

Rapport om det færøske sygehusvæsen



Dansk Sygehus Institut, Nyropsgade 18, 1602 København V

Projektnummer 43-141

Marts 1988

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord	1
Kapitel 1: Kort beskrivelse af det færøske sygehusvæsen	3
Sygehuse og befolkningsgrundlag	3
Sygehusvæsenets administration og driftsomkostninger	3
Oversigt over senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelingers kapacitet og virksomhed ved de enkelte sygehuse ...	4
Indlæggelser på sygehuse i Danmark	6
Personalenormeringer	6
Kapitel 2: Planlægningsudvalg, udviklingen siden 1980 og interviewrunde	7
Lov om det færøske sygehusvæsen 1976	7
Planlægningsudvalgets betænkning fra 1980	7
Intern medicin	9
Ortopædkirurgi	10
Øvrige kliniske specialer	11
Fællesfunktioner ved Landssygehuset	12
Modernisering af lokalsygehusene	13
Interviewrunde	13
Sygehusvæsenet generelt	13
Landssygehuset	14
Klaksvig Sygehus	17
Suderø Sygehus	17
Samlet indtryk	18
Kapitel 3: Patientstatistik	20
Udskrivninger og sengedage fordelt på bopæl og sygehuse ..	21
Sygehusforbruget pr. 100 indbyggere	25
Sygdomsgrupper og operationer	27
Ortopædkirurgi og urologi	30
Samlet indtryk	32
Kapitel 4: Problemer og løsningsmuligheder	34
Målsætning for det færøske sygehusvæsen	34
Ledelse og styring af det samlede sygehusvæsen	36
Landssygehusets og lokalsygehusenes funktioner	40
Udbygning af de enkelte specialer	42
Reduktion af sengedagsforbrug	46
Den lægelige bemanning	48
Den samlede sengekapacitet	49
Kapitel 5: Konklusion og anbefalinger	50
Bilag: Oversigt over interviewpersoner	55

FORORD

Planlægningsudvalget for det færøske sygehusvæsen anmodede i foråret 1987 Dansk Sygehus Institut om at gennemføre en undersøgelse af hvilke lægelige specialer, der med fordel kan placeres på de to lokalsygehuse i Klaksvig og Iværø. Baggrunden for anmodningen var blandt andet manglende afklaring af det fremtidige behov for udbygning af det færøske sygehusvæsen og placeringen af en række funktioner på de tre sygehuse, herunder den geografiske placering af den ortopædkirurgiske service på Færøerne.

Udgangspunktet for undersøgelsen har været de tre eksisterende sygehuse med lokalfunktioner (almen kirurgi, fødselshjælp, akutte indlæggelser m.v.) over for hver deres optageområder. Udgangspunktet har endvidere været den foreliggende centralisering af behandlingen inden for øjenssygdomme, øre-næse-halssygdomme og psykiatri. Undersøgelsen har herefter koncentreret sig om en række specielle funktioner inden for de medicinske og kirurgiske specialer, den samlede ledelse og styring af sygehusvæsenet, kapaciteten på de tre sygehuse og den lægelige bemanning.

Grundlaget for undersøgelsen har været foreliggende skriftligt materiale om sygehusenes aktivitet og ressourceforbrug, lovgivning og reglement samt betænkninger og skriftlige udtalelser fra myndigheder og sygehuse. Endvidere er der gennemført en besigtigelse af sygehusene og en interviewrunde med ledende personale ved de tre sygehuse samt centralt placerede faglige, politiske og administrative personer i det samlede sundhedsvæsen. Endelig er der opbygget en patientstatistik for de medicinske og kirurgiske specialer for Færøerne for at skabe overblik over aktivitet og forbrug i det samlede sygehusvæsen.

I kapitel 1 er givet en kort oversigt over kapacitet, aktivitet og personaleforbrug i det færøske sygehusvæsen.

I kapitel 2 er de væsentligste anbefalinger fra planlægningsudvalgets betænkning fra 1980 kort omtalt og den senere udvikling på de pågældende områder er beskrevet. Yderligere er refereret hovedresultaterne af interviewrunden med ledende personale på sygehusene samt centralt placerede politiske og administrative personer i det samlede sundhedsvæsen.

I kapitel 3 er fremlagt hovedresultaterne af patientstatistikken for de medicinske og kirurgiske specialer.

I kapitel 4 er beskrevet en række problemer i det færøske sygehusvæsen og opstillet forslag til løsninger.

I kapitel 5 er konklusioner og anbefalinger kort beskrevet.

I bilaget er givet en oversigt over de personer, som er blevet interviewet.

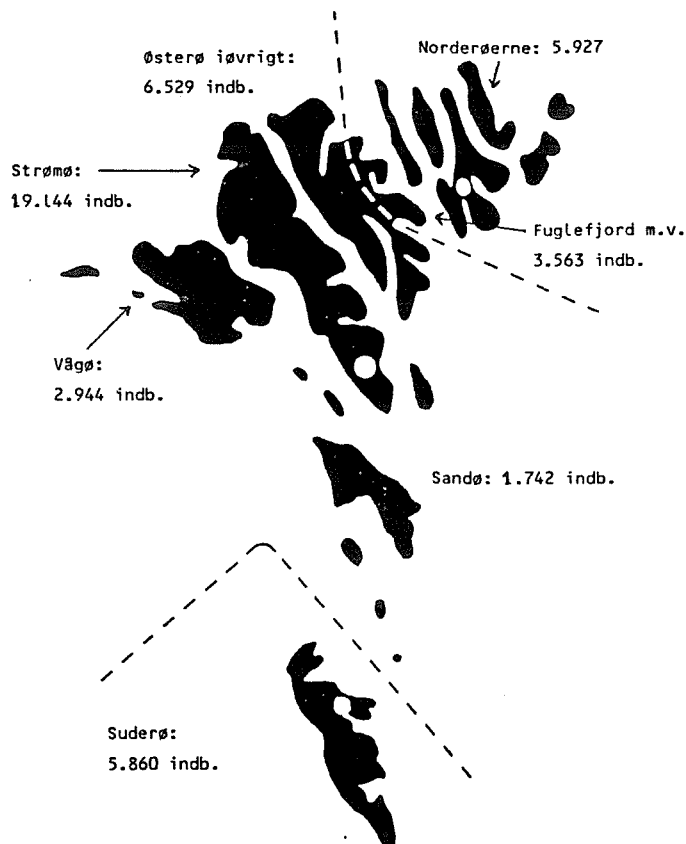
I tilknytning til denne rapport er udarbejdet en "Sygehusstatistik for Færøerne 1985", som indeholder detaljerede tabelleringer af patientstatistikken.

Rapporten er udarbejdet i Dansk Sygehus Institut af Jens Peter Steensen og Morten Christy.

KAPITEL 1: KORT BESKRIVELSE AF DET FÆRØSKE SYGEHUSVÆSEN

Sygehuse og befolkningsunderlag

Det færøske sygehusvæsen omfatter 3 sygehuse, Landssygehuset i Thorshavn, Klaksvig Sygehus og Suderø Sygehus. Tilsammen betjente de 3 sygehuse i 1985 en befolkning på knap 46.000. Sygehusenes beliggenhed, officielle optageområder og befolkningsunderlag fremgår af figur 1.



Figur 1. Optageområder for de tre færøske sygehuse. Sygehusene er markeret med en ring og optageområdernes grænser med en stiplet linje.

Sygehusvæsenets administration og driftsomkostninger

Sygehusene drives som institutioner under landsstyret. Den administrative ledelse varetages af en af landsstyret udnævnt direktør. For hvert sygehus er nedsat en bestyrelse på 5 medlemmer udpeget af Lagtinget og Færøernes landsstyre. Sygehusdirektøren er sekretær for hver af de 3 sygehusbestyrelser.

Til varetagelse af den overordnede planlægning af sygehusvæsenet er der nedsat et planlægningsudvalg. Sygehusdirektøren er sekretær i dette udvalg.

Den daglige ledelse af hver af sygehusene forestås af en inspektør.

Udgifterne til det samlede sygehusvæsen var i 1985 knap 250 mill. kr. Udgifterne til Landssygehuset i Thorshavn udgjorde 75%, til Klaksvig Sygehus 15% og til Suderø Sygehus knap 10% af de samlede udgifter. Statens andel af sygehusudgifterne udgjorde godt 50%, landskassens andel resten. Fra 1988 er den hidtidige statsrefusion afløst af bloktilskud fra Danmark.

Oversigt over senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelingernes kapacitet og virksomhed ved de enkelte sygehuse

Landssygehuset i Thorshavn er delt i følgende senge-, undersøgelses- og behandlingsafdelinger:

- 1 kirurgisk sengeafdeling med
 - øre-, næse- halsafsnit
 - øjenaafsnit
 - intensivafsnit
 - fødeaafsnit
- 1 medicinsk sengeafdeling med
 - børneaafsnit
 - plejeafdeling
- 1 operationsafdeling
- 1 fysio- og ergoterapiafdeling
- 1 røntgenafdeling
- 1 laboratorium med blodbank
- 1 patologisk afdeling
- 1 skadestue
- 1 psykiatrisk afdeling.

Følgende specialer er repræsenterede på sygehuset:

Anæstesiologi, røntgenundersøgelse, fysiurgi og rehabilitering (rheumatologi), kvindesygdomme og fødselshjælp (gynækologi og obstetrik), medicinske sygdomme, hjerte- og kredsløbssygdomme, medicinske mave- og tarmsygdomme, medicinske lunge-sygdomme, kirurgiske sygdomme, ortopædisk kirurgi, medicinske nervesygdomme, øjensygdomme, øre-næse-halssygdomme, vævsundersøgelser, psykiatri og børnesygdomme.

Klaksvig Sygehus er et udelt sygehus med en blandet medicinsk og kirurgisk sengeafdeling. Der er endvidere en operationsafdeling, fødeaafdeling, ergo- og fysioterapi, skadestue samt røntgen- og laboratoriefaciliteter.

Følgende specialer er repræsenterede på sygehuset: Kirurgi, ortopædisk kirurgi, intern medicin og rheumatologi.

Suderø Sygehus er et udelte sygehus med en blandet medicinsk og kirurgisk sengeafdeling. Der er endvidere en operations- og fødeafdeling, fysio- og ergoterapi, røntgen- og laboratoriefaciliteter samt skadestue.

Sygehusets speciale er kirurgi.

Tabel 1 viser en oversigt over sengepladser, udskrivninger sygedage og gennemsnitlig indlæggelsestid fordelt på de færøske sygehuse. Det fremgår af tabellen, at Landssygehuset varetager ca. 85% af sygehusbehandlingen på Færøerne målt i sygedage og ca. 75% målt i udskrivninger.

	Sengepladser	Udskrivninger	Sygedage	Liggetid (dage)
Thorshavn Sygehus i alt.....	301,0	6.386	96.709	15,1
kirurgisk afdeling.....	92,5			
medicinsk afdeling (incl. plejeafsnit).....	111,5			
Psykiatrisk afdeling.....	97,0			
Klaksvig Sygehus.....	47,0	1.334	10.630	8,0
Suderø Sygehus.....	20,0	679	7.518	11,1
I alt.....	345,0	8.399	114.857	11,4

Tabel 1. Sengepladser, udskrivninger, sygedage og gennemsnitlig liggetid på færøske sygehuse i 1985.

Kilde: Årbog for Færøerne 1986.

I tabel 2 er vist undersøgelses- og behandlingsafdelingernes aktivitet for henholdsvis indlagte og ambulante patienter på de færøske sygehuse.

	Thorshavn Sygehus			Klaksvig Sygehus			Suderø Sygehus			Samtlige Sygehuse		
	Statio- nær	Ambu- lant	I alt	Statio- nær	Ambu- lant	I alt	Statio- nær	Ambu- lant	I alt	Statio- nær	Ambu- lant	I alt
Operationer			4282			878			379			5539
Fødsler.....			585			69			77			731
Fysiurgiske behandlinger	30853	8307	39160	6800	9030	15830	5502	8163	13665	43155	25500	68655
Røntgenundersøgelser og -behandlinger	4550	11488	16038	1303	3211	4514	473	2236	2709	6326	16935	23261
Laboratorie- undersøgelser	79150	48970	128120	20694	11344	32038	9325	10804	20129	109169	71118	180287
Ambulante efter- behandlinger		5237	5237		1578	1578		395	395		7210	7210
Skadestue- behandlinger		6893	6893		1044	1044		39	39		7976	7976

Tabel 2. Undersøgelses- og behandlingsformer for indlagte og ambulante patienter på færøske sygehuse i 1985.

Kilde: Årbog for Færøerne 1986.

Indlæggelser på sygehuse i Danmark

I perioden 1. april-31. december 1985 blev 518 patienter sendt til behandling på danske sygehuse (svarende til et årsgennemsnit på knap 700), Hovedparten blev behandlet på Rigshospitalet. Knap 80% blev sendt fra Landssygehuset i Thorshavn, 3% fra Suderø Sygehus og resten fra Klaksvig Sygehus.

Personalenormeringer

I tabel 3 er givet en oversigt over personalenormeringerne pr. 1. april 1986 på de færøske sygehuse. Af tabellen fremgår, at 80% af det samlede personale i sygehusvæsenet er ansat på Landssygehuset.

	Thorshavn sygehus	Klaksvig Sygehus	Suderø Sygehus	I alt
Overlæger.....	14,0	3,0	2,0	19,0
Yngre læger.....	35,0	4,0	0,0	39,0
Forstanderinder.....	1,0	1,0	1,0	3,0
Afdelingssygeplejersker....	18,0	2,0	2,0	22,0
Sygeplejeassistenter.....	176,0	28,0	15,0	219,0
Sygeplejeelever.....	60,0			60,0
Sygehjælpere, plejere m.v..	74,0	10,0	4,0	88,0
Laboranter, lægesekretæ- rer, terapeuter m.v.	75,0	16,0	11,0	102,0
Andet personale.....	192,5	37,5	34,0	264,0
Personale i alt	645,5	101,5	69,0	816,0

Tabel 3. Personalenormeringer pr. 1. april 1986 ved de færøske sygehuse.
Kilde: Årbog for Færøerne 1986.

KAPITEL 2: PLANLÆGNINGSUDVALG, UDVIKLINGEN SIDEN 1980 OG INTERVIEWRUNDE

Lov om det færøske sygehusvæsen 1976

Lov nr. 621 af 22. december 1976 er grundlaget for styring og udvikling af det færøske sygehusvæsen i de forløbne 12 år og for de aktuelle udviklingsplaner.

Udkast til loven blev udarbejdet af et fællesudvalg nedsat af de daværende tre sygehusbestyrelser på Færøerne i 1972. Dette udvalg afgav betænkning i 1974. Det endelige forslag til lovtekst blev vedtaget i Lagtinget april 1976. I Folketinget gennemførtes kun én beskeden ændring. Det drejede sig alene om beregningsgrundlaget for statens refusion til Landssygehuset efter dets overtagelse af det tidligere psykiatriske statshospital i Thorshavn.

På nogle områder afviger den færøske sygehuslov fra den danske. Indenrigsministeren oplyste under folketingsdebatten, at de afvigelser (§2 og §5, der lader de tre bestående sygehuse bestå som principelt ligeværdige) nøje var gennemdrøftet med de færøske myndigheder og herefter accepteret af ministeriet på baggrund af de særlige forhold på Færøerne.

Strukturen og ledelsen af det færøske sygehusvæsen er således blevet som ønsket fra færøsk side.

Loven indebærer bl.a.:

- at det - som tidligere - er tre selvstændige bestyrelser (i praksis dog med et vist personsammenfald), der forestår sygehusenes ledelse inden for et af landstytret udfærdiget regelsæt (§2)
- at der oprettedes et fælles planlægningsudvalg uden formaliseret politisk, økonomisk eller administrativ kompetence vedrørende den løbende virksomhed på sygehusene (§2)
- at der ved hvert sygehus mindst skal ansættes én kirurgisk og én medicinsk overlæge (§ 2)
- at der kan oprettes specialafdelinger ved alle tre sygehuse (§5, stk.3)

Planlægningsudvalgets betænkning fra 1980

Planlægningsudvalget afgav i 1980 en betænkning om udbygning af sygehusvæsenet på Færøerne frem til 1992.

Der var i planlægningsudvalget uenighed om centrale spørgsmål. I flere nedsatte underudvalg fremkom forslag om ændringer af de nævnte centrale paragraffer i sygehusloven. Det samlede udvalg med undtagelse af et enkelt medlem anbefalede, at loven blev ændret således, at der ikke nødvendigvis skal ansættes en medicinsk overlæge ved de to sygehuse i Klaksvig og på Suderø, idet den medicinske funktion for Færøerne blev foreslået samlet på Landssygehuset. Det øvrige lovgrundlag accepteredes af udvalgets flertal - omend tilsyneladende med nogen tøven vedrørende spørgsmålet om muligheden for udbygning af specialer på lokalsygehuse.

Udvalgets konkrete forslag baseredes alene på den eksisterende lov.

Sundhedsstyrelsen i Danmark tilkendegav ved skrivelse af 8. januar 1982, at man kunne tilslutte sig flertallets betragtninger vedrørende lokalsygehuses funktioner og pegede på, at forudsætningen for, at der kan opretholdes et lægeligt forsvarligt behandlingsniveau på Landssygehuset er, at der sikres Landssygehuset et tilstrækkeligt patientunderlag.

I 1983 nedsatte det færøske landsstyre et politisk udvalg med repræsentanter for alle Lagtingets partier til at behandle spørgsmålet om hvilke synspunkter, der skal lægges til grund for udbygning af sygehusvæsenet.

Udvalget afgav i 1984 betænkning med følgende konklusion (citater):

"Der er i udvalget enighed om, at en vis udbygning af det færøske sygehusvæsen bør foregå for at kunne opretholde det nuværende stade. Det foreslås således, at der foretages nødvendige forbedringer for at bibeholde service-niveauet. Udvalgets konklusion i denne sag er, at omtalte forbedringer skal fremmes, og at spørgsmålet om centralisering kontra decentralisering af det færøske sygehusvæsen således ikke behøver at optage en større plads i debatten.

Udvalget anser det for at være af største betydning, at der udarbejdes en finanslov, hvor der sættes rammer for, hvor store beløb det er muligt at anvende til det færøske sygehus- og sundhedsvæsen i de kommende år. Ligeledes anses det for meget betydningsfuldt at få afgjort, hvorledes sygehusvæsenet skal indgå i sundhedsvæsenet. En samlet plan bør derfor udarbejdes. Udvalget er af den opfattelse, at udvalgsarbejdet bør fortsætte under det nye landsstyre. Materiale fra dette udvalg kan således anvendes som grundlag for det fortsatte arbejde i det nye udvalg".

Planlægningsudvalgets betænkning fra 1980 indeholder i kapitel 5 en række anbefalinger og forslag, hvoraf nogle er fulgt, andre ikke. De væsentligste forslag og den senere udvikling gennemgås kort i det følgende.

Intern medicin

Planlægningsudvalgets anbefalinger: Af hensyn til økonomien (herunder apparaturanskaffelse), faglig udvikling og løbende uddannelse af personale frarådedes oprettelse af medicinske overlægestillinger ved de to lokalsygehuse i Klaksvig og på Suderø. Man anbefalede, at den medicinske specialiserede sygdomsbehandling samledes på Landssygehuset, mens akutte og mindre specialiserede funktioner (der ikke er nærmere specificerede) fortsat øjensynligt tænktes varetaget af lokalsygehuse under daglig supervision af kirurgisk overlæge, men med en udvidet medicinsk konsulenttjeneste fra Landssygehuset.

Udvalget foreslog iøvrigt, at optageområdet for Klaksvig Sygehus skulle revurderes og formentlig reduceres til alene at omfatte Nordøerne.

Udviklingen siden 1980: På Klaksvig Sygehus er der besat en stilling som medicinsk overlæge med en speciallæge i intern medicin samt i grenspecialet rheumatologi.

Om- og udbygning af sygehuset i Klaksvig er sat i værk og omfatter bla. en udvidelse og modernisering af fysioterapi m.m., således at sygehuset kommer til at råde over en tidssvarende fysiurgisk klinik med kapacitet til behandling af såvel indlagte som ambulante patienter under lægelig ledelse af den medicinske overlæge.

Den medicinske overlæge varetager endvidere den daglige ledelse af sygehusets laboratorium, herunder mikrobiologiske undersøgelser og blodbankvirksomhed. Laboratoriet er teknisk veludstyret og kan varetage alle relevante rutinemæssige undersøgelser.

Den medicinske funktion på Klaksvig Sygehus dækker Nordøerne, mens patienter fra Andefjord, Fuglefjord, Gøta og Leirvik også betjenes af Landssygehuset.

På Suderø Sygehus er ikke oprettet en medicinsk overlægestilling. Dette synes accepteret af den lokale sygehusbestyrelse, personalet på sygehuset og de centrale politiske instanser. På baggrund af bygningsmæssige forhold skønnes større behov for ansættelse af yderligere en kirurgisk overlæge samt en fortsat velfungerende medicinsk konsulentfunktion fra Landssygehuset.

Ortopædkirurgi

Planlægningsudvalgets anbefalinger: Planlægningsudvalget erklærede sig indforstået med, at ortopædkirurgisk behandling for hele landet "indtil videre foretages af overlægen på Klaksvig Sygehus" med udvidet konsulentfunktion på Landssygehuset. Man understregede, at der ikke burde investeres i store og uflyttelige anlæg i Klaksvig, specielt ikke i en ny operationsstue med overtryksventilation, mens der til gengæld ikke skulle ansættes en ortopædkirurg ved Landssygehuset.

Udviklingen siden 1980: En stor del af Færøernes funktioner på det ortopædkirurgiske område udføres på Klaksvig Sygehus uanset patienternes bopælskommune i landet.

Kun i Klaksvig udføres knæoperationer gennem arthroskop, hvilket er en mere skånsom teknik end tidligere anvendte. Arthroskopiteknikken er indført i Klaksvig i et lokalt organiseret samarbejde med speciallæge fra Sverige ansat på konsulentbasis.

Derimod har man ikke hidtil (ultimo 1987) i Klaksvig gennemført isættelse af kunstige led bl.a. på grund af utilstrækkelige operationsstueforhold.

På Klaksvig Sygehus er nu opført operationsstue med overtryksventilation beregnet til større ortopædkirurgiske behandlinger, og der er oprettet yderligere en stilling som ortopædkirurgisk overlæge samt påbegyndt ledkirurgi. Hjelpepersonalet i Klaksvig har betydelig rutine med hensyn til ortopædkirurgiske indgreb og efterbehandlingen heraf.

Den ortopædkirurgiske konsulentfunktion på Landssygehuset udøvet af overlægen på Klaksvig Sygehus bestod indtil 1983 dels i ugentlig konsultation på Landssygehuset samt akutte tilkald i særlige situationer. Den regelmæssige konsulentfunktion på Landssygehuset ophørte i 1983. Der synes ikke at være henvist patienter til konsulenten, eller ihvertfald ikke de rigtige ortopædkirurgiske patienter.

På Landssygehuset er der gennem flere år udført en række højt specialiserede ikke-akutte ortopædkirurgiske operationer: Udskiftning af hofte- og knæled samt enkelte diskusprolapsoperationer af en speciallæge fra Sverige ansat ved Landssygehuset på konsulentbasis i sommermånederne.

Fra 1988 er besat en stilling som ortopædkirurgisk overlæge ved Landssygehuset. En væsentlig del af baggrunden herfor er et ønske om forbedring af Landssygehusets akutte ortopædkirurgiske service (traumatologien).

På Landssygehuset er der stadig ikke en operationsstue med overtryk eller laminar airflow.

Øvrige kliniske specialer

Planlægningsudvalgets anbefalinger:

- Oprettelse af en egentlig børneafdeling ved Landssygehuset, dels for at samle denne patientgruppe, dels for at skaffe mulighed for at isolere patienter samt tage sig af spæde med komplikationer i tilslutning til fødsel. Det var endvidere målet at reducere behovet for at sende børn til behandling på sygehuse i Danmark med ca. 50 pr. år.
- Oprettelse af en selvstændig neurologisk afdeling ved Landssygehuset blev foreslået af underudvalget vedrørende de psykiatriske funktioner. Det samlede planlægningsudvalg tog ikke endelig stilling til dette spørgsmål.
- Styrkelse af den langtidsmedicinske funktion ved Landssygehuset med en sengekapa- citet på 25-30 samt bedre koordination af denne behandling med inddragelse af fysiurgisk (rheumatologisk) konsulent og sikring af, at færdigbehandlede pleje- patienter ikke skal opbevares i sygehusregie. Der er ikke i det konkluderende kapitel 5 i planlægningsudvalgets betænkning taget særskilt stilling til læge- lige rheumatologiske funktioner. Med hensyn til oprettelse af langtidsbehand- lingsafdeling blev dette spørgsmål udskudt til senere analyse afhængig af de endelige udbygningsplaner for plejehjem. Der blev heller ikke taget endelig stilling til forslag om udbygning af ergo- og fysioterapi.
- Anæstesiaafdelingen på Landssygehuset anbefalede opnormeret med en overlæge samt formentlig senere en tredje, bl.a. af hensyn af konsulentfunktioner på lo- kalsygehusene.

Udviklingen siden 1980:

- Der er ansat en overlæge i pædiatri (børnesygdomme), der benytter senge og per- sonale fra den medicinske afdeling samt udfører selvstændig ambulant virksom- hed.
- En del børns besøg på Rigshospitalet er afløst af konsulentbesøg i Thorshavn af en overlæge fra Rigshospitalet, der er specialist i behandling af spastisk lammelse.
- Neurologisk specialfunktion udøves fortsat af den ene af de psykiatriske over- læger, der tillige er speciallæge i neurologi.

- Plejehjemsudbygningen er endnu ikke tilfredsstillende, men yderligere udbygning er planlagt.
- Den tidligere fysiurgiske konsulentstilling ved Landssygehuset er ændret til en overlægestilling i forbindelse med medicinsk afdeling. Den fysiurgiske overlæge råder ikke over selvstændige sengepladser og har ikke ledelsen af sygehusets fysio- og ergoterapi. I forhold til disse funktioner ligner overlægens kompetence nærmest konsulentens, stort set på linie med de øvrige medicinske og de kirurgiske overlæger, der har selvstændig adgang til at ordinere behandlinger. Den fysiurgiske overlæge har ikke formelt en central visiterende og koordinerende rolle. Der er ikke oprettet en langtidsbehandlingsafdeling.
- Anæstesiaafdelingen er opnormeret med en overlæge. Afdelingen har betydelige pladsproblemer, bl.a. benyttes opvågningsstuen samtidig som gastroskopolokale til kikkertundersøgelser i maven.

Fællesfunktioner ved Landssygehuset

Planlægningsudvalgets anbefalinger:

- Bygning af nye lokaler til ambulatorier (bl.a. lungeklinik og svangreambulatorium), fysio- og ergoterapi, en hotelfunktion for ambulante patienter samt bygning af plejehjem.
- Udvidelse af røntgenafdelingen bl.a. med henblik på gennemførelse af ultralydundersøgelser og isotopundersøgelser. Derimod frarådedes investering i en CT-scanner (computerstyret røntgenapparat). Underudvalget vedrørende centrale funktioner på Landssygehuset forudså dog på længere sigt behov for en sådan scanner. Endvidere anbefaledes udbygning af muligheden for skopier (kikkertundersøgelser) med gennemlysning udført i røntgenafdelingen. Anbefalingerne forudsatte uændret fordeling af opgaverne mellem Landssygehuset og lokalsygehuse-
ne. Den røntgenterapeutiske funktion (strålebehandling, der skønsmæssigt udgør 5% af afdelingens opgaver) blev ikke omtalt i betænkningens konklusioner.

Udviklingen siden 1980:

- De planlagte til- og ombygninger er i det væsentligste ikke gennemført.
- Røntgenafdelingen er opnormeret med en overlæge. For private midler er anskaffet en CT scanner (hovedscanner), der angives at have tjent sig ind i form af sparede henvisninger til sygehusbehandlinger i Danmark. Pladsudvidelse er ikke gennemført. Opgavefordelingen med lokalsygehuse-
ne er ikke ændret og ikke aktuelt anfægtet. Den beskudte røntgenterapeutiske funktion fungerer fortsat med efterhånden udtjent apparatur.

Modernisering af lokalsygehusene

Planlægningsudvalgets anbefaling: Modernisering af begge lokalsygehuse, men så vidt muligt med begrænsning af sengekapaciteten til 30-35 senge.

Udviklingen siden 1980:

Klaksvig Sygehus ombygges i øjeblikket. Der er opført et moderne plejehjem. Yderligere opføres en moderne fysioterapi med bassin samt etableres en operationsstue med overtryksventilation. Planerne for en efterfølgende etape af udbygningen bringer sengekapaciteten op på 47.

Suderø sygehus er endnu ikke moderniseret.

Interviewrunde

Under vores besigtigelse af de færøske sygehuse i efteråret 1987 gennemførtes en række interviews med ledende personale på sygehusene samt med centralt placerede faglige, politiske og administrative personer i det samlede sundhedsvæsen med det formål at belyse det nuværende sygehusvæsens funktion og kapacitet og at få en vurdering af aktuelle og fremtidige behov, som er væsentlige at få opfyldt som grundlag for et velfungerende sygehusvæsen. I det følgende er i meget kort form sammenfattet de ønsker, forslag og behovsangivelser, som blev fremført, og som kan karakteriseres som mere gennemgående i interviewene.

Det er vores generelle indtryk, at der er betydelig usikkerhed med hensyn til den fremtidige udvikling af det færøske sygehusvæsen, og at der hersker en vis grad af rådvildhed vedrørende målsætning og hensigtsmæssigheden af konkrete tiltag.

Sygehusvæsenet generelt

Ledelse: Det er meget gennemgående, at der savnes en central ledelse af det færøske sygehusvæsen og desuden en samlende ledelse af Landssygehuset. Ønsket om ledelse på landsplan omfatter iværksættelse og koordination af et øget lægeligt samarbejde mellem sygehusene, etablering af klare visitationsregler, koordination af apparaturanskaffelse o.lign. samt koordination og tilrettelæggelse af personaleuddannelsen og samarbejde med det primære sundhedsvæsen og socialsektoren.

For så vidt angår Landssygehuset omfatter ønsket om styrkelse af ledelsen bl.a. områderne personaleledelse, forbrugskontrol, koordinering af patientindkaldelserne med den personalemæssige kapacitet og kapaciteten på sengeafdelinger samt med undersøgelses- og behandlingsafdelingerne.

Uddannelse: Der er ønske om videreuddannelse af underordnede læger frem mod funktion som kommunelæger eller speciallæger og for efteruddannelse af både speciallæger og sygeplejerspersonale. For sidstnævnte gruppe fremhæves behov for efteruddannelse inden for områder af hjerte- og kredsløbssygdomme.

Overlægerne har ofte kunnet benytte sig af orlovsmuligheder med vikardækning til studieophold i udlandet eller af mulighed for tilkaldelse af konsulenter udefra. Disse efteruddannelsesaktiviteter har ikke været underlagt en samlet plan.

Yngre læger efterlyser rotationsordninger samt øget deltagelse i mere specialiserede funktioner på sygehuset af uddannelsesmæssige grunde.

Rekruttering: Der er visse rekrutteringsvanskeligheder for sygeplejersker især med hensyn til vagtbærende funktioner. For læger er rekrutteringsproblemet med hensyn til overlæger størst på lokalsygehusene, mens rekrutteringen af yngre læger vanskeliggøres af manglende anerkendelse af flere af afdelingerne som uddannelsessteder i speciallægeuddannelsen.

Udbygget ambulant funktion: Der er et betydeligt ønske om for- og efterundersøgelser i ambulant regie samt øvrig undersøgelse og behandling såvel ved de enkelte sygehuse som ved udgående aktiviteter. Begrænsende herfor er i høj grad normeringen med kvalificerede læger samt lokaleforholdene. Yderligere savnes koordination af ambulant behandling med speciallægepraksis.

Konsulentordninger: Adskillige afdelinger har forskellige ordninger med Rigshospitalet og andre sygehuse uden for øerne. Der er angivet behov for større konsulentbistand mellem de færøske sygehuse indbyrdes, især til lokalsygehusene.

Lokaleudvidelser: Alle tre sygehuse angiver betydelige udvidelsesbehov. Kun Klaksvig Sygehus synes inden for kortere tid at få disse behov tilfredsstillet.

Koordination med den primære sundhedssektor: Der er ikke fast kontakt eller stabil koordination mellem kommunelægerne og sygehusvæsenet. Henvisningen af patienter følger ikke klare retningslinier. Kommunelægerne får mangelfuld information om afdelingernes behandlingsmuligheder og kapacitet. Sygehusenes ambulante virksomhed samt skadestuevirksomhed er ikke koordineret med kommunelægerne.

Landssygehuset

Kirurgi: Der er stort behov for ansættelse af en ortopædkirurgisk overlæge til

varetagelse af større akutte operationer. Den ortopædkirurgiske konsulentfunktion er utilfredsstillende. Dette rådes der nu bod på ved ansættelse af en ortopædkirurgisk overlæge på kirurgisk afdeling.

En udvidet ambulant kapacitet (for- og efterundersøgelser) er nødvendig for at kunne effektivisere behandlingen. Der er forskellige vurderinger af behovet for at etablere en egentlig åben skadestue, og kirurgisk afdeling vil i samarbejde med kommunelægerne i Thorshavnsområdet arbejde videre med at få afklaret behovet.

Det fremhæves, at der er et godt fungerende samarbejde mellem sygehusets ansvarlige for urologi (kirurgiske urinvejssygdomme), nefrolog (medicinske urinvejssygdomme) samt røntgenafdelingen.

Medicin: Staben af overlæger ønskes udvidet med en neuromedicinsk speciallæge, men der skønnes ikke at være behov for en selvstændig neuromedicinsk afdeling.

Da det bl.a. fra patientside er et stort ønske, at mest mulig cancerbehandling samles på Færøerne i stedet for på Rigshospitalet, er der behov for regelmæssig adgang til onkologisk speciallæge med stråleterapierfaring.

Der er modstridende vurderinger af behovet for ansættelse af en klinisk kemisk speciallæge.

Der skønnes ikke at være brug for en egentlig langtidsmedicinsk afdeling, men en øgning af rehabiliteringskapaciteten som omtalt nedenfor synes væsentlig.

Der er et betydeligt ønske om udbygning af ambulante funktioner både til almen medicinske for- og efterundersøgelser og til kontrol af patienter med kroniske sygdomme eller sygdomme, som kræver specialistviden (specialambulatorier).

En øget ambulant aktivitet vil kunne spare sengedage. Der er stort ønske om forbedrede muligheder for skopier (kikkertundersøgelser).

En stor belastning af afdelingen skyldes terminalt syge og plejepatienter. Løsning forudsætter øgede plejemuligheder uden for sygehuset.

Fysiurgi: Kapaciteten angives at være for lille. Der er både ønske om udvidet ambulant fysioterapi og om fysiurgisk speciallægekonsultation og om flere sengepladser til indlagte patienter til genoptræning efter f.eks. hjerneblødninger

eller ortopædkirurgiske operationer. En hotellignende funktion til brug for nyudskrevne patienter, der efterbehandles ambulant, påpeges som en mulighed. Der er ønske om personaleudvidelse med både fysioterapeuter, men især ergoterapeuter. På længere sigt er der formentlig behov for yderligere et træningsbassin samt en fysiurgisk overlæge mere.

Der savnes afklaring af den lægelige ledelse af fysiurgien. Der er ingen samlet visitation og prioritering af terapierne og ingen samlet vurdering af rehabiliteringsfunktionens kapacitet og faktiske udnyttelse. Endvidere angives et behov for et koordineret samarbejde mellem hjælpemiddelcentral og det personale, der foretager hjemmebesøg med henblik på en hensigtsmæssig vurdering af behov for ændringer i hjemmet hos nyudskrevne patienter.

Gynækologi og obstetrik: Der er et stort ønske om udvidet ambulant virksomhed på sygehuset incl. mulighed for ambulant udførelse af mindre indgreb. På længere sigt ønskes etableret en selvstændig afdeling for gynækologi og obstetrik, samtidig med at der sker en opnormering med speciallæger med gynækologisk og obstetrisk ekspertise. Der er endvidere ønske om øget adgang til operationsstuerne.

En uacceptabel høj spædbørnsdødelighed (en nærmere analyse heraf angives at være på vej) på Færøerne foreslås nedbragt ved en centralt koordineret, men decentralt udført ambulant tidlig undersøgelse af alle gravide ca. i 18. svangerskabsuge bl.a. ved hjælp af ultralydundersøgelser udført af speciallæger og jordemødre. En udbygning af svangreambulatoriet på Landssygehuset og udbygning af muligheden for fertilitetsudredning og -behandling samt yderligere anæstesiologisk bistand i forbindelse med fødsler er påtrængende behov.

Intensiv terapi: Afdelingen modtager allerede nu en meget stor del af komplicerede akutte medicinske og kirurgiske patienter fra hele landet. Med etablering af tunnelforbindelse til Nordøerne vil også patienter derfra tilstrækkelig hurtigt kunne overføres til afdelingen.

Øjensygdomme: Der angives primært at være behov for mere operationstid, men der er også behov for flere sengepladser og øget ambulant kapacitet. Øjenoverlægen deltager i visse plastikkirurgiske operationer på kirurgisk afdeling, fortrinsvis sådanne, som kræver brug af operationsmikroskop.

Anæstesi: Der er ønske om øget lægelig normering dels af hensyn til konsulentfunktionen på lokalsygehuse og dels af hensyn til vagtdækningen på Landssygehuset, således at operative indgreb ved større akut opståede skader ikke så ofte behøver udsættes til næste dag.

Laboratoriet: Betjeningen af den primære sundhedstjeneste (kommunelægerne) beslægtet en stigende del af kapaciteten. Bl.a. er gennemført decentraliseret blodprøveindsamling ved hjælp af bus. Sygehuset er kapacitetsmæssigt trængt.

Røntgen: Afdelingen mener i øjeblikket at have vanskeligt ved plads- og udstyrmæssigt at leve op til nutidigt niveau for billeddiagnostik. Der savnes udvidelse af ultralydfunktionen samt mulighed for isotopundersøgelser. Den privat finansierede CT scanner (hovedscanner) har efter afdelingens vurdering indtjent sig i form af sparet forbrug på Rigshospitalet. Der er yderligere behov for en helkrops CT scanner. Det radioterapeutiske udstyr vil i løbet af få år skulle udskiftes.

Klaksvig Sygehus

Den udbygning, der er igang, og planerne for den videre udbygning opfylder øjensynligt hovedparten af sygehusets ønsker.

Der lægges vægt på, at den ortopædkirurgiske specialfunktion videreføres og videreudvikles med ledkirurgi af hensyn til mulighederne af rekruttering af kvalificerede overlæger. Det påpeges, at der med udbygningen af de fysiurgiske behandlings- og genoptræningsmuligheder skabes et godt grundlag for en samlet funktion på det ortopædkirurgiske og reumatologiske område.

Konsulentbetjeningen indenfor øjen- og øresygdomme samt røntgendiagnostik fra Landssygehuset i Thorshavn er der tilfredshed med. Derimod har en konsulentordning fra Klaksvig Sygehus til Landssygehuset indenfor ortopædkirurgi ikke fungeret, idet der efterhånden ikke var patienter til konsulenten. Den anæstesiologiske service i Klaksvig ønskes forbedret.

Endelig udtrykkes ønske om udvidelse af det nuværende sengeantal på 32, så man igen kommer op på 47 senge, som sygehuset er "normeret" til. Endvidere ønskes der en afklaring af forholdene omkring Fuglefjord m.v., som officielt hører til Klaksvigs optageområde.

Suderø Sygehus

Det nuværende sygehus er bygget af forholdsvis beskedne materialer for mere end 40 år siden, og der ønskes en modernisering af senge og behandlingsafsnit samt etablering af en fysioterapi med træningsbassin.

Yderligere er der ønske om forbedring af plejeforholdene for de ældre samt en udvidelse af mulighederne for ambulant behandling. I prioriteret rækkefølge er ønskerne for udbygning og modernisering: sygehuset, plejehjemmet, og den ambulante funktion.

Der har jævnligt været rekrutteringsproblemer m.h.t. fremskaffelse af kvalificerede overlæger. Først og fremmest ønskes to kirurgiske overlægestillinger besat, mens der ikke er et påtrængende ønske om en medicinsk overlæge.

Sygehuset ønsker om muligt tilført en specialfunktion, hvilket i såfald kunne være urologi.

Der erklæres tilfredshed med de fungerende konsulentordninger indenfor øre- og øjenssygdomme samt røntgendiagnostik og intern medicin.

Samlet indtryk

Trods lagtingsudvalgets konklusion i 1984 har udviklingen af det færøske sygehusvæsen i høj grad været præget af spørgsmålet om centralisering versus decentralisering, der stadig er uafgjort og konfliktfyldt.

Denne konflikt er i høj grad politisk bestemt, og den er til dels cementeret i lov om det færøske sygehusvæsen af 1976, der øjensynligt i sig selv var et kompromis byggende på den daværende politiske magtbalance mere end på faglige vurderinger.

På væsentlige punkter er udviklingen forløbet stik modsat de intentioner et bredt flertal i planlægningsudvalget beskrev i 1980. Disse anbefalinger var til dels uklare og lidet operationelle, hvilket har givet plads for en ukoordineret udvikling.

Den faktiske udvikling har imidlertid konsekvenser for mulighederne for at ændre kurs - i hvert fald på kortere sigt.

Forsøg på at fastlægge fælles retningslinjer for udbygningen af det samlede sygehus- og sundhedsvæsen er endnu ikke lykkedes.

Der er et betydeligt behov for udbygning og modernisering, men endnu mere for revurdering af ledelse og målsætning.

Der sporedes frustration og desillusion hos mange af interviewpersonerne, som følte sig dårligt informerede om sygehusvæsenets faktiske funktion og de reelt besluttende instansers intentioner.

Ønsket om ét funktionsmæssigt samlet sygehusvæsen i stedet for konkurrerende og til dels fjendtlige sygehuse var udbredt, men troen på, at man kan nå en fredelig løsning, der kan accepteres af bl.a. alle tre sygehusbestyrelser var meget lille. Der savnes inspiration og motivation til at indgå i bæredygtige kompromisser.

På den anden side må det fremhæves, at det færøske sygehusvæsen grundlæggende er velfungerende og tilgodeser indbyggernes behov for tidssvarende behandling nær deres bopæl.

Den fortsatte specialisering og grenspecialisering af lægevidenskaben og den medicotekniske udvikling vil imidlertid i stigende grad nødvendiggøre at sygehuse på Færøerne udbygges indenfor rammerne at ét samlet sygehusvæsen, koordineret med den primære sundhedstjeneste og socialvæsenet.

KAPITEL 3: PATIENTSTATISTIK

De foreliggende statistiske oplysninger om udskrivninger, sengedage, sygdomsgrupper og operationer i det færøske sygehusvæsen er enten meget summariske eller er ikke opgjort på en sådan måde, at det er muligt at få overblik over den samlede aktivitet i sygehusvæsenet. Yderligere er det ikke muligt at belyse forbruget af udskrivninger og sengedage i de forskellige dele af landet.

Det blev derfor tidligt i undersøgelsen besluttet at udarbejde en sygehusstatistik for den stationære aktivitet for færøerne efter de retningslinjer, der anvendes i den øvrige nordiske lande. Formålet med udarbejdelsen har været at skabe overblik over aktiviteten ved de forskellige sygehuse, belyse de forskellige geografiske områders forbrug af udskrivninger og sengedage samt at tilvejebringe et grundlag for vurdering af opgavefordelingen mellem sygehuse.

Den udarbejdede sygehusstatistik omfatter kalenderåret 1985, som er valgt, fordi dette år i mindre grad end 1986 har været berørt af indskrænkninger i aktiviteten som følge af ombygninger og midlertidige afdelingslukninger. Statistikken er afgrænset til at omfatte patienter, som er udskrevet fra Klaksvig Sygehus, medicinsk og kirurgisk afdeling ved Landssygehuset i Thorshavn, Suderø Sygehus samt færinger udskrevet fra Rigshospitalet. I statistikken indgår således ikke udskrivninger fra øre- og øjenafdelingerne samt psykiatrisk afdeling i Thorshavn.

Grundlaget for statistikken er oplysninger fra de berørte afdelinger og sygehuse om alle udskrivninger i 1985. Følgende oplysninger er registreret om de enkelte udskrivninger:

- alder og køn
- geografisk bopælsområde
- afdeling og sygehus
- indlæggelsesmåde (akut/ikke akut)
- antal sengedage
- hoveddiagnose
- evt. operationer.

De oplysninger, som er registreret, svarer til kerneindholdet i sygehusstatistikkerne i de øvrige nordiske lande, og bearbejdningen af materialet er foregået efter de retningslinier, som anvendes i nordisk sygehusstatistik. Specielt bemærkes, at der i statistikken er anvendt **sengedage** i stedet for sygedage, det vil sige at det kun er indlæggelsesdagen, men ikke udskrivningsdagen, som medreg-

nes ved udregningen af indlæggelsestid. Det betyder, at antallet af sengedage i denne statistik er mindre, end det fremgår af færøske statistikker, hvor der er regnet i sygedage, men til gengæld er tallene i denne statistik sammenlignelige med de øvrige nordiske landes sygehusstatistik.

I det følgende foretages en gennemgang af de vigtigste resultater af den statistiske opgørelse. Mere omfattende tabelleringer findes i et bilag til rapporten - "Sygehusstatistik for Færøerne 1985" - hvortil henvises for mere detaljerede oplysninger.

Udskrivninger og sengedage fordelt på bopæl og sygehuse

Tabel 1 og 2 viser antal udskrivninger og sengedage fra de enkelte sygehuse og afdelinger fordelt på patienternes geografiske bopæl. I tabel 3 er yderligere vist den gennemsnitlige indlæggelsestid i dage ved de enkelte afdelinger fordelt på patienternes bopæl. "Fuglefjord m.v." omfatter Andefjord, Fuglefjord, Leirvik og Gøta kommuner, medens "Østerø iøvrigt" omfatter den resterende del af Østerø. "Thorshavn m.v." omfatter Thorshavn, Nolsø, Kirkjubøur samt Thorshavn Uttanbiggar. "Nordstrøm" svarer til den øvrige del af Strømø.

	Klaks- vig Sygehus	Thors- havn kir. afd.	Thors- havn med. afd.	Suderø Sygehus	Færøske sgh. ialt	Rigs- hospi- talet	I alt
Norderøerne	877	149	84	1	1111	101	1212
Fuglefjord m.v.	100	320	160	0	580	34	614
Østerø i øvrigt	48	487	265	2	802	73	875
Nordstrøm	17	412	239	1	669	38	707
Thorshavn m.v.	164	1708	782	11	2665	223	2888
Vågø	41	255	155	1	452	31	483
Sandø	27	164	95	2	288	20	308
Suderø	54	137	115	674	980	77	1057
Udland	3	22	11	9	45	0	45
Uoplyst bopæl.....	2	10	10	0	22	0	22
I alt.....	1333	3664	1916	701	7614	597	8211

Tabel 1. Antal udskrivninger fordelt på sygehuse/afdelinger og geografiske bopælsområder.

	Klaks- vig Syge- hus	Thors- havn kir. afd.	Thors- havn med. afd.	Suderø Syge- hus	Færøske sgh. ialt	RH	I alt
Norderøerne	6405	1096	948	9	8458	1213	9671
Fuglefjord m.v.	585	2129	2235	0	4949	455	5404
Østerø i øvrigt	295	3472	3276	17	7060	950	8010
Nordstrømø	68	2728	2849	1	5646	452	6098
Thorshavn m.v.	1161	10416	7804	32	19413	2726	22139
Vågå	250	1722	2638	2	4612	338	4950
Sandø	202	1289	1659	9	3159	211	3370
Suderø	360	961	1361	6704	9386	979	10365
Udland	23	121	39	45	228	0	228
Uoplyst bopæl.....	14	59	47	0	120	0	120
I alt	9363	23993	22856	6819	63031	7324	70355

Tabel 2. Antal sengedage fordelt på sygehuse/afdelinger og geografiske bopælsområder.

	Klaks- vig Syge- hus	Thors- havn kir. afd.	Thors- havn med. afd.	Suderø Syge- hus	Færøske sgh. i alt	Rigs- hospi- talet	I alt
Norderøerne	7,3	7,4	11,3	9,0	7,6	12,0	8,0
Fuglefjord m.v.	5,9	6,7	14,0	-	8,5	13,4	8,8
Østerø i øvrigt	6,1	7,1	12,4	8,5	8,8	13,0	9,2
Nordstrømø	4,0	6,6	11,9	1,0	8,4	11,9	8,6
Thorshavn m.v.	7,1	6,1	10,0	2,9	7,3	12,2	7,7
Vågå	6,1	6,8	17,0	2,0	10,2	10,9	10,2
Sandø	7,5	7,9	17,5	4,5	11,0	10,6	10,9
Suderø	6,7	7,0	11,8	9,9	9,6	12,7	9,8
Udland	7,7	5,5	3,5	5,0	5,1	-	5,1
I alt.....	7,0	6,6	12,0	9,7	8,3	12,3	8,6

Tabel 3. Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage fordelt på sygehuse/afdelinger og geografiske bopælsområder.

I tabel 4 og 5 er vist den procentuelle fordeling af henholdsvis udskrivinger og sengedage fra de forskellige geografiske bopælsområder fordelt på de enkelte sygehuse.

Af tabellerne fremgår, at Landssygehuset i Thorshavn varetager 67% af al sygehusbehandling målt i udskrivinger indenfor medicin og kirurgi af færinger. Klaksvig Sygehus varetager 16% og Suderø Sygehus 9%, mens de resterende 7% behandles på

	Klaks- vig Sygehus	Thorshavn Sygehus	Suderø Sygehus	Færøske sgh. ialt	Rigs- hospi- talet	I alt
Norderøerne	72,4	19,2	0,1	91,7	8,3	100,0
Fuglefjord m.v.	16,3	78,2	0,0	94,5	5,5	100,0
Østerø i øvrigt	5,5	86,0	0,2	91,7	8,3	100,0
Nordstrømø	2,4	92,1	0,1	94,6	5,4	100,0
Thorshavn m.v.	5,7	86,2	0,4	92,3	7,7	100,0
Vågø	8,5	84,9	0,2	93,6	6,4	100,0
Sandø	8,8	84,1	0,6	93,5	6,5	100,0
Suderø	5,1	23,8	63,8	92,7	7,3	100,0
Udland	6,7	73,3	20,0	100,0	0,0	100,0
Ialt	16,3	67,8	8,6	92,7	7,3	100,0

Tabel 4. Forbruget af udskrivelser fra de geografiske bopælsområder procentvis fordelt på sygehusene.

	Klaks- vig Sygehus	Thorshavn Sygehus	Suderø Sygehus	Færøske sgh. ialt	Rigs- hospi- talet	I alt
Norderøerne	66,2	21,2	0,1	87,5	12,5	100,0
Fuglefjord m.v.	10,8	80,8	0,0	91,6	8,4	100,0
Østerø i øvrigt	3,7	84,2	0,2	88,1	11,9	100,0
Nordstrømø	1,1	91,5	0,0	92,6	7,4	100,0
Thorshavn m.v.	5,2	82,4	0,1	87,7	12,3	100,0
Vågø	5,1	88,1	0,0	93,2	6,8	100,0
Sandø	6,0	87,4	0,3	93,7	6,3	100,0
Suderø	3,5	22,4	64,7	90,6	9,4	100,0
Udland	10,1	70,2	19,7	100,0	0,0	100,0
Ialt	13,3	66,6	9,7	89,6	10,4	100,0

Tabel 5. Forbruget af sengedage fra de geografiske bopælsområder procentvis fordelt på sygehusene.

Rigshospitalet. Målt i sengedage er fordelingen omtrent den samme, dog er andelen af sengedage ved Klaksvig Sygehus noget lavere (13%), og andelen ved Rigshospitalet tilsvarende større (10%).

Målt i udskrivelser behandles 64% af patienterne på Suderø på Suderø Sygehus, 72% af patienterne på Norderøerne på Klaksvig Sygehus og 87% af patienterne fra Vågø, Sandø, Strømø og Østerø i øvrigt på Landssygehuset i Thorshavn. 16% af patienterne fra Fuglefjord m.v. behandles på Klaksvig Sygehus, mens 78% behandles på Landssygehuset i Thorshavn. Målt i sengedage er fordelingen omtrent den samme, idet andelen af sengedage fra Norderøerne og Fuglegjord m.v. på Klaksvig Sygehus

dog er lavere end andelen af udskrivninger. Målt i sengedage varetager Landssygehuset i Thorshavn 8 ud af 9 sengedage for patienter fra Fuglefjord m.v., som behandles på Færøerne.

Det samlede forbrug af sygehusbehandling ved Rigshospitalet svarer til 7% af udskrivningerne og 10% af sengedagene. Fordelt på geografiske bopælsområder ses forbruget af udskrivninger at variere mellem 5 og 8% med det største forbrug fra Norderøerne og det laveste forbrug fra Nordstrømø. Målt i sengedage varierer forbruget fra 6-13% med Norderøerne som det højeste og Sandø som det laveste.

Suderø Sygehus har udelukkende lokal sygehusfunktion overfor patienter fra Suderø.

Klaksvig Sygehus har overvejende funktion som lokalsygehus overfor patienter fra Norderøerne, men har i tillæg hertil en landsdækkende funktion indenfor det ortopædkirurgiske område, som svarer til ca. 5% af det samlede antal udskrivninger og ca. 3-4% af det samlede antal sengedage på Færøerne.

En nærmere analyse af patientindlæggelser fra Fuglefjords-området på Klaksvig Sygehus viser, at 2/3 af patienterne er patienter med sygdomme indenfor bevægelsessystemet eller sygdomme, som er forårsaget af ulykker. De indlæggelser, som overføres til Klaksvig fra Fuglefjord m.v. er således hovedsagelig begrundet i Klaksvigs funktion på det ortopædkirurgiske (og rheumatologiske) område.

Landssygehuset i Thorshavn har både en lokalfunktion overfor Thorshavns optageområde og en landsfunktion for Færøerne, som svarer til ca. 20% af det samlede antal udskrivninger og sengedage i de geografiske områder uden for Thorshavns optageområde.

I tabel 6 er vist en oversigt over udskrivninger og sengedage ved de forskellige sygehuse og afdelinger fordelt på akut og ikke akut indlæggelsesmåde. Knap 1/3 af det samlede antal indlæggelser på færøske sygehuse foregår akut og 2/3 ikke akut.

	Klaks- vig Sygehus %	Thors- havn kir. afd. %	Thors- havn med. afd. %	Suderø Sygehus %	Færøske sgh. %	Rigs- hospi- talet %
Udskrivninger						
akut	28,7	25,5	46,7	31,0	31,8	21,7
ikke akut	72,8	74,5	53,3	69,0	68,2	78,3
Sengedage						
akut	34,3	25,8	41,1	29,8	33,0	24,4
ikke akut	65,7	74,2	58,9	70,2	67,0	75,6

Tabel 6. Udskrivninger og sengedage fordelt på akut og ikke akut indlæggelsesmåde.

Sygehusforbruget pr. 100 indbyggere

I tabel 7 er vist en oversigt over forbruget af udskrivninger og sengedage pr. 100 indbyggere i de enkelte geografiske bopælsområder. I tabellen er vist både forbruget pr. 100 indbyggere på færøske sygehuse og forbruget pr. 100 indbyggere på færøske sygehuse samt på Rigshospitalet.

Det samlede forbrug af udskrivninger pr. 100 indbyggere andrager ca. 17 udskrivninger på færøske sygehuse og 18 udskrivninger, når forbruget på Rigshospitalet medregnes. Målt i sengedage er forbruget henholdsvis 137 sengedage pr. 100 indbyggere på færøske sygehuse og 153 sengedage pr. 100 indbyggere, når Rigshospitalet medregnes.

	Udskrivninger pr. 100 indb.		Sengedage pr. 100 indb.	
	Færøske sygehuse	Færøske sgh. + RH	Færøske sygehuse	Færøske sgh. + RH
Norderøerne	18,7	20,5	142,7	163,2
Fuglefjord m.v.	16,3	17,2	138,9	151,6
Østerø iøvrigt	12,3	13,4	108,1	122,7
Nordstrømø	18,5	19,5	156,1	168,6
Thorshavn m.v.	17,2	18,6	125,0	142,6
Vågø	15,4	16,4	156,7	168,1
Sandø	16,5	17,7	181,3	193,5
Suderø	16,7	18,0	160,2	176,9
I alt	16,6	17,9	137,4	153,4

Tabel 7. Forbruget af udskrivninger og sengedage pr. 100 indbyggere fra de enkelte geografiske bopælsområder fordelt på henholdsvis færøske sygehuse og færøske sygehuse samt Rigshospitalet.

	Sengedage pr. 100 indb. på Færøske sygehuse	Andel indbyggere 65+ år %	Andel sengedage 65+ år %	Gennemsn. liggetid 65+ år dage
Nordøerne	142,7	10,5	34,8	13,2
Fuglefjord m.v.	138,9	11,4	31,9	13,2
Østerø i øvrigt	108,1	11,3	31,2	15,8
Nordstrømø	156,1	11,9	36,5	14,4
Thorshavn m.v.	125,0	9,0	27,4	12,0
Vågø	156,7	13,9	39,4	17,9
Sandø	181,3	14,0	47,6	16,5
Suderø	160,2	15,2	44,7	16,7
I alt	137,4	11,4	34,3	14,2

Tabel 8. Sengedage pr. 100 indbyggere på færøske sygehuse samt andel indbyggere, andel af sengedage og gennemsnitlig indlæggelsestid for 65+ årige i de enkelte bopælsområder.

Antallet af udskrivninger og sengedage pr. 100 indbyggere varierer en del mellem de forskellige geografiske områder. Dette kan til dels forklares ud fra forskelle i befolkningssammensætningen i de forskellige geografiske områder, idet andelen af ældre over 65 år spiller en betydelig rolle for forbruget af udskrivninger og sengedage. Det højeste forbrug af sengedage findes således i de områder, som har den forholdsvis største andel ældre - Vågø, Sandø og Suderø. I tabel 8 er vist en sammenstilling af andelen af ældre over 65 år i de forskellige geografiske områder, andelen af sengedage fra de for de forskellige områder, som forbruges af ældre, samt den gennemsnitlige indlæggelsestid for ældre. Den større andel af ældre indbyggere på Vågø, Sandø og Suderø end på Færøerne iøvrigt ses tydeligt i sengedagsforbruget, men en del af merforbruget fra Vågø, Sandø og Suderø skyldes også, at indlæggelsestiderne for de ældre er forholdsvis længere end andre steder. Forklaringen kan være transportafstande til f.eks. Sandø og Vågø, som gør det nødvendigt at holde patienterne længere på sygehus, men forklaringen kan også være, at der mangler foranstaltninger af plejemæssig art for de ældre i lokalsamfundene.

Det bemærkes, at det beregnede forbrug af udskrivninger og sengedage pr. 100 indbyggere for nogle af de geografiske områder bygger på forholdsvis små absolutte tal. Ideelt set bør man for disse områders vedkommende have flere års tal til rådighed for at kunne bedømme, om der er tale om en sikker afvigelse fra det færøske gennemsnit eller en afvigelse af mere tilfældig karakter i et enkelt kalenderår.

		Klaks- vig Syge- hus	Thors- havn kir. afd.	Thors- havn med afd.	Suderø Syge- hus	Rigs- hos- pitalet	I alt
I.	Infektionssygdomme og parasitære sygdomme.....	88	35	85	11	4	223
II.	Svulster.....	75	202	195	33	129	634
III.	Endokrine sygdomme, ernæringssygdomme og stofskiftesygdomme.....	22	7	102	20	15	166
IV.	Sygdomme i blod og bloddannende organer.....	4	8	25	2	5	44
V.	Psykiske lidelser m.v.	10	5	43	8		66
VI.	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	24	62	107	14	46	253
VII.	Sygdomme i kredsløbsorganer.....	128	145	434	93	70	870
VIII.	Sygdomme i åndedrætsorganer.....	25	14	190	20	6	255
IX.	Sygdomme i fordøjelsesorganer....	61	286	145	75	19	586
X.	Sygdomme i urin- og kønsorganer..	60	473	45	57	18	653
XI.	Sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselseng.....	79	755	1	99	3	937
XII.	Sygdomme i hud og underhud.....	22	45	31	9	8	115
XIII.	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv.....	222	119	171	40	69	621
XIV.	Medfødte misdannelser.....	18	29	16	6	40	109
XV.	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden og død som følge heraf.....	3	2	1	1	1	8
XVI.	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande.....	86	199	229	35	48	597
XVII.	Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse	246	440	83	80	41	890
00	Undersøgelser, fødsler m.v.	160	838	13	98	75	1184
I alt		1333	3664	1916	701	597	8211

Tabel 9. Antal udskrivelser fordelt på 17 sygdomsgrupper og afdelinger/sygehuse.

Sygdomsgrupper og operationer

I tabel 9 og 10 er vist en oversigt over antal udskrivelser og sengedage ved de forskellige sygehuse og afdelinger fordelt på 17 hoveddiagnosegrupper. Målt i både udskrivelser og sengedage er de tungeste sygdomsgrupper sygdomme i kredsløbsorganer, sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselseng, sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv, følger af ulykker samt svulster. Forbruget på Rigshospitalet er - målt i sengedage - størst indenfor grupperne svulster, sygdomme i kredsløbsorganer, sygdomme i knogler og bevægelsessystem og bindevæv samt sygdomme i nervesystem og sanseorganer.

		Klaks- vig Syge- hus	Thors- havn kir. afd.	Thors- havn med. afd.	Suderø Syge- hus	Rigs- hos- pitalet	I alt
I.	Infektionssygdomme og parasitære sygdomme.....	435	188	971	44	222	1860
II.	Svulster.....	554	1567	1538	446	1571	5676
III.	Endokrine sygdomme, ernæringssygdomme og stofskiftesygdomme.....	182	98	1189	266	153	1888
IV.	Sygdomme i blod og bloddannende organer.....	21	52	216	30	95	414
V.	Psykiske lidelser m.v.	22	18	304	50		394
VI.	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer.....	144	531	1227	279	594	2775
VII.	Sygdomme i kredsløbsorganer.....	1661	849	7110	1285	1050	11955
VIII.	Sygdomme i åndedrætsorganer.....	179	53	1820	251	57	2360
IX.	Sygdomme i fordøjelsesorganer.....	336	2081	1613	672	267	4969
X.	Sygdomme i urin- og kønsorganer..	254	2691	503	399	189	4036
XI.	Sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselseng.....	435	5289	3	542	13	6282
XII.	Sygdomme i hud og underhud.....	78	358	491	199	166	1292
XIII.	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv.....	1573	988	3146	704	1008	7419
XIV.	Medfødte misdannelser.....	132	180	131	163	407	1013
XV.	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden og død som følge heraf.....	7	30	17	1	47	102
XVI.	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande.....	423	924	2010	169	207	3733
XVII.	Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse	1848	3150	444	812	465	6719
00	Undersøgelser, fødsler m.v.	1079	4946	123	507	813	7468
I alt		9363	23993	22856	6819	7324	70355

Tabel 10. Antal sengedage fordelt på 17 sygdomsgrupper og afdelinger/sygehuse.

i tabel 11, 12 og 13 er vist en oversigt over antallet af operationer ved de forskellige sygehuse. Af tabel 11 fremgår, at der i alt er registreret ca. 2400 udskrivninger med operation på færøske sygehuse, og yderligere er der registreret ca. 200 udskrivninger fra Rigshospitalet med operation. Under de enkelte operationer kan der være udført flere forskellige typer af indgreb, f.eks. kan livmoderen være fjernet samtidig med, at æggestokkene er fjernet. Derfor er antallet af indgreb (operationskoder) større end antallet af udskrivninger med operation. Af tabel 11 fremgår, at antallet af registrerede operationskoder er ca. 1/3 større end antallet af udskrivninger med operation.

	Antal udskrivnin- ger med operation	Antal operations- koder
Klaksvig Sygehus	411	507
Thorshavn kir. afd	1801	2403
Suderø Sygehus	192	209
Færøske sygehuse i alt	2404	3119
Rigshospitalet	199	321
I alt	2603	3440

Tabel 11. Antal udskrivninger med operation og antal operationskoder fordelt på afdelinger/sygehuse.

I tabel 12 er vist antallet af udskrivninger med operation fordelt efter type af indgreb ved de enkelte afdelinger/sygehuse. I tabel 12 er alene medtaget først anførte operationskode for hver udskrivning, mens der i tabel 13 er medtaget samtlige registrerede operationskoder.

	Klaksvig Sygehus	Thorshavn kir.afd.	Suderø Sygehus	Rigshos- pitalet	I alt
Mavetarmkanal	2	48	3	1	54
Brystkirtel	37	367	44	16	464
Urinveje og mandlige kønsorga- ner m.v.	12	121	16	9	158
Kvindelige kønsorganer	28	463	48	2	541
Indgreb ved fødsler	8	424	15	3	450
Muskler og skelet	277	201	28	62	568
Perifere blodkar m.v.	14	92	10	10	126
Hud, underhud m.v.	21	68	15	7	111
Øvrige operationer	12	17	13	89	131
I alt	411	1801	192	199	2609

Tabel 12. Antal udskrivninger med operation fordelt efter førstangførte type af indgreb (operationskode) ved de enkelte afdelinger/sygehuse.

Af tabellerne fremgår, at langt den største del af den operative aktivitet på Færøerne foregår ved Landssygehuset i Thorshavn. Suderø Sygehus og Klaksvig Sygehus har en operationsfordeling, som meget svarer til almen kirurgiske funktioner, men Klaksvig Sygehus har i tillæg til de almen kirurgiske indgreb en betydelig specialfunktion indenfor de ortopædkirurgiske indgreb.

	Klaksvig Sygehus	Thorshavn kir.afd.	Suderø Sygehus	Rigshos- pitalet	I alt
Brystkirtel	2	51	3	1	57
Mavetarmkanal	52	485	51	27	615
Urinveje og mandlige kønsorganer m.v.	14	205	19	22	260
Kvindelige kønsorganer	35	708	53	8	804
Indgreb ved fødsler	9	445	15	3	472
Muskler og skelet	341	263	29	80	713
Perifere blodkar m.v.	15	115	10	15	255
Hud, underhud m.v.	28	106	15	23	172
Øvrige operationer	12	25	14	142	193
I alt	507	2403	209	321	3441

Tabel 13: Antal operationskoder fordelt efter type af indgreb ved de enkelte afdelinger/sygehuse.

Ortopædkirurgi og urologi

I tabel 14 og 15 er den ortopædkirurgiske funktion nærmere analyseret. Af tabel 14 fremgår, at der ved Klaksvig Sygehus er registreret 468 udskrivninger

	Klaksvig Sygehus	Thors. kir. afd.	Thors. med. afd.	Suderø Sygehus	Rigshos- pitalet
Sgd. i knogler og bevægelsessystem	akut 14	23	28	4	54
	ikke akut 208	96	143	36	16
Ulykker, forgift- ninger m.v.	akut 57	342	65	64	21
	ikke akut 189	98	18	16	20
I alt	akut 71	365	93	68	75
	ikke akut 397	194	161	52	36

Tabel 14. Udskrivninger i grupperne "sygdomme i bevægelsessystemet" og "ulykker m.v." fordelt på afdelinger/sygehuse.

indenfor sygdomsgrupperne sygdomme i knogler og bevægelsessystem samt ulykker m.v. Det tilsvarende fra kirurgisk afdeling i Thorshavn er 559 udskrivninger. Det fremgår af tabellen, at den helt overvejende del af indlæggelserne i Klaksvig

indenfor de anførte sygdomsgrupper er sket ikke akut, mens 2/3 af indlæggelserne i Thorshavn er sket akut. Målt i antal udskrivninger er den ortopædkirurgiske funktion næsten lige stor ved de to sygehuse.

I tabel 15 er vist en oversigt over de ortopædkirurgiske operationskoder fordelt efter type af indgreb ved de enkelte afdelinger/sygehuse. Svarende til fordelingen af de akutte og ikke akutte indlæggelser på Klaksvig Sygehus og Thorshavns kirurgiske afdeling ses den forholdsvis største aktivitet indenfor behandling af knoglebrud at foregå i Thorshavn. Yderligere fremgår det, at en række ikke akutte ortopædkirurgiske indgreb som f.eks. amputationer og hofte- og knæudskiftninger er foregået i Thorshavn. I Klaksvig er der en betydelig ortopædkirurgisk funktion indenfor en række ikke akutte ortopædkirurgiske indgreb som f.eks. kikkertundersøgelser i knæ, meniskoperationer, senesutur (sammensyning af sener) og en række andre ikke akutte ortopædkirurgiske indgreb. Diskusprolapsoperationer er i 1985 alle udført på Rigshospitalet.

	Antal opera- tions- koder i alt	Heraf opereret ved:			
		Klaks- vig Sygehus	Thors- havn kir.afd.	Suderø Sygehus	Rigs- hospi- talet
Osteosyntese (op. for knoglebrud) ..	71	28	35	6	2
Åben og lukket behandling af knogle- brud	79	15	52	11	1
Diskusprolaps	14	0	0	0	14
Menisk	31	28	3	0	0
Sammensyning af sener	38	16	8	2	12
Amputation	15	3	10	0	2
Hallux valgus (op. på storetå)	16	12	4	0	0
Fjernelse af osteosyntesemateriale .	59	29	28	0	2
Kikkertundersøgelse i knæ	103	103	0	0	0
Hofteudskiftning	29	0	22	0	7
Knæudskiftning	8	0	8	0	0
Øvrige operationskoder	250	107	93	10	40
I alt.....	713	341	263	29	80

Tabel 15. Ortopædkirurgiske operationskoder fordelt efter type af indgreb ved de enkelte afdelinger/sygehuse.

I tabel 16 er vist en oversigt over operationenskoder indenfor kirurgiske urinvejssygdomme (urologi). Tabellen viser, at den helt overvejende del af urologien er koncentreret på kirurgisk afdeling i Thorshavn, mens de urologiske funktioner ved både Klaksvig og Suderø sygehuse er en del af de almen kirurgiske funktioner.

	Antal opera- tions- koder i alt	Heraf opereret ved:			
		Klaks- vig Sygehus	Thors- havn kir.afd.	Suderø sygehus	Rigs- hospi- talet
Nyrer	34	0	30	0	4
Blære m. v.	58	1	41	3	13
Urinrør	44	0	41	0	3
Blærehalskirtel	39	0	31	7	1
Vandbrok, testikler m.v.	85	13	62	9	1
I alt	260	14	205	19	22

Tabel 16: Operationskoder inden for urologi fordelt på afdelinger/sygehuse.

Samlet indtryk

Landssygehuset i Thorshavn fungerer som lokalsygehus for Vågø, Sandø, Strømø og Østerø, incl. det omdiskuterede optageområde Fuglefjord, Leirvik m.v. Derudover har Landssygehuset landsfunktioner for Suderø og Norderøerne svarende til ca. 20% af sygehusforbruget i disse områder. Suderø og Klaksvig sygehuse har lokalfunktioner overfor befolkningen på henholdsvis Suderø og Norderøerne svarende 2/3 af disse områders samlede sygehusforbrug. Derudover har Klaksvig Sygehus en landsdækkende funktion indenfor det ortopædkirurgiske område svarende til 3-5% af det samlede sygehusforbrug på Færøerne.

Den overordnede opgavefordeling og optageområdernes fordeling på sygehuse synes således i praksis klar nok.

Den ortopædkirurgiske funktion på Færøerne er delt mellem Klaksvig Sygehus og kirurgisk afdeling i Thorshavn. Hovedvægten i Klaksvig ligger på ikke akutte ortopædkirurgiske indgreb, mens hovedvægten i Thorshavn ligger på akutte. Urologiske indgreb finder helt overvejende sted i Thorshavn.

Forbruget pr. 100 indbyggere på færøske sygehuse og Rigshospitalet udgør 17,9 udskrivelser og 153,4 sengedage. Til sammenligning kan anføres, at de tilsvarende tal i Danmark er 19,4 udskrivelser pr. 100 indbyggere og 151,0 sengedage. Heri indgår dog også sygehusforbruget på øre- og øjenområdet, hvilket skønsmæssigt gør de danske tal ca. 1 udskrivning og ca. 5 sengedage højere end de færøske tal. På Bornholm, der har 47.000 indbyggere, udgør sygehusforbruget 20,2 udskrivelser og 153,4 sengedage pr. 100 indbyggere.

Sygehusforbruget på Færøerne ligger således på niveau med det danske sygehusforbrug, men det danske sygehusvæsen "tynges" af en væsentligt større andel ældre end det færøske sygehusvæsen. Andelen af ældre over 65 år udgør 15% af den danske befolkning, og ca. halvdelen af det samlede antal sengedage i sygehusvæsenet forbruges af de ældre. På Færøerne udgør ældreandelen kun 11% af befolkningen, og sengedagsforbruget bør derfor kunne ligge ca. 5-10% lavere end det danske gennemsnit ved øget brug af ambulant behandling og overførsel af plejeopgaver til socialvæsenet. Forskellene i sygehusforbrug mellem de forskellige geografiske områder på Færøerne bør give anledning til overvejelser, om det er muligt gennem sådanne initiativer at nedbringe det stationære sygehusforbrug.

Forbruget af udskrivninger og sengedage på Rigshospitalet udgør henholdsvis 7% og 10 % af det samlede sygehusforbrug for færinger. Dette forbrug kan på ingen måde siges at være for stort i et sygehusvæsen med kun ca. 46.000 indbyggere som befolkningsunderlag. Til sammenligning kan anføres, at de tilsvarende tal for Bornholms forbrug på Rigshospitalet udgør 16% af det samlede bornholmske udskrivningsforbrug og 17% af det samlede sengedagsforbrug. Hvis sygehusforbruget for færinger på Rigshospitalet søges nedbragt, vil det være naturligt at tage udgangspunkt i listen over sygdomsgrupper, hvoraf det fremgår, at de forholdsvis tungeste sygdomsgrupper - målt i sengedage - for færinger ved Rigshospitalet er svulster, sygdomme i kredsløbsorganer, sygdomme i knogle- og bevægelsessystem samt sygdomme i nervesystem og sanseorganer.

KAPITEL 4: PROBLEMER OG LØSNINGSMULIGHEDER

Gennemgangen af det færøske sygehusvæsen efterlader indtrykket af en række problemer, som i første række skyldes manglende koordination og styring. Gennemgangen efterlader imidlertid også indtrykket af et sygehusvæsen som på trods af problemerne og på trods af vanskelige geografiske forhold fuldt er på højde med standarden i de øvrige nordiske lande. Det færøske sygehusvæsen klarer en imponerende stor del af den samlede patientbehandling af landets borgere inden for landets egne grænser.

I det følgende drøftes kort en målsætning for det færøske sygehusvæsen og derefter fokuseres på en række problemer og deres mulige løsning. Denne fokusering på problemerne i det færøske sygehusvæsen må imidlertid ikke forlede til at tro, at problemerne er større end andre steder. På mange områder ligner problemerne i det færøske sygehusvæsen problemerne i en dansk amtskommune, men problemerne kan have en tendens til at blive "forstørret op" i en færøsk sammenhæng, fordi sygehuspolitik på Færøerne ikke kun er et lokalpolitisk anliggende, men et landspolitisk anliggende.

De problemområder og deres mulige løsninger, der omtales nedenfor, er følgende:

- 1) Ledelse og styring af det samlede sygehusvæsen
- 2) Landssygehusets og lokalsygehusenes funktioner
- 3) Udbygning af de enkelte specialer
- 4) Reduktion af sengedagsforbruget
- 5) Lægelig bemanning
- 6) Den samlede sengekapacitet

Inden de enkelte emneområder gennemgås, skal elementer til en målsætning for det færøske sygehusvæsen kort drøftes.

Målsætning for det færøske sygehusvæsen

En samlet målsætning for det færøske sygehusvæsen endsige det samlede færøske sundhedsvæsen findes ikke os bekendt beskrevet.

Planlægningsudvalgets betænkning fra 1980 indeholder et afsnit om målsætning (side 14 f), der i det væsentlige omfatter 4 punkter:

- 1) Det færøske sygehusvæsen skal være i stand til at opfylde indenrigsministeriets vejledende retningslinier for danske sygehuskommuner, hvori der er fastlagt en række krav om udspecialisering af sygehusvæsenet.
- 2) Økonomien kan tilsige afvigelser herfra p.g.a. det beskedne befolkningsunderlag sammenlignet med danske amter. Det vil være uforholdsmæssigt dyrt og fagligt uhensigtsmæssigt at opbygge det færøske sygehusvæsen som en fuldstændig parallel til de danske amters.
- 3) Mere specialiserede funktioner bør kun opbygges ét sted og dække landet som en helhed.
- 4) Der skal ved opbygningen af specialer og fordelingen heraf tages særlige hensyn til muligheden for at rekruttere og fastholde kvalificerede overlæger.

Landslægen har i sine kommentarer til planlægningsudvalgets betænkning peget på behovet for at udforme en strategi for sundheds- og sygehusvæsenet med megen vægt lagt på forebyggende foranstaltninger og har iøvrigt anbefalet en differentiering af sygehusfunktionerne, således at flere opgaver udføres ambulant, og at plejehjemssektoren udbygges, så sygehusene aflastes.

På dette grundlag samt på baggrund af vores interviews og analysen af det foreliggende talmateriale har vi forsøgt af samle målsætningen i følgende syv punkter:

- Den færøske sygehusbehandling - under indlæggelse og ambulant - skal være af samme høje kvalitet som i de øvrige nordiske lande - uanset patienternes bopæl på øerne.
- 90-95% af al sygehusbehandling af færøske borgere bør kunne foregå på Færøerne.
- Sygehusbehandlingen bør i videst muligt omfang foregå tæt ved patientens bopæl.
- Mest muligt af sygehusbehandlingen bør lægges ud i den primære sundhedstjeneste støttet af konsulentordninger fra sygehusene, eller gennemføres ambulant på sygehusene.
- Plejehjem og støtteforanstaltninger for ældre i eget hjem bør udbygges, så sygehusene uden væsentlig ventetid kan udskrive færdigbehandlede patienter.

- Sygehusene bør fungere som en samlet helhed nært koordineret med den primære sundhedstjeneste og forebyggende indsats.
- Sygehusdriften skal være økonomisk for det færøske samfund ud fra en samlet vurdering.

Det skal understreges, at disse punkter i høj grad kan være indbyrdes modstridende. Man kan således f.eks. ikke alene opbygge sygehusvæsenet ud fra et absolut nærhedsprincip uden væsentlige omkostninger på de øvrige områder. Opfyldelsen af målene vil endvidere være afhængig af samfunktion med socialsektoren.

Målene er iøvrigt opfyldt på flere punkter, og det skal igen understreges, at det færøske sygehusvæsen i det store hele fungerer tidssvarende med en hensigtsmæssigt fordeling af opgaver mellem Landssygehuset og lokalsygehusene og med en tilstrækkelig sengekapacitet. Forbruget af udenlandske hospitaler, især Rigshospitalet, er ikke (for) stort.

Derimod er der problemer vedrørende differentiering af ydelserne med for lille vægt på ambulante funktioner og den hidtidige kapacitet inden for plejehjemssektoren. Tværgående diagnostiske funktioner og konsulentordninger er ikke tilstrækkeligt udbyggede. Der mangler koordinationsretningslinier og -kanaler, samt en slagkraftig overordnet ledelse af bl.a. økonomi og visitation. Uden en samlet faglig og økonomisk ledelse risikerer man at tabe vigtige funktioner, specielt organisering af nye behandlings- og forebyggelsesmuligheder. Som eksempler kan nævnes cancerbehandlinger (onkologien) og fødselsforberedelsen (obstetrikken).

Herefter fokusens på de nævnte problemområder og deres mulige løsninger.

Ledelse og styring af det samlede sygehusvæsen

Fortsat udvikling og udbygning af det færøske sygehusvæsen vil nødvendiggøre yderligere specialisering og mulighed for løbende omorganisation af sygehusvæsenets tilrettelæggelse. Begge dele stiller krav om overblik over og styring af aktiviteterne i det samlede sygehusvæsen.

Ledelsen af de enkelte sygehuse - de tre sygehusbestyrelser - fungerer efter vores bedømmelse i det store hele tilfredsstillende. Tættest er kontakten mellem sygehusbestyrelse og de ledende medarbejdere på lokalsygehusene, mens relationerne er noget fjernere på Landssygehuset. Det er imidlertid forventeligt, at vejene er længere i en større organisation, men desto mere nødvendigt er det at arbejde på at forbedre den interne kommunikation på Landssygehuset.

Ledelsen og styringen af det samlede sygehusvæsen er imidlertid mere diffus. Rammerne for en overordnet ledelse er i og for sig tilstede i form af et sygehusdirektørembede, et planlægningsudvalg og en politisk ansvarlig landsstyremand for social- og sundhedsvæsenet. Problemet er, at de pågældende instanser er for svagt bakket op administrativt og sundhedsfagligt til at kunne forestå en egentlig samlet ledelse og styring af sygehusvæsenet. Derfor kan det i en række sammenhænge virke, som om der er tale om tre sygehusvæsen, hvis indbyrdes relationer er bestemt af en ren økonomisk rammestyring fra Landsstyrets og Lagtingets side, samt af det samarbejde som i praksis har kunnet lade sig gøre mellem de forskellige lægechefer.

En samlet ledelse af sygehusvæsenet vil have opgaver på følgende områder:

- intern koordination mellem de tre sygehuse - optageområder, visitation, gensidige konsulentordninger, omstilling fra stationær til ambulant behandling, apparaturanskaffelser, teknisk vedligeholdelse, uddannelse, rekruttering af personale o.s.v.
- koordination af benyttelsen af udenlandske sygehuse og eksterne konsulenter
- koordination af sygehusvæsenet med det øvrige sundhedsvæsen og med socialvæsenet
- udarbejdelse af planer for det samlede sygehusvæsens udvikling og udbygning samt løbende overvågning af aktiviteten i det samlede sygehusvæsen.

Hovedproblemet er således en administrativ og sundhedsfaglig styrkelse af den centrale sygehusledelse, og på denne baggrund foreslås:

- at der etableres et sundhedsdirektorat til styring og ledelse af det samlede sundhedsvæsen
- at der etableres faste visitationsudvalg inden for de store specialer
- at oplysningsgrundlaget om sundhedsvæsenets aktiviteter forbedres væsentligt.

Administrationen af sundhedsvæsenets forskellige dele er i øjeblikket spredt på en række forskellige instanser, og ved en styrkelse af den centrale sygehusadministration synes det oplagt at samle administrationen af hele sundhedsvæsenet, således at det bliver muligt at koordinere ikke blot sygehusvæsenets aktiviteter, men aktiviteterne i hele sundhedsvæsenet.

Et sundhedsdirektorat bør omfatte styringen af sygehusvæsenet, speciallægepraksis, kommunelæger, skolelægeordning, arbejdsmedicin, apotekervæsen, tandlæger, jordemødre samt hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker. Det bør endvidere overvejes i hvilket omfang - og hvordan - landslægeembedets opgaver kan indgå i sundhedsdirektoratet. På sygehusområdet overtager sundhedsdirektoratet sygehusdirektørembedets beføjelser og på de øvrige områder de beføjelser, som de nuværende administrative instanser for de pågældende områder har.

I ledelsen af et sundhedsdirektorat bør indgå personer med henholdsvis lægefaglig, sygeplejefaglig og administrativ/økonomisk baggrund. Blandt disse personer udpeges en direktør, som har reference til landsstyremanden for social- og sundhedsvæsenet og dennes administration i Landsstyret. Det er væsentligt, at den læge og sygeplejerske, som indgår i ledelsen af sundhedsdirektoratet, foruden klinisk baggrund også har organisatorisk/administrativ indsigt og erfaring.

Sundhedsdirektoratets opgaver er overordnet administration af sundhedsvæsenet samt koordination og planlægning af sundhedsvæsenets forskellige aktiviteter. Alle sager fra sygehuse og andre dele af sundhedsvæsenet forbehandles i sundhedsdirektoratet, inden de forelægges Landsstyret og Lagtinget. Sundhedsdirektoratet har endvidere til opgave at tilvejebringe statistiske oplysninger om sundhedsvæsenets aktiviteter samt at udføre analyser af forskellige aktiviteter som led i planlægning og omstilling.

Et sundhedsdirektorat bør opbygges gradvist over f.eks. en 3-årig periode og starte med sygehusvæsen, speciallægepraksis og kommunelægeordning. Opbygningen af et sundhedsdirektorat bør starte med etablering af en ledelse, og opbygningen bør forestås under ledelse af landsstyremanden og dennes administrative chef på social- og sundhedsområdet. Personalemæssigt bør et sundhedsdirektorat bestå af de personer, der i øjeblikket administrerer de forskellige dele af sundhedsvæsenet, samt et mindre antal nyansættelser - skønsmæssigt 8-10 personer - til sikring af de nødvendige menneskelige ressourcer til gennemførelse af slagkraft i ledelse, planlægning og forbedring af oplysningsgrundlaget.

Under sundhedsdirektoratet bør etableres visitationsudvalg for de større specialeområder, f.eks. et medicinsk og kirurgisk visitationsudvalg samt et visitationsudvalg for laboratorie- og røntgenydelser. Disse visitationsudvalg har til opgave løbende at fastlægge retningslinier for den mest hensigtsmæssige visitation af patienter til de forskellige sygehuse og til Rigshospitalet, fastlægge retningslinier for interne og eksterne konsulentordninger, koordinere apparaturanskaffelser og opstart af nye behandlingsformer samt koordinere aktiviteten i

sygehusvæsenet med aktiviteten i almen praksis og i socialvæsenet.

Visitationsudvalgene bør bestå af en speciallæge for de relevante specialer fra hvert af lokalsygehuse, samt to repræsentanter for Landssygehuset i Thorshavn. Desuden bør indgå 1-2 repræsentanter for kommunelægerne samt ledelsen af sundhedsdirektoratet.

Planlægningsudvalget for sygehusvæsenet bør gradvist ændres og udvides til et planlægningsudvalg for sundhedsvæsenet, efterhånden som et sundhedsdirektorat opbygges. Udvalget bør fungere som det politiske forum for udveksling og koordination af synspunkter fra bl.a. de tre sygehusbestyrelser. Planlægningsudvalget skal høre om alle større nyanskaffelser, ændringer i visitationsprincipper, sygehus- og sundhedsplaner m.v. fra sundhedsdirektoratet, inden sagerne forelægges Landsstyret og Lagtinget. Yderligere kan udvalget selv tage initiativet til igangsættelse af udredninger og analyser.

Oplysningsgrundlaget om aktiviteten i sundhedsvæsenet bør forbedres mærkbart. En forbedring bør starte med etablering af en individbaseret patientstatistik for den stationære sygehusaktivitet som angivet i "Sygestatistik for Færøerne 1985". Statistikken bør udvides til at omfatte samtlige specialer og bør efterhånden udbygges til også at omfatte den ambulante aktivitet. Tilsvarende individbaseret statistik bør gradvist opbygges for kommunelægeordning, tandlægeordning m.v. Omkostningerne ved inddatering af oplysninger fra sygehuse vurderes ikke at overstige de ressourcer, der i øjeblikket anvendes til den eksisterende statistikproduktion, men der må imødeses en mindre investering i edb. Derimod vil bearbejdningen kræve visse ressourcer, men disse er indregnet i det samlede skøn over merbehovet for personale ved etablering af et sundhedsdirektorat.

I tilknytning til et sundhedsdirektoratet forekommer det væsentligt, at der udføres analyser både af sundhedsvæsenets aktiviteter, befolkningens sundhedsforhold og effekten af forebyggende tiltag m.v. I Danmark foregår sådanne analyser en lang række steder i tilknytning til både sundhedsstyrelse, embedslægeinstitutioner og forskningsinstitutter. På Færøerne er der ingen - bortset fra landslægen - som systematisk udfører analyser af sundhedsvæsenet og sundhedsforhold, og det forekommer naturligt på Færøerne at henlægge ansvaret for gennemførelse af sådanne analyser til sundhedsdirektoratet. Sådanne analyser kan dels være en del af sundhedsdirektoratets almindelige arbejde, men kan også udføres af yngre sundhedsfagligt eller samfundsvidenskabeligt uddannede færinger, som i et kortere åremål tilknyttes sundhedsdirektoratet til udførelse af bestemte undersøgelser.

Landssygehusets og lokalsygehusenes funktioner

Principielt er sygehusene ligestillede, og der er mulighed for at placere specialfunktioner ved alle tre sygehuse. Begrundelsen for specialiseringsmuligheden, ved alle tre sygehuse er bl.a. muligheden for at kunne tiltrække kvalificerede speciallæger til lokalsygehusene. I praksis er der sket en udspecialisering ved Landssygehuset i Thorshavn samt oparbejdet en ortopædkirurgisk service ved Klaksvig Sygehus.

De officielle optageområder deler Østerø i en nordøstlig del (Fuglefjord m.v.), som hører til Klaksvig Sygehus, og den øvrige del af Østerø, som hører til Thorshavns optageområde. I praksis fungerer Landssygehuset i Thorshavn som lokalsygehus for hele Østerø, og Klaksvigs funktioner over for Østerø ligger i det væsentlige inden for ortopædkirurgi og rheumatologi.

I praksis synes retningslinierne for specialisering og visitationsgrænser klare nok på det overordnede plan. Men det skaber usikkerhed, myter og u hensigtsmæssige samarbejdsforhold sygehusene imellem at leve i en situation med "konkurrence" om patienter, kommunelægerens henvisninger og bevillinger, fordi der ikke er fastlagt en overordnet plan for de samlede sygehusvæsen med hensyn til udvikling, specialisering og optageområder, der vel og mærke følges op.

Det færøske samfund har geografiske og klimatiske forhold, som gør det nødvendigt med i hvert fald tre institutioner, som kan yde akut sygehusbehandling døgnet rundt inden for akut medicin, almen kirurgi og fødselshjælp. Yderligere betinger transportafstandene, at det er hensigtsmæssigt med mere end en institution, som kan yde ambulant sygehusbehandling samt efterbehandling og genoptræning. Specialisering i moderne forstand på grundlag af en befolkning på 46.000 indbyggere bør - af både faglige og økonomiske årsager - imidlertid kun foregå et sted, hvis alle i samfundet skal kunne tilbydes kvalificeret specialsthjælp, når der er brug for det. Dels trækker de forskellige specialfunktioner i udbredt grad på hinandens viden og faciliteter, dels er det nødvendigt med et vist befolkningsunderlag for at optræne og vedligeholde specialviden, og dels er det økonomisk meget kostbart at sprede specialfunktioner mere end absolut nødvendigt.

Vi mener, at Landssygehusets faktiske status som "centralsygehus" for Færøerne bør fastslås. Det er i Thorshavn, at befolkningsunderlaget findes, og det er her den specialiserede udbygning bør ske. En status som centralsygehus må imidlertid følges op af en vidtgående forpligtelse til udgående service i form af ambulante konsultationer, assistance til operationer, bistand til undersøgelser m.v. inden

for **alle** specialer fra Landssygehuset til de to lokalsygehuse og eventuelt lægehuse på Sandø og Vågø. Yderligere må Landssygehuset have vidtgående forpligtelse til at dække vakancesituationer ved de to lokalsygehuse i det omfang antallet af speciallæger øges i Thorshavn. Det understreges samtidig, at Landssygehusestatus som centralsygehus **ikke** er ensbetydende med en "overhøjhed" over for lokalsygehuse, hvilket heller ikke er tilfældet med et dansk centralsygehus. Lokalsygehuse har fortsat henvisningsret til Rigshospitalet, idet det samlede ansvar for ledelse og visitation inden for sygehusvæsenet ligger i sundhedsdirektoratet med ansvar over for Landsstyret.

Lokalsygehuse har opgaver, der først og fremmest ligger inden for akut medicin, almen kirurgi og fødselshjælp, samt efterbehandling, fysiurgi og genoptræning, og det er på disse områder, at lokalsygehuse primært bør udbygges og styrkes. Planlægningen må imidlertid også tage højde for, at der ved Klaksvig Sygehus er oparbejdet en landsdækkende, velfungerende ortopædkirurgisk service for Færøerne inden for ikke akutte, mindre ortopædkirurgiske indgreb, og at der er opført en særlig ortopædkirurgisk operationsstue. Dette må indgå i overvejelserne om udbygningen af de enkelte specialer.

Rekrutteringen af kvalificerede speciallæger til lokalsygehuse har været anført som et hovedargument for udspecialisering af disse. Det er imidlertid tvivlsomt, om placering af specialfunktioner ved de mindre sygehuse på lang sigt vil virke efter hensigten. Dels er det i første række **almen** kirurger, der er brug for ved de små sygehuse, og dels vil det under alle omstændigheder på længere sigt være vanskeligt at placere moderne, specialiserede funktioner ved lokalsygehuse, som kan virke attraktive for specialister inden for delområder af kirurgien. Hertil kommer, at en sådan udlokalisering af specialer ikke er hensigtsmæssig fagligt, og vil give øgede omkostninger uden at øge sygehusvæsenets samlede effektivitet. Endelig vil en udlokalisering af specialer give øgede transportafstande for patienter og pårørende.

Rekrutteringsproblemet til de lokale sygehuse bør i første række løses gennem f.eks. særlige løn- og ansættelsesvilkår, orlovsmuligheder til efteruddannelse og gennem en vidtgående forpligtelse fra Landssygehuset til at dække vakancesituationer. Yderligere bør lokalsygehuses lægelige ledelse styrkes gennem hyppige konsulentkontakter fra Landssygehuset. Endelig bør det overvejes at mindske beredskabsforpligtelsen for overlægerne ved lokalsygehuse gennem tilknytning af kommunelæger med særlig kirurgisk erfaring til lokalsygehuse (se nedenfor).

Udbygning af de enkelte specialer.

I kapitel 2 er omtalt en række problemer og ønsker vedrørende de enkelte specialer. I det følgende omtales de problemer, vi mener, det er vigtigst umiddelbart at få afklaret. En række yderligere problemer, som er nævnt, bør senere tages op i sundhedsdirektorat, visitationsudvalg og sygehusbestyrelser.

Urologien (kirurgiske urinvejssygdomme) er et subspecialt inden for organkirurgien og er ikke udspecialiseret på almene sygehuse, men varetages sammen med andre organkirurgiske opgaver. Egentlige urologiske afdelinger findes i Danmark kun på lands- og landsdelssygehuse med et befolkningsunderlag på 0,25-1.0 mill. indbyggere.

Urologiske funktioner udføres normalt i nært samarbejde med det medicinske parallelspecialt nefrologi og med de billeddiagnostiske afdelinger (røntgen og ultralyd). En betydelig del af de større urologiske indgreb er omfattende operationer i bughulen, der indebærer risiko for komplikationer i efterforløbet. De bør derfor kun udføres i nærheden af intensive behandlingsmuligheder og en vel-fungerende røntgenafdeling med ultralydservice.

De større urologiske indgreb bør forblive på Rigshospitalet og på Landssygehuset, hvor de reelt allerede er samlede, og hvor der efter det oplyste fungerer et godt samarbejde mellem urolog, nefrolog og røntgenafdeling.

De mindre urologiske indgreb er først og fremmest operationer for forstørret blærehalskirtel samt operationer på urinrøret og sædstrengene hos mænd, og disse operationer vil teoretisk kunne placeres decentralt på et lokalsygehus. Men der skal i så fald organiseres forundersøgelse og evt. efterkontrol, der ikke kræver rejse eller ekstra indlæggelse for patienterne.

I 1985 var antallet af disse mindre urologiske operationer på Færøerne 2-3 pr. uge. Det er næppe en opgave, der i det lange løb vil kunne fastholde en urologisk speciallæge på et lokalsygehus. Dertil kommer, at disse operationer i dag udføres som en del af almen kirurgi på alle 3 sygehuse, og at langt hovedparten af indgrebene foretages i Thorshavn.

Det forekommer på denne baggrund ikke hensigtsmæssigt at flytte alle disse operationer til Suderø Sygehus.

Ortopædisk kirurgi: Forholdene omkring ortopædkirurgi er omtalt flere gange, og

striden om dette speciales placering, herunder især placeringen af ledudskiftninger, i enten Klaksvig eller Thorshavn har været blokerende for mange beslutninger i sygehusvæsenet gennem de senere år.

Talmæssigt er den samlede ortopædkirurgiske specialfunktion betydelig mere omfattende end urologien, og der er tilstrækkeligt med operationer til, at mere end én ortopædkirurg kan vedligeholde sin erfaring med det foreliggende patientunderlag.

Hofte- og knæproteser er fremmedlegemer, der indføres i organismen, med henblik på at forblive der i mange år. Det er derfor afgørende nødvendigt, at den hygiejniske standard omkring disse operationer er meget høj, hvilket under optimale omstændigheder betinger særligt indrettede operationsstuer. Samtidig er patienter, der får udskiftet hofte- eller knæled ofte ældre mennesker, hvor det er væsentligt, at der er adgang til anæstesi- og intensivvågning under og efter operationerne. Yderligere kan der ved operationerne optræde blødninger, som nødvendiggør adgang til blodbank.

Udgangspunktet er, at Klaksvig Sygehus har oparbejdet en betydelig ikke akut ortopædkirurgisk funktion, men hidtil med vægt på mindre omfattende indgreb, der ikke nødvendiggør anæstesilæge. Der er imidlertid nu opført en speciel ortopædkirurgisk operationsstue i Klaksvig, og herefter har man påbegyndt ledudskiftninger. I Thorshavn er udgangspunktet det, at hovedvægten ligger inden for den akutte ortopædkirurgi, men også at man gennem flere år har udført ledudskiftninger i kortere perioder med bistand fra en ekstern konsulent. Den pågældende konsulent er nu ansat som ortopædkirurgisk overlæge ved Landssygehuset, hvor der ikke forefindes en speciel ortopædkirurgisk operationsstue.

Der foreligger principelt 3 mulige løsninger med hensyn til placeringen af de ortopædkirurgiske funktioner:

Model 1: Den ortopædkirurgiske funktion på Færøerne deles, således at Klaksvig Sygehus fortsætter med sin hidtidige landsdækkende funktion indenfor en række ikke akutte ortopædkirurgiske indgreb samt varetager traumatologien på Norderøerne samt Fuglefjord m.v. Traumatologien for den øvrige del af Færøerne samt ledudskiftninger for hele landet henlægges til Thorshavn. Dette betyder, at der skal indrettes en speciel ortopædkirurgisk operationsstue ved Landssygehuset, men også at Landssygehusets anæstesi-, intensiv- og blodbankfaciliteter er umiddelbart tilgængelige.

Model 2: Al ikke akut ortopædisk kirurgi henlægges til Klaksvig Sygehus, mens traumatologien udenfor Norderøerne og Fuglefjord m.v. henlægges til Thorshavn. Denne løsning forudsætter som minimum anæstesiologisk ambulant bedømmelse af patienterne før større ikke akutte operative indgreb samt anæstesilæge under og efter de større operationer og adgang til blodbanklager med bistand fra Thorshavn.

Model 3: Klaksvig Sygehus fortsætter sin hidtidige landsdækkende funktion på det ikke akutte ortopædkirurgiske område samt varetager traumatologien for Norderøerne og Fuglefjord m.v. Landssygehuset i Thorshavn varetager traumatologien for den øvrige del af Færøerne, og ledkirurgien deles mellem Thorshavn og Klaksvig. En sådan løsning forudsætter opførelse af en ortopædkirurgisk operationsstue i Thorshavn samt en vis anæstesi- og blodbankbistand fra Thorshavn til Klaksvig.

Udfra en samlet vurdering mener vi, at model 1 fagligt set er den bedste løsning på langt sigt. Samtidig sikrer denne løsning fortsættelsen af den oparbejdede specialfunktion i Klaksvig, men også at anæstesi- og intensivovervågningsmulighederne umiddelbart forefindes ved ledudskiftninger, idet disse indgreb udføres i Thorshavn.

Det skal understreges, at hver af modellerne indebærer nogle faglige forudsætninger, der som anført skal være opfyldt, hvis man vælger den pågældende model, og at model 1 fagligt set samlet er at foretrække. Det skal imidlertid også understreges, at det i sidste ende også er en sundhedspolitisk beslutning, hvilken model der vælges, og at det for udviklingen i det samlede sygehusvæsen er ved at være påtrængende, at denne beslutning bliver taget og lagt bagud.

Merbehovet for senge i forbindelse med ledkirurgi er beskedent, formentlig af størrelsesordenen 2 sengepladser i det samlede sygehusvæsen.

Diskusprolapsoperationer bør alene udføres på Landssygehuset eller på Rigshospitalet. Såfremt disse operationer søges hjemtaget til Færøerne i størst mulig grad taler det for, at røntgenafdelingen udstyres med en helkrops CT scanner (der også vil være nyttig i andre situationer, f.eks. i forbindelse med undersøgelser for kræft).

Onkologi: Cancerbehandlingen på Færøerne er ikke samlet styret. Moderne cancerbehandling er under stadig udvikling og omfatter bl.a. specialiseret kirurgisk behandling, ofte store indgreb og strålebehandling med meget dyrt specialudstyr samt kompliceret og bivirkningsbelastet medicinsk behandling.

Som det fremgår af tabelmaterialet er gruppen af ondartede svulster den forholdsvis "tungeste" henvisningsårsag til Rigshospitalet. Det er urealistisk at stille mod hjemtagning af al cancerbehandling til Færøerne. Imidlertid vil forundersøgelser og strålebehandling, samt kontrol og en del af de kirurgiske behandlinger og strålebehandlinger kunne udføres på Færøerne, således som det allerede i vidt omfang sker. Det er formentlig muligt at reducere antallet af patientrejser til Danmark, såfremt der indgås et nærmere samarbejde med Rigshospitalet om tilrettelæggelse af cancerbehandlingen.

Et sådant samarbejde vil omfatte alle tre sygehuse og flere afdelinger på Landsygehuset, og det er væsentligt, at der udpeges en central koordinator af den samlede indsats.

Fysiurgi: Problemerne omkring optimal udnyttelse af fysiurgiens muligheder er omtalt i kapitel 2.

Behovet for fysiurgiske behandlinger er meget stort og vil meget let kunne forekomme umætteligt. Det er derfor meget nødvendigt, at tilbud og behov koordineres mellem sygehusene og de forskellige afdelinger på Landssygehuset. Der må formodes at være betydelige muligheder for at spare indlæggelsesdage, hvis de fysiurgiske klinikker på de tre sygehuse også udfører ambulant behandling af patienter direkte henvist fra kommunelægerne, men under ledelse af fysiurgisk speciallæge, evt. som konsulent.

Fysiurgien har en væsentlig rolle i rehabiliteringsfunktionen, der med den stigende ældreandel i befolkningen vil få større og større betydning for sygehusenes ressourceforbrug.

Ved Klaksvig Sygehus forefindes allerede rheumatologisk speciallæge, og hvis der på et tidspunkt ønskes en speciallæge i intern medicin på Suderø Sygehus bør det overvejes at ansætte en grenspecialist i rheumatologi. Alternativet er en styrkelse af den rheumatologiske funktion i Thorshavn og hyppig konsulentfunktion over for Suderø Sygehus samt udgående konsulentfunktion fra Landssygehuset over for kommunelæger og socialvæsen i hele Thorshavns optageområde og på Suderø.

Obstetrik: Den angiveligt for høje spædbørnsdødelighed og mulighederne for forebyggelse heraf er omtalt tidligere (kapitel 2). Spædbørnsdødeligheden undersøges - efter det vi har fået oplyst - i øjeblikket af en yngre færøsk læge.

Det konkrete forslag er, at alle gravide vurderes ca. i 18. graviditetsuge med specialiseret ultralydudstyr betjent af speciallæge eller specialtrænet jordemoder, samt at risikograviditeter derefter samles på Landssygehuset.

Uanset om spædbørnsdødeligheden på Færøerne evt. er højere end andre steder, så bør gravide i vore dage bedømmes af en speciallæge i fødselshjælp, når det er muligt, og alle risikofødsler bør samles ét sted på Færøerne.

Den specialiserede obstetriske funktion bør fortsat være placeret på Landssygehuset p.g.a. de der tilstedeværende støttefunktioner, specielt børnelæge og anæstesiolog. Forundersøgelsen i ca. 18 graviditetsuge bør imidlertid kunne gennemføres decentralt på lokalsygehusene med obstetrisk konsulentbistand fra Landssygehuset. En sådan ordning bør kunne gennemføres som led i en styrkelse at den gynækologisk-obstetriske speciallægedækning på Landssygehuset i Thorshavn.

Reduktion af sengedagsforbrug

Tendensen i det danske sygehusvæsen har gennem mange år været kortere indlæggelsestider samt flere undersøgelser, behandlinger og efterkontroller udført i ambulant regie.

Det færøske sygehusvæsen har kun delvis fulgt med i denne udvikling, bl.a. på grund af geografien, men også på grund af utilstrækkelig udbygning af fysiske rammer for øget ambulant virksomhed. Hertil kommer, at man udover overlægerne kun har forholdsvis få yngre læger på sygehusene, som selvstændigt kan forestå ambulant virksomhed. En del ambulant virksomhed er overtaget af overlægers private praksis ved siden af sygehusvirksomheden.

Kommunelægerne kunne formentlig overtage nogle ambulante funktioner, specielt hvis der etableres regelmæssige kontakter i efteruddannelsesøjemed mellem speciallægerne ved sygehusene og kommunelægerne, samt hvis der udarbejdes vejledende retningslinier for f.eks. forundersøgelser til kirurgiske indgreb og for løbende kontrol af kroniske eller langvarige lidelser, f.eks. sukkersyge og lavmaligne (mindre ondartede) blodsygdomme.

Der foreligger ikke for os talmateriale, der mere detaljeret kan belyse disse forhold, der oplagt bør underkastes nærmere analyse. Behovet for egnede lokaler til øget ambulant virksomhed på især Landssygehuset er åbenbart.

Medicinsk færdigbehandlede patienter, der forbliver indlagt af plejemæssige og

sociale grunde, bør ideelt kunne udskrives til hjemmet med særlige hjælpeforanstaltninger eller til plejehjem uden urimelig lang ventetid. Der planlægges i disse år en udvidelse af plejehjemskapaciteten.

Man kender allerede fra "Hotel Thorshavn" i København hotelfunktionen for selvhjulpne, oppegående patienter og pårørende. Det bør overvejes at udbygge lignende funktioner ved Landssygehuset.

Vi anbefaler, at følgende gøres til genstand for nærmere undersøgelse på initiativ af de centrale sundhedsmyndigheder:

- 1) Omstilling fra stationær indlæggelse til ambulant forundersøgelse og ambulante efterkontroller. Indlæggelsestider for alle store patientgrupper gennemgås systematisk, og mulighederne for at erstatte sengedage med ambulante besøg kortlægges. Kommunalægerne fra de forskellige geografiske områder inddrages i arbejdet med henblik på en vurdering af, i hvilket omfang disse evt. kan overtage en del af den ambulante virksomhed. Omstilling til ambulant virksomhed forudsætter bedre ambulante faciliteter ved Landssygehuset og ved Suderø Sygehus, en større dækning med fuldt kompetente læger (speciallæger), udarbejdelse af visitationsvejledninger til kommunalægerne samt systematisk efteruddannelse af kommunalægerne fra sygehuslægerne side.
- 2) Omfanget af plejekrævende, men færdigbehandlede patienter kortlægges på alle sygehuse over en periode på f.eks. et halvt år. Hvis den planlagte udbygning af plejehjemskapaciteten ikke skønnes at afhjælpe problemerne væsentligt drøftes sygehusvæsenets konkrete behov med socialvæsenet og repræsentanter for plejehjem og hjemmesygepleje i de forskellige geografiske områder. Det sikres, at der for alle ældre patienter er faste procedurer som hurtigt orienterer hjemmesygeplejersker og kommunalæger om udskrivning.
- 3) Behovet for et "Hotel Thorshavn" i tilknytning til Landssygehuset i Thorshavn for selvhjulpne patienter og pårørende undersøges ved systematisk kortlægning over f.eks. et halvt år af antallet patienter og evt. pårørende, som ville kunne placeres et sådan sted, hvis det var muligt.
- 4) De udgående konsulentordninger fra Landssygehuset i Thorshavn udbygges til også at omfatte systematisk konsulentbistand indenfor gynækologi- og obstetrik samt rheumatologi og anæstesiologi. Der etableres endvidere et samarbejde om forambulant vurdering af ortopædkirurgiske patienter mellem Klaksvig og Landssygehuset i Thorshavn.

- 5) Den eksisterende brug af udenlandske konsulenter bør vurderes samlet. Det bør i denne forbindelse undersøges, om det er muligt på bestemte områder at trække patienter hjem fra Rigshospitalet gennem aftaler om levering af fast og hyppig konsulentbistand på Færøerne fra bestemte afdelinger på Rigshospitalet som led i den samlede aftale mellem Færøerne og Danmark om benyttelse af Rigshospitalet.

Den lægelige bemanding

Den lægelige bemanding med mange yngre læger og få fastansatte speciallæger (overlæger), der kendetegner det danske sygehusvæsen er ikke hensigtsmæssig - slet ikke under forhold som på Færøerne med et lille befolkningsunderlag for specialiserede funktioner, rekrutteringsvanskeligheder m.h.t. kvalificerede yngre læger og relativt beskeden vagtbelastning på de akut modtagende afdelinger.

Der er derimod behov for "en bred top og en lille bund", d.v.s. forholdsvis mange fastansatte speciallæger og forholdsvis få yngre læger. En sådan struktur giver mulighed for en betydelig effektivisering af sygehusdriften gennem øget ambulant behandling, større muligheder for udadgående konsulentfunktioner, efteruddannelse af kommunelæger m.v., samtidig med at beredskabsforpligtelsen for den enkelte overlæge kan mindskes.

I Danmark er der gennem flere år forhandlet om indførelse af stillinger som underordnede fastansatte speciallæger. I afventen på et evt. resultat kunne Færøerne søge indgået særaftale med egne læger om etablering af stillinger som underordnede faste speciallæger (evt. med klausul om ret til genforhandling når en evt. dansk overenskomst foreligger).

Indførelse af fastansatte underordnede speciallæger vil give mulighed for en forøgelse af den samlede speciallægedækning inden for medicin og kirurgi. Samtidig bør antallet af yngre læger på henholdsvis kirurgisk og medicinske afdeling i Thorshavn kunne reduceres fra to vagtlag til et vagtlag. Ved lokalsygehusene forekommer yngre læger ikke nødvendige efter en styrkelse af speciallægedækningen (eller styrkelse på anden vis som nævnt nedenfor).

Forsåvidt angår yngre lægers uddannelse bør uddannelse til alment praktiserende læge kunne gennemføres på Færøerne. Endvidere bør introduktion til medicinsk og kirurgisk speciallægeuddannelse kunne gennemføres på Landssygehuset i Thorshavn, og det bør overvejes at lave en evt. særaftale med andre nordiske lande, som sikrer at yngre færøske læger kan få de nødvendige nøglestillinger ved de specia-

liserede sygehuse i udlandet uden at skulle tilbringe adskillige år med irrelevante ansættelser på forskellige sygehuse i det øvrige Norden.

Forsåvidt angår lokalsygehuse er der efter den seneste stillingsbesættelse i Klaksvig især behov for en aflastning af den kirurgiske overlæge på Suderø, som er ene om beredskabsforpligtelsen. På længere sigt bør det overvejes, om der kan etableres en særordning, hvorefter f.eks. to kommunelæger med særlig kirurgisk træning halvtids fungerer som kommunelæger og halvtids fungerer som sygehuslæger til aflastning for den kirurgiske overlæge. En sådan ordning forudsætter en mernormering af kommunelæger på Suderø.

Den samlede sengekapacitet

Det samlede sengedagsforbrug i det færøske sygehusvæsen bør kunne formindskes - og bør ihverfald ikke stige. Der er derfor ikke brug for en samlet forøgelse af sengedagskapaciteten, men snarere for modernisering af den eksisterende sengemasse og udbygning af mulighederne for ambulant behandling.

Vurderet udfra de enkelte geografiske områders nuværende sengedagsforbrug er vores skøn over behovet for sengekapacitet ved de forskellige sygehuse/afdelinger følgende:

Klaksvig Sygehus: 23 senge til lokalfunktion overfor Norderøerne og yderligere 10 senge til den hidtidige ortopædkirurgiske specialfunktion.

Suderø Sygehus: 23 senge til lokalfunktionen overfor Suderø.

Kirurgisk afdeling, Thorshavn: 82 senge, hvortil kommer skønsmæssigt 8-10 senge til øre- og øjensygdomme.

Medicinsk afdeling, Thorshavn: 78 senge, hvortil kommer plejeafdelingen.

Sengetallene er beregnet på grundlag af en belægningsprocent på 80. Ledudskiftningskirurgien betyder skønsmæssigt behov for 3 yderligere sengepladser, hvis ledudskiftningskirurgien fordeles jævnt over året.

KAPITEL 5: KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Grundlæggende er det færøske sygehusvæsen velfungerende og yder befolkningen en service på sygehusområdet, der er på højde med forholdene i de øvrige nordiske lande. Det færøske sygehusvæsen klarer - i forhold til befolkningsunderlaget - en meget stor del af den samlede patientbehandling inden for landets egen grænser.

Det færøske sygehusvæsen indeholder imidlertid også en række problemer, og det er disse problemer, der er fokuseret på i denne rapport.

For det første mangler der en overordnet politisk afklaring af spørgsmålet om centralisering versus decentralisering af specialfunktioner inden for kirurgien.

For det andet mangler der en administrativ og sundhedsfaglig opbakning af de centrale sygehusmyndigheder med henblik på ledelse og styring af sygehusvæsenet som en helhed.

Endelig - for det tredje - mangler der en bevidst omstilling af sygehusbehandling fra stationær behandling til ambulant behandling, en udbygning af samarbejdet med den primære sundhedstjeneste og en samordning med socialvæsenet med henblik på fastholdelse eller nedbringelse af det nuværende sengedagsforbrug.

Vores anbefalinger kan resumeres således:

1) Ledelse og styring af det samlede sygehusvæsen

- a) Etablering af et sundhedsdirektorat til ledelse og styring af det samlede sundhedsvæsen. Opbygningen bør ske gradvist over en periode på f.eks. 3 år og starte med sygehusvæsen, kommunelæger og speciallæger.
- b) I tilknytning til sundhedsdirektoratet etableres visitationsudvalg for de større specialeområder inden for sygehusvæsenet. Udvalgene skal medvirke til løbende fastlæggelse af retningslinjer for visitation, konsulentordninger, igangsættelse af nye behandlingsformer, samarbejdet med kommunelæger m.v.

- c) Planlægningsudvalget for sygehusvæsenet bør ændres og udvides til et planlægningsudvalg for sundhedsvæsenet i takt med opbygningen af et sundhedsdirektorat. Planlægningsudvalget er det politiske forum for udveksling og koordination af synspunkter fra bl.a. de tre sygehusbestyrelser.
- d) Oplysningsgrundlaget for bedømmelse af aktiviteten i sundhedsvæsenet bør forbedres mærkbart. Forbedringen bør starte med opbygningen af en individbaseret statistik vedrørende den stationære og ambulante sygehusaktivitet.

2 Landssygehusets og lokalsygehusenes funktioner

- a) Specialisering i moderne forstand bør foregå ét sted, og Landssygehusets faktiske status som centralsygehus for Færøerne bør fastslås. Det er i Thorshavn befolkningsunderlaget findes, og det er her den specialiserede udbygning som hovedregel bør ske.
- b) Lokalsygehusenes opgaver bør i første række være akut medicinsk hjælp, almen kirurgi og fødselshjælp samt efterbehandling og rehabilitering. Der bør ikke oprettes egentlige medicinske afdelinger på lokalsygehusene.

3. Udbygning af de enkelte specialer

- a) Urologi: De større urologiske indgreb bør forblive på Rigshospitalet og Landssygehuset. De mindre urologiske indgreb bør udføres som den del af den almene kirurgiske funktion ved alle tre sygehuse.
- b) Ortopædkirurgi: Klaksvig sygehus varetager sin hidtidige funktion inden for den ikke akutte ortopædi og den akutte ortopædi for Norderøerne og Fuglefjord m.v. Landssygehuset varetager traumatologien for den øvrige del af landet. For så vidt angår ledudskiftninger foreligger 3 muligheder:

Model 1: Landssygehuset varetager ledudskiftninger for hele landet.

Det forudsætter indretning af en ortopædkirurgisk operationsstue i Thorshavn.

Model 2: Klaksvig varetager ledudskiftninger for hele landet. Det forudsætter præoperativ anæstesiologisk bedømmelse samt anæstesilæger 1-2 døgn under og efter ledudskiftningsoperationer i Klaksvig. Derudover skal et blodbanklager udstationeres fra Thorshavn til Klaksvig i forbindelse med operationerne.

Model 3 Ledudskiftningskirurgien deles mellem Thorshavn og Klaksvig. Modellen indebærer etablering af ortopædkirurgisk operationsstue i Thorshavn samt anæstese- og blodbankbistand fra Thorshavn til Klaksvig.

I overensstemmelse med det overordnede synspunkt om samling af specialiserede funktioner i Thorshavn er model 1 den fagligt bedste løsning. De to sidste modeller er imidlertid praktisable, og valget af model er også et sundhedspolitisk valg.

- c) Onkologi: Den onkologiske behandling bør styres samlet fra f.eks. medicinsk afdeling i Thorshavn. Mulighederne for etablering af konsulentordning fra Rigshospitalet bør undersøges med henblik på øget hjemtagning af behandling fra Danmark.
- d) Fysiurgi: Den fysiurgiske behandling på Landssygehuset bør styres af den reumatologiske overlæge. Muligheden for ambulant fysiurgisk behandling efter henvisning fra kommunelæger på sygehusene bør etableres ved alle 3 sygehuse.
- e) Obstetrik: Alle gravide bør vurderes af speciallæge i obstetrik ved etablering af konsulentordning fra Landssygehuset til lokalsygehusene inden for gynækologi/obstetrik. Alle risikofødsler bør samles på Landssygehuset.

4. Reduktion af sengedagsforbrug

På initiativ af sundhedsdirektoratet bør der gennemføres en række undersøgelser/udvalgsarbejder med henblik på nedbringelse af det stationære sygehusforbrug:

- a) Systematisk gennemgang af alle store sygdomsgrupper med henblik på mulighed for omstilling til ambulant behandling. Samarbejde med kommunelægerne om evt. overtagelse af ambulant sygehusbehandling. Forbedring af ambulatoriefaciliteterne i Thorshavn og ved Suderø Sygehus.
- b) Samarbejde med socialvæsenet om nedbringelse af antallet af ældre, færdigbehandlede patienter fra de forskellige geografiske områder.
- c) Kortlægning af behovet for evt. etablering af et "Hotel Thorshavn" ved Landssygehuset.
- d) Udbygning af de udgående konsulentordninger fra Landssygehuset til lokalsygehusene til at omfatte systematisk bistand inden for gynækologi/obstetrik, anæstesiologi og evt. rheumatologi.
- e) Samlet vurdering af den eksisterende brug af udenlandske konsulenter, og vurdering af mulighederne for at trække patienter hjem fra Rigshospitalet gennem aftaler om levering af fast og hyppig konsulentbistand på Færøerne.

Den lægelige bemanning

- a) Den lægelige bemanning bør opbygges efter princippet "en bred top og en lille bund" med henblik på effektivisering af sygehusdriften (øget ambulant behandling, konsulentordninger, specialisering, udtynding af beredskabsforpligtelsen for overlægerne). Der bør indgås en aftale om faste, underordnede speciallæger samtidig med at antallet af yngre læger reduceres.
- b) Almen praksis-uddannelse bør kunne gennemføres på Færøerne, og Landssygehuset bør kunne opnå status om uddannelsessted inden for medicinsk og kirurgisk introduktionsuddannelse.
- c) Mulighederne for at aflaste overlægerne ved lokalsygehusene ved halvtidsansættelse af kommunelæger med særlig kirurgisk træning bør vurderes.

6. Den samlede sengekapacitet

- a) Den samlede sengemasse bør ikke forøges. Vurderet ud fra de geografiske områders nuværende sengedagsforbrug bør sengekapaciteten være 33 senge i Klaksvig, 23 senge på Suderø Sygehus, 82 senge på kirurgisk afdeling i Thorshavn og 78 senge ved medicinsk afdeling i Thorshavn. Hertil kommer i Thorshavn et mindre antal senge til øjen- og øresygdomme samt plejeafdelingen.
- b) Ledudskiftningskirurgien betinger skønsmæssigt et behov for yderligere 3 sengepladser.

BILAG: INTERVIEWPERSONER

Klaksvig Sygehus:

Inspektør Heri Ellingsgaard
Afdelingssygeplejerske Finnbjörg Joensen
Lagtingsmedlem Asbjørn Joensen bestyrelsesformand
Overlæge Leif Knudsen (medicin)
Forstanderinde Jona Nielsen
Overlæge Gordhan Rajani (kirurgi)

Landsygehuset i Thorshavn:

Overlæge Eliesar Arge (kirurgi)
Overlæge Heri Berg (psykiatri)
Overlæge Hanus Bærentsen (ortopædkirurgi)
Overlæge Høgni Djurhuus (anæstesi)
Overlæge Johan Djurhuus (røntgendiagnostik)
Forstanderinde Maria á Dul
Overlæge Petur Ellefsen (øresygdomme)
Overlæge Odmar Færø (pædiatri)
Overlæge Kari Holm (øjensygdomme)
Overlæge Turid Holm (gynækologi)
Viceforstanderinde Bergliot Ihlen
Overlæge Tove Jagt (røntgendiagnostik)
Ledende laborant Marita Johannesen
Overlæge Oli Mikkelsen (anæstesi)
Overlæge Elin Mørkøre (rheumatologi)
Overlæge Erik Norderø (medicin)
Overlæge Arni Olsen (psykiatri)
Overlæge Jógvan Róin (medicin)
Overlæge Marner Simonsen (kirurgi)
Overlæge Jón á Steig (medicin)
Konstitueret inspektør J.E. Thomassen
1. reservelæge Hedin Thomsen reservelægerådet
Forstander Helgi Øster bestyrelsesformand

Suderø Sygehus:

Forstanderinde Nordbjørt Djurhuus
Konstitueret overlæge Jan Gustavsson (kirurgi)
Inspektør Ronnie Midjord
Overlæge Knud Steinø (kirurgi)
Byrådssekretær Hans Hendrik Strøm bestyrelsesformand

Øvrige interviewpersoner:

Lagmand Atli Dam, Landsstyret
Vicelagmand Jógvan Djurhuus, Landsstyret
Læge Andor Ellefsen, formand for kommunelægerne
Landslæge Hogni Debes Joensen
Konstitueret sygehusdirektør J.K. Højgaard
Lagtingsmedlem Karin Kjølbro, formand for social- og sundhedsudvalget
Lagtingsmedlem Tordur Niclasen, formand for planlægningsudvalget for sygehusvæsenet
Overlæge Pál Weihe, arbejdsmedicinsk klinik