

Eierstrategi 2010		
Utredning av tilbudet til ekstremt tidlig fødte		
1. Oppsummering av sluttrapport 2. Sekretariatets vurdering	Status: Godkjent for utsending	19.12.06

1 Prosjektets mål:

Prosjektets overordnede mål er å innfri vedtatt Handlingsplan for 2010 (side 23) der spørsmålet om framtidig tilbud til særlig krevende fortidlig fødte utredes. Utredningen skal skje som en del av Eierstrategien og krever både økonomiske og faglige vurderinger.

Prosjektgruppen har tolket mandatet slik at man ser på funksjonsfordeling mellom sykehusene, i praksis vurderer effekten av ulike nivåer av sentralisering av behandlingen av de ekstremt tidlig fødte.

Alternativ 0: Opprettholde status quo, med behandling av de minste premature både i Trondheim og Ålesund fra fødsel til utskrivelse

Alternativ 1: Sentralisere den første, mest intensive delen av behandlingen av pasienter med svangerskapslengde kortere enn 26 uker til Trondheim

Alternativ 2: Sentralisere den første, mest intensive delen av behandlingen av pasienter med svangerskapslengde kortere enn 28 uker til Trondheim

2 Sammendrag av prosjektgruppens arbeid:

2.1 Referanser:

Våre naboland Danmark, Sverige og Finland har alle valgt å sentralisere denne ressurskrevende virksomheten til under 27 eller 28 uker. I Canada sentraliseres alle under 32 uker til tertiærcenter, og hentes av team over svære avstander hvis barnet blir født på feil sted. De canadiske resultater er likevel ikke bedre enn de norske. Volum bedrer kvalitet: ref 32-39. Referansene her tar dels opp at bedret systemkvalitet også gir bedre utfall og diskuterer volum opp mot dette. Ikke noe annet land som driver behandling av denne pasientgruppen ville vurdere å opprettholde fagmiljøer som bare behandler 2-4 slike pasienter (< 26 uker) i året. At St. Olav heller ikke behandler flere enn ca 10 slike pasienter endrer ikke dette faktum, men tilsier at man kanskje i fremtiden bør samarbeide mer på tvers av regionene; heller enn å opprettholde et mye mindre miljø. Ved sentralisering vil dog antallet pasienter øke noe i Trondheim, og fordeles på færre behandlere. Dette vil være gunstig for alle regionens pasienter. Når større volum gir økt kvalitet er det ikke bare avhengig av antall pasienter per behandler, men at et samlet fagmiljø får erfaring når det hyppigere er slike pasienter i avdelingen

2.2 Kvalitet:

Kartleggingen har ikke klart å påvise sikre kvalitetsmessige forskjeller mellom avdelingene. Dette var heller ikke forventet, da tallene er små både regionalt og nasjonalt for antall behandlede pasienter

Begge enhetene, både ved St. Olavs Hospital og i Ålesund, har systemer for kvalitetssikring, om enn noe ulikt utformet.

Begge enheter har tilfredsstillende rekruttering og kompetanse i dag.

Begge enheter har forsvarlig kvalitativt i pasienttilbudet.

2.3 Økonomi:

Sentralisering av de minste premature i vår region vil bety økte kostnader:

- det blir økte kostnader til transport
- sykepleiebemannning i Ålesund kan ikke reduseres like mye som man må oppbemanne i Trondheim

Å sentralisere tilbudet til barn født < 26 svangerskapsuke medfører 1,3 – 1,5 mill kr i økte kostnader.

Å sentralisere tilbudet til barn født < 28 svangerskapsuke medfører 2,9 – 3,1 mill kr i økte kostnader.

3 Prosjektgruppens anbefalinger:

Gruppen er enig om ikke å anbefale en sentralisering av tilbudet til barn født <28 uker i denne omgang. Slik sentralisering vil medføre reduksjon i antall pasienter og nedbemanning som igjen vil føre til at intensivbehandling av øvrige syke nyfødte vanskelig kan videreføres i Ålesund fordi personalet får lite trening og det vil by på problemer med å lage bemanningsplaner og turnuser.

Når det gjelder sentralisering av tilbudet til barn født < 26 uker er gruppen delt i sitt syn:

Deler av gruppa mener en vil kunne påregne en framtidig kvalitativ gevinst ved sentralisering og at en ut fra dette vil kunne forsvare økte kostnader, og at det faktisk er nær sammenheng mellom volum og kvalitet.

Andre deler av gruppa mener at miljøet i Ålesund, ved sin kontakt og samarbeid med større avdelinger, vil kunne opprettholde og videreutvikle kvaliteten tilsvarende St. Olav. Avdelinga har pr. i dag flere intensiv-pasienter enn Tromsø(UNN), og tar også ved dårlige værforhold mot 1-2 pasienter under 1000gm pr. år fra Helse Vest. Avdelinga i Ålesund er også prekvalifisert for å kunne bli Nasjonalt NIDCAP-senter. I tillegg medfører sentralisering økte kostnader. Denne delen av gruppen legger vekt på at når man ikke kan påvise forskjell i kvalitet, skal man ta hensyn til økonomi og nærhet og dermed ikke sentralisere.

4 Sekretariatets vurdering og oppsummering:

Prosjektgruppen har gjort en grundig kartlegging av nasjonale og internasjonale trender og anbefalinger, og har gode analyser av volum (antall tilbudet gjelder) og kvalitet ved eksisterende tilbud.

Siden volumet er lite, er det ikke mulig å sammenlikne kvalitet ut fra resultat av behandlingen ved de to avdelingene, og en har derfor valgt å belyse kvalitet ut fra såkalt ”systemkvalitet”,

det vil si en vurdering av kompetanse, stabilitet og organisering. Dette er en anerkjent kvalitetstilnærming, som brukes bl.a. i av Helsetilsynet i sitt tilsynsarbeid.

Det er enighet i gruppen om at det i dag er lik systemkvalitet og ikke dokumentert forskjell i faglig kvalitet ved de to behandlingsstedene.

Prosjektgruppen har i sin vurdering konkludert med at selv om en velger en sentralisering, så vil 1-2 barn (20-40 %) likevel bli født før 26. uke på Sunnmøre, fordi fødselen i en del tilfeller kommer fort og uventet. Det må forventes at ved en sentralisering av tilbudet så vil gjenværende kvalitet i Ålesund bli svekket. Prosjektgruppen har i liten grad problematisert hvilke konsekvenser dette vil ha for disse barna.

Prosjektgruppen har også vurdert de økonomiske konsekvensene av de ulike alternativene. Det vesentlige her er at for å oppnå faglig forsvarlighet ved en evt. sentralisering av tilbudet, så må det legges til grunn at overføringen må skje før fødsel, dvs. at gravide med truende fødsel må forflyttes til St. Olavs. Langt de fleste av disse vill ikke føde, og kan returneres til hjemmet etter kortere eller lengre tids observasjon. Det innebærer at antall transporter blir langt høyere enn antall som føder for tidlig.

Begge alternativene til dagens organisering vil gi økte kostnader.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt 6 strategiske satsingsområder der det kvalitative tilbudet kan og må bli bedre. På et område som det er enighet om har en god kvalitet kan det derfor reises spørsmål ved om det er grunnlag for å prioritere tiltak som gir økte kostnader.

Prosjektgruppen har i liten grad omtalt den økte menneskelige belastningen en sentralisering til St. Olavs medfører fordi tilbudet for mange kvinner blir langt hjemmefra. Dette er selvsagt svært vanskelig å vurdere. Det er imidlertid vesentlig å merke seg brukerutvalgets uttalelse:

”Dersom det ikke kan påvises forskjeller i kvalitet mellom behandlingstilbudet for ekstremt tidlig født i Ålesund og Trondheim, mener referansegruppen at nærhet er et viktig kriterium som tilsier at tilbudene opprettholdes begge steder.”

Prosjektgruppa har pekt på behovet for å se på tilbudet til syke nyfødte i videre forstand i regionen, men at dette lå utenfor prosjektgruppas oppdrag. Helse Midt-Norge bør evt. komme tilbake til dette.

Oppsummering:

1. Alle de tre alternativene er vurdert som faglig forsvarlige.
2. Siden det dreier seg om svært få barn per år, er det ikke mulig å vurdere kvalitet ut fra behandlingsresultat ved noen av de to avdelingene. En har derfor valgt å vurdere kvalitet på en indirekte måte, dvs. ved å sammenligne kompetanse, stabilitet og organisering, også kalt ”systemkvalitet”.
3. Det er ikke mulig å påvise forskjeller i systemkvalitet ved dagens tilbud ved de to enhetene.
4. Det synes riktig å ikke anbefale sentralisering av alle under 28 uker, jamfør prosjektgruppens begrunnelse.
5. Siden det ikke er mulig å påvise kvalitetsforskjeller, må en kunne vektlegge både brukernes uttalelser og de økonomiske kostnadene, og det synes derfor riktig å videreføre dagens ordning, og heller ikke sentralisere de under 26 uker.