

Høringsuttalelse Strategisk utviklingsplan

v/ Driftsråd, klinikk for kirurgi, sykehuset Namsos 26.01.2018

Driftsrådet ved klinikk for kirurgi sykehuset Namsos ønsker å komme med innspill til innhold i Strategisk Utviklingsplan, HNT. Det kirurgiske fagmiljø i klinikken kjenner den kliniske virksomheten fra «innsiden» og vil på denne måten bruke sin erfaring og kompetanse til å bidra i arbeidet med Utviklingsplanen.

Høringsuttalelsen omfatter kun deler av utviklingsplanen hvor man har sett behov for en presisering og grundigere redegjørelse for det aktuelle tema; samt der man har funnet mangler i tekst.

Generelle betraktninger

1. Vi skal være gode lagspillere og tenke helhet og samhandling:

Nord-Trøndelag har tradisjonelt sett vært inndelt i opptaksområder etter befolkningsgrunnlag : Sykehuset Levanger (2/3) og Sykehuset Namsos (1/3)

Disse geografiske og regionale grensene er utdaterte fordi:

- HNT har funksjonsfordeling innen flere fagområder. Enkelte avdelinger har fylkesfunksjon for pasientgrupper og behandling - det kan på sikt bli flere.
- Sør delen har stor pasientlekkasje til St Olavs - nord delen vil etter all sannsynlighet utvide sitt opptaksområde når Helgelandssykehuset blir bygget.
- Sykehusene bør i større grad være åpne for å utnytte ledige ressurser hos hverandre for å sikre lik tilgang til helsetjenester samt redusere ventetid.
- Ett Trøndelag – skal det være ett eller to foretak i fylket frem mot 2035? Det er naturlig å tenke seg en sterkere tilknytning til St Olavs Hospital.
- Grenser mellom opptaksområder fremmer ikke samarbeid mellom sykehus. Dersom man skal lage et grunnlag for sykehusene må andre faktorer legges til grunn – jfr punkt ovenfor.

2. Vi skal rekruttere, utvikle og beholde personell:

Nasjonal sykehusplan sier at det skal være 2 akutt sykehus i HNT . Det er videre gjort vedtak i styret for HNT og HMN at dagens akutt kirurgiske beredskap ved sykehusene er et minimum og skal beholdes (s 70) Beslutningen om akutt funksjoner fremmer rekruttering og gir en stabilitet fagpersonellet ønsker og trenger. Ingen søker seg til våre sykehus dersom deres fagområder /funksjoner er truet. Når man først har bestemt dette, må man også se på konsekvensene dette medfører og sørge for at personellet får nok kompetanse for å kunne utføre disse oppgavene.

Eksempel:

- En kirurg som skal operere en pasient med akutt tilstand i magen (for eksempel tarmslyng) må få nok trening på prosedyren under planlagte og kontrollerte forhold.
- En intensivavdeling som skal kunne håndtere kritisk syke pasienter bør ha nok volum på dette i hverdagen.

Bygg

I Strategisk Utviklingsplan er behov for bygningsmessige tiltak ved sykehusene beskrevet. Det henvises til prioriterte tiltak i Utviklingsplan 2015; herunder Kombinasjonsbygg Namsos. Prosjektet beskrives som et bygg for spesialisthelsetjenesten i kombinasjon med kommunale tjenester. (s.7)

Det ble i 2015 gjennomført et Idefaseprosjekt i regi av Sykehusbygg; hvor det ble identifisert en rekke funksjoner i eksisterende bygg med behov for utbedring og nybygg. Rapport fra Idefase inneholder en omfattende utredning av bla operasjonsstuer, dagkirurgisk enhet/ oppvåkning, intensiv, akuttmottak, AMK, ambulanse, poliklinikker og sengeposter. Kommunal legevakt og areal for kommunale senger som en del av nybygg er beskrevet. Idefaseprosjektet beskriver 4 ulike alternativer for videre arbeid inn i en konseptfase.

Det etterlyses lenke til Idefaserapport eller at denne er vedlegg til Utviklingsplanen.

I innledning til kapittel 6.9 i Strategisk Utviklingsplan beskrives generelle utfordringer knyttet til bygningsmasse, samtidig som det legges begrensninger i mulighet for bygningsmessige tiltak frem mot 2030 pga økonomi. Det er i samme avsnitt sagt noe om bygg som peker seg ut som et nødvendig tiltak. (s 82). Det er uklart hvilket bygg som er omtalt og hvorfor dette er tatt inn i teksten. Det etterspørres her en tekst som henger sammen med oversikt over prioriteringer. Jfr figur 6.1 (s 83)

Figur 6.1 viser plan for renovering og tilpasning av nybygg i en tidsakse – her i kronologisk rekkefølge:

1. Psykiatriløftet SL
2. Dialyse / flytting av dagkirurgi SL
3. Helikopterlandingsplass SN
4. Kombinasjonsbygg SN
5. Senger og poliklinikk SL
6. Sanering/nybygg SL

Som nevnt innledningsvis er det gjort et grundig utredningsarbeid vedr status og behov for utbygging/modernisering gjennom Idefaserapport Kombinasjonsbygg Namsos. Eksisterende operasjons- og intensivavdeling/dagkirurgisk enhet ved sykehuset er tatt i bruk i 1990 og er tilpasset datidens krav til areal og utstyr. Arealene tilfredsstillende ikke dagens standard og begrenser muligheten for å ta i bruk nytt medisinsk teknisk utstyr.

En fremtidig økning i andel dagkirurgiske pasienter og poliklinisk behandling er ikke mulig innenfor eksisterende areal.

Behovet for nye lokaler til legevakt samt kommunale senger er en sentral del av plan for Kombinasjonsbygg. Samhandling mellom HNT og kommunene er et satsningsområde i Strategisk Utviklingsplan. (s 6 / 63) og vil gjennom prosjekt Kombinasjonsbygg styrkes ytterligere. Jfr Intensjonsavtalen mellom HNT og Namsos kommune

Driftsråd vil med dette gi sin tilslutning til plan for byggeprosjekt i HNT ; slik det er fremstilt i figur 6 i Strategisk Utviklingsplan. For å kunne ivareta pasientbehandling innen de kirurgiske fagområder frem mot 2035 – akutt og elektivt – er et nytt og moderne bygg med oppgraderte lokaler og utstyr en nødvendighet.

Pasientbehandling somatikk

I kap 2.2 er dagens virksomhet/nåsituasjonen innen de ulike fagområdene i HNT kort omtalt. Det etterlyses en oversikt over den totale somatiske virksomhet ved sykehusene. Hvilke spesialiteter er det i HNT innen de kirurgiske og medisinske fagområdene samlet sett og hvilke pasienttilbud gies ved sykehuset Namsos og sykehuset Levanger? Nåsituasjonen med en oversikt over spesialiteter og funksjoner må fremgå av Strategisk Utviklingsplanen.

Det er innen somatikk gjort et godt og grundig arbeid med pasientforløp - dette må videreføres og taes med som en del av utviklingsplanen.

Fremskriving av aktivitet og kapasitet, somatikk

Operasjonsstuer

Sykehusbygg har gjennomført framskriving av aktivitet ut fra Nasjonal framskrivingsmodell. I 2015 hadde HNT **18** operasjonsstuer totalt. Ut fra beregnet behov fra Sykehusbygg skulle antallet pr 2015 vært totalt **11** operasjonsstuer.

Fremtidig behov : 2022 **12** operasjonsstuer 2035: **14** operasjonsstuer

Antallet operasjonsstuer som beregnes bygger på andre forutsetninger enn dagens driftsmodell ved sykehusene. **Korrigerig** pkt 5.1.7: Åpningstid er 8 timer; ikke 6 timer slik det står her.

Klinikk for kirurgi planlegger elektiv virksomhet innen operasjon og poliklinikk i forbindelse med årsplanarbeid. Man definerer ulike aktivitetsnivå:

- Normal aktivitet - full drift i 38 uker/190 dager pr år / 8 timer pr dag
- Lavere og lav aktivitet de resterende uker

Det er fortsatt 8 timers åpningstid ved lav/lavere aktivitet, men man har en begrenset elektiv virksomhet innen operasjon og poliklinikk. Klinikken mottar og behandler øhjelpspasienter

24/7 hele året. Driftsmodellen muliggjør styring av bemanning i alle faggrupper opp mot aktivitet ; herunder avvikling av ferier og sammenslåing av sengeposter i sommerferier og høytider. Utvidet åpningstid vil kreve en høyere bemanning for klinikken ; også for klinikker med støttefunksjoner.

En reduksjon i antall operasjonsstuer slik det er beskrevet i Strategisk Utviklingsplan vil ramme den elektive virksomhet i stor grad. Det etterlyses en beregning som viser kapasitet ut fra reelt driftsnivå ; eller ut fra mulige alternative nivå.

Andre faktorer som påvirker behovet for operasjonsstuer:

- Akuttkirurgisk beredskap fordrer ledig stuekapasitet for akutte operasjoner; i tillegg til kapasitet for elektive operasjoner. Det er ikke anmerket om dette er tatt med i beregningen fra Sykehusbygg.
- Mulighet for sambruk av operasjonsstuer mellom de kirurgiske fagområder er avhengig av areal/medisinsk teknisk utstyr og er ikke vurdert.

Intensivplasser og tung overvåkning.

Man finner ikke beregning av intensivplasser og tung overvåkning i Strategisk Utviklingsplan; selv om dette er tatt inn i overskrift kap 4.2.3 (s 54) Demografisk utvikling tilsier at behovet for spesialisthelsetjenester vil øke, samtidig som sykdomstilstander blir mer komplekse. (s 70)

Intensivavdelingen ved sykehuset Na har 1 enerom og 2 tosengsrom, mangler rom for isolering og pårørenderom. Lav takhøyde gir begrensninger for moderne teknologi/utstyr.

Dagkirurgienheten består av et 11sengsrom og er en kombinasjon av oppvåkning og dagkirurgiareal . I tillegg har ØNH 4 overvåkningssenger i tilslutning til egen operasjonsavdeling ; som er beliggende i en annen etasje. Arealet gir begrensninger i fremtidig operasjonskapasitet ; i tillegg mangler det samtale/forberedelsesrom for pasienter og pårørende.

Antall sykehussenger

Fremskrivning av aktivitet når det gjelder sykehussenger skiller ikke mellom type senger (normal-, hotell-, intensiv- eller observasjonsseng)

Siden ingen av sykehusene har hotellsenger, kun det ene har observasjonssenger: Fremskrivningen gir ikke et riktig bilde av fremtidig behov og kapasitet.

I framskriving av døgnopphold(s 52) er det forutsatt bruk av observasjonssenger og hotellsenger. Framskrevet økning i liggedøgn er på 7,5 % til 2022, og 11 % til 2035.

Hvis man ikke har hotell eller observasjonssenger vil behovet være enda større og det bør derfor gjøres en ny beregning.

Sengekapasitet :

Kirurgiske sengeposter Namsos bruker allerede sengene fleksibelt mellom fagområder og seksjoner.

Poliklinikk

Antall kreftpasienter øker . Kjemoterapi forventes å øke med **28 % til 2022 og 54 % til 2035.** (s 53) Dagens areal og bemanningsressurser må økes. Hvordan løse disse utfordringene på kort sikt? Utviklingsplan bør si noe om dette.

Aktivitet innen poliklinikk omfatter både kontroller , konsultasjoner og behandling, herunder polikliniske operasjoner og sårbehandling. Det er i Utviklingsplanen beskrevet mulighet for e- konsultasjoner og vurderinger uten behov for oppmøte ved poliklinikk. Dette gjelder kun en liten del av den kirurgiske poliklinisk virksomhet. Fysisk undersøkelse ved de fleste tilstander vil fortsatt være nødvendig. Innen de kirurgiske fag gjennomføres det i større grad enn tidligere poliklinisk behandling kontra innleggelse. Det krever areal, utstyr og fasiliteter for å ivareta kvalitet og logistikk; samt øke den polikliniske virksomheten ytterligere.

Akuttmottak

Antall pasienter gjennom Akuttmottak har over flere år økt og kompleksiteten i pasientmassen har også endret seg. Flere eldre pasienter, mer komplekse sykdommer, større forventning til behandling, vil trolig gi ytterligere økning av pasienter; derved en utfordring ifht bemanning, kompetanse og areal.

I Utviklingsplanen er det fokus på eldrebølgen og tilbud til den geriatriske pasienten. Kap 5.4.23 At personer passerer 65 år vil ikke automatisk si at de tilhører kategorien geriatrisk pasient. Akuttmottakene vil i fremtiden motta eldre i ulike akutte situasjoner. Hvordan vil den akutte hendelsen påvirke den eldre og hva vil kreves av oss som helsepersonell for å gi god og riktig helsehjelp? I tillegg vil vi i fremtiden få geriatriske problemstillinger i tillegg til den aktuelle hendelsen som samlet vil gi utfordringer.

Økende antall pasienter som har vært i utlandet, økt reisevirksomhet generelt og flere som har fått behandling i utlandet krever økende fokus på smitte og smittevern. Akuttmottak er normalt første fysiske kontakt med spesialisthelsetjenesten og kravet til å hindre spredning av potensiell smittefare vil ligge på Akuttmottak. Dette vil gi et økt krav til egnede lokaler, rutiner og kompetanse. I allerede til tider fulle Akuttmottak vil dette gi en utfordring i forhold til liggetid.

Det snakkes kontinuerlig om å redusere innleggelse og å øke antallet pasienter i poliklinikk. Dette vil kreve mer kompetanse i front der pasientene blir henvist fra og til. Økt samarbeid og forståelse fra kommuner med tanke på rutiner for henvisning til sykehus. Det må bli en økt forståelse for behovet for styrking av kompetanse på legesiden i Akuttmottak; for å kunne gi pasienter riktig tilbud og behandling uten at innleggelse er nødvendig.

Generelt bør det påpekes at Akuttmottakene er lite omtalt i strategiplaner. Dersom man i fremtiden skal løse utfordringer for sykehusene er det i front man må starte jobben - for å kunne ha forutsigbare pasientforløp.

Driftsråd klinikk for kirurgi sykehuset Namsos:

Siri-Gunn Sagvik, avdelingsleder sengeposter

Ann Kristin Lænd, seksjonsleder sengepost D3

Brit Hildrum, seksjonsleder sengepost H3

Lill-Tove Halmøy, seksjonsleder sekretærer, inntak og kodere

Wenke Bogen Thun , avdelingsleder akuttmedisinsk avdeling

Torunn Ingvaldsen, seksjonsleder intensiv/dagkirurgisk enhet

Ellen Mikalsen, seksjonsleder anestesi

Tina Dahl, seksjonsleder operasjon

Odd Kåre Hestvik, seksjonsleder akuttmottak

Sigrid M Aaring, seksjonsleder kirurgisk poliklinikk

Svein Ruud, avdelingsoverlege kirurgi

Knut Erik Aune, avdelingsoverlege ortopedi

Peter Heidt, avdelingsoverlege anestesi

Steven Kudra, overlege anestesi

Tom Julsrud, avdelingsoverlege ØNH

Anita Blixt , avdelingsoverlege Øye

