



Innst. 275 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:59 S (2016–2017) og Dokument 8:93 S (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Knut Arild Hareide, Olaug V. Bollestad, Hans Fredrik Grøvan og Kjell Ingolf Ropstad om lokal-sykehus i Flekkefjord, Narvik og Odda og Representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken og Torgeir Knag Fylkesnes om å opprettholde akuttkirurgi ved Odda sykehus

Til Stortinget

Sammendrag

Dokument 8:59 S (2016–2017)

I Dokument 8:59 S (2016–2017) fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at akuttkirurgi og traumemottak ved Flekkefjord sykehus videreføres.»

Forslagsstillerne mener det er behov for en tydelig politisk styring av spesialisthelsetjenesten. Det er behov for lokal tilpasning av helsetjenestetilbudet. Det må på et overordnet nivå finne sted en nasjonal styring for å sikre befolkningen over hele landet trygghet og livskvalitet.

Forslagsstillerne viser til at lokalsykehusene er en viktig del av norsk helsetjeneste, som representerer en trygghetsbase som har sine fortrinn i nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap.

Forslagsstillerne frykter at nedleggelse av lokalsykehus vil svekke akuttberedskap og samfunnssikkerhet. Nedleggelser vil være negativt for en desentralisert befolkningsstruktur, for grunnlaget for næ-

ringsvirksomhet i mindre byområder som mister sitt sykehus, og for distrikter som får lengre avstand til sykehustjenester.

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan (Innst. 206 S (2015–2016)) fikk regjeringen et særskilt ansvar for å sikre befolkningen et likeverdig spesialisthelsetilbud. Som oppfølging av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner.

Forslagsstillerne viser til at Stortinget ba regjeringen om å sørge for at sykehus med akuttkirurgi fortsatt skulle ha det når hensynet til pasientene gjør det nødvendig, og når kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt.

Alle helseforetak er nå i gang med å lage utviklingsplaner, og avklaringer av akuttfunksjoner skal skje før 1. april 2017.

Flekkefjord

Styret i helseforetaket Sørlandet sykehus har nedsatt en bredt sammensatt prosjektgruppe for å vurdere hvordan et samlet akutttilbud ved sykehuset i Flekkefjord skal være fra 2018. Prosjektgruppa har gitt sine anbefalinger. Der fremgår det at et klart flertall i prosjektgruppa anbefaler at kirurgisk akuttberedskap beholdes ved sykehuset i Flekkefjord.

Narvik

Flertallet i en arbeidsgruppe nedsatt av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har anbefalt at Narvik skal ha akuttkirurgisk døgnberedskap, med traumefunksjon og -mottak, mens mindretallet vil fjerne tilbudet.

Det er imidlertid enighet i prosjektgruppa om å videreføre fødeavdelingen ved UNN Narvik under forutsetning av at det startes et målrettet arbeid for å

rekruttere nye gynekologer. Forslagene er ikke behandlet i lokalt og regionalt helseforetak.

Odda

Flertallet i en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Fonna, som har vurdert akuttkirurgien i Odda, vil videreføre akuttkirurgien. Et mindretall vil legge ned akuttkirurgien. Forslagene er ikke behandlet i lokalt og regionalt helseforetak.

Forslagsstillerne vil peke på at det er langt til et større sykehus når ulykken er ute i Odda-området. I tillegg har området en krevende geografi, og dårlig vær gir ofte stengte veier og vanskelige flyforhold. Forslagsstillerne mener geografiske forhold er svært viktige i denne sammenhengen. Odda er et værutsatt sted og har ofte værforhold som vanskeliggjør transport.

Dokument 8:93 S (2016–2017)

I Dokument 8:93 S (2016–2017) fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken og Torgeir Knag Fylkesnes fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at akuttkirurgien og traumemottak opprettholdes ved Odda sykehus.»

Forslagsstillerne viser til at det er et politisk ansvar på nasjonalt plan å sikre at innbyggerne har tilgang til nødvendig akuttkirurgi om det oppstår en ulykke eller krisesituasjon. Nå står akuttkirurgien ved lokalsykehuset i Odda i fare for å legges ned.

I vurderingen av akuttkirurgien i Odda gjort av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse Fonna, konkluderte flertallet med at akuttkirurgien burde videreføres. Da styret i Helse Fonna stemte over å utsette nedleggelsen av akuttkirurgien fram til konsekvensene var bedre utredet, var styret delt med fem for og fem mot. Forslaget ble avvist med direktørens dobbeltstemme. Nå har også styret i Helse Vest vedtatt å legge ned akuttkirurgien.

Akuttkirurgien ved Odda sjukehus har opp gjennom årene berget mange liv. Om akuttkirurgien legges ned, frykter forslagsstillerne at folk ikke sikres livreddende behandling i tide. I et værhardt land kan ambulanshelikopter tidvis være umulig. Skal en skadet pasient være avhengig av å bli kjørt opptil fire timer for å komme til et sykehus hvor hjelpen venter, kan resultatet være fatalt.

Nedleggelse av akuttkirurgi ved Odda sjukehus vil øke avstanden til livsbevarende behandling for folk i Odda og indre Hardanger. Det tar opptil to timer med ambulanse fra Odda sjukehus til Haugesund og to og en halv time til Haukeland Universitetssykehus, mer for områdene rundt. Værforhold kan hindre luftambulansen i å komme til skadestedet. I 2015 ble

11 av 32 slike flyvninger avlyst eller avbrutt på grunn av dårlig vær.

Forslagsstillerne peker på at samfunnet har ansvar for at akuttberedskap opprettholdes, slik at alle landets borgere sikres akutt og livreddende behandling i tide. Likeverdighetsprinsippet man ønsker å opprettholde for befolkningen, faller om Odda sjukehus mister akuttkirurgi.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiter, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Jorid Holstad Nordmelan, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til behandling av Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), jf. Innst. 206 S (2015–2016), der Stortinget slo fast at det skal være en desentralisert sykehusstruktur for å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester. Det skal være en ryggrad av akuttsykehus i hele landet. Geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester, værforhold og rekrutteringsmuligheter skal tillegges stor vekt i utformingen av fremtidens akuttsykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Stortingets flertall ba regjeringen sørge for at sykehus som har et akuttkirurgisk tilbud, fortsatt skal ha det når hensynet til pasienter gjør det nødvendig og kvaliteten og pasientsikkerheten er i varetatt. Det ble også understreket at et tilbud kan bli for lite og sårbart, og at de samme kvalitetskrav skal stilles til alle typer sykehus – uavhengig av størrelse. Flertallet advarte mot en tenkning om at enkeltfunksjoner i sykehus automatisk blir bedre av at enhetene blir større. Flertallet på Stortinget la vekt på at det også i fremtiden vil være behov for å utvikle sykehusene, herunder organisering av akuttberedskapen, som følge av den medisinsk-teknologiske utviklingen, forbedring av kommunikasjon og endring av reisemønstre. Flertallet advarte derfor mot forslag som bidrar til å sementere funksjonsdeling mellom sykehus. Videre ble det i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presisert fra flertallet at det påligger helseministeren

og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes, og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. Stortinget presiserte at det i de lokale prosessene som skulle gjennomføres, ble lagt særlig vekt på reell reisevei for alle deler av helseforetaket, de prehospitaltressursene og konsekvenser for disse, topografi, fly- og helikoptervær, samt utvikling av og rekruttering til sykehuset.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Stortinget ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan slo fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Stortinget sluttet seg til planens forslag til betegnelser på sykehus, som er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Alle akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. I tillegg gikk et flertall i Stortinget, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, inn for følgende vedtak:

«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.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Norges geografi, klima og bosettingsmønster krever en desentralisert sykehusstruktur for å sikre nærhet til sykehusstilbud og trygghet for befolkningen i alle deler av landet. Vi trenger alle akuttisykehusene i Norge, både de små og de store.

Disse medlemmer viser til at alle helseforetak har utarbeidet utviklingsplaner som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Det ble gitt føringer for dette i tråd med Stortingets vedtak. I foretaksrådet 24. april 2017 besluttet helse- og omsorgsministeren følgende: Flekkefjord sykehus skal beholde den akuttkirurgiske beredskapen de har i dag. Sykehuset i Narvik vil bli videreført som akuttisykehus med kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse, traumemottak og fødeavdeling. Sykehuset vil ha et ortopedisk døgntilbud for planlagte operasjoner i tillegg til urologisk og gastrokirurgisk dag- og poliklinisk tilbud. Odda sjukehus blir videreført som akuttisykehus med akuttfunksjon i indremedisin, radiologiske tjenester, laboratorietjenester, planlagt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk slik som sykehusene i Nordfjord og Lærdal. Det innebærer at akuttkirurgisk virksomhet avvikles.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at etter årelang strid med trusler om nedlegging skaper regjeringen nå ro om akuttisykehusene i Norge. Regjeringen har lovet at ingen sykehus i Norge skal legges ned som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan, og flertallet er tilfreds med at dette løftet har blitt holdt. Flertallet viser videre til at regjeringen har lovet mer politisk styring av sykehusstrukturen. Stortinget har lagt føringene for definisjoner av akuttisykehus og for hvordan utviklingsplanene skal utarbeides. Helse- og omsorgsministeren tar nå det politiske ansvaret ved å endelig beslutte strukturen. Flertallet peker på at arbeidet med utviklingsplanene for sykehusene fortsetter basert på vedtaket i foretaksrådet. Det skaper en forutsigbarhet for sykehusene, som nå kan videreutvikle seg i trygghet for at det er behov for dem i fremtiden.

Komiteen viser til konklusjon fra det felles foretaksrådet 24. april 2017, der akuttfunksjonene i de respektive regionale helseforetakene skulle avklares som et ledd i arbeidet med utviklingsplanene i de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsministeren sanksjonerte endringer i akuttfunksjoner som var vedtatt i styrene i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Det ble lagt til grunn at utviklingsplanene til helseforetakene skulle utarbeides med utgangspunkt i dagens akutttilbud, med de endringene som ble vedtatt i foretaksrådet.

Slik komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, leser vedtakene, var resultatet akseptabelt og i tråd med det som ble vedtatt i Nasjonal helse- og sykehusplan, med unntak av vedtaket fattet for Odda sjukehus. Odda sjukehus ble omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan som i en særstilling.

Komiteen viser til at det følger av vedtak i foretaksrådet at Odda sjukehus skal videreføres som akuttisykehus med akuttfunksjon i indremedisin, radiologiske tjenester, laboratorietjenester, planlagt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk.

Komiteen viser videre til at det i vedtaket ble slått fast at avviklingen av den akuttkirurgiske virksomheten skulle gjennomføres etter at Helse Fonna hadde utarbeidet en beredskapsplan som ivaretar stabiliseringsfunksjonen av akuttpasienter. Denne skulle foreligge før det ble gjort endringer i dagens drift.

Så lenge denne planen ikke foreligger, er komiteen av den oppfatning at situasjonen i Helse Fonna er uklar, og har i brev datert 8. mai 2017 bedt om at helse- og omsorgsministeren redegjør for hvordan

tjenestene ved Odda sjukehus skal oppfylle kravene til beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering nedfelt i Innst. 206 S (2015–2016).

Komiteen presiserte i sitt brev til statsråden at det i vurderingen måtte legges vekt på at Odda er i en spesiell situasjon på grunn av sin geografiske beliggenhet, med lang vei til nærmeste sykehus og veier som ofte blir stengt. Det er derfor viktig at befolkningen i Odda får en trygghet for at det ivaretas en grunnleggende kirurgisk beredskap ved Odda sjukehus. Komiteen viser til svaret fra helse- og omsorgsminister Bent Høie, datert 8. mai 2017, hvor følgende fremgår:

«Odda sjukehus har spesielle utfordringer på grunn av sin geografiske beliggenhet og risiko for stengte veier. Jeg vil derfor påse at Helse Fonna sin plan for implementering av foretaksmøtets vedtak ivaretar følgende:

- Odda skal være et akutt sykehus. Tilbudet ved Odda sjukehus skal være framtidsrettet og videreutvikles i samsvar med nasjonal helse- og sykehusplan, være forsvarlig, forutsigbart og ivareta tryggheten, og er en viktig del av beredskapen for befolkningen.
- Sykehuset skal kunne håndtere situasjoner med akutte alvorlig syke eller skadde pasienter/traumepasienter, og stabilisere for videre transport. Dette gjelder både akutte alvorlige medisinske og kirurgiske tilstander. Den samlede beredskapen for befolkningen tilhørende Odda sjukehus skal være på samme nivå og gi tilsvarende trygghet som i dag. Den samlede kompetansen som finnes på sykehuset, og som er i beredskap, skal selvsagt kunne brukes i akutte alvorlige situasjoner.
- Kirurg/ortoped skal behandle pasienter på skadepoliklinikken, og skal være tilgjengelig for sykehuset på døgnbasis.
- Anestesilege og medisinsk overlege skal være tilgjengelig på døgnbasis.
- Sykehuset skal gjennomføre kompetansehevede tiltak og regelmessig trening, slik at personellet er forberedt på å håndtere akutte situasjoner.
- Helse Fonna sin plan for implementering av vedtaket om Odda sjukehus, skal ha en beredskapsplan med tiltak for å møte ulike scenarier, herunder en situasjon med stengte veier. Beredskapsplanen utarbeides i samarbeid med de ansatte ved Odda sjukehus, med kommunene og øvrige aktuelle aktører.

Dette vil bli meddelt til helse Vest RHF i revidert oppdragsbrev som ferdigstilles etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, legger statsrådens svar til grunn og vurderer det dithen at det nå er gitt forsikringer om at en grunnleggende akuttberedskap for befolkningen, i tråd med Innst. 206 S (2015–2016), er ivaretatt.

Komiteen viser til at styringsmodellen for norske sykehus stiller store krav til ledelse. I behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan ble det flertall for et forslag om at stedlig ledelse skulle være hovedregelen ved norske sykehus. Komiteen er av den oppfatning at en stedlig leder må være en del av ledergruppen i helseforetaket som sykehuset er en del av. Slik kan reell ledelse og ansvar utøves på en god måte til det beste for pasientene, de ansatte og foretaket som en helhet.

Medlemene i komiteen frå Kristeleg Folkeparti og Senterpartiet meiner at Odda sjukehus og Narvik sykehus må utviklast slik at dei skal kunne tilby spesialisthelsetenester som er framtidsretta, trygge og med god kvalitet. Desse medlemene meiner at stadfestinga av vedtak som helse- og omsorgsminister Bent Høie gjorde i føretaksmøte 24. april 2017 når det gjeld Odda sjukehus og Narvik sykehus, ikkje legg til rette for dette. Desse medlemene viser til føretaksmøtet med Helse Sør-Øst, der statsråden overprøvde Helse Sør-Øst og vedtok for Flekkefjord sykehus at det skal utviklast med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjonar i Flekkefjord vert vidareførte. Desse medlemene meiner at det same burde vedtakast også for Odda sjukehus og Narvik sykehus.

Medlemen i komiteen frå Senterpartiet viser til føretaksmøtet med Helse Vest RHF 24. april 2017 og vedtaket i sak 041-2107 i Helse Vest «Sak om Odda sjukehus» i lys av føringane i Nasjonal helse- og sykehusplan, som føretaksmøtet stadfesta. I vedtaket står det mellom anna at Odda sjukehus skal vidareførast som akuttsjukehus, men at akuttkirurgi skal avviklast (punkt 4). Denne medlemen meiner at dette punktet må omgjørast. Odda sjukehus må utviklast med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjonar vert vidareførte. Odda sjukehus må behalde akuttkirurgi slik sykehuset har det i dag, slik at sykehuset kan definerast som akuttsjukehus med traumefunksjon og ha kompetanse/krav til trening i tråd med krav i Nasjonal traumeplan. Denne medlemen vil understreke at sjukehusa i helseforetaket må fungere saman i eit forpliktande nettverk/teamarbeid, at det vert lagt til rette for felles ventelister i heile føretaket, at det polikliniske tilbodet vert utvida.

Denne medlemen viser til brev frå helse- og omsorgsminister Bent Høie til komiteen datert 8. mai 2017. Denne medlemen meiner svaret ikkje er tydeleg på korleis akuttbereidskap skal verte varetatt i Odda, og kva akuttfunksjonar som skal sikrast. Det er uvisst om sykehuset vil kunne vidareføre operasjonsteam i beredskap og turnuskandidatordninga innan kirurgi. Det er uvisst om Odda sjukehus skal kunne ta imot traumepasientar slik sykehuset gjer i

dag, og om det skal vere operasjonsteam i beredskap. Det er uvisst om kirurgar skal kunne arbeide med inneliggjande pasientar eller berre på skadepoliklinikk. Odda sjukehus vert ikkje omtalt som «akuttsjukehus med traumefunksjon», som er det faglege og definerte omgrepet i Nasjonal traumeplan. Slik sett er det også uvisst korleis ein i Odda skal arbeide og trene for beredskap, og kva kompetansekrav som vert sett. Svaret og presiseringane frå helse- og omsorgsminister Bent Høie kan vere ei forbetring sett opp mot vedtaket i føretaksmøtet. Men like fullt er det som står, tolkbart og vil, etter denne medlemmen sitt syn, kunne bety ei svekking av spesialisthelsetenestetilbodet og beredskapen i Odda slik det er i dag. Denne medlemmen er bekymra over kva dette vil ha å seie for fagmiljø, rekruttering og traumebereidskap i indre Hardanger i framtida. Denne medlemmen meiner det trengst ei avklaring om framtidig sjukehusstilbod i Odda for at sjukehuset skal få arbeidsro til å utvikle framtidsretta, trygge spesialisthelsetenester for både fastbuande og tilreisande i området. Vedtak om sjukehusstilbodet som vert fatta frå Stortinget si side, må difor vere heilt klare, og ein må bruke ord og omgrep som er klart definerte, og som ulike sjukehus, føretak og fagmiljø kan forstå på same måten.

Denne medlemmen meiner at Odda sjukehus må verte vidareført og utvikla som akuttsjukehus med traumefunksjon i tråd med definisjonen i Nasjonal traumeplan. Akuttkirurgi må ikkje avviklast. Odda sjukehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, radiologiske tenester, laboratorietenester, planlagd og akutt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk.

Dette medlem mener at en nasjonal helse- og sykehusplan burde ført til politiske avklaringer om kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling, organisering og ledelse av helsetilbudet. Helse- og sykehusplanen burde avklart sykehusstruktur, prioritert store investeringer og redegjort for nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved sykehus. Sykehusplanen burde etter Senterpartiets syn tydeliggjort oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Planen burde avklart de økonomiske virkemidlene og sett behandlingsforløp i sammenheng.

Dette medlem mener Nasjonal helse- og sykehusplan og Stortingets behandling av denne ikke svarte på disse sentrale utfordringene. Løfter om en bedre politisk styring av sykehussektoren ble en plan som ga enda større rom for ikke-folkevalgte i de regionale helseforetakene og for statsråden i foretaksmøte til å gjøre beslutninger om vesentlige endringer i vårt offentlige sykehusstilbud. Dette viser prosessene om Odda sjukehus, Narvik sykehus og Flekkefjord sykehus til fulle. Dette medlem mener at

vesentlige endringer i sykehusenes oppgaver, organisering og/eller struktur skal avgjøres av Stortinget, slik stortingsflertallet var tydelig på da foretaksloven ble vedtatt.

I Nasjonal helse- og sykehusplan ble det skissert fire sykehustyper: regionsykehus, stort akuttsykehus, akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Bare de to første skal ha døgndekkende beredskap for behandling av alvorlig skadde. Dette medlem viser til at Senterpartiet var imot en slik ny inndeling av sykehusene, og mener at prosessene i etterkant også viser at det er stor grad av forvirring om – men også bevisst tilsøring av – hva de ulike sykehustypene innebærer for befolkningens helseberedskap. Dette medlem viser til Innst. 206 S (2015–2016), der Senterpartiet gikk imot regjeringens forslag til nye kategorier sykehus og foreslo å opprettholde eksisterende sykehusbenevnelser: lokalsykehus, sentralsykehus og universitetssykehus. Senterpartiet ba regjeringen legge til grunn for den videre utviklingen av norske sykehus at minimum basiskompetanse skal være døgnerberedskap innenfor indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.

Komiteen konstaterer at helseministeren 4. mai 2016 ga helseforetakene i oppdrag å utarbeide utviklingsplaner etter føringer fra Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Avklaring av akuttfunksjoner skulle skje innen 1. april 2017. Helseministeren opplyser i sitt brev til komiteen av 30. mars 2017 at det muntlig er gitt noe utsettelse av denne fristen. Det er gjennomført utredninger av akuttfunksjoner ved sykehusene i Flekkefjord, Odda, Stord, Volda, Namsos, Lofoten og Narvik. Helseministeren har behandlet de regionale helseforetakenes oppdrag om avklaring av akuttfunksjon i foretaksmøte 24. april 2017.

Komiteen viser til at den som ledd i behandlingen av representantforslaget ba om skriftlige innspill til komiteen, og at det er kommet inn 21 slike innspill.

Komiteen merker seg Torben Wisborg, leder for Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, som problematiserer innføring av nye begreper som «vurderings- og stabiliseringsteam», som ikke har dekning i fagmiljøet. Han mener at når det innføres nye begreper, er det viktig at de inneholder noe som er nyttig for pasientene. Ved nedlegging av akuttberedskapen ved norske sykehus vil nødvendigvis avstand og tid til livsbevarende behandling øke for deler av befolkningen, men et vurderings- og stabiliseringsteam som er mindre og har dårligere kompetanse enn dagens akuttsykehus med traumefunksjon, vil ifølge Wisborg være å lure pasientene og befolkningen. Han kan ikke si hvor mange liv det vil koste, eller hvor mange som vil få livsvarige følger av ska-

dene fordi behandlingen ble forsinket, men mener at noen vil bli rammet. Organiseringen og behandling av alvorlig skadde ble avklart i 2006 av en nasjonal ekspertgruppe og har siden blitt revidert. Den nasjonale traumeplanen beskriver krav til og kompetanse ved sykehus som skal behandle alvorlig skadde pasienter. Verken den gamle eller nye planen inneholder begrepet «vurderings- eller stabiliseringsteam». Årlig skades 7 000 personer i Norge så alvorlig at de blir tatt imot med traumeteam. I dag er det 4 traumesentre og 32 sykehus med traumeberedskap. 2 500 pasienter kommer direkte til traumesentrene og 4 500 først til akutt sykehus med traumefunksjon. 2 500 omkommer årlig som følge av skade eller vold. Tallet har vært jevnt synkende, men fortsatt er dødsfall etter skader den viktigste årsaken til død i befolkningen under 45 år. Hver tiende sykehusinnleggelse skyldes personskade. Jo lengre tid skadene ikke blir behandlet effektivt, jo større er risikoen for død og varige følger. Wisborg viser videre til at alvorlig skadde pasienter har behov for et komplett team av eksperter som kan håndtere deres livstruende situasjon. Tid til behandling betyr noe for sjansen for å overleve alvorlige skader, men ingen har kunnet si hvor grensen går, og han mener at hvert land må forholde seg til egen geografi og egne muligheter.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets representantforslag om å sikre skadde pasienters tilgang til akutt sykehus med traumefunksjon dersom transporttid til traumesentre er over 45 minutter (Dokument 8:68 S (2016–2017)). Dette medlem mener anbefalingen fra Nasjonal kompetansetjeneste i traumatologi i forslag til Nasjonal traumeplan må gjelde for pasienter i alle områder av landet.

Dette medlem viser til kriterier for å identifisere alvorlig skade i Nasjonal traumeplan. Blant annet står følgende oppført som en sterk anbefaling i planen:

- Alle pasienter skal raskest mulig til det sykehus som kan ferdigbehandle dem.
- Alvorlig skadde pasienter skal raskest mulig til et av landets fire traumesentre, og de mindre alvorlig skadde skal til akutt sykehus med traumefunksjon. Dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesentre, transporteres den alvorlig skadde pasienten til nærmeste akutt sykehus med traumefunksjon. (...) Noen pasienter kan ha skader som ikke tillater transport forbi et akutt sykehus med traumefunksjon.
- De fleste traumepasienter ankommer akutt sykehus med traumefunksjon og kan ferdigbehandles der uten å overføres til et av landets traumesentre.

Dette medlem viser til at det i Nasjonal traumeplan er tydelig definert hva et akutt sykehus med traumefunksjon skal kunne utføre av oppgaver. Traumeplanen beskriver krav som sykehusene skal oppfylle for å kunne ta imot alvorlig skadde pasienter. Disse kravene består av bl.a. krav til vaktberedskap for kirurg, anestesilege og operasjonspersonell samt kompetanse for disse gjennom utvalgte kurs.

Dette medlem mener den forvirrende begrepsbruken om sykehusenes innhold som det ble lagt opp til i Nasjonal helse- og sykehusplan, banet vei for at helseforetakene nå tar i bruk ikke-faglig funderte termer som «vurderings- og stabiliseringskompetanse». Dette er nok et eksempel på den uærlige kommunikasjonen som føres om sykehus og helseberedskap i Norge. Dette medlem registrerer at det i Helse Nords vedtak 18. april 2017 om Narvik sykehus heter at sykehuset skal være et akutt sykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse med traumeberedskap. Foretaket vil avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet. En lignende løsning er foreslått for Flekkefjord sykehus. Helse Vest vedtok 4. april 2017 blant annet:

«Odda sjukehus blir vidareført som akuttsjukehus med akuttfunksjon i indremedisin, radiologiske tenester, laboratorietenester, planlagt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk.

Styret i Helse Vest sluttar seg til at akuttkirurgisk verksemd ved Odda sjukehus blir avvikla.»

Dette medlem registrerer at helseforetakene mener at forslag om å avvikle hele eller deler av akuttkirurgisk beredskap er i tråd med Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem konstaterer at det dermed er opp til helse- og omsorgsministeren i foretaksmøtet og Stortinget om fortsatt akuttkirurgisk virksomhet ved sykehusene skal sikres.

Dette medlem viser til at statsråden i foretaksmøtet 24. april 2017 stadfestet helseforetakenes vedtak om Odda sjukehus og Narvik sykehus, mens utviklingsplanen i Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres.

Nasjonal traumeplan inneholder ikke begrepet «kirurgisk stabiliserings- og vurderingskompetanse», som ble brukt i Nasjonal helse- og sykehusplan, men ikke definert. I foretaksmøtets vedtak om Narvik sykehus står det at Narvik sykehus skal være et akutt sykehus med «vurderings- og stabiliseringskompetanse». Gastrokirurgi som døgnaktivitet skal avvikles og videreføres som et poliklinisk og dagkirurgisk tilbud. Narvik sykehus skal ha døgnberedskap for planlagte ortopediske operasjoner, men foretaksmøtet vedtok at døgnkontinuerlig vaktordning i ortopedi vurderes ikke å være nødvendig.

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi ved leder Torben Wiborg har i innspill til helse- og omsorgskomiteen av 28. mars 2017 advart mot å innføre nye begreper som ikke har dekning i fagmiljøet. Et vurderings- og stabiliseringsteam som er mindre og har dårligere kompetanse enn dagens akuttsykehus med traumefunksjon, er ifølge Wiborg å lure pasientene og befolkningen.

Dette medlem mener det fører til forvirring å hevde at et sykehus har vurderings- og stabiliseringskompetanse for akutte hendelser når akuttkirurgi legges ned og kirurgene fjernes fra akuttmottakene. Dette medlem mener befolkningen ikke gis svar på hvem som skal foreta vurderingen og stabiliseringen ved sykehus som kalles «akuttsykehus med stabiliserings- og vurderingskompetanse», og at dette er alvorlig. Å vurdere og stabilisere pasienter ved akutte hendelser krever kirurgisk kompetanse. Vedtaket om Narvik sykehus innebærer at kirurgene skal være til stede på dagtid og arbeide med planlagte operasjoner. Uten en vaktordning har ikke sykehuset et akuttkirurgisk tilbud hele døgnet.

Komiteen merker seg at Fagforbundet, ved leder Mette Nord, viser til uenighet i fagmiljøene om hvorvidt den faglige utviklingen tvinger fram en sentralisering av akuttkirurgien. Nasjonale kvalitetsindikatorer påviser ingen systematiske forskjeller mellom små og store sykehus, og det er heller ikke dokumentert at små sykehus er dyrere i drift enn større sykehus. Sykehus er viktige aktører i lokalmiljøet med et stort innslag av arbeidsplasser for kvinner. Fagforbundet mener det ikke kan aksepteres at oppdeling i grenspesialiteter innenfor kirurgi brukes som argument for å legge ned akuttkirurgiske funksjoner ved lokalsykehus. En endring i det akuttmedisinske tilbudet må være basert på politiske beslutninger med bakgrunn i en helhetlig vurdering.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er enige i dette og viser til Senterpartiets representantforslag, Dokument 8:60 S (2016–2017), om å opprette en egen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurger til lokalsykehus.

Formålet med en slik utdanning er at kirurgene skal være vaktkompetente, ha traumekompetanse og sikre det akuttkirurgiske tilbudet i hele landet. Akutfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi og tilgang til radiologi- og laboratorietjenester. Disse medlemmer mener det ikke er godt nok samsvar mellom legespesialistutdanningen og behovene i helse-tjenesten. Nye utdanningsløp må ikke bare sikre spisskompetanse ved de store sykehusene. Nye spe-

sialistutdanninger må også sikre breddekompetanse på lokalsykehus og på større sykehus med lokalsykehusfunksjoner, der de fleste pasientene blir behandlet.

Komiteen viser til at Fagforbundet støtter Legeforeningens vurdering om at sykehus med akutfunksjon som et minimum må inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske tjenester.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at dette er i tråd med Senterpartiets representantforslag om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene (Dokument 8:19 S (2015–2016)), og at Senterpartiet har programfestet at «lokalsykehus som et minimum skal ha døgnberedskap innen kirurgi, indremedisin, anestesi, røntgen og laboratorietjenester, i tillegg kommer fødetilbudet».

Komiteen viser til at Fagforbundet understreker at det må gjennomføres grundige og oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser for så viktige endringer, og at det må utarbeides utviklingsplaner med tiltak for å sikre et fremtidig akuttkirurgisk tilbud. Selv om mange av de aktuelle sykehusene har et relativt lite opptaksområde, må forhold som geografisk avstand til nærmeste akuttkirurgiske tilbud, turist- og friluftsliv og store samferdselsårer, vektlegges. Fagforbundet mener at mange forhold taler for å videreføre de akuttkirurgiske tilbudene i Flekkefjord, Odda og Narvik.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at dette er i tråd med forslagene Senterpartiet fremmet under behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan, men som da bare fikk støtte av Sosialistisk Venstreparti. I prosessene som er ført i helseforetakene siden Stortingets behandling, har det ikke kommet frem momenter som tilsier at konklusjonene nå bør være annerledes.

Flekkefjord

Komiteen viser til at Helse Sør-Øst behandlet saken om akutfunksjon ved Sørlandet sykehus Flekkefjord i styremøte 9. mars 2017. Styret viste til at arbeidet med avklaring av akutfunksjoner skulle skje i tråd med Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, som blant annet stiller krav om risiko- og mulighetsanalyser og ekstern kvalitetssikring. Styret vedtok at fremtidig driftsmodell for Sørlandet sykehus Flekkefjord samordnes med helseforetakets videre arbeid med en samlet og helhetlig utviklingsplan med frist 1. mars 2018. Det ble stilt krav om ri-

sikovurdering av driftsmodellen, mulighetsanalyse, reiseavstandsanalyse sett opp mot tilgjengelighet og kapasitet til de prehospitale tjenestene, og detaljert beskrivelse av pasientforløp for akutte tilstander, samt hvordan de tre sykehusene skal videreutvikle sitt nettverksamarbeid og styrke kompetansen i akuttmottak ved Sørlandet sykehus og Flekkefjord. Helseministeren har i foretaksmøtet 24. april 2017 besluttet at Flekkefjord sykehus skal beholde den akuttkirurgiske beredskapen de har i dag.

Komiteen merker seg felles høringsinnspill fra ordførerne i Lister – de seks vestligste kommunene i Vest-Agder – og fra Lund kommune i Rogaland, som viser til at det ikke har vært mulig å ha en god og konstruktiv dialog om funksjoner ved Flekkefjord sykehus etter at Sørlandet sykehus i 2014 la frem forslag om nedleggelse av sykehusene i Flekkefjord og Arendal. Til tross for tre utredninger, utallige møter og en klar anbefaling fra faggruppen sykehusledelsen selv oppnevnte, valgte direktøren å anbefale nedleggelse av akutt- og traumetilbudet i Flekkefjord. Ordførerne opplever at de ikke blir behandlet som likeverdige parter, og konstaterer at det hersker betydelig usikkerhet rundt forståelsen av Stortingets vedtak nummer 543, 544 og 546. De stiller seg spørrende til om modellen som ble foreslått, med turnuslege på vakt, er faglig forsvarlig og oppfyller kravene til pasientsikkerhet og kvalitet. Det har ikke blitt utarbeidet en ROS-analyse, de prehospitale tjenestene har verken blitt utredet eller reelt involvert i prosessen, og innspill fra faggrupper som sykehusledelsen selv har oppnevnt, er ikke gjennomgått og drøftet, samt at enkelte fagprofesjoner tillegges avgjørende vekt, selv om problemstillingene som ikke er forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan. Utsettelsen medfører en betydelig belastning, og det er avgjørende at premissene for en videre prosess er så klare som mulig, og at kommunenes innspill blir realitetsbehandlet og drøftet på en seriøs og likeverdig måte. I innspillet til komiteen beskrives 18 konkrete svakheter med prosessen som har vært.

Komiteen merker seg felles innspill fra tillitsvalgte ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (Overlegeforeningen, Fagforbundet, Forskerforbundet, Yngre legers forening, Sykepleierforbundet og Ergoterapiforbundet). De fremhever at dette er et lite akutt sykehus som ligger rett ved E39, en av de mest ulykkesbelastete strekninger i Norge. Nedslagsfeltet er 42 000 mennesker pluss ca. 10 000 hytteturister i Lyngdal. Det er 126 km (1 time og 56 minutter) til Stavanger og 108 km (1 time og 46 minutter) til Kristiansand. I 2016 var det 88 traumealarmar og ingen avvik. De tillitsvalgte mener skjæringspunktet mellom akseptabel transportlengde for akutt syke pasienter og økt risiko er et sentralt moment, og viser til en studie av Jo Røislien m.fl. som på bakgrunn av

statistiske modeller dokumenterer at dødeligheten femdobles etter én time og syvdobles etter to timer. De presiserer at ambulanser er ren transport, hvor det kun kan gis små mengder smertestillende uten dialog med lege. Videre vises det til at det i saksfremlegget fra Sørlandet sykehus påstås at helikoptre kun avlyses i 10 prosent av tilfellene, mens tall innhentet fra Luftambulansen i Arendal for perioden 2013–2016, viser en avlysning på 20 prosent. De uttaler at Sørlandet sykehus i sin innstilling bryter med sørge-for-ansvaret når de mener at vurdering og stabilisering kan foregå av turnuslege med hjelp av vaktgående (ikke kirurgisk) personell.

Komiteen merker seg innspill fra fylkeslederne i Fagforbundet i Vest-Agder, Aust-Agder og Rogaland, som mener det er kritisk viktig å få en snarlig avklaring om akuttkirurgi og traumeberedskap ved sykehuset i Flekkefjord. Det har vært usikkerhet i mange år, og de frykter at en ny utsettelse vil få konsekvenser for fremtidig rekruttering. De reagerer på vedtaket fra styremøtet i Sørlandet sykehus om at Flekkefjord skal ha akuttfunksjon i indremedisin, akutt ortopedi og anestesi i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. De viser til at vurderings- og stabiliseringskompetanse er et utydelig begrep som ikke finnes i traumeveilederen. Det er ikke godt nok utredet hvordan avstandene til traumesykehus og den store økningen av fritidsinnbyggere skal ivaretas beredskapsmessig. De viser til at kapasiteten i Kristiansand til å overta funksjoner er ikke vurdert, og heller ikke konsekvenser for innbyggere i Rogaland som har Flekkefjord som sitt nærmeste sykehus. Det er heller ikke dokumentert hvordan en slik nedbygging av tilbudet vil gi besparelser eller gagne befolkningen.

Komiteen merker seg innspill fra Fagforbundet, som i samråd med tillitsvalgte ved Sørlandet sykehus beklager at man ikke har tatt seg tid til en god og trygg prosess i en sak som kan få store ringvirkninger i Listerregionen. De er skuffet over at en mulighetsstudie som var bestilt, ble avlyst, og at rapporten mangler en økonomisk analyse av utgifter til modell A2, herunder transportkostnader, flere ambulanser, flere ansatte og muligens investeringer i bygg og utstyr. De mener også det er dårlig ressursutnyttelse ikke å la eksisterende kirurgi i vakt bli brukt ved øyeblikkelig hjelp, slik at pasienter slipper å bli fraktet til Kristiansand for avklaring. De mener en modell uten traumeberedskap er uaktuell, og viser til at av de 88 traumepasientene i 2016 ble 77 ferdigbehandlet i Flekkefjord, 4 sendt til Kristiansand og 5 direkte til OUS, mens 2 døde på grunn av sin tilstand. Det har ved flere anledninger vært stengt vei grunnet føreforhold, ulykker eller værforhold som også har gjort det umulig for helikopter å lande/lette. Det er forholdsvis

stor trafikk på E39 og store ulykker. Fagforbundet viser også til at forskningsrapporter konkluderer med at lokalsykehus kommer godt ut på fag, overlevelse, hygiene og økonomi.

Komiteen merker seg at Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL), pårørende og brukerutvalg fra Flekkefjord og Lund mener det er behov for en akuttfunksjon og traumemottak med kirurger og døgnbemannet vakt. De ser på vedtaket til Helse Sør-Øst som en halv seier, men er bekymret for hva et nytt år med uro og usikkerhet vil bety for rekruttering av fagpersonell, og frykter en gradvis utarming av sykehuset. De fremhever de gode statistikkene på diagnoser og stabilisering av pasienter som videre sendes. Kommunene i Lister har lange strekninger for ambulanse til Kristiansand, Stavanger eller Arendal, som overstiger dagens krav til responstid. De viser til statistikk på at det kommer to slagpasienter per uke til Flekkefjord sykehus, og mener det bør stilles krav om skanningsutsyr for slagpasienter i ambulansene.

Komiteen merker seg høringsuttalelse fra aksjonskomiteen Bevar Flekkefjord sykehus, som reagerer på at Stortingets vedtak blir tolket så vidt forskjellig innen Sørlandet sykehus, og ber om at akuttfunksjon og traumemottak blir opprettholdt slik at det blir ro, og at pasienter og ansatte skal være trygge på at det blir et trygt helsetilbud i fremtiden.

Komiteens medlem fra Senterpartiet slutter seg til disse vurderingene og høringsinnspillene. Dette medlem mener at akuttkirurgi og traumefunksjon (mottak) må videreføres. Dette medlem viser til at dette også er i tråd med Senterpartiets forslag om Flekkefjord sykehus ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem mener det er uholdbart at det skal gå enda et år før det fremtidige tilbudet ved Flekkefjord sykehus avklares. Dette vil føre til svekket rekruttering og uvisshet i befolkningen og hos de ansatte.

Dette medlem viser til vedtak i foretaksmøtet 24. april 2017 om at utviklingsplanen for Sørlandet sykehus HF skal utarbeides med utgangspunkt i at dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus videreføres. Dette er en svært god nyhet for Flekkefjord sykehus og alle som sogner til sykehuset. Vedtaket viser at lokale forkjempere for sykehuset og fagfolkene har fått gjennomslag. De har stått imot en lite lydhør ledelse og helseforetaksstyret, som etter dette medlems syn ikke har vist nødvendig respekt for det tjenestetilbudet de leder. Det positive vedtaket fra foretaksmøtet kommer etter en prosess som har skapt stor uro rundt sykehusets framtid og vanskeliggjort rekruttering. I minst to år har det vært intens bekymring i Flekkefjord for at basistilbud skal fjernes ved sykehuset. Dette medlem forventer at

det nå ikke gis rom for flere tolkninger, og at traumefunksjonen blir i tråd med forslag i Nasjonal traumeplan.

Dette medlem mener prosessen rundt Flekkefjord sykehus viser behovet for en endring av sykehuspolitikken, der beslutninger om vesentlige endringer, som endringer i akuttberedskapen, skal tas av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Det er ikke første gang Sykehus-Norge har opplevd denne typen prosesser, der sykehuset lever i uvisse og ministeren i tolvte time enten «redder det eller legger det ned». Dette medlem mener at Nasjonal helse- og sykehusplan burde avklart situasjonen for Flekkefjord sykehus, og at alle endringer i akuttfunksjoner, fødetilbud eller nedleggelse av sykehus selvsagt må gjøres av en folkevalgt forsamling, Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til vedtaket i foretaksmøtet 24. april 2017 om videreføring av dagens akuttfunksjoner ved Flekkefjord sykehus.

Disse medlemmer forventer at de utredningene som Helse Sør-Øst har bestilt om Flekkefjord, og som skal ferdigstilles i løpet av 2018, etter at vedtaket i Helse Sør-Øst ble avvist, nå skal skrinlegges.

Odda

Komiteen viser til at styret i Helse Vest behandlet saken om Odda sjukehus den 4. april 2017.

Komiteen merker seg at ordførerne i Odda og Jondal og varaordføreren i Ullensvang herad tar opp at deres innspill til konkluderende møte i prosjektgruppen ikke ble gjennomgått, og at lovnad om ekstramøte ikke ble fulgt opp. De 11 av 15 i prosjektgruppen som anbefalte å beholde akuttkirurgien, fikk i stedet tilbud om selv å lage et vedlegg til rapporten i løpet av juleferien. De viser til at den raskeste veien til traumesenteret (Haukeland universitetssjukehus) er via Jondal med ferge. De siste to årene har det vært 20 ras på veien mellom Odda og Jondal. Deloitte har kun sett på avstander på ca. 40 km fra Odda sjukehus, men Tokagjelet i Kvam har vært utsatt for ras og stengte veier de siste årene. Det er heller ikke beredskapsferge/nattferge på Jondal – Tørvikbygd. Omkjøring via Åsnes er også rasutsatt, særlig ved Furebergfossen ved store nedbørsmengder. De mener videre at Helse Fonnas styrevedtak av 7. mars 2017 ikke sikrer stabil tilgang på leger, og at Odda sjukehus vil bli avhengig av vikarstafetter. Gjennom gode, attraktive turnusordninger har Odda sjukehus lyktes med å rekruttere leger, både til sykehuset og kommunehelsetjenesten. Det er etablert en vaktordning som gir bred praksis for kirurgene. Ordførerne fremhever at dagens ordning er rimelig, og mener at de alternative tiltakene fort kan bli dyrere. Helse Fonna har uttalt at innsparingen ved å legge ned akuttkirurgien i

Odda skal brukes til å utvide tilbudet ved Odda sjukehus, og at det tilføres en «intensivambulans», som er uklart hva er, og hva kostnadene vil være. I tillegg kommer ekstra transportkostnader, dårligere tilbud til befolkningen, svekket beredskap, svekket tillit til Helse Fonna og mindre inntekter. Ordførerne mener at de alternative tiltakene burde vært avklart med hensyn til kvalitet og kostnad. De reagerer også på at stedlig leder på Odda sjukehus er den eneste lederen i Helse Fonna som ikke inngår i ledergruppen. De ber Stortinget sørge for at beredskapen også i fremtiden blir helhetlig.

Komiteen merker seg høringsinnspillet fra de 12 fastlegene fra Jondal, Odda og Ullensvang kommune, som mener at manglende akuttkirurgisk tilbud ved Odda sjukehus vil svekke den akuttmedisinske kjeden, gi utrygghet og gjøre det mer utfordrende å rekruttere fastleger, noe som allerede er vanskelig. De viser også til at sykehuslegene ikke ønsker å overta ansvaret for traumepasienter uten kirurg, og at det vil bli utfordrende å rekruttere indremedisinere. De mener at ustabilitet og manglende akuttkirurgisk behandling vil svekke rekruttering av turnusleger som senere skal være i kommunehelsetjenesten. De viser videre til at 200 000 turister besøker området hvert år, og at tallet er økende. Fotturistene til Trolltunga og skiturister har større risiko for skade der akuttkirurgisk behandling kan være avgjørende. I 2016 var det i snitt to pasienter per dag med behov for akutt kirurgisk hjelp mellom kl. 15.00 og kl. 08.00. Lang reisevei er spesielt utfordrende for eldre og barn. I 2015 og 2016 var det 13 nødfødsler ved Odda sjukehus, hvorav ett hastekeisersnitt. Opptaksområdet hadde 13,4 prosent avbrutte luftambulanseoppdrag i perioden 2014–2016, mens Nordfjord sjukehus hadde 7 prosent. Uten akuttkirurgisk beredskap vil det være økt trykk på bilambulans og prehospitale tjenester. Med minimum to timer til nærmeste sykehus vil lokalsamfunnet stå uten legevakt i minst fire timer. De viser også til at allmennleger kan ha lang erfaring og god kompetanse, men ikke nødvendig kirurgisk kompetanse. Det er lovpålagt at kommunal beredskapsplanlegging skal skje på grunnlag av ROS-analyser, og de 12 fastlegene mener det er uakseptabelt at helseforetakene skal kunne fjerne akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehus uten tilsvarende ROS-analyser, kost-nytte-beregninger og offentlig kjente akseptkriterier. De fremhever at en stabil drift av sykehuset og bedre utnyttelse av ressursene kan bidra til å senke driftskostnadene, og de støtter forslaget om en felles venteliste og at de kan gjøre en bedre jobb for å redusere pasientlekkasje.

Komiteen viser til innspill fra styret i FFO Odda/Ullensvang, som representerer 17 lag og organisasjoner og enkeltpersoner som totalt utgjør ca. 700 personer som har vært eller er brukere av Odda sju-

kehus. FFO mener at fjerning av akuttkirurgien vil få store konsekvenser for det lokale helsetilbudet og for samfunnssikkerheten og føre til dårligere trygghet for innbyggerne og tilreisende. Odda har vært innestengt på grunn av manglende flyvær og stengte veier som følge av ras. Lange reiseveier er en belastning for sårbare pasienter. FFO spør videre om hvordan ledelsen i Helse Fonna og Helse Vest kan være så trygge på at et alternativt traumesystem skal gi et bedre tilbud når den nasjonale normen anbefaler en avstand til nærmeste traumesenter på 45 minutter, mens avstanden til Haugesund er på 2–2,5 timer, avhengig av mengden møtende trafikk på smale veier og førforhold.

Komiteen merker seg høringsinnspill fra LO Indre Hardanger, som siden 1973 har kjempet for et fullverdig lokalsykehus i Odda og siden 1918 for at sykehuset skal ha akuttberedskap. De viser til stor avstand til større sykehus, rasfarlige veier og dårlig vær for helikoptertransport, og at de store industrivirksomhetene Boliden Odda AS og Tizir AS omtaler Odda sjukehus som en «hjørnestein for tryggleik og beredskap». LO Indre Hardanger tok også initiativet til stormønstringen for Odda sjukehus 16. februar 2017 som samlet 2 500. De viser også til tverrpolitisk støtte fra kommunestyrene i Odda, Jondal, Ullensvang, Kvinnherad og Etne, og fra Hardangerrådet og Hordaland fylkesting.

Komiteen merker seg høringsuttalelse fra SMB Hardanger og direktørene ved Tizir og Boliden, som viser til at Odda i ROS-analysen kommer ut med høyest alvorlighetsgrad på store trafikkulykker, fare for eksplosjonsulykker, naturkatastrofer og stengte veier. De vil spesielt påpeke at det må tas hensyn til industriens størrelse og kompleksitet i Indre Hardanger. Risikoen for uønskede hendelser av et potensielt stort omfang er til stede, og Odda sjukehus må være rustet til å håndtere situasjonen og er nødvendig for å opprettholde et livskraftig samfunn.

Komiteen merker seg innspill fra Anne Marit Buer – leder av Odda Venstre, medlem av kommunestyret, styremedlem i Kommunenes Interesseorganisasjon for Lokalsykehus (KIL), sykepleier og traumekoordinator på Odda sjukehus – som viser til at rådgivere for direktører sitter i styrene både til lokale og regionale foretak. Mange styremedlemmer mangler kunnskaper, og Buer mener videre at Norsk kirurgisk forening har stor makt til å påvirke sentrale politikere. Alle sykehusene i Helse Vest, utenom Lærdal og Nordfjordeid, er definert som akuttisykehus med akuttberedskap og traumefunksjon. Haukeland er traumesenter. Alle disse sykehusene har ansatte med traumekurs og driver traumetrening i samsvar med nasjonalt kompetansesenter. Planen sier at det er mer enn 45 minutter til traumesenter for regionen rundt Odda. 80 prosent av traumepasientene til Odda

sjukehus blir ivaretatt lokalt. Helse Fonnas modell legger opp til at det skal være ambulerende leger fra Haugesund, til tross for at dette har vært vanskelig å få til i løpet av de 16 årene som foretaket har eksistert. Kirurgiske turnusleger vil miste sin turnustjeneste i Odda. Odda har alltid vært et populært sykehus for turnus, og så langt i år er det over 400 søkere til turnus- og sommerjobbstillinger.

Komiteen har også registrert et sterkt engasjement fra enkeltinnbyggere som har sendt flere høringsinnspill. De viser blant annet til en systematisk reduksjon av viktige funksjoner som fødeavdeling, døgnpast ved DPS og nå akuttkirurgien. Det er god søknad til stillingene ved sykehuset og høy kompetanse. De viser til at distriktet er rasutsatt, og at det har vært en økning i ekstremvær de siste årene. Det reageres også på at risikoanalysen ble gjennomført på 13 dager, med liten mulighet for ansatte til å komme med innspill.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet slutter seg til disse vurderingene og høringsinnspillene om Odda sjukehus. Disse medlemmer mener at akuttkirurgi og traumefunksjon i Odda må videreføres for å sikre beredskap ved akutte hendelser.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at så vesentlige endringer som prosessen med Nasjonal helse- og sykehusplan vil innebære for Odda sjukehus, må behandles i Stortinget. Dette medlem mener det er av avgjørende betydning for befolkningens beredskap at Odda sjukehus får sikret et tilbud om akuttkirurgi. Dette medlem viser til at statsråden i foretaksrådet har vedtatt at Odda sjukehus skal videreføres som et akuttsykehus med akutfunksjon i indremedisin, radiologiske tjenester, laboratorietjenester, planlagt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk. Senterpartiet mener at Odda i tillegg skal ha tilbud om akutfunksjon i kirurgi. Bare slik vil en legge grunnlag for en videreutvikling og styrking av sykehusstilbudet i Odda og sikre den faglige kvaliteten og breddekompetansen. I tillegg må det stilles krav om bedre oppgavefordeling mellom sykehusene i foretaket.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at akuttkirurgi og traumefunksjonen ved Odda sjukehus videreføres som i dag.»

Narvik

Komiteen merker seg at Helse Nord RHF i sitt styrevedtak om UNN Narviks fremtid ber Universitetssykehuset i Nord-Norge vurdere et utvidet poliklinisk og dagkirurgisk tilbud ut over vanlig åpningstid. Komiteen er positiv til dette. I tillegg til å gi et bedre tilbud innen dagkirurgisk og poliklinisk behandling vil det også være mulig å bruke de faglige ressursene slik at man kan behandle akutte hendelser innenfor den utvidede åpningstiden. På den måten utnyttes de faglige ressursene på en fleksibel og fornuftig måte. Komiteen legger for øvrig til grunn at det døgnbaserte traumeteamet som UNN Narvik skal ha, også skal kunne håndtere enkelte selektive kirurgiske inngrep når dette er nødvendig og til pasientens beste.

Komiteen merker seg at styret i Helse Nord RHF ber administrerende direktør sørge for at konsekvensene for prehospitale tjenester og bemanning i UNN Narvik vurderes. Komiteen mener dette er viktig for å sikre gode og helhetlige tjenester til befolkningen.

Komiteen vil peke på at Stortingets flertall vedtok at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus, og legger til grunn at dette er i prosess også ved UNN Narvik.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til de vedtatte endringene ved UNN Narvik og oppfatter vedtaket som i tråd med minstekravene som Stortinget vedtok i behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Samtidig vil flertallet påpeke at de foreslåtte endringene ikke skal svekke tilbudet til pasientene i opptaksområdet, og at justeringer som gjennomføres, er i tråd med Stortingets føringer og minstekrav. Gode og forsvarlige løsninger skal ligge til grunn for endringer internt i et foretak.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet tilrådte følgende ufravikelige minstekrav for sykehus som skal omtales som akuttsykehus:

«Akuttsykehus skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset skal ha kirurgisk vurderingskompetanse i beredskap og beredskap for akutte hendelser. Akuttsykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»

Disse medlemmer vil minne om at Arbeiderpartiet i sine merknader til Nasjonal helse- og sykehusplan understreket at en definert

minimumsløsning ikke skulle være et mål for regjeringen eller helseforetakene å styre etter i seg selv. Forventningene til gode lokale prosesser ligger fast, også i gjennomføringen av de vedtatte utviklingsplanene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at styret i Helse Nord fattet vedtak om Universitetssykehuset Nord-Norge Narviks framtid 18. april 2017.

Et mindretall fremmet forslag om at Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik skal ha akutt- og døgnsykehus med akuttkirurgi på døgnbasis. Forslaget fra de tre ansattrepresentantene ble nedstemt.

Flertallet sluttet seg til innstillingen fra administrerende direktør i Helse Nord, som gikk inn for å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet. Styrets vedtak er at gastrokirurgi skal være et poliklinisk og dagkirurgisk tilbud, men at døgnerberedskapen skal avvikles. I vedtaket heter det at Narvik skal være et akutt- og døgnsykehus med vurderings- og stabiliseringskompetanse med traumeberedskap for å håndtere blant annet trafikkulykker.

Dette medlem mener det er viktig å sikre Ofotens befolkning et sykehus i Narvik med fullverdig kirurgisk akuttberedskap. Døgnsykehus ved UNN Narvik er avgjørende for selve sykehuset, for lokalsamfunnet og for bolyst, trygghet og trivsel for innbyggerne. Det er grunn til å frykte at styrets vedtak vil ha negative konsekvenser for den faglige utviklingen og rekrutteringsmuligheter ved UNN Narvik. Dette medlem frykter at mangelen på sikring av døgnsykehus ved UNN Narvik vil gi svekket trygghet ved at befolkningen får et dårligere akutttilbud enn resten av landet. Dette medlem vil understreke at gastrokirurger må kunne brukes når de er på vakt.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre døgnsykehus med akuttkirurgisk beredskap og traumefunksjon ved Narvik sykehus.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at foretaksrådet 24. april 2017 vedtok å avvikle gastrokirurgi som døgnaktivitet ved Narvik sykehus og videreføre tilbudet som et poliklinisk og dagkirurgisk tilbud. Er sykdommen akutt og krever innleggelse, skal ikke pasienten lenger få hjelp på Narvik sykehus. Dette kan få store konsekvenser for den framtidige utviklingen av det gastrokirurgiske tilbudet, rekrutteringen av fagfolk, hvilke type operasjoner som i framtida legges til Narvik, og hvor man-

ge det vil bli av dem. Erfaring viser at når en avvikler døgnsykehuset, er det vanskelig å opprettholde et sterkt fagmiljø.

Dette medlem viser til at foretaksrådet vedtok at ortopedien skal styrkes, slik at vanlige ortopediske skader som hovedregel kan opereres lokalt innen 48 timer. Sykehuset skal ha døgnsykehus for planlagte ortopediske operasjoner. Dette medlem mener dette vedtaket er svært vanskelig å forstå. Det er ingen sykehus som utfører planlagte operasjoner om natta. Det skjer eventuelt bare ved akutt tilstand som ikke kan vente. Akuttkirurgisk ortopedi sier vedtaket ikke noe om, og døgnsykehuset vil bli vurdert til «ikke å være nødvendig». Dette medlem viser til at det i foretaksrådets vedtak heter at Narvik sykehus skal ha «vurderings- og stabiliseringskompetanse». Dette er et begrep som ikke finnes i Nasjonal traumeplan, og som fagmiljøene mener mangler innhold. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi har i høring til helse- og omsorgskomiteen advart om at «et vurderings- og stabiliseringsteam som er mindre og har dårligere kompetanse enn dagens akutt- og døgnsykehus med traumefunksjon, er å lure pasientene og befolkningen». Dette medlem mener det er opplagt at når det haster, vil en ikke stoppe innom et sykehus for å vurderes og stabiliseres dersom ikke også de vanligste skadene kan behandles der. Det kan forsinke pasientforløpet når overlevelse er tidskritisk. Dette medlem mener også det er uklart hvem som skal stå for «vurderings- og stabiliseringskompetanse» i framtidas Narvik sykehus. Det vil etter vedtaket ikke være tilgjengelige kirurger på døgnbasis, og når de er til stede, skal de i hovedsak være opptatt med planlagte operasjoner. Dette medlem mener at det for befolkningen og ansatte er vanskelig å vite når en kan få hjelp for akutte skader ved Narvik sykehus etter dette. Uten vaktordning har ikke sykehuset et akuttkirurgisk tilbud hele døgnet. Dette medlem viser også til at foretaksrådet ber om at konsekvensene for prehospitaltjenester og bemanning ved Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik vurderes. Dette medlem mener dette selvsagt burde vært vurdert før helse- og omsorgsministeren besluttet å bygge ned akuttberedskapen.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sikre at akuttkirurgi og traumefunksjonen ved Odda sjukehus videreføres som i dag.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sikre døgnkontinuerlig akuttkirurgisk beredskap og traumefunksjon ved Narvik sykehus.

Komiteens tilråding

K o m i t e e n har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:59 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Knut Arild Ha-reide, Olaug V. Bollestad, Hans Fredrik Grøvan og Kjell Ingolf Ropstad om lokalsykehus i Flekkefjord, Narvik og Odda og Dokument 8:93 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Audun Lysbakken og Torgeir Knag Fylkesnes om å opp-rettholde akuttkirurgi ved Odda sykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. mai 2017

Kari Kjønaas Kjos

leder

Ruth Grung

ordfører

Vedlegg 1

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 30. mars 2017

Dokument 8:59 S (2016–2017) – Representantforslag om lokalsykehus i Flekkefjord, Narvik og Odda - Representantforslag fra stortingsrepresentantene Knut Arild Hareide, Olaug V. Bollestad, Hans Fredrik Grøvan og Kjell Ingolf Ropstad

Det vises til brev datert 14. mars d.å. fra helse- og omsorgskomiteen der man ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslaget er som følger:

"Stortinget ber regjeringen sikre at akuttkirurgi og traumemottak ved Flekkefjord sykehus videreføres."

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan slo Stortinget fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Stortinget sluttet seg til planens forslag til betegnelser på sykehus, som er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Alle akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Stortinget gjorde i tillegg følgende vedtak: "Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt".

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle helseforetak utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble gitt i foretaksmøte 4. mai 2016. Det ble gitt føringer for dette arbeidet i tråd med Stortingets behandling av planen. Avklaring av akuttfunksjoner skulle skje innen 1. april 2017. Det er senere muntlig gitt noe utsettelse på denne fristen.

Det er gjennomført utredninger av akuttfunksjoner ved sykehusene i Flekkefjord, Odda, Stord, Vol da, Namsos, Lofoten og Narvik.

Helse Sør-Øst har behandlet sak om akuttfunksjoner ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord i styremøte 9. mars 2017 og gjorde følgende vedtak:

1. "Styret i Sørlandet sykehus HF har i sak 013-2017 behandlet Akuttfunksjoner i Flekkefjord. Styrets vedtak med tilhørende saksdokumenter er oversendt Helse Sør-Øst RHF for styrebehandling.
2. I samsvar med protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 4. mai 2016, sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, skal arbeidet

med avklaringer av akuttfunksjoner skje i tråd med krav i Veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Dette inkluderer blant annet at det skal gjennomføres risiko- og mulighetsanalyser og ekstern kvalitetssikring. Det vises i denne sammenheng også til styresak 056-2016 i Helse Sør-Øst RHF.

3. Styret i Helse Sør-Øst RHF konstaterer at Sørlandet sykehus HF har gjennomført en krevende prosess i utredningen av endret driftsmodell for Flekkefjord sykehus. Det foreligger en omfattende dokumentasjon av arbeidet. Styret i Helse Sør-Øst RHF mener likevel at det er mangler i forhold til de krav til prosess og dokumentasjon som gjelder for saker hvor det planlegges endring i akuttfunksjoner.
4. Styret tilrår at beslutningen om fremtidig driftsmodell ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord, samordnes med helseforetakets videre arbeid med en samlet og helhetlig utviklingsplan for Sørlandet sykehus HF, jf. krav i oppdrag og bestilling 2017. Frist for oversendelse av utviklingsplan er satt til 1. mars 2018.
5. I det videre arbeidet med utviklingsplanen må følgende forhold vektlegges særskilt for Sørlandet sykehus, Flekkefjord:
 - Den foreslåtte driftsmodellen må risikovurderes og tiltak for å håndtere risikobildet må beskrive
 - Det må utarbeides mulighetsanalyse
 - Det må utarbeides reiseavstandsanalyser som må vurderes opp mot prehospital tilgjengelighet og kapasitet
 - Pasientforløpene for akutte tilstander må beskrives detaljert i den foreslåtte driftsmodell for Sørlandet sykehus, Flekkefjord, inkludert rollene til kommunale legevakter, AMK og prehospitale tjenester
 - Hvordan de tre sykehusene på Sørlandet skal videreutvikle sitt nettverksamarbeid i tråd med beskrivelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan
 - Hvordan helseforetaket vil styrke kompetansen i akuttmottaket ved Sørlandet sykehus, Flekkefjord, og på hvilken måte den nye spesialiteten innen mottaksmedisin kan bidra til dette
6. Styrets vedtak med tilhørende saksdokumenter oversendes Helse- og omsorgsdepartementet."

Styret i Helse Vest vil behandle sak om Odda sjukehus i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan den 4. april 2017. Styret i Helse Nord vil behandle sak om Nasjonal helse- og sykehusplan den 18. april 2017.

Tilbakemeldingene fra de regionale helseforetakene på oppdraget om avklaring av akuttfunksjoner vil bli behandlet av meg i foretaksmøte 24. april 2017.

Vedlegg 2**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 8. mai 2017****Beredskapsfunksjoner ved sykehuset i Odda**

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen datert 8. mai med følgende spørsmål:

Helse- og omsorgskomiteen viser til konklusjon fra foretaksmøtet 24. april 2017, der helse- og omsorgsministeren sanksjonerte endringer i akuttfunksjoner som var vedtatt i styrene i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Det ble lagt til grunn at utviklingsplanene til helseforetakene skulle utarbeides med utgangspunkt i dagens akutttilbud, med de endringene som ble vedtatt i foretaksmøtet.

Det følger av vedtak i foretaksmøtet at Odda sjukehus skal videreføres som akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, radiologiske tjenester, laboratorietjenester, planlagt kirurgi, anestesilege i døgnvakt og skadepoliklinikk.

Avviklingen av akuttkirurgisk virksomhet skal gjennomføres etter at Helse Fonna har utarbeidet en beredskapsplan som ivaretar stabiliseringsfunksjonen av akuttpasienter. Denne skal foreligge før det gjøres endringer i dagens drift. Så lenge denne planen ikke foreligger, oppfatter vi situasjonen som uklar. Vi ber derfor om at helse- og omsorgsministeren gjør rede for hvordan han ser for seg at tjenesten i Odda kan oppfylle kravene til beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering. I vurderingen må det legges vekt på at Odda er i en spesiell situasjon på grunn av sin geografiske beliggenhet, med lang vei til nærmeste sykehus og veier som ofte blir stengt. Det er derfor viktig at befolkningen i Odda får en trygghet for at det ivaretas en grunnleggende kirurgisk beredskap ved Odda sjukehus for å kunne håndtere spesielle situasjoner.

Svar:

Ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan sluttet Stortinget seg til at alle akuttsykehus som minstekrav skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser.

Som ledd i helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, ba jeg i foretaksmøtet 4. mai 2016 om at akuttfunksjonene i sykehusene skulle avklares innen 1. april 2017. Det ble senere gitt noe utvidet frist.

Mandag 24. april ble det gjennomført felles foretaksmøte for alle de regionale helseforetakene. Jeg la vekt på at akuttfunksjonene gjennom dette møtet ble avklart, for å sikre forutsigbarhet og ro rundt det vid-

ere arbeidet med utviklingsplanene som skal ferdigstilles i 2018.

Odda sjukehus har spesielle utfordringer på grunn av sin geografiske beliggenhet og risiko for stengte veier. Jeg vil derfor påse at Helse Fonna sin plan for implementering av foretaksmøtets vedtak ivaretar følgende:

- Odda skal være et akuttsykehus. Tilbudet ved Odda sjukehus skal være framtidsrettet og videreutvikles i samsvar med nasjonal helse- og sykehusplan, være forsvarlig, forutsigbart og ivareta tryggheten, og er en viktig del av beredskapen for befolkningen.
- Sykehuset skal kunne håndtere situasjoner med akutte alvorlig syke eller skadde pasienter/traumepasienter, og stabilisere for videre transport. Dette gjelder både akutte alvorlige medisinske og kirurgiske tilstander. Den samlede beredskapen for befolkningen tilhørende Odda sjukehus skal være på samme nivå og gi tilsvarende trygghet som i dag. Den samlede kompetansen som finnes på sykehuset, og som er i beredskap, skal selvsagt kunne brukes i akutte alvorlige situasjoner.
- Kirurg/ortoped skal behandle pasienter på skadepoliklinikken, og skal være tilgjengelig for sykehuset på døgnbasis.
- Anestesilege og medisinsk overlege skal være tilgjengelig på døgnbasis.
- Sykehuset skal gjennomføre kompetansehevede tiltak og regelmessig trening, slik at personalet er forberedt på å håndtere akutte situasjoner.
- Det skal utarbeides en beredskapsplan med tiltak for å møte ulike scenarier, herunder en situasjon med stengte veier. Beredskapsplanen utarbeides i samarbeid med de ansatte ved Odda sjukehus, med kommunene og øvrige aktuelle aktører.

Dette vil bli meddelt til Helse Vest RHF i revidert oppdragsbrev som ferdigstilles etter Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett.

