

HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS AS

Til: Styret for Haraldsplass Diakonale Sykehus AS

Fra: Adm. dir. Kjerstin Fyllingen

Saksbeh.: Petter Thornam

Dato: 16.12.21

**Sak 91/2021 Høringsuttalelse til utredning av oppgave og
ansvarsfordeling, mellom Helse Bergen og Haraldsplass
Diakonale sykehus**

Vedtak:

Styret til Haraldsplass Diakonale sykehus stiller seg bak anbefalingene i prosjektrapporten, og takker Helse Vest for en grundig prosess. Styret forutsetter at Helse Vest ser nye oppgaver i sammenheng med HDS sin basisfinansiering, og at tilleggsoppdrag som satsing på geriatri, og utvidet tilbud innen indremedisin og plastisk kirurgi følges opp med konkrete planer for å sette HDS i stand til å oppfylle oppdraget.

Innledning:

Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) er et ideelt sykehus og har driftsavtale med Helse Vest RHF for å tilby spesialisthelsetjenester innen indremedisin, geriatri, palliasjon, kirurgi, ortopedi, med tilhørende poliklinisk aktivitet. HDS har i tillegg omfattende radiologisk virksomhet og laboratorievirksomhet. HDS er lokalsykehus i akutt indremedisin for 147.000 innbyggere i bydelene Åsane, Arna, og Bergenhus, samt Samnanger, Gulen og kommunene i Nordhordland, og er med det Norges 12. største akuttisykehus (basert på tallet som sogner til sykehuset). HDS har øyeblikkelig hjelp funksjon for utvalgt ortopedi og kirurgi på dagtid, hverdager etter avtale med Helse Bergen.

Helse Bergen (HBE) og Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS) har gjennom det siste året arbeidet med å gjennomgå åtte fagområder, og hvordan samarbeidet kan utvikles. Det ble

tidlig i prosessen avklart fra Helse Vest at det ikke skulle være et «generaloppgjør», men at man skulle se på forbedringer av dagens tilbud. Innledningsvis var følgende områder definert fra helse Vest: Ortopedi, kirurgi, radiologi, geriatri, palliasjon og hjerneslag og etter innspill fra helse Bergen i prosjektgruppen ble mandatet utvidet til også å gjelde indremedisin og laboratoriesamarbeid.

Helse Vest RHF har ledet prosessen på en konstruktiv og løsningsorientert måte. Det har som naturlig er, til tider vært uenighet mellom HDS og HBE, hvor Helse Vest har opptrådt upartisk og vurdert innspillene på et faglig grunnlag. Under følger en oppsummering av de åtte ulike fagområdene sett fra HDS sitt perspektiv:

Ortopedi:

I diskusjonen om ortopedi har det vært en konstruktiv og god dialog på alle nivå. Dette har resultert i en forbedret pasientflyt. HDS vil få det samme antall øyeblikkelig hjelp operasjoner som før HUS opprettet skadepoliklinikken på legevakten i 2018, som var en målsetning for prosjektet. HDS mener også at løsningen er en forbedring for hoftebruddpasientene.

Gastrokirurgi, plastisk kirurgi og urologi:

HDS er enige i anbefalingene i prosjektrapporten. Det har vært gjort et godt og grundig arbeid mellom fagmiljøene. HDS får samlet en viss økning av øyeblikkelig hjelp gastrokirurgi, og det er en forpliktende avtale på fordeling av tykktarmskreftoperasjoner. HDS ser frem til samtaler med Helse Vest om det økte tilbudet til postbariatiske og andre plastikkirurgiske pasienter.

Radiologi:

Innenfor det radiologiske fagfeltet har det vært gode diskusjoner om tettere samarbeid, og HDS støtter anbefalingene som ligger i prosjektrapporten, men mener det er potensiale for å utnytte maskinparken ved HDS bedre som kan avlaste HUS sin radiologiske kapasitet, noe som vil kreve noe økt bemanning.

Laboratorium:

Innenfor laboratorium har sykehusene samarbeidet godt, og HDS stiller seg bak anbefalingene

i prosjektrapporten.

Geriatrici:

HDS støtter konklusjonene i rapporten, og er positiv til at Helse Vest vil prioritere satsing på geriatrici. Geriatrici er en indremedisinsk spesialitet, avdelingen er tett integrert i medisinsk klinikk, men med egen sengeavdeling. Svært mange pasienter har ikke en enkelt diagnose som årsak til akutt innleggelse, og det er da den helhetlige akuttgeriatricien er viktig for at pasientene skal oppnå bedre funksjon. I arbeidsgruppen til geriatrici og i prosjektgruppen har det vært stor enighet om anbefalinger om å styrke det geriatriciske tilbudet ved begge sykehus, men med HDS som det tyngste fagmiljøet med utvidet poliklinikk. Dette er en rolle HDS svært gjerne tar.

Etter den nye spesialistreformen blir det nå utdannet færre geriatricere enn tidligere, samtidig som behovet er økende. Det har vært enighet i arbeidsgruppe og prosjektgruppe om at det bør opprettes rundt 8 nye utdanningsstillinger i geriatrici. Siden det kun er HDS som foreløpig kan utdanne geriatricere er det viktig at HDS kommer i gang med å utdanne flere slik at det ikke oppstår mangel på leger, og en konkurransesituasjon mellom sykehusene. Det er også et stort behov for geriatricere i kommunene. I prosjektrapporten er det nå tatt bort hvor mange stillinger det bør økes med. HDS er bekymret for at manglende konkretisering i prosjektrapporten skal føre til at flere utdanningsstillinger ikke blir realisert.

Geriatricisk behandling og poliklinikk er kostnadskrevende, men å gi helhetlig medisinsk behandling er lite utstyrs-krevende og alle kunnskapsoppsummeringer viser at behandling på en geriatricisk sengeavdeling er svært kostnadseffektivt. HDS ser frem til diskusjoner med Helse Vest om konkretisering av denne satsingen, og håper på oppstart i 2022.

Indremedisin:

HDS mottar i gjennomsnitt 40 akutt innlagte indremedisinske pasienter daglig. Siden de aller fleste indremedisinske pasientene er eldre vil denne pasientgruppen øke betydelig i årene fremover, med stadig flere akuttinnleggelser og mer oppfølging på poliklinikk. HDS har forstått at det har vært svært godt samarbeid i arbeidsgruppen, og tilrådingene handler i stor grad om å forbedre pasientforløp og formalisere avtalen om hvilke pasienter som skal behandles på regionsykehusnivå.

HBE har ønsket at relativt store pasientgrupper som hører til HDS sin sektor skal overføres til vår medisinske poliklinikk. HDS er positiv til dette prinsippet, som vil gi bedre oppfølging for pasientene som innlegges akutt. Dette kommer i tillegg til en allerede stor vekst på vår medisinske poliklinikk. Det er i dag fritt sykehusvalg på poliklinisk behandling, og sektorfordeling på poliklinikk er ikke avtalt i bestillingsdokumentet. Derimot har det blitt tydelig, at dersom store volumer med eksempelvis diabetespasienter skal overføres til HDS, må vi ansette nye spesialister og støttepersonell. I arbeidsgruppe og prosjektgruppe er dette behovet blitt konkretisert, og HDS ser frem til å diskutere en mulig modell med Helse Vest.

Hjerneslag:

Haraldsplass Diakonale sykehus støtter anbefalingen fra Helse Vest, og den grundige utredningen som er gjennomført i arbeidet med funksjonsfordelingen. De siste årene har dette fagområdet vært gjenstand for flere diskusjoner mellom de to sykehusene enn noe annet tema. Saken ble utredet i 2018, og nå sist i 2021. Fagmiljøene på begge sykehus har vært sterkt involvert, og arbeidsgruppen har vært ledet av Helse Bergen. Arbeidsgruppen har drøftet tall og pasientforløp, og Helse Vest har på bakgrunn av dette kommet med en faktabasert anbefaling.

Pasienter som kommer inn med spørsmål om hjerneslag, er en viktig pasientgruppe på HDS, da hjerneslag er en mulig diagnose ved svært mange innleggelser, og akuttilbudet til våre pasienter som helhet ville blitt svekket uten dette tilbudet. Vi har derfor satset sterkt på å utvikle og forbedre hjerneslagtilbudet til pasientene våre, blant annet med månedlig simulering siden 2015. Blant annet for dette arbeidet fikk HDS nasjonal forbedringspris i 2019.

Gjennom funksjonsfordelingen har det for HDS vært svært viktig å forholde oss til felles faktagrunnlag, og at argumentene handler om best mulig pasientbehandling. Vi mener at administrasjonen i Helse Vest er en nøytral part i saken, og har tatt argumentene fra begge parter på alvor, og anbefalt å beholde, men forbedre samarbeidet på hjerneslagtilbudet mellom sykehusene.

HDS har i flere år arbeidet for å få til forbedringer i trombektomiforløpet, og er positiv til disse endringene, særlig mulighet for varsling av trombektomiteam på samme tidspunkt som

HUS, nå skal bli mulig. Med «Bfast», som vil si at pasienter med klar indikasjon for trombektomi, skal dissetransporteres rett til HUS. Dette mener HDS er fornuftig. Med denne løsningen vil det bli svært få pasienter som skal overføres mellom sykehusene.

Utredningen i funksjonsfordelingen har vist følgende:

1) En fysisk varslingsknapp vil føre til at HDS sine pasienter kommer like raskt til behandling på Haukeland universitetssjukehus som deres egne pasienter.

2) Haraldsplass ligger i norgestoppen på kvalitetsindikatorerne på hjerneslag, og har 4 minutter raskere trombolysetid enn HBE og OUS. Et viktig mål for akutt hjerneslagbehandling er hvor raskt pasientene blir diagnostisert med CT. Dette skal gjøres innen 15 min. HDS har over flere år vært Norges raskeste sykehus til diagnostikk, sist i 2021 med 85 % innen 15 minutter, HBE har 81,3 % og OUS har 37 %.

3) Ved HDS sin gjennomgang av de 13 pasientene i 2020 som ble overflyttet fra HDS til HBE for trombektomi, ble de fleste pasientene overflyttet på vakttid, uten at intervensjonsradiolog er tilstede. I disse tilfellene ser vi at forsinkelsen ikke skjer på HDS.

3) Det er risiko å endre noe som fungerer svært godt. Samtidig mener HDS at reorganisering vil medføre kvalitetstap og:

- et dårligere helsetilbud til de 700 pasientene som legges inn med spørsmål om hjerneslag fra HDS' nedslagsfelt.
- et dårligere helsetilbud til pasienter som legges inn med spørsmål om slag, men egentlig er rammet av akutt indremedisinsk sykdom hvor oppstart av indremedisinsk vurdering og behandling er tidskritisk og livsnødvendig.
- et dårligere helsetilbud til pasientene (indremedisinske, ortopediske og kirurgiske) som får slag som inneliggende ved HDS
- et dårligere og lengre utdanningsløp for alle LIS, særlig innen geriatri ved HDS
- økt forbruk av ressurser i helsevesenet (liggedøgn, ambulansetransport mellom sykehusene m.m) uten noen gevinst.
- svekket beredskap i Bergen mtp. kapasitet for akutt slagbehandling.

Oppsummert er hjerneslagbehandling, den saken mellom sykehusene som er bredest utredet, samtidig som Bergen i dag har blant Norges beste resultater på akutt hjerneslagbehandling.

HDS støtter derfor anbefalingen i prosjektgruppen om å fortsette dagens organisering av

hjerneslagtilbudet med de vedtatte forbedringstiltakene, med årlig evaluering av slagbehandlingen ved de to sykehusene.

Palliasjon:

Sunniva avdeling for lindrende behandling på Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS) har i dag regionfunksjon i Helse Vest som del av kompetansesenteret for lindrende behandling. Det er kun sengeavdelingen som har regionale oppgaver. Denne funksjonen innebærer tilbud om døgnbehandling for pasienter med behov for spesialisert lindrende behandling, ansvar for å gi råd og veiledning til helsepersonell, samt undervisning og kompetansehevende arbeid. I 2020 var 172 av 192 pasienter ved Sunniva kreftpasienter. Avdelingen har også et ambulant tilbud til hjemmeboende pasienter i Bergen og omegn, poliklinikk og interne palliative tilsyn til pasienter ved alle sykehusets avdelinger. Etter mange års innsats for å opprettholde tilbudet ved sengeposten, mener HDS at det nå verken er tilstrekkelig pasientgrunnlag fra Helse Bergen, eller at det er mulig å opprettholde to høyspesialiserte fagmiljø innen palliasjon, gitt mangelen på spesialister. HDS etablerte tilbudet til de palliative pasientene når det offentlige tilbudet var fraværende. Mange av de palliative pasientene behandles i dag lenger på kreftavdelingen, og det palliative tilbudet i kommunene er blitt langt bedre, noe HDS har bidratt mye til. På bakgrunn av alle disse faktorene, støtter vi konklusjonene i prosjektrapporten om å overføre den regionale funksjonen innen palliasjon til HBE.

Generelle betraktninger:

HDS er i norsk sammenheng et stort lokalsykehus med ansvar for 147.000 innbyggere i akutt indremedisin. HDS gir god og helhetlig behandling til akutt innlagte indremedisinske pasienter, blant annet med spesialister i akuttmedisin i akuttmottak. De få pasientene som trenger regionsykehusbehandling, legges direkte inn eller overføres raskt til Helse Bergen. HDS har som et mellomstort sykehus store fordeler i å gi tverrfaglig helhetlig behandling til pasientene, og sykehuset utmerker seg med gode resultater på relevante kvalitetsindikatorer, og få alvorlige uønskede hendelser.

I mandatet står det at sykehusene skal opptre som en «funksjonell eining». For HDS er det viktig at dette forstås som at vi er to selvstendige sykehus med ulike driftsform og ulike eiere, men med samme oppdragsgiver. De to sykehusene skal ha et funksjonelt samarbeid som er så

godt at innbyggerne opplever tilbudet som sømløst. En «funksjonell eining»/samvirke fra pasientens ståsted gjelder også samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For HDS er det viktig at vi har Helse Vest som oppdragsgiver, og at vi er en likeverdig partner i samarbeidet med Helse Bergen.

Pandemien har vist at det er behov for to selvstendige, fungerende akuttpsykehus som samarbeider tett, også innen akuttkirurgi. Dersom man velger å ta ut enkeltfunksjoner eller diagnoser fra helheten, vil det kunne ha store konsekvenser for HDS sine pasienter. Akuttkirurgi, anestesi, intensiv og akutt indremedisin henger tett sammen, og er en forutsetning for å drive Norges 12. største akuttpsykehus. Disse funksjonene er avhengig av hverandre.

Geriatrien er en viktig del av vårt lokalsykehusstilbud og HDS mener at flere pasienter bør få tilgang til denne helhetlige behandlingen både på poliklinikk og gjerne også i akuttfasen. Med raskt økende eldre befolkning, og stadig flere indremedisinske pasienter mener HDS at det vil være formålstjenlig å øke HDS sitt lokalsykehusansvar med en ekstra bydel. Slik vil vårt lokalsykehusstilbud blir enda mer robust, samtidig som Helse Bergen får større kapasitet til spissfunksjoner og færre kapasitetsutfordringer.

HDS ser frem til et fortsatt godt samarbeid med regionssykehuset. Prosjektet har klart å identifisere en rekke gode forbedringer, og HDS ønsker at Helse Vest har en aktiv rolle i oppfølgingen og implementeringen av disse.
