KS akutt mottak	- Multitraumepasienter sendes til DS eller OUS - Etablert mottaksteam KS for å vurdere innkomne pasienter raskt og sikkert	- Innlegges og blir gråsonepasient - forsinket diagnostikk og behandling	2	4	8	Vurdere hvilke "barrierer" som kan etableres for å unngå at feil akuttmedisinsk vurdering i mottak skal få høy konsekvens, eksempelvis bruk av videokonferanse i mottak/tilsyn
3P	Gråsonepasienter får ikke tilstrekkelig tilsyn/behandling på kveld/natt/helg	- Ikke kirurg tilstede på vakt	- Konferere med kirurg på DS på telefon - Pasient sendes Drammen	- forsinket diagnostikk og behandling	2	2	4	
4P	Økt responstid for akutte pasienter (113 pasienter)	- Svekket prehospital beredskap pga lengre og flere transportoppdrag	- Flåtestyring av ambulanser i VV opptaksområde	- Tar lenger tid før pasient får hjelp av ambulanspersonell - forsinket diagnostikk og behandling	1	1	1	
5P	Økt ventetid for overflytting av pasient med ambulanse	- Ikke ambulanse tilgjengelig pga lengre og flere transportoppdrag	- Flåtestyring av ambulanser i VV opptaksområde	- forsinket diagnostikk og behandling	1	1	1	
6A	Pasient som ønskes overført fra Kongsberg sykehus til Drammen sykehus blir værende på Kongsberg	- Blir fra DS bedt om å "se det an" - Ulike prosedyrer eller oppfatning av prosedyrer - Manglende faglig støtte til LIS-leger i vaksituasjoner, bistand per telefon er ikke adekvat eller tilstrekkelig - Samhandlingsutfordringer	- Konferere med kirurg på DS på telefon - Prosedyrer og avtaler beskriver samarbeidsform og hvordan ulike situasjoner skal håndteres	- forsinket diagnostikk og behandling	3	2	6	Overlege ansvarlig for kommunikasjon?? Tydeliggjøre hva som skal avklares på KS før evt overføring
7A	Klærer ikke å rekruttere personell til ledige stillinger på Kongsberg sykehus	- Samling av akuttkirurgi på DS gjør det mindre attraktivt å jobbe på KS	- Aktivt rekrutteringsarbeid for å fylle ledige stillinger	- vakanser skaper utfordringer i forhold til å opprettholde tilbud til pasientene på KS	2	2	4	Fortsette aktivt rekrutteringsarbeid
8Ø	Økt kostnad pasientreiser	- Økt reisevei på ca 40 km for omkring 55 % av de akutte kirurgiske pasientene - Ekstra kostnad for overføring av pasienter med taxi mellom KS og DS	- Ingen spesielle	- negativ effekt på Vestre Vikens driftsresultat	1	1	1	
9O	Redusert omdømme for Kongsberg sykehus	- Negativ oppfatning av KS samlingen av akuttkirurgi på DS - Negativ omtale av enkelthendelser knyttet til akutfunksjoner på KS	- Positive resultater både i pasientundersøkelser og måling av nasjonale kvalitetsindikatorer - Fokus på omdømmebygging, dialog med politikere og lokalpresse	- pasienter velge andre behandlingssteder, negativ effekt for aktivitet på KS	2	3	6	Videreføre kontinuerlig fokus på omdømmebygging
10P	Økt behov for akutt kirurgi i Kongsberg sykehus opptaksområde ut over det som kan håndteres av kapasitet på Drammen sykehus	- Endret sårbarhet for befolkningen i KS opptaksområde i fht behov for akutt kirurgi	- Planverk for beredskap - Kontinuerlig overvåkning av aktivitet og kapasitetsbehov		1	1	1	

Vedlegg K. Protokolltilførsler

Det er mottatt tre protokolltilførsler fra medlemmer av prosjektgruppen:

1. Protokolltilførsel fra Wenche Grinderud, Rådmann i Kongsberg
2. Protokolltilførsel fra Kjell Jensen, representant fra brukerutvalget i Vestre Viken HF
3. Protokolltilførsel fra Elin Korsgaard, klinikktiltitsvalgt fra Yngre legers forening, Kongsberg sykehus

Protokolltilførsel mottatt 10.12.17:

Avdeling: Rådmannen
Kontaktperson: Wenche Grinderud

Dato 10.12.2017
Tlf: 99511550



PROTOKOLLTILFØRSEL

Jeg har på vegne av Kongsberg kommune følgende merknader til utvalgets rapport om

“Evalueringsprosess av bortfall av bløtdelskirurgi ved Kongsberg sykehus 2011/ 2012”;

1. Fremdrift

Arbeidet har vært preget av et meget stramt tidspress. Det kan jeg ikke se har vært nødvendig da det allerede i desember 2016 ble besluttet at dette skulle evalueres. Første møte i evalueringsgruppen var medio september 2017. Arbeidet skulle ha vært fullført innen 1. desember, men fristen ble senere utsatt til 14. desember.

2. Prosessen i 2011/2012

Dette var ikke en del av mandatet, og er derfor ikke berørt. Jeg vil påpeke at det kan ha vært uheldig.

Denne prosessen ble opplevd svært ulikt i Kongsberg og i Drammen. Det er bare å konstatere. På Kongsberg opplevde man overkjøring og manglende deltakelse frem til beslutning. Denne opplevelsen vil naturlig nok også prege evaluering. Det ligger en manglende tillit i bunn som en evalueringsprosess burde ha satt på dagsorden og ryddet unna før selve evalueringen startet. Alternativt kunne det ha vært en del av evalueringen en type 0 stilling før selve evalueringen startet.

3. Konklusjonen

Jeg har sittet i utvalget på vegne av Kongsberg kommune. Utviklingen av Kongsberg sykehus er en viktig tverrpolitisk sak i Kongsberg. Det finnes mange politiske vedtak der det slås fast at en tilbakeføring av fullverdig akuttberedskap er den utviklingen som er ønsket av Kongsberg sine politikere. Dette begrunnes blant annet med at vi har stor innpendling og er vertskap for Norges tredje største industriklynge. Det er viktig for kommunen at dette synet er kjent.

Kongsberg, desember 2017

Wenche Grinderud (sign)

Rådmann i Kongsberg

Protokolltilførsel mottatt 9.12.17 med følgetekst:

Som brukerrepresentant i VV/HF ønsker jeg vedlagte uttalelse lagt inn som protokolltilførsel.

Kjell Jensen

VV/HF, brukerutvalsrepresentant.

Drammen, 09.12. 2017.

Prosjektgruppe Samling av akuttkirurgi.

Protokolltilførsel.

Jeg har sittet i prosjektgruppe utnevnt av Brukerutvalget i Vestre Viken ang. samling av akuttkirurgi til Drammen sykehus. På første møte i prosjektgruppen, fikk deltagerne beskjed om at prosjektet ikke skulle diskuteres utenfor gruppen. Dette for å få en god arbeidsro vedr. dette oppdraget.

Etter at siste samling 7. desember, er jeg overbevist om at en samling av akuttkirurgi til Drammen sykehus er en dårlig løsning. Når jeg i tillegg har fått opplyst om at legevakten i Øvre Eiker skal legges ned for å flyttes til Kongsberg 1. mars 2018, blir jeg enda mer sikker på å gå mot dette forslaget.

Fordi:

- Brukerutvalgets fremste oppgave er å ivareta innbyggernes sikkerhet/trygghet.
- Sentrale politikere inkl. helseminister har uttalt seg at nærsykehusene skal bestå og at tilgjengeligheten og tjenestene skal ivaretas.
- Kongsberg er ingen liten by og den strekker seg helt opp til Rødberg+ litt til, så her er det viktig å bevare nærsykehuset.
- Ut fra dette mener jeg som brukerrepresentant at en samling av akuttkirurgien til Drammen sykehus, **IKKE kan støttes.**
- Men planlagte kompliserte inngrep som krever kirurger med ulik kompetanse, bør foretas på Drammen sykehus.
- Denne uttalen ønsker at skal følge med i protokollen.

Med hilsen

Kjell Jensen

VV/HF/ brukerrepresentant.

Protokolltilførsel mottatt 12.12.17 med følgetekst:

Ingen kommentarer til rapporten - stiller meg bak den forutsatt vedlegging av vedlagte protokolltilførsel.

Elin Korsgaard
Klinikktilitsvalgt Klinikk Kongsberg sykehus
Yngre legersforening

Kongsberg tirsdag 12.12.17

**PROTOKOLLTILFØRSEL TIL RAPPORTEN «EVALUERING AV SAMLING AV AKUTTKIRURGI FOR
OPPTAKSOMRÅDENE FOR KONGSBERG OG DRAMMEN SYKEHUS I DRAMMEN»**

1. Utilbørlig tidspress under prosjektet. Beslutningen om evaluering ble tatt i des 2016, mens prosjektstart først var medio sept 2017.
2. Mandatet var evaluering av "før og etter" – rapporten adresserer ikke misnøyen på KS ifm prosessen 2011/2012. Hindre i 2012/2013, som nå i hovedsak er forsert, er også lite belyst. Mandatet omgår dermed noe som ville kunne forventes i en evaluering, og dette er rot til bekymring rundt hvorvidt rapporten vil ha ønsket troverdighet blant interesserte i Kongsberg som husker dette fra seks år tilbake, være seg lokalbefolkning eller sykehusansatte.
3. Jeg frykter rapporten vil legitimere avgjørelsen om nedlegging av akuttkirurgi og i verste fall at prosessen ved Kongsberg sykehus vil brukes som et eksempel til etterfølgelse. Det bør gå klart og tydelig frem at vi fremdeles mener prosessen vi var gjennom ikke bør gjentas, men andre må gjerne lære av våre erfaringer og følgelig helst styre utenom en del av de hullene i veien vi har truffet.

Elin Korsgaard