



HÅLOGALANDSSYKEHUSET
HÅLOGALÁNDÐA BUÓHCCEVIÉSSU
Foretaksledelsen
Harstad

HELSE  NORD

Fødselsomsorg og akuttkirurgi ved Hålogalandssykehuset

Sluttrapport fra prosjektgruppen

**Oversendt foretaksdirektør Hagenlund
den 09.05.03**

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	3
2	Innledning	5
2.1	Bakgrunn.....	5
2.2	Styrevedtak Hålogalandssykehuset – mandat og gjennomføring.....	9
2.3	Kommentarer til overordnede føringer og saksbehandling.....	12
2.4	Avgrensninger.....	12
3	Tilnærming og metode	13
4	Fakta om Hålogalandssykehuset	15
5	Løsningsmodeller	17
5.1	Full akuttberedskap for kirurgi med fødeavdeling/-stue.....	17
5.2	Redusert akuttberedskap for kirurgi med fødestue.....	18
5.3	Ingen akuttberedskap for kirurgi med fødestue.....	18
6	Konsekvenser	20
6.1	Tilgjengelighet.....	20
6.2	Faglighet og kvalitet.....	23
6.3	Kostnadseffektivitet.....	24
6.4	Personell – rekruttering, stabilisering og utdanning.....	24
6.5	Samarbeid med primærhelsetjenesten m.fl.....	26
7	Modelleksempler og anbefalinger	27
7.1	Eksempel 1: Videreutvikling av dagens modell.....	28
7.2	Eksempel 2: Fokus bløtdelskirurgi og ortopedi.....	29
7.3	Eksempel 3: Vurderingsberedskap.....	32
7.4	Mulige løsninger for fødselsomsorgen.....	34
7.5	Økonomiske vurderinger.....	38
7.6	Prosjektgruppens anbefalinger.....	40
8	Vedlegg	41
8.1	Transporttider fra Nordtrafikk.....	41
8.2	Pasientstrømmer og økonomi.....	43

1 Sammendrag

Med utgangspunkt i nasjonale føringer startet Helse Nord RHF høsten 2002 utredninger om fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Nord-Norge. På grunnlag av rapportene fra prosjektet la styret i Helse Nord RHF føringer for det videre utredningsarbeid i regi av Hålogalandssykehuset HF. Foretaksdirektør Hagenlund nedsatte en prosjektgruppe for å belyse alternative løsninger for Hålogalandssykehuset innenfor de føringer som ble gitt fra Helse Nord. Denne rapport oppsummerer prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger.

Prosjektgruppen aksepterte prosjektets mandat og har således bidratt til å belyse de modeller som fremgår av mandatet. Ved oppstart av prosjektet ble det imidlertid gitt klar beskjed fra flere i gruppen om at føringene i mandatet satte fokus på mulige løsninger som ikke nødvendigvis ville være de beste for befolkningen i Hålogaland, og at det hadde vært ønskelig med et fokus mer mot videreutvikling av dagens modell. Det ble også understreket at den stramme tidsrammen for prosjektet ga klare begrensninger for omfanget av utredningsarbeidet.

Konsekvensene av ulike løsningsforslag er vurdert ut fra kriterier som tilgjengelighet, kvalitet, samarbeid og økonomi. Disse konsekvensene er i varierende grad også drøftet i rapportene ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”, ”Fødselsomsorg i Helse Nord” og ”Avstander og reisetider – en delrapport om organisering av framtidig fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”. Prosjektgruppen har til en viss grad vært igjennom de samme drøftingene, men har i denne rapporten i begrenset grad gjentatt de samme resonnementer som er gjengitt i de nevnte rapporter. Derimot kommenteres områder der det i prosjektgruppen er uttrykt uenighet med de vurderinger som er gjort i disse rapportene og områder som knytter seg spesifikt til vurderingen av de aktuelle løsningene for Hålogalandssykehuset. Det legges heller ikke skjul på at det har vært mange uenigheter innad i prosjektgruppen noe som også kommer til uttrykk gjennom denne rapporten.

Etter en samlet vurdering av nasjonale-, regionale- og lokale utredninger samt gruppens egen utredning, har gruppens medlemmer gitt sine spesifikke anbefalinger til retning for den videre utvikling av Hålogalandssykehuset.

Divisjon Harstads rolle har vært definert i mandatet; dvs at divisjonen skal ha akuttberedskap i både bløtdelskirurgi og ortopedi. Utfordringen har ligget i å definere divisjon Narvik og divisjon Stokmarknes sin rolle i Hålogalandssykehuset. Prosjektgruppens medlemmer har ulikt syn på hvordan utviklingen av foretaket skal håndteres.

Ni medlemmer av gruppen er av den oppfatning, blant annet med bakgrunn i signaler vedrørende spesialistutdanningen, at dagens situasjon vil være aktuell i mange år fremover, herunder forstått slik at elektiv og akutt kirurgi samt fullverdig fødeavdeling opprettholdes som i dag ved alle divisjoner. Dette må danne rammen for det videre utviklingsarbeid og vil legge grunnlaget for et godt og viktig samarbeidsklima i prosessen videre.

Syv av gruppens medlemmer er av den oppfatning at det på en smidig måte må arbeides mot en løsning med fokus på bløtdelskirurgi ved en av divisjonene og ortopedi ved den andre. Vaktordningene utvikles med henblikk på det samme, samtidig som den døgnkontinuerlige operasjonsstueberedskapen opprettholdes slik at øyeblikkelig hjelp innleggelser, keisersnitt og stabiliserende traumekirurgi skal kunne foretas alle steder. Disse medlemmene har noe ulikt syn på hvordan fødselsomsorgen skal ivaretas.

To av gruppens medlemmer er av den oppfatning at fremtiden best møtes ved å samle akuttfunksjonene ved to av divisjonene, mens den tredje divisjonen får en ren elektiv funksjon innen kirurgi i tillegg til en døgnkontinuerlig vurderingsberedskap for inneliggende og polikliniske pasienter.

2 Innledning

Helse Nord RHF har fått utarbeidet rapporter om fremtidig organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Nord-Norge. Helse Nord RHF har bedt Hålogalandssykehuset HF om en nærmere utredning av konkrete alternativer for foretaket. Foretaksdirektøren i Hålogalandssykehuset nedsatte derfor en prosjektgruppe for å belyse disse alternativene nærmere. Denne rapport oppsummerer prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger.

2.1 Bakgrunn

2.1.1 Nasjonale føringer

St.meld. 43 (1999-2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap”, samt Stortingets behandling av denne, gir klare signaler om at en rasjonalisering innen den kirurgiske akuttberedskap er ønskelig. I Stortingets behandling av denne meldingen gjorde en bl.a. følgende vedtak: ”Særlig ved enkelte små sykehus utføres det få øyeblikkelig-hjelp inngrep på kvelds- og nattetid, slik at den omfattende kirurgiske beredskapen sjelden er i bruk.” Og videre: ”I denne sammenhengen vil flertallet peke på behovet for å rasjonalisere den kirurgiske beredskapen”. Bakgrunnen for slike uttalelser har gjerne vært problemstillinger knyttet til kvalitet, rekruttering og kostnadseffektivitet.

I forarbeidene til Lov om helseforetak m.m. fremkommer en klar forventning om at de regionale helseforetakene skal gjøre en ny vurdering av dagens oppgavefordeling i regionene. En slik forventning fremkommer tydelig i Ot.prp.nr.66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. I kap 2.2.1 ”Behov for reformer” fremgår følgende: ”Det synes å være tiltagende faglig enighet om at kvaliteten på enkelte helsetjenester kan forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehus slik at det nås et minstevolum på aktiviteten. Dette viktige hensynet til kritisk volum må likevel balanseres mot hensyn til landets spesielle geografi og avstander. Det vil slik sett være viktig å understøtte en gjennomføring av mange av de forslagene som ligger i det regionale samarbeidet. Det foretas fremdeles mange operasjoner ved sykehus med for dårlig pasientgrunnlag til at ferdigheter og kunnskaper kan opprettholdes på godt nivå.”

Når det gjelder fødselsomsorgen vedtok Stortinget i 2001 følgende i forbindelse med behandlingen av Innst.S.nr. 300 (2000-2001): ”Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens Helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen”. Helsetilsynets nivåinndeling begrunnes med at det bør være et visst volum på virksomheten for at fagpersonalets kompetanse skal opprettholdes. De angitte volumgrensene er dog ikke å oppfatte som absolutte. Avsnittene nedenfor beskriver nivåene nærmere:

- Kvinneklinikk - skal ha minimum 1.500 fødsler pr. år.
Kvinneklinikkene vil kunne motta og behandle alle fødende.
En Kvinneklinikk forutsettes å ha høy beredskap med tilstedevakt av både gynekolog og anestesilog, samt utstyr og fasiliteter som gjør det mulig å

utføre operativ forløsning i løpet av 15 minutter. Ved samme institusjon må det være en nyfødtavdeling med kontinuerlig vaktberedskap og nødvendig kompetanse til respiratorbehandling av nyfødte.

- Fødeavdeling - skal ha minimum 400 – 500 fødsler pr. år.
Fødeavdelingene vil kunne motta de fleste fødende og kunne gi operativ fødselshjelp, men vil måtte overføre til kvinneklinikk fødende med alvorlige komplikasjoner eller de fødende der det er forventet behov for behandling av det nyfødte barn ved nyfødtavdeling.
- Fødestue – minimum 40 fødsler pr. år.
Fødestuene vil kunne motta fødende uten spesielle komplikasjoner og hvor det ikke er forventet operativ forløsning eller spesielle behandlingsbehov hos de nyfødte. En fødestue har kontinuerlig beredskap av jordmor.

2.1.2 Helse Nord RHF's videreføring av de nasjonale føringer

Problemstillingene knyttet til akuttkirurgi og fødselsomsorg skal i følge Helse Nords strategidokument følges opp av det enkelte helseforetak gjennom konkrete tiltak for endringer.

Vedtak i Helse Nords styre 18.06.02

I strategidokumentet for Helse Nord, vedtatt i styret 18.06.02, står følgende: ”Vår målsetting er å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet, tilgjengelighet og utdanning ivaretas.

Helse Nord vil:

- Prioritere tiltak som er av størst nytte og sørge for at disse blir effektivt organisert
- Stille krav om samordning av ressurser innen helseforetak og ta ansvar for slik samordning mellom helseforetak
- Gjennomgå organiseringen av akuttberedskapen innen helseforetak (med særlig fokus på fødselsomsorgen og kirurgien) med sikte på å optimalisere løsningene med hensyn til kvalitet og kostnadseffektivitet”

Vedtak i Helse Nords styre 28.08.02

Helse Nord vedtok på bakgrunn av ovenstående vedtak i styremøte den 28. august 2002 å iverksette et utredningsarbeide om ”Organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg i Helse Nord”. Følgende rapporter er resultat av dette arbeidet; ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”, ”Fødselsomsorg i Helse Nord” og ”Avstander og reisetider – en delrapport om organisering av framtidig fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”.

Vedtak i Helse Nords styre 24.02.03

Helse Nord behandlet rapportene i sitt styremøte den 24.02.03 sak 18- 2003 ”Rapportene om kirurgisk akutt beredskap og fødselsomsorg – videre arbeid og oppfølging”. Styret fattet følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF vurderer de avgitte rapporter om organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg som relevante og nyttige premisser for det videre arbeid med disse problemstillinger. I tråd med reformens forutsetninger forutsettes et helhetlig regionalt perspektiv lagt til grunn i det videre arbeid med denne saken.

Parallelt med høringen igangsettes et supplerende utredningsarbeid i de helseforetak som – både i følge rapportene og styrets foreløpige vurderinger – er mest aktuelle for endringer. Det gjelder Hålogalandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Dette arbeidet igangsettes, ikke for å foregripe konklusjoner, men for å ytterligere kvalifisere grunnlaget for framtidige beslutninger. Alternativet med opprettholdelse av dagens tilbud innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg er kjent og trenger ingen utredning. Styret i Helse Nord RHF vil derfor i sin utredningsbestilling til de aktuelle foretak anmode om at noen av de alternativer som er skissert i rapportene blir særlig fokusert. Dette skal ikke utelukke noen alternativer i forhold til endelig beslutning. Styret vil likevel anmode om at utredning av det mest ytterliggående alternativet – som innebærer å sentralisere både akutt kirurgi og fødeavdeling til bare ett sykehus i hvert foretak - blir gitt lavest prioritet. Det supplerende utredningsoppdrag som i første omgang ønskes prioritert, bør bygge på følgende premisser:

- a. Tilbudene innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg opprettholdes ved de sykehusene som allerede ved etableringen av helseforetakene høsten 2001 ble utpekt som ressurspsykehus i de respektive helseforetak. Det gjelder Rana sykehus i Helgelandssykehuset HF og Harstad sykehus i Hålogalandssykehuset HF. Det forutsettes at disse sykehusene har akutt-tilbud innen både ortopedi og bløtdelskirurgi.
- b. Enda ett av sykehusene i hvert av foretakene opprettholder full eller delvis beredskap (Jfr. modell 2 i kirurgirapporten) innen akutt kirurgi.
- c. Det opprettholdes et fødetilbud ved samtlige av de enhetene som i dag har fødeavdelinger, men noen av disse vurderes omgjort til jordmorstyrte fødestuer.
- d. Full kirurgisk akuttberedskap er en forutsetning for at et sykehus kan opprettholde en fødeavdeling.
- e. Ved forslag om enheter for akutt kirurgisk beredskap forutsettes bl.a. følgende hensyn vektlagt: avstander/reisetider, transportindeks, utnyttelse av total kapasitet i helseforetaket, driftsutgifter, samt bygningsmessige standarder og investeringsbehov.

Styrets bestilling om ovennevnte utredning utføres av lokale arbeidsgrupper i det enkelte helseforetak. Disse arbeidsgruppene forutsettes forsterket med inntil 4 eksterne ressurspersoner oppnevnt av Helse Nord RHF. Administrasjonen i Helse Nord RHF vil, i samråd med de to berørte helseforetakene, sørge for at den nødvendige analyse- og økonomikompetanse tilføres de lokale arbeidsgrupper.

Styrene i Hålogalandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF skal innen 20. mai ta stilling til forslag til løsninger innen det enkelte helseforetak.

Nasjonalt skjer det endringer i måten spesialisthelsetjenesten organiseres på. Styret ber administrasjonen ta problemstillingen opp med nasjonale myndigheter med sikte på å utvikle utdanningsmodeller som er fleksible i forhold til nye organisasjonsmodeller for spesialisthelsetjenesten. Styret ber administrasjonen kartlegge konsekvensene og mulige løsningsmodeller for utdanningsvirksomheten av alternative modeller for organisering av kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg. Dette gjelder både i forhold til spesialistutdanning for leger og utdanning av enkelte spesialsykepleiere.

Styret i Helse Nord sluttbehandler denne saken i møte den 19.juni d.å. Denne styrebeslutning skal gjøres på grunnlag av en samlet og bred vurdering, der lokale styrevedtak, fagrapporter, høringsuttalelser og arbeidet i lokale arbeidsgrupper inngår i vurderingsgrunnlaget.

Som en konsekvens av styrevedtaket fikk Hålogalandssykehuset HF ansvaret for videreføringen av dette arbeidet .

Behandling av høringsuttalelser i Helse Nord styre 10.04.03

Styret i Helse Nord RHF behandlet den 10. april 03 sak 32-2003 ”Fremtidig organisering av akuttberedskap og fødselsomsorg – høring”. Helse Nord RHF valgte på bakgrunn av reaksjonene i høringsuttalelsene å modifisere styrevedtaket fra 24.02.03. Styret ”anbefaler at de lokale arbeidsgruppene i slutføringen av sine utredninger legger til rett for at samtlige enheter har delvis kirurgisk akuttberedskap”

Styret fattet følgende vedtak:

- A. Styret viser til premisser og vedtak i sak 18-2003, og vil i tråd med vedtakspunkt 2 og 3 i forannevnte sak komme med følgende presiseringer for det videre arbeid i de lokale arbeidsgruppene og den etterfølgende behandling i de aktuelle helseforetaksstyrene:
1. For å imøtekomme behovet for mer tid til de lokale prosessene, vedtar styret i Helse Nord RHF å utsette fristen for styrebehandling på HF-nivå til 30. mai.
 2. Føringer fra styresak 18-2003 i Helse Nord RHF, om at supplerende utredninger skulle baseres på forutsetningen om at ett av sykehusene i Hålogalandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF skal være helt uten kirurgisk akuttberedskap, oppheves. Denne modifiserte forutsetningen om at også den tredje sykehusenhetet gis en kirurgisk akuttberedskap, der spesifikke lokale hensyn til avstander og sykehusstørrelse er vektlagt, bygges inn i det videre utredningsarbeid i de aktuelle helseforetakene.
 3. For særlig små enheter med relativt kort avstand til alternativt sykehus, bør det vurderes alternativer basert på at den kirurgiske akuttberedskapen begrenses til dagtid.

4. Arbeidsgruppene bør utrede hvordan helseforetakene gjennom etableringer av felles akuttmottak (FAM), telemedisinske ordninger og eventuelle andre virkemidler kan styrke den generelle beredskap for vurdering og stabilisering ved enheter uten full kirurgisk beredskap.
5. Styret i Helse Nord RHF vil understreke betydningen av at både utredninger og oppfølgende beslutninger i helseforetakene legger til rette for at den samlede kirurgiske kompetanse i de ulike enhetene utnyttes på en god måte.
6. Det forutsettes poliklinisk og elektiv kirurgisk virksomhet ved samtlige enheter, men omfang og innhold for denne virksomheten må avklares nærmere på grunnlag av en systematisk gjennomgang av kompetanse-, kapasitets- og beredskapsmessige forutsetninger. De lokale arbeidsgruppene inviteres til å komme med forslag til slike løsninger, men det forutsettes ikke at gruppene slutfører denne gjennomgangen som del av sitt arbeid.
7. Ved vurderinger av spørsmålet om fødestue eller fødeavdeling, oppfatter styret i Helse Nord det ene av Helsetilsynets kriterier, knyttet til fødselstallet (4-500 fødsler per år), som veiledende og ikke som noen absolutt grense. Vesentlige avvik fra disse normtall forutsetter en særskilt begrunnelse.

B. Styret i Helse Nord RHF ber administrasjonen i det regionale helseforetaket i styresaken i juni 2003 skissere de regionale og mer helhetlige forutsetninger som den akuttmedisinske organiseringen skal inngå i.

2.2 Styrevedtak Hålogalandssykehuset – mandat og gjennomføring

Styret i Hålogalandssykehuset HF vedtok i styremøte 18.mars 2003 følgende mandat for prosjektgruppa i utredning av fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Hålogalandssykehuset:

1. Prosjektgruppen ledes av Helge Torgersen. Øvrige medlemmer:

Bjørn Nygaard	- seniorrådgiver plan og utvikling Hålogalandssykehuset
Stig Pedersen	- avd.sykepleier, akutt/intensiv, divisjon Stokmarknes
Ella Gjertsen	- driftskoordinator, kirurgisk avd. divisjon Harstad
Paul Larsen	- kommunejordmor, divisjon Narvik
Mattihas Reckert	- avdelingsoverlege kirurgisk avdeling, divisjon Narvik
Bodil Eilertsen	- overjordmor, divisjon Narvik
Tore Arne Martinsen	- kommunelege, Lødingen
Anders Svensson	- kommunelege 1, Bø
Kristen Olav Lind	- avdelingsoverlege gynekologi, divisjon Stokmarknes
Snorre Gilde	- seksjonsleder Plan & Analyse, Hålogalandssykehuset
Frank Nordlund	- avd.overlege akutt/intensiv avdeling, divisjon Harstad
Ann- Mari Jenssen	- tillitsvalgt for KFO
Signy Strøm	- tillitsvalgt for NSF
Jørn Kjæve	- gastrokirurg, Universitetssykehuset Tromsø
Nina Schmidt	- jordmor, Alta
Bjørn Haug	- Helse Nord RHF
Nina Sjøvoll	- Helse Nord RHF
Finn Arthur Forstrøm	- Agenda, ansvarlig for de økonomiske kalkyler

2. Gruppen skal, basert på Helse Nords styrevedtak og de foreliggende rapporter vedrørende fremtidig organisering av akuttkirurgi og fødselsomsorg i Nord-Norge utrede følgende alternativer for Hålogalandssykehuset HF:

A: Modell 1

Tilbudene innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg opprettholdes ved divisjon Harstad. Det forutsettes at sykehuset har akutttilbud innen både ortopedi og bløtdelskirurgi. Enda en divisjon i foretaket opprettholder full *eller* delvis beredskap (Jfr. modell 2 i kirurgirapporten) innen akutt kirurgi. Den siste divisjonen skal ikke ha noen akuttkirurgisk beredskap. Det opprettholdes et fødetilbud ved samtlige divisjoner, men en eller begge av dagens fødeavdelinger i Narvik og Stokmarknes vurderes omgjort til jordmorstyrte fødestuer. Full kirurgisk akuttberedskap er en forutsetning for at et sykehus kan opprettholde en fødeavdeling.

B: Modell 2

Tilbudene innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg opprettholdes ved divisjon Harstad. Det forutsettes at sykehuset har akutttilbud innen både ortopedi og bløtdelskirurgi. Kirurgisk akuttberedskap nedlegges ved de to andre divisjonene. Det opprettes jordmorstyrte fødestuer ved divisjonene i Narvik og Stokmarknes.

3. Ved forslag om enheter for akutt kirurgisk beredskap forutsettes bl.a. følgende hensyn vektlagt: avstander/reisetider, transportindeks, utnyttelse av total kapasitet i helseforetaket, driftsutgifter, samt bygningsmessige standarder og investeringsbehov. Arbeidsgruppen skal ta utgangspunkt i konkret reisetid for pasienter uavhengig av de foretaksgrensene som tidligere er trukket.
4. I alle modeller er det av vesentlig betydning å utrede følgende konsekvenser, jfr kirurgirapportens kap. 7:
 - rekruttering og stabilisering av personell
 - systemansvar og forpliktende nettverk, herunder felles klinisk ledelse
 - (èn fødeavdeling og èn kirurgisk avdeling i foretaket)
 - samhandling indremedisin, anestesi/intensiv og kirurgi
 - avstandskompenserende tiltak (akuttmedisinske kjeden, primærhelse, ambulanse, AMK- tjenester og telemedisin)Forholdet til - og konsekvenser for – primærhelsetjenesten ved endringer i dagens ordninger må legges særlig vekt på.
5. De økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens ulike forslag skal dokumenteres. Helse Nord stiller ressurser til disposisjon.
6. Dersom det av kapasitetsmessige grunner ikke er mulig å utrede begge modeller like grundig, skal det gis prioritet til modell 1, jfr styrevedtakets føringer. Det siteres fra vedtakets pkt 3: ”*Alternativet med opprettholdelse av dagens tilbud innen kirurgisk akuttberedskap og fødselsomsorg er kjent og trenger ingen utredning. Styret i Helse Nord RHF vil derfor i sin utredningsbestilling til de aktuelle foretak anmode om at noen av de alternativer som er skissert i rapportene blir særlig fokusert. Dette skal ikke utelukke noen alternativer i forhold til endelig beslutning.*”

7. Arbeidsgruppen kan fremme forslag til modifiserte modeller av dagens løsninger (tre fullverdige akuttstuskehus). Det er imidlertid en forutsetning at dagens løsninger er et viktig referansegrunnlag for de endringer gruppen måtte foreslå. Gruppen skal derfor beskrive fordeler og ulemper ved de foreslåtte løsninger opp mot dagens modell, herunder beskrive *hvorfor* endringer innen disse feltene skulle være nødvendig.
8. Arbeidsgruppen bes gi forslag til andre tilbud som bør utvikles i HHF på de steder der det frigjøres ressurser i form av endret tilbud innen akuttkirurgi og fødselsomsorg. Som eksempel har foretaket (og Helse Nord) betydelige utfordringer innen geriatri, generell indremedisin, kreftbehandling og – omsorg, dagkirurgi, poliklinisk behandling osv.
9. Utkast til detaljert fremdriftsplan fremgår av vedlagte orientering. Gruppen skal levere sin rapport innen 16. april 03. Gruppeleder står fritt til å legge opp arbeidet innenfor denne frist, i samråd med foretaksdirektør.

Etter de reviderte føringene fra Helse Nord den 10. april 2003, kom direktør Hagenlund med følgende presisering av mandatet:

”Det vises til mandat for prosjektgruppen i Hålogalandssykehuset og vedtak i Helse Nord's styremøte den 10. april 2003. Dette gir grunnlag for følgende presisering: Den divisjon (evt de divisjoner) som i henhold til det opprinnelige mandat ikke skulle ha noen akuttkirurgisk beredskap, skal som et minimum ha akuttberedskap på dagtid for spesialistvurdering og behandling av mindre sår og bruddskader.”

Det er også oppnevnt en **referansegruppe** for prosjektet.

Mandat for referansegruppen:

1. Referansegruppen ledes av Jan Arne Lund. Øvrig sammensetning fremgår av vedlagte orientering.
2. Gruppens mandat er å kvalitetssikre og støtte arbeidet i prosjektgruppen gjennom å vurdere og gi innspill til prosjektgruppens skriftlige arbeid.
3. Det forutsettes et nært samvirke mellom de respektive gruppeledere, herunder at referansegruppen sikres god tilgang til arbeidsgruppens materiale underveis.

Medlemmer i referansegruppen

Medisinsk fagråd HHF:

Jan Arne Lund, sjefslege og leder referansegruppen

Turid Fossem, sjefsyrkepleier

Stein Johansen, Narvik

Inger Larssen, Narvik

Finn Larsen-Aas, Stokmarknes

Geir Brokstad, Stokmarknes

HHFs deltagere i Helse Nord Grupper:

Willy Nøstdahl, avd.overlege føde/gyn Narvik

Trond Ellingsen, avd.overlege kir. Harstad

Representanter for HHFs brukerutvalg:
Turid Henriksen, Narvik og Jorunn Haugdal, Sortland

Representanter fra primærhelsetjenesten:
Aud Sellevoll, helse- og sosialsjef, Andøy kommune
Lars Næsje, kommunelege 1, Salangen

Referansegruppen har gjennomført 2 møter og gått igjennom det skriftlige materialet fra prosjektgruppen samt gitt tilbakemeldinger til prosjektgruppen.

2.3 Kommentarer til overordnede føringer og saksbehandling

Prosjektgruppen har akseptert ovenstående mandat og har ønsket å bidra til å belyse de nevnte modeller. Likevel vil flere i gruppa presisere at de ikke har oppfattet disse modellene som de mest interessante i forhold til å videreutvikle Hålogalandssykehuset. Flere av medlemmene har primært ønsket å utrede en videreutvikling av Hålogalandssykehuset med utgangspunkt i dagens modell. Prosjektgruppa vil også påpeke at endringene i mandatet underveis i prosessen har skapt unødig uro og usikkerhet i arbeidet knyttet til denne prosessen.

Prosjektgruppas medlemmer er personlig valgt av styret og representerer seg selv i dette arbeidet.

Prosjektgruppen har gjennomført 3 samlinger a 2 dager i tidsrommet 10.03.03 til 30.04.03. Signy Strøm har kun hatt anledning til å være med på ca 2/3 av gruppas arbeide.

2.4 Avgrensninger

Det er fra enkelte i gruppen gitt uttrykk for at det burde vært brukt mer tid på denne prosessen. Gruppen har imidlertid gjort det beste ut av situasjonen med de tidsrammer som er stilt til disposisjon. Dette innebærer også at det har vært nødvendig å prioritere blant de oppgavene som ligger i mandatet.

Til grunn for arbeidet har ligget utredningene ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”, ”Fødselsomsorg i Helse Nord” og ”Avstander og reisetider – en delrapport om organisering av framtidig fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”. Det er fra flere i prosjektgruppen uttrykt uenighet med de vurderinger som er gjort i disse rapportene. Gruppen har imidlertid måttet begrense diskusjonene knyttet til disse uenighetene for å prioritere de oppgaver den er pålagt gjennom mandatet.

3 Tilnærming og metode

Med utgangspunkt i prosjektets mandat slik det opprinnelig forelå, så gruppen for seg at det prinsipielt forelå følgende modellkombinasjoner:

Modell-komb.	Kirurgi		Føde	
	Stokmarknes	Narvik	Stokmarknes	Narvik
1	Full ak.beredskap	Ingen ak.beredskap	Fødeavd.	Fødestue
2	Full ak.beredskap	Ingen ak.beredskap	Fødestue	Fødestue
3	Ingen ak.beredskap	Full ak.beredskap	Fødestue	Fødeavd.
4	Ingen ak.beredskap	Full ak.beredskap	Fødestue	Fødestue
5	Red. ak.beredskap	Ingen ak.beredskap	Fødestue	Fødestue
6	Ingen ak.beredskap	Red. ak.beredskap	Fødestue	Fødestue
7	Ingen ak.beredskap	Ingen ak.beredskap	Fødestue	Fødestue

De forskjellige modellkombinasjonene er nærmere beskrevet i kapitel 5. Der fremgår også hvilke føringer som ble lagt underveis i prosjektet for at det som her er kalt ”Ingen beredskap” likevel skal ha en viss akuttberedskap.

Dagens oppgavefordeling er godt kjent og skal derfor ikke utredes nærmere. I og med at den er så godt kjent, fant gruppen det tidlig naturlig å bruke den som referanse i flere av drøftingene. Presiseringer i mandatet innledningsvis gjorde at gruppen også ble bedt om å vurdere mulige løsninger for videreutvikling med utgangspunkt i dagens modell.

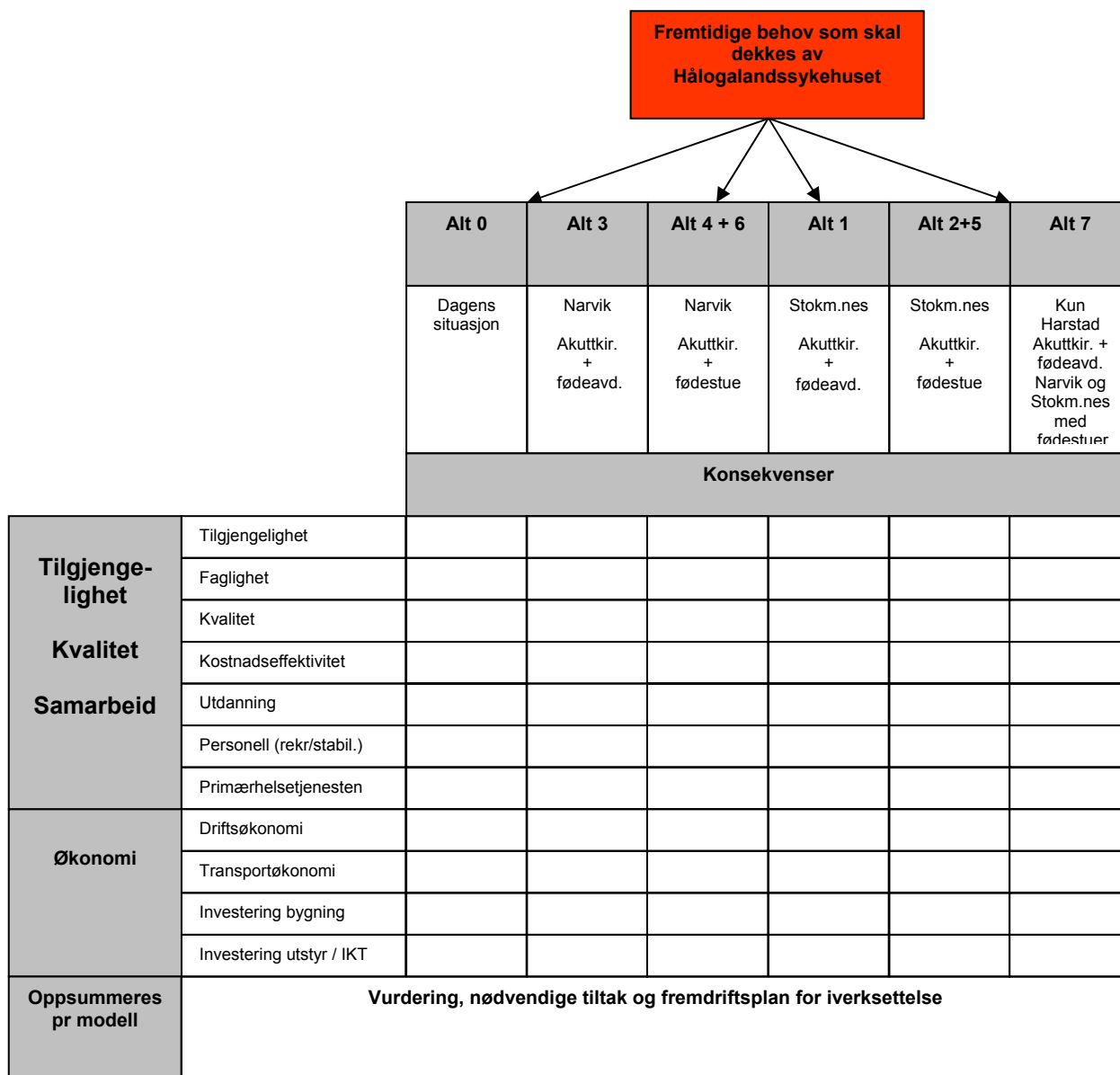
Det er i mandatet lagt vekt på at alternativene skal vurderes ut fra enkelte kriterier av kvalitativ og økonomisk karakter. Disse kriteriene er:

- Tilgjengelighet
- Kvalitet (faglighet, personelltilgang, personellutvikling)
- Samarbeid (primærhelsetjenesten, indremedisin, anestesi)
- Økonomi (drift, transportkostnader, investering i bygninger og utstyr)

Mange av disse vurderingskriteriene er drøftet relativt omfattende i de rapportene som er utgangspunktet for denne utredningen. Det vil derfor flere steder være naturlig å henvise til den tidligere drøftingen uten å gå inn i den samme på nytt, eventuelt kun kort kommentere der det er uenighet med tidligere vurderinger. På mer generelt grunnlag utdypet gruppen i kapitel 5 nærmere de modellene som skal utredes før disse drøftes nærmere i kapitel 6. Først i kapitel 7 gir gruppen noen helt konkrete eksempler på mulige løsninger for Hålogalandssykehuset og beskriver disse mer i detalj før deres styrker og svakheter og nødvendige implementeringstiltak blir presentert. Disse mer detaljerte eksemplene legges også til grunn for de økonomiske kalkylene.

På denne måten har drøftingene i prosjektgruppen gått fra det mer generelle til mer å knytte seg til de konkrete alternativene for Hålogalandssykehuset. Det er i drøftingen lagt vekt på de momenter som er viktig for å skille de alternative modellene fra hverandre.

Følgende prinsipielle skisse har fungert som et kart i gruppens møter. Kartet viser modellalternativene slik de forelå i utgangspunktet (kfr ovenfor) og de kriterier modellene skal vurderes i forhold til. Gruppen har funnet det hensiktsmessig å bevege seg litt frem og tilbake i kartet under drøftingene.



Også når det gjelder de økonomiske vurderingene er det kun lagt vekt på å få frem de forhold som bidrar til å vise forskjellene mellom modellene. Til grunn for slike kalkulasjoner må det tas en rekke forutsetninger som er beskrevet nærmere i kap 8.2.

4 Fakta om Hålogalandssykehuset

Aktivitets- og kostnadsdata fra Hålogalandssykehuset fremkommer i flere utredninger og rapporter. Gruppen har her samlet noen nøkkeltall som har vært nyttig å ha lett tilgjengelig under drøftingene.

			Harstad	Stokmarknes	Narvik	Sum HHF
1.	Innlagte	Kir.avd. Elektive	994	594	594	2.182
		Kir.avd. Ø-hjelp	1.503	1.192	1.114	3.809
		Elektive m/kir. DRG	679	404	494	1.577
		Ø-hjelp m/kir. DRG	554	355	294	1.203
	Dagbehandling	Kir.avd. Elektive	559	910	730	2.199
	Poliklinikk, totalt	Kir.avd.	12.044	8.096	9.919	30.059
	Tidsrommet 00 – 08	Kir.avd. – Ø - hjelp	296	70	134	500
	Tidsrommet 08 – 16	Kir.avd. – Ø - hjelp	2.020	1.533	1.601	5.154
	Tidsrommet 16 – 00	Kir.avd. – Ø - hjelp	1.352	503	496	2.351
	Poliklinikk, totalt	Gyn	3.965	2.197	2.239	8.401
	Tidsrommet 00 – 08	Gyn – Ø - hjelp	6	0	14	20
	Tidsrommet 08 – 16	Gyn – Ø - hjelp	433	203	155	791
	Tidsrommet 16 – 00	Gyn – Ø - hjelp	2	9	2	13
	Poliklinikk, totalt	Føde	501	1.913	1.230	3.644
	Tidsrommet 00 – 08	Føde – Ø - hjelp	0	4	11	15
	Tidsrommet 08 – 16	Føde – Ø - hjelp	426	507	522	1.455
	Tidsrommet 16 – 00	Føde – Ø - hjelp	2	154	28	184
2.	Antall fødsler	Totalt i regionene	395	350	319	1.064
		Født på HHF	392	333	260	985
		Sectio, akutte	30	20	18	68
3.	Gj.snittlig ant.senger i bruk (beleggsprosent)	Medisin	51,6 (92 %)	40 (102 %)	30 (95 %)	121,6 (96 %)
		Kir+ortopedi	41,3 (90 %)	30 (95 %)	25 (97 %)	96,3 (93 %)
		Føde/gyn	16 (60 %)	15 (51 %)	12 (68 %)	43 (59 %)
4.	Ant. Ekstra senger	Medisin	8	0	5	13
		Kir/ortopedi	18	4	3	19
		Føde/gyn	5	0	3	8
5.	Ant. Stillingshjempler Over/ass.leger	Medisin	11,9/6	7/2	8/4	26,9/12
		Kir/ort	10/5	4/2	7,2/3	21,2/10
		Gyn	5/1	2/0	1,6/0	8,6/1
		Andre	18,1/3	4/0	6/0	28,1/3
6.	Totalt antall årsverk	Somatikk	566	281	295	1.142
7.	Ant. Km til Harstad		0	92	120	
	Reisetid til Harstad		0	110 min.	120 min.	

8.	Antall operasjonsstuer		5 + 2	4	4	15
9.	Antall kvadratmeter i sykehuset	Somatikk	30.000	12.896	14.621	57.517

KILDER TIL AKTIVITETSDATAENE:

1	Opplysninger for 2002 hentet fra Varehuset til Analysecenteret, som henter inn data fra lokalt pasientadministrasjonssystemet DIPS. Dagbehandling omfatter dagkirurgiske inngrep
2	Antall fødsler totalt i regionene for den enkelte divisjon, er 2001 fødsler i hver av kommune med bakgrunn i SAMDATA sin gruppering av den enkelte kommune. Fødsler 2002 gjennomført ved den enkelte divisjon er gitt av fødeavdelingene, likeledes antall akutte sectio(keisersnitt).
3	Materiale hentet fra rapport D- 2141 Dips for 2002. Når det opereres med 40 gjennomsnittlig antall brukte senger ved med. avd. Stokmarknes inkluderer det både samtalerom og undersøkelsesrom. Andre senger under Harstad utgjør fellespost mellom gyn/ØNH Ved Narvik er 6 senger på barnestua fordelt likt mellom medisin og kirurgi
4	Antall ekstra senger, angir hvor mange ekstra senger man kan ha i avdelingene gitt at bemanningen blir tilstrekkelig. Data innhentet fra avd. ledere.
5	Personalplan for 2003, budsjetterte stillingshjemler kun for somatikken.
6	Personalplan for 2003, budsjetterte stillingshjemler kun for somatikken.
7	Vedlegg 3, Rapport kirurgisk akuttberedskap Helse Nord, februar 2003. Avstand og reisetid gjelder fra henholdsvis Stokmarknes og Narvik til Harstad. Transport fra Stokmarknes er basert på bruk av fergestrekningen Flesnes – Refsnes. Avstandene er delvis tatt fra NAF's veibok, delvis lest ut av tabeller beregnet av InfoMap og avrundet til nærmeste hele 10-tall. 60 km/t er brukt som kjørehastighet. Videre er det ikke regnet ventetid for ferge og det er ikke innregnet samtidskonflikter, d.v.s. at ressursene til enhver tid er antatt ledig.
8	Antall operasjonstuer - Benchmarking av 4 sykehus i Nordland, 20. november 2001 For Harstad omfatter antallet 5 på kir. og 2 på ØNH, opplysninger gitt av Plan & Analyse.
9	Omfatter kun somatikken, oppgitt av RHF med bakgrunn i gjennomført takst

Til beskrivelsen av Hålogalandssykehuset hører også en oversikt over sykehusets befolkningsgrunnlag. Grensene i nord mot UNN og i sør mot Nordlandssykehuset er ikke godt definert. Mange pasienter bruker erfaringsmessig nabosykehusene. Det finnes i prinsippet 3 måter å skissere sykehusenes befolkningsgrunnlag på:

- Etter de gamle lokalsykehusgrensene, jfr. Samdata
- Etter en ren avstandsvurdering, dvs ved at befolkningen uansett knyttes til det sykehuset som er nærmest
- Etter hvilket sykehus pasienten faktisk velger

Det er svært store forskjeller i befolkningstall for divisjonene Harstad og Narvik, avhengig av hvilken beregningsmåte man velger. Prosjektgruppen har ikke funnet det nødvendig å gå nærmere inn i denne problematikken for å kunne gi sine anbefalinger av retning for den videre utvikling av Hålogalandssykehuset.

5 Løsningsmodeller

Slik det fremgår av kapitel 3 la mandatet i utgangspunktet opp til at utredningen skulle omfatte tre nivåer når det gjelder kirurgisk akuttberedskap:

- full akuttberedskap
- redusert akuttberedskap
- ingen akuttberedskap

Fødselsomsorgen skulle sees i relasjon til dette slik at fødestue var et alternativ ved alle beredskapsnivåene i tillegg til fødeavdeling som en mulighet ved full akuttberedskap.

Gruppen har nedenfor utdypet hva de legger i disse beredskapsnivåene både når det gjelder kirurgisk beredskap og fødselsomsorgen. Dette har ligget til grunn for gruppens vurderinger av de kvalitative sider ved beredskapsnivåene slik dette er referert i kapitel 6. I kapitel 7 er dette ytterligere konkretisert med veldefinerte eksempler på mulige løsninger både når det gjelder den kirurgiske akuttberedskapen og fødselsomsorgen.

5.1 Full akuttberedskap for kirurgi med fødeavdeling/-stue

Full beredskap for kirurgi kan kombineres med fødeavdeling eller fødestue.

Med full beredskap for kirurgi i Stokmarknes eller Narvik legges det til grunn en virksomhet som innen kirurgi prinsipielt er uforandret fra i dag, dvs. at ortopeder og bløtdelskirurger deler på vakt.

Gruppen er klar over de drøftinger som pågår med tanke på utviklingen av kirurgifaget og hvorvidt det er tilfredsstillende å opprettholde vaktordninger som ikke innebærer egne vaktlinjer i både bløtdelskirurgi og ortopedi, evt senere også i enda flere disipliner. Gruppen ser at det i dag er funnet pragmatiske løsninger som baserer seg på bred erfaringskompetanse hos de som i dag deler på disse vaktene. Gruppen avventer utredninger med tanke på den fremtidige utvikling av kirurgifaget, men forventer at det i fremtiden ikke vil være mulig med vaktordninger som er felles for både bløtdelskirurger og ortopeder, evt også andre disipliner. Det må legges til grunn at vaktordningene ved mindre sykehus må prioritere kompetanse innen bløtdelskirurgi.

Et sykehus med full akuttberedskap for kirurgi kan enten ha fødeavdeling eller jordmorstyrt fødestue. En jordmorstyrt fødestue kan enten være helt uten sectioberedskap eller med en sectioberedskap som ivaretas av kirurgene på vakt (modifisert fødestue, kfr Lofotensykehuset). Det er enighet i gruppa om at sectioberedskap primært skal ivaretas av gynekologer. Det er derimot uenighet om det også må aksepteres ordninger der beredskapen kan ivaretas av kirurger. Siden det synes å være et flertall i gruppa som mener at gynekologer i vakt er en forutsetning for sectioberedskap, legges foreløpig dette til grunn i de videre drøftinger og kalkulasjoner.

5.2 Redusert akuttberedskap for kirurgi med fødestue

Redusert kirurgisk akuttberedskap innebærer at beredskapen med tanke på innleggelse for øyeblikkelig hjelp operasjoner kun opprettholdes deler av døgnet eller deler av uken. Fødetilbudet vil i en slik situasjon utgjøres av jordmorstyrt fødestue. En slik løsning vil også legge føringer for hvilke øyeblikkelig hjelp inngrep og elektive inngrep som kan gjøres i ”åpningstiden” (kfr kap 5.3).

Gruppen er skeptisk til slike løsninger da det lett skaper usikkerhet både hos befolkningen og den samarbeidende primærhelsetjenesten. Det er også lite erfaring med slike løsninger i Norge. Prosjektgruppen deler med andre ord den skepsis som prosjektgruppen for ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord” hadde til slike løsninger. Gruppen legger derfor til grunn at i dette henseendet enten skal det prinsipielt være full akuttberedskap eller ingen akuttberedskap, hvilket innebærer at alternativene 5 og 6 ikke drøftes nærmere i første omgang.

Prosjektgruppen deler imidlertid ikke den samme skepsis som den tidligere utredningen (kap 6.2 s. 56) når det gjelder løsninger som innebærer at vaktordningen konsentreres om bløtdelskirurgi i en av divisjonene og ortopedi i den andre, gitt at dette praktiseres med skjønnshet. Dette er konkretisert nærmere i kapittel 7. Også NOU 1998:9 ”Hvis det haster – Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap” påpeker dette som en mulig løsning (kalles der modell B).

5.3 Ingen akuttberedskap for kirurgi med fødestue

Med ”ingen akuttberedskap for kirurgi” forstår gruppen at det ikke skal være beredskap for å motta øyeblikkelig hjelp innleggelse i kirurgi. Dette er imidlertid ikke til hinder for at det på dagtid, dvs. når det drives elektiv kirurgisk virksomhet, også kan mottas akutte pasienter for vurdering av kirurg og behandling av sår og mindre bruddskader. Dette vil kreve tiltak som gjør at effektiviteten i den elektive aktivitetslinjen reduseres i minst mulig grad av samtidighetskonflikter. Den samme eksterne vurderingsberedskap vil også kunne opprettholdes på vakttid av den kirurg som har vakt med tanke på de elektive inneliggende pasientene. Fødetilbudet i et slikt sykehus vil være i form av fødestue. Denne tolkning av ”Ingen akuttberedskap” er i overensstemmelse med presiseringene i gruppens mandat etter styremøtet i Helse Nord den 10. april.

For det sykehus som ikke lenger har akuttfunksjon i kirurgi, legger gruppen til grunn at sykehuset fortsatt skal ha akuttfunksjon i indremedisin. Når sykehuset kun opprettholder akuttfunksjonen i indremedisin tilsier NOU 1998:9s normer at en slik virksomhet kan bedrives uten tilgang på anestesilege. Både fra prosjektgruppen og det indremedisinske miljø er det kommet signaler om at anesthesiolog i vakt er en forutsetning for dagens praksis i de indremedisinske avdelingene i foretaket. Prosjektgruppen er kjent med at dette skal utredes nærmere i et eget prosjekt i regi av Helse Nord. Prosjektgruppen går derfor ikke nærmere inn i denne problematikken, men legger til grunn for drøftingen av modellalternativene innen kirurgi at anesthesiolog er i beredskap av hensyn til indremedisin.

For det sykehus som ikke har akuttberedskap for innleggelser i kirurgi, kan det planlegges elektiv kirurgisk virksomhet både i form av innleggelser, dagkirurgi og/eller poliklinikk. Her må hele Hålogalandssykehusets befolknings behov for tjenester legges til grunn samtidig som en hensiktsmessig fordeling mellom divisjonene Harstad, Stokmarknes og Narvik må tilstrebes. En samlet utnyttelse av foretakets tilgjengelige operasjonskapasitet, tilgang på kirurger og gynekologer, intensivkapasitet osv må tilstrebes, samtidig som reisetiden til pasientene forsøkes holdt på et rimelig nivå.

Det er sammenheng mellom omfanget og innholdet i den elektive kirurgien og de beredskapsordninger som er nødvendig med tanke på postoperative komplikasjoner. Andre sykehus med kun elektiv kirurgi har valgt noe ulike løsninger når det gjelder vaktordninger med tanke på de nyopererte pasientene. Flere av disse ordningene innebærer at enten må pasienten eller personalet flyttes de få gangene reoperasjoner blir nødvendig.

Med tanke på de videre drøftinger og analyser legger prosjektgruppen til grunn at det skal være en kirurg i beredskap med tanke på å vurdere de nyopererte inneliggende pasientene. Ordningen innebærer imidlertid ikke beredskap for operasjons- og anestesisykepleier. En slik vaktordning får som sagt konsekvenser for kirurgien som kan utføres på dagtid. Med en slik ordning vil eksempelvis åreknuter, brokk, galleoperasjoner og utvalgte ortopediske inngrep kunne opereres elektivt på dagtid. Hvilke ortopediske inngrep som kan være aktuelle utredes nå i et eget prosjekt i regi av Helse Nord.

I det sykehus som kun har elektive funksjoner i kirurgi, er som nevnt prosjektgruppen av den oppfatning at kirurgen fortsatt kan gjøre vurderinger av øyeblikkelig hjelp pasienter på dagtid, evt også på kveld/natt, men at mindre, akutte behandlinger må håndteres på en slik måte at effektiviteten i den elektive funksjonen ikke forstyrres vesentlig.

I tillegg til akutt indremedisin og elektiv kirurgi, ser prosjektgruppen for seg at også andre oppgaver kan ivaretas i det sykehus som blir uten akuttfunksjon i kirurgi. Dersom kapasiteten tillater det, kan det være behov for å styrke tilbudet på områder som:

- Rehabilitering
- Senger for å ivareta den siste del av sykehusoppholdene for pasienter innlagt akutt ved andre sykehus
- Samarbeidsløsninger med primærhelsetjenesten, ikke minst når det gjelder å sikre tilgang på diagnostiske hjelpemidler døgnet rundt
- Tilbud til eldre og kronikere
- Pasientskoler
- Lindrende behandling
- Psykiatri

6 Konsekvenser

Konsekvensene av de modellene som ble beskrevet i forrige kapittel, vil her bli gjennomgått med fokus på følgende områder:

- Tilgjengelighet
- Kvalitet (faglighet, personelltilgang, personellutvikling)
- Samarbeid (primærhelsetjenesten, indremedisin, anestesi)

Disse konsekvensene er i varierende grad drøftet i rapportene ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”, ”Fødselsomsorg i Helse Nord” og ”Avstander og reisetider – en delrapport om organisering av framtidig fødselsomsorg og kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord”. Prosjektgruppen har til en viss grad vært igjennom de samme drøftingene, men gjentar ikke her de samme resonnementer som er gjengitt i de nevnte rapporter. Derimot kommenteres områder der det i prosjektgruppen er uttrykt uenighet med de vurderinger som er gjort i disse rapportene og områder som knytter seg spesifikt til vurderingen av de aktuelle løsningene for Hålogalandssykehuset.

De økonomiske konsekvensene av noen konkrete eksempler på modellene er oppsummert i kap 7.5 og gjennomgått mer i detalj i kap 8.2.

6.1 Tilgjengelighet

I rapporten om ”Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord” vises det at det i Hålogalandssykehuset i dag alt i alt er god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten uttrykt ved at 90 % av befolkningen har tilgjengelighet til et av driftsstedene i løpet av 120 minutter. Dersom Stokmarknes og/eller Narvik verken skal ha akuttfunksjon i kirurgi eller sectioberedskap, vil nødvendigvis reisetiden øke for pasienter som skal til akutte operasjoner. Dersom Harstad og *et* av de andre stedene skal ha akuttfunksjoner, vil 90 % av befolkningen ha tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten innen 150 minutter, og dersom kun Harstad skal ha akuttfunksjoner vil 90 % av befolkningen ha tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten innen 180 minutter. Denne tilgjengeligheten er fortsatt bedre enn for store deler av Helse Nord. Det kan selvfølgelig diskuteres om de sistnevnte områdene i Helse Nord har et akseptabelt nivå på sin tilgjengelighet og således representerer noen god målestokk.

Etter at nevnte rapport ble avlagt, har det vært en diskusjon knyttet til de kalkulerte reisetidene. Bjørn Haug i prosjektgruppen har gått igjennom tallene en gang til og gjort mindre justeringer. Kalkylene bygger på gitte forutsetninger som eksempelvis en hastighet på 60 km/t, tilgjengelig ferge osv. Statistikk utarbeidet av ambulanseoperatøren Nordtrafikk kan som forventet tyde på at i virkeligheten vil transporttiden kunne bli noe lenger enn slike kalkyler skulle tilsi og at reisetiden selvfølgelig blir lenger fra ytterkantene av kommunene. Haug har utarbeidet et nytt notat som viser sammenhengen mellom de ulike kildene når det gjelder angivelse av transporttider. Dette er gjengitt i sin helhet i underkapittel 6.1.1 nedenfor.

Utvalget bak NOU 1998:9 er spesielt opptatt av tiden som forløper fra sykdom eller skade oppstår til pasienten får korrekt behandling. Utvalget er opptatt av at det

vesentlige er at behandlingen kommer raskt i gang. Dersom dette kravet er oppfylt, kan de mer spesialiserte behandlingstiltak i sykehuset oftest vente noe. Utvalget foreslår derfor minstekrav til bemanning og kompetanse, krav til beredskaps- og responstider og krav til teknisk utrustning av ambulanserbiler. Derimot har ikke akuttutvalget etablert noen norm for akseptabel transporttid inn til de mer spesialiserte behandlingstiltak i sykehus. Rapporten "Kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord" fremholder at de økte transportavstandene ikke representerer noe faglig problem.

Prosjektgruppen har drøftet om det finnes eller kunne etableres en norm for akseptabel transporttid fra en fødestue til et sykehus med sectioberedskap. Gruppen har imidlertid ikke lyktes i å komme til enighet om dette eller om det må forutsettes at ambulansefly er tilgjengelig de stedene der det etableres fødestue. Prosjektgruppas representantene fra gyn-/fødemiljøet er av den oppfatning at det skal gå maksimum 1 time fra en akutt situasjon oppstår til forløsning. Dette kan oppnås ved alle dagens fødestuer når luftambulanse/helikopter er stasjonert på stedet.

Reisetiden ut til pasientene vil ikke bli endret ved en annen fordeling av akutfunksjonene i kirurgi og sectioberedskapen. Derimot vil transporttiden inn øke for noen av de pasientene som trenger operativ behandling. Det er uenighet i gruppen om hvor stor vekt som skal legges på den økte transportavstanden; det finnes som sagt ingen nasjonale normer for hva som er faglig akseptabelt på dette området. Reisetiden blir heller ikke lenger enn hva den er for mange andre innbyggere i Helse Nord.

I prosjektgruppen har det vært nevnt enkelte utviklingstrekk og tiltak som kan bidra til å redusere ulempene ved den økte transportavstanden. Fra før av er det tilgang på kompetanse for diagnostikk og stabiliserende behandling før avreise (avgivende sykehus, primærhelsetjeneste, ambulansetjeneste), samt rådgivning underveis fra AMK-sentralen. Nye tiltak som er aktuelle:

- Aktiveringstiden for SeaKing helikopteret i Bodø reduseres nå slik at hele opptaksområdet for Hålogalandssykehuset nås innen 60 minutter
- Utbygging av båtambulansetjenesten (kapasitet og hastighet) i Harstad-bassenget vil kunne redusere transporttiden, men alternativet synes lite attraktivt i sterk vind
- Øket bruk av dagens luftambulanse- og flymuligheter
- Øket bruk av møtende ambulanser med eksempelvis anestesisykepleier fra Harstad

Det er som sagt uenighet i gruppen om hvor stor vekt som skal legges på den økte transportavstanden for pasienter som skal til akuttkirurgisk behandling inklusive keisersnitt. Gruppen er imidlertid enig om at reiseavstanden også er av betydning for de pårørende og at nærvær av pårørende selvfølgelig også har betydning for pasienten. Tilgjengeligheten oppleves av innbyggerne som en av de viktigste faktorene når det gjelder kvalitet og trygghet. I både de kvalitative og økonomiske vurderingene må det tas hensyn til både innlagte og polikliniske pasienter.

6.1.1 Transporttider i Hålogalandssykehuset

Avstands- og transporttidsberegninger vil alltid stå sentralt i diskusjonen omkring endringer i helsetilbudet, spesielt i en region som Nord-Norge. Utfordringen er å fremstille dette slik at publikum får et korrekt og realistisk bilde av hvilke ulemper en reduksjon i sykehusenes akutttilbud påfører befolkningen, samtidig som det pedagogiske aspektet ivaretas.

En viktig del av beslutningsgrunnlaget i saker som angår akuttmedisinske tjenester er en forståelse av hvor lenge man kan transportere pasienter uten at behandlingsresultatet forringes. Vanligvis opererer man i slike sammenhenger med krav om at *de fleste* i befolkningen skal kunne betjenes innenfor gitte tidsrammer. Selv med dagens desentraliserte sykehusstruktur ligger enkelte småsamfunn 4-5 timer fra sykehus. Lange transporttider for slike marginale grupper må man akseptere for at de akuttmedisinske enheter skal få et meningsfullt pasientgrunnlag.

Forskjeller i geografi og avstander gjør at valg av transportmiddel varierer sterkt både mellom HF og innenfor det enkelte HF. Enkelte kommuner baserer seg i stor grad på lufttransport (Finnmark/Sør-Helgeland). Andre kommuner er avhengig av båttransport for å nå sykehus, mens enkelte sykehus stort sett mottar pasienter via biltransport. Luftambulansen er et viktig beredskapsmessig element, men har i deler av året problemer med regularitet. Derfor bør transporttider basert på bakkegående transportmidler veie tyngst når man skal gi anbefalinger om endring av akuttberedskapen i kirurgi.

Uansett hvilken modell man velger for å anskueliggjøre problemet, må fremstillingen bygge på noen konkrete avstands- og tidsberegninger. I dette arbeidet ble det først gjort forsøk på å innhente transporttider fra tjenestens utøvere. Resultatet var svært sprikende, der tidsangivelsene fra forskjellige instanser kunne avvike med opp mot 50 % for samme strekning. Vi valgte derfor å basere arbeidet på mer objektive parametere via avstander og standard hastighet, slik beskrevet under.

I vår fremstilling har vi valgt å vektlegge gjennomsnittlig transporttid for befolkningen i de enkelte kommuner, i stedet for avstanden til ytterpunktene. Vi har dessuten laget tabeller som viser hvor stor del av befolkningen som kan nå sykehus etter gitte tider. Ut av dem kan man lese hvor mye transporttiden øker for eksempelvis 90 % av innbyggerne dersom sykehusenes akutttilbud endres. En slik fremstillingsmåte gir mer informasjon enn en oppstilling av de mest ekstreme avstandene. Prosjektgruppen ser likevel at de ekstreme avstandene også kan ha verdi når man skal vurdere hvordan sykehusenes akuttberedskap skal organiseres. Derfor vedlegges Nordtrafikk ambulanse sine transporttidsanslag. Beregningsgrunnlaget for disse tallene er beskrevet i vedlegget. Det er intet misforhold mellom de beregningene som er gjort i kirurgirapporten og tallene fra Nordtrafikk, men beregningene er gjort på forskjellig grunnlag.

Det utvalget av kommuner som tillegges den enkelte institusjonen er selvsagt avgjørende for hvor stor »tyngde» institusjonen får i de forskjellige fremstillingene. Grensene for sykehusenes nedslagsfelt kan trekkes på tre måter:

- Etter de gamle lokalsykehusgrensene, jfr. Samdata

- Etter en ren avstandsvurdering, dvs ved at befolkningen uansett knyttes til det sykehuset som er nærmest
- Etter hvilket sykehus pasienten faktisk velger

Dagens ordning med fritt sykehusvalg gjelder ikke øyeblikkelig hjelp. Teoretisk sett kunne man derfor kanalisert all ø.hjelp til det nærmeste sykehuset. Gruppen mener likevel at det valget pasientene faktisk gjør med hensyn på behandlingssted må veie tungt, og velger i transportmessig sammenheng å fordele sykehusenes nedslagsfelt etter det.

Hvilke modeller som er mest pedagogisk når det gjelder å fremstille transporttider kan selvsagt diskuteres. Det som ofte kommer mest fram i media er ekstremavstandene, det vil si transporttiden for dem som bor lengst unna sykehus. Ofte er dette svært små befolkningsgrupper. Det er viktig å sørge for at helsevesenet kan gi et tilbud til *hele* befolkningen innen rimelig tid, men ekstremavstandene alene viser bare halve bildet. En annen modell tar utgangspunkt i gjennomsnittlig transporttid. Det finnes ganske gode tall for befolkningsfordelingen innen hver enkelt kommune. Basert på slike oversikter kan man beregne den gjennomsnittlige tiden det vil ta å transportere befolkningen i den enkelte kommune til sykehus.

6.2 Faglighet og kvalitet

Både kirurgirapporten og føderapporten legger stor vekt på betydningen av at behandlingsteamene på steder som har akuttberedskap skal ha et tilstrekkelig volum for å holde sine ferdigheter ved like. Dette er også en av hovedgrunnene til at det anbefales en reduksjon i antall steder med akuttberedskap. Det vises til drøftingene i de nevnte rapporter.

Det er i gruppen til dels betydelig uenighet om dette kanskje er godt nok ivaretatt allerede i dag. Det vises til at det er mange eksempler på at operatørene har mer knivtid på de mindre sykehusene. Det stilles også spørsmålsteget ved om det er tilfredsstillende at pasienter med behov for operativ behandling inkludert keisersnitt etter sykdom eller skade får forsinket behandlingen og må nøye seg med de begrensninger som ligger i den stabilisering som ambulanspersonellet og primærtjenesten kan tilby. Et typisk eksempel er de begrensninger som ligger i hva disse miljøene kan bidra med i forhold til fødepasienter. Et annet eksempel er omsorgen for multitraumatiserte pasienter, der den initiale stabiliserende behandlingen vektlegges. BEST-prosjektet ønsker å bidra til kompetanseheving på lokalsykehusene for å kunne bidra til å stabilisere pasienter ved å utføre for eksempel thoraxdrenasje, ”pakking av buk” og stabilisering av bekkenet. Viktigheten av alle ledd i den akuttmedisinske behandling av traumepasienter må imidlertid ikke underslås. Både ambulansetjenestene, primærhelsetjenesten og AMK-sentralene må opplæres og utrustes for å gi sine bidrag i denne behandlingsskjeden.

Rotasjonsordninger for både operatører og annet personell er nevnt som et bidrag til å sikre en bredere erfaringsbakgrunn for alle i helseforetaket.

Føderapporten har lagt til grunn at fødestuer er et dokumentert og utprøvd konsept og et trygt alternativ for både mor og barn. Dette forutsetter en seleksjon som gjør at det

blir færre fødsler på fødestuene enn om det hadde vært fødeavdelinger. De som er skeptiske til slike løsninger peker på at jordmødrene på fødestuene får en enda mindre praktisk erfaring pr jordmor.

Det at flere fødende må reise bort fra nærmiljøet for å føde og heller ikke har sectioberedskap i nærmiljøet, vil fra de fødendes side oppleves som en klar kvalitetsreduksjon av tilbudet. Også prosjektgruppemedlemmene som er skeptiske til fødestuer mener dette representerer en kvalitetsforringelse uten at det kan kalles faglig uforvarselig. De samme prosjektgruppemedlemmene mener også at en jordmorstyrt fødestue i sykehus med sectioberedskap er bedre enn en ren jordmorstyrt fødestue uten sectioberedskap.

6.3 Kostnadseffektivitet

Hovedrapporten påpeker at sykehusene i Helse Nord RHF har en høyere innleggesrate enn gjennomsnittet for alle sykehusene i Norge. Dette tolkes slik at terskelen for innleggelser av pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp er lavere enn i landet for øvrig. God kapasitet gir mange innleggelser, mens nytten ved en slik praksis neppe kan påvises. Rapporten oppsummerer med at å opprettholde god kapasitet som et gode for befolkningen og primærhelsetjenesten neppe er god resursutnyttelse.

Prosjektgruppen vil påpeke at det ikke nødvendigvis er Helse Nord's sengeforbruk som er for stort, men at regionens spesielle geografi kan forklare forholdet. Det kan også hevdes at det egentlig er andre foretaks forbruk som er for lavt. Enkelte gruppemedlemmer hevdet at lengre avstand til sykehus vil øke usikkerheten og dermed føre til høyere innleggesrater. Andre medlemmer av gruppen anser det dog som sannsynlig at dersom akuttfunksjonen bortfaller et sted og alternativet er en lang transport for innleggelse, så vil nok terskelen for innleggelse øke.

Dersom akuttfunksjonen i Stokmarknes eller Narvik opphører, vil antall timer bundet i beredskapsordninger reduseres. Erfaringsmessig er det vanskelig å hente ut slike gevinster i form av kostnadsreduksjoner. Derimot vil det være mulig å konvertere de frigitte timene til økt elektiv kapasitet på dagtid eller til opprettelse av nye tilbud til pasientgrupper som i dag ikke har et tilfredsstillende tilbud.

Bibehold av flere vaktordninger innenfor en og samme spesialitet innen foretaket fordrer et betydelig antall spesialister for at ikke vaktbelastningen skal bli urimelig. Det hører derfor også med i vurderingen om det på dagtid vil være tilstrekkelig oppgaver for de samme spesialistene.

Økonomiske forhold forøvrig er oppsummert i kap 7.5 og redegjort for mer i detalj i kap 8.2.

6.4 Personell – rekruttering, stabilisering og utdanning

Divisjonene i Hålogalandssykehuset har erfaring for at det å ha tilbud om fagutdanning til ulike helseprofesjoner er den beste måten for senere å rekruttere det

samme fagpersonellet til faste stillinger. Rekrutteringen til primærhelsetjenesten er til en viss grad også avhengig av at det opprettholdes et tilstrekkelig antall turnusplasser i foretaket.

Enkelte primærleger gir uttrykk for at det kan oppleves utrygt å jobbe for langt unna sykehus uten akutfunksjoner. Reduksjoner i akuttberedskapen vil således kunne bety rekrutteringsproblemer for primærhelsetjenesten.

Prosjektgruppen understreker betydningen av at det snarest mulig avklares hvordan eksempelvis turnustjenester og spesialistutdannelsen for leger og annet helsepersonell skal løses innen helseforetaket. Prosjektgruppen er kjent med det initiativ som Helse Nord har tatt i sakens anledning for å avklare dette med sentrale myndigheter.

Prosjektgruppen holder det som mest sannsynlig at det fremover vil bli foretakets ansvar å sette sammen et innhold med bidrag fra alle divisjonene som kan utgjøre et helhetlig tilbud om utdanning/spesialisering. Prosjektgruppen er derfor opptatt av at det etableres ordninger som gjør at utdanningskapasiteten ikke reduseres selv om antall steder med akuttkirurgisk beredskap og sectioberedskap skulle reduseres.

Gruppen er delt i synet på hvorvidt en redusert akuttberedskap vil få negative konsekvenser for rekrutteringen av fagfolk. Kritikerne argumenterer for at det vil bli vanskelig å rekruttere fagfolk til et foretak der man i perioder må påregne å arbeide kun med selekterte problemstillinger i en av divisjonene for en bestemt tidsperiode. Dette vil kunne gjelde de fleste kategorier fagpersonell. Noen er også kritisk til hvorvidt fagfolk kan tenke seg å jobbe på flere geografiske enheter. Tid vil gå med til reising, evt. overnatting på annet sted, noe som også vil kunne være sosialt belastende. Det reises også spørsmål om det kan bli vanskelig å rekruttere gynekologer som vil ta et systemansvar for en fødestue uten sectioberedskap.

Den motsatte argumentasjon går i retning av at flere leger kan tenke seg en mer regulert arbeidstid og slippe tunge vaktordninger. Trenden i samfunnsutviklingen går også i retning av at fritid som gode, vektet stadig tyngre. Andre leger vil føle det mer stimulerende å arbeide i et større fagmiljø med den bredde et samlet helseforetak vil kunne gi og de rotasjonsordninger som der vil kunne etableres.

Erfaringene fra de etablerte fødestuene er variable når det gjelder evnen til å rekruttere jordmødre. Ved overgang fra fødeavdeling til fødestue må det påregnes en krevende overgangsfase. Erfaringer fra andre foretak viser at spesialiserte elektive sykehus kan være attraktive fordi de er gode læringsarenaer nettopp på grunn av sin spesialisering og volum for definerte pasientgrupper.

Slik utdanningen av kirurger i dag er lagt opp, er det lite sannsynlig at det i lengden vil være mulig å rekruttere kirurger som er villige til å inngå i beredskapsordninger som innbefatter sectioberedskap.

Når den gjelder den generelle diskusjonen om utviklingen av spesialistutdannelsen i kirurgi, henvises til hovedrapporten.

Konklusjonen i gruppa med hensyn til rekruttering er at personlige valg for den enkelte er vanskelig å forutsi og at det også vil kunne være ulike prioriteringer i de

ulike yrkesgruppene. Det vil alltid være ulike grupperinger av fagfolk som både ser muligheter og begrensninger ved slike ordninger.

6.5 Samarbeid med primærhelsetjenesten m.fl.

Et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for en god helsetjeneste. En endring av den akuttkirurgiske beredskapen og fødselsomsorgen kan gi store konsekvenser for primærhelsetjenesten og kommunene, noe som stiller store krav til samhandling og samarbeid.

I utgangspunktet har kommunene og primærhelsetjenesten ikke mulighet til å påta seg nye oppgaver og ansvarsområder i forbindelse med en endring i helseforetaket (for eksempel ledsagertjeneste og økt ansvar for akuttkirurgisk stabilisering).

Dersom en endring vurderes som nødvendig må konsekvensene av tiltaket for primærhelsetjenesten utredes nærmere i samarbeid med kommunene og primærhelsetjenesten. Kommunene kan ikke påføres kostnader i forbindelse med endring av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg.

Flere regioner samarbeider i dag om legevaktstjenesten og har etablert interkommunale legevaktssentraler. For Vesterålensregionen er det trolig at en sentralisering av akuttkirurgisk beredskap og fødselsomsorg som gir lenger vei til sykehus kan påskynde prosessen med etablering av legevaktssentral. Årsaken til dette er økte krav til behandling og stabilisering av pasienter før transport av pasient til sykehus. Konsekvensene av endringer i akuttkirurgisk beredskap for Felles Akuttmedisinsk Mottak (FAM) er ennå ikke utredet eller vurdert.

For primærlegene i helseforetaket vil det måtte være en forutsetning for et elektivt sykehus at det er i stand til å ta imot kirurgiske og gynekologiske vurderinger dagtid.

Det er bred enighet blant primærlegene om at en ikke kan påta seg ansvar for fødselshjelp. Dette må helt og holdent være andrelinjetjenestens ansvarsområde. En eventuell omgjøring av fødeavdeling til fødestue må innebære at nødvendig kvalifisert transportfølge fra fødestue til fødeavdeling er foretakets ansvar.

De faglige kravene til ambulansetjenesten er allerede fastlagt. En endring av beredskapen som innebærer økte transporttider stiller store krav til følgetjenesten. Før slike endringer gjennomføres må man sikre at alle krav til tjenesten er oppfylt. Primærhelsetjenesten må sikres adekvat opplæring og trening i å ivareta de komplikasjoner som kan oppstå med økte transporttider.

Primærhelsetjenesten er opptatt av at endringer i akuttberedskapen planlegges godt og at det brukes nødvendig tid på omstillingen. Dersom omstilling innebærer at oppgaver må overtas av primærhelsetjenesten, må dette kompenseres økonomisk.

Pasienter innlagt i indremedisinsk avdeling vil være i behov av kirurgiske tilsyn på sine pasienter. Det må derfor legges til rette for at dette kan ivaretas på dagtid i de sykehusene som ikke har full akuttberedskap i kirurgi.

7 Modelleksemppler og anbefalinger

Basert på de tidligere beskrevne prinsipielle modellalternativer og drøftingen av disse, fant gruppen det hensiktsmessig å beskrive noen konkrete eksempler på mulige løsninger for Hålogalandssykehuset. Etter å ha beskrevet eksemplene nærmere vil det være mulig å bli mer konkret når det gjelder styrker og utfordringer knyttet til eksemplene, samt hvilke tiltak som må iverksettes dersom endringene skal gjennomføres.

Prosjektgruppen valgte bevisst eksempler som er relativt forskjellige for derved å få bredde på drøftingene og derved på en bedre måte oppfylle mandatets ønsker om en belysning av alternativer. Eksemplene er valgt innenfor det som er mandatet for prosjektet. Eksemplene er med andre ord i utgangspunkt ikke uttrykk for verken ønsker eller anbefalinger fra prosjektgruppen, men kun bidrag til å belyse mulige løsninger.

Gruppen valgte følgende eksempler for den mer spesifikke drøftingen:

- Eksempel 1: Videreutvikling av dagens sykehusmodell basert på dagens funksjonsfordeling
- Eksempel 2: En utvikling i retning av et bløtdelskirurgisk fokus ved den andre divisjonen og et ortopedisk fokus ved den tredje divisjonen
- Eksempel 3: En utvikling mot full akuttbereidskap ved den andre divisjonen og vurderingsberedskap ved den tredje divisjonen
- Mulige løsninger for fødselsomsorgen

Prosjektgruppen delte seg i fire undergrupper for å se nærmere på disse temaene. De følgende kapitler (kap 7.1–7.4) er korte notater fra 2 timers gruppearbeid. Det er ikke til å komme bort fra at slike notater i betydelig grad blir preget av de personlige meningene til de prosjektgruppemedlemmene som mer eller mindre tilfeldig havnet i de ulike undergruppene. Notatene må derfor tas for hva det er; nemlig forslag til hovedstikkord knyttet til utvalgte eksempler når det gjelder beskrivelse, styrker, utfordringer og tiltak fra undergruppene. Innholdet står derfor også for undergruppene regning. Også internt i disse undergruppene har det vært uenigheter som ikke alltid lar seg speile i en slik kortfattet presentasjon. Den samme uenighet som har gjort seg gjeldende i mange av prosjektgruppens drøftinger, vil selvfølgelig også gjøre seg gjeldende i vurderingen av disse konkrete eksemplene. Dette kommer tydelig frem i drøftingene tidligere i rapporten. Undergruppenotatene nedenfor må leses i lys av dette.

De økonomiske kalkylene har tatt utgangspunkt i de samme eksemplene og er først utført etter at dette gruppearbeidet var avsluttet i og med at kalkylene bygger på de beskrivelsene som gruppene ga. Gruppene var dermed ikke kjent med resultatet av disse kalkylene da gruppearbeidet ble gjennomført. De økonomiske kalkylene er oppsummert i kap 7.5 og redegjort for mer i detalj i kap 8.2.

Først i kapittel 7.6 oppsummeres de anbefalinger prosjektgruppen vil gi foretaksdirektøren når det gjelder retningen for den videre utvikling av Hålogalandssykehuset.

7.1 Eksempel 1: Videreutvikling av dagens modell

Videreutvikling av dagens sykehusmodell basert på dagens funksjonsfordeling

Beskrivelse

En antar at dagens modell er rimelig godt kjent for leserne. Vi vil derfor bare presisere noen forskjeller mellom enhetene. Det henvises også til kapittel 4 for nærmere informasjon. Divisjonene Harstad, Narvik og Stokmarknes er relativt like med hensyn til vakt- og beredskapsordninger, både på sykepleier- og spesialistnivå. Harstad har tilstedevakt for operasjons- og anestesisykepleier på kveld og natt. Narvik har noe lengre aktiv tjeneste for operasjons- og anestesisykepleier på kveld enn Stokmarknes, samt at det er to anestesisykepleiere på aktiv vakt på kveldstid. Alle steder har røntgen og laboratorium i beredskap hele døgnet hele uka.

Styrker

Det har vært enighet om at nærhet og pasientvolum er av stor betydning for en god og adekvat akuttberedskap innenfor akuttkirurgi og fødeomsorg. Med hensyn til pasientvolum er det sannsynligvis noe uenighet m.h.t. hva som er godt nok, men tilmålt tid ga ikke rom for mer dyptgående drøftinger.

Full akuttberedskap ved alle tre divisjonene antas å være den klart billigste driftsform for Hålogalandforetaket, og vil med stor sannsynlighet også være den minst sårbare måten å organisere akutt kirurgi og fødeomsorg, ikke minst sett i forhold til transport og innleie. Videre kan det vektlegges:

- En vil redusere problemer knyttet til klima, vei og føreforhold, herunder også redusere reelle transporttider
- Styrket forhold til pasient- / pårørendeperspektivet, begrunnet i nærhetsprinsippet
- Et godt lokalsykehus kan også ha en rekrutterende effekt ovenfor primærhelsetjenesten, herunder også skape et godt forhold mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehuset
- Opprettholder fødeavdelinger ved alle divisjonene
- Fra 1. januar 2004 overtar foretakene ansvar for økonomi knyttet til pasienttransport. Modellen muliggjør en effektiv og økonomisk forsvarlig drift av pasienttransporten
- Felles opptaksområde for kirurgi og medisin er en absolutt fordel. For brukerne vil det være en stor fordel å kunne forholde seg til samme adresse i akutte situasjoner uavhengig av om det er et medisinsk eller et kirurgisk problem
- Modellen er en forutsetning for fremtidige etableringer av FAM
- Modellen er det beste utgangspunkt for å få i gang et konstruktivt samarbeide innenfor Hålogalandssykehuset

Utfordringer

- Rekruttering, herunder også akseptable vaktsystemer

- Opplæring, internt i hver enkelt divisjon og mellom divisjonene.
- Samarbeid internt i foretaket.

Denne modellen stiller også spørsmål ved at et av sykehusene skal være et såkalt ressurssykehus. For Hålogalandssykehuset betyr dette Harstad. Gruppen som jobbet med denne modellen var uenig i dette spørsmålet. Uenigheten kom særlig til uttrykk ved spørsmålet om ressurssykehuset vil tappe pasientgrunnlaget for det (de) andre sykehusene og dermed sette akutfunksjonen i fare ved disse sykehusene, og om hvor stort pasientvolum som er nødvendig for at ressurssykehuset kan opprettholde et tilfredsstillende tilbud.

Tiltak

- Påvirke sentrale myndigheter til å videreutvikle utdanningen innen generell kirurgi
- Bruke Prosjekt Ny Ledelse fase 2 (PNL 2) for å tilrettelegge for godt samarbeid på spesialistnivå
- Tilrettelegge for ønsket hospitering / rullering på spesialist- og spesialsykepleiernivå i foretaket
- Tilrettelegge for ønsket hospitering / rullering med UNN eller andre universitetsmiljø

7.2 Eksempel 2: Fokus bløtdelskirurgi og ortopedi

En utvikling i retning av et bløtdelskirurgisk fokus ved den andre divisjonen og et ortopedisk fokus ved den tredje divisjonen

Bakgrunnen for denne modellen er Rapporten ”Organisering av fremtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord (mars 2003) og akuttmeldingen (NOU 1998:9). Modellen er tuftet på en større grad av funksjonsfordeling mellom divisjonene og en akuttberedskap som reflekterer den elektive virksomhet. Modellen innebærer en akuttberedskap som muliggjør opprettholdelse av fødeavdelinger ved alle tre divisjonene.

Bakgrunn

Analysesenteret Lovisenberg AS (ASL) har fremlagt tall over elektiv kirurgisk virksomhet ved divisjonene i Hålogalandssykehuset 2002. Det refereres under tall fra rapporten konsentrert om de kirurgiske disipliner vesentlig for akutt kirurgi:

Type inngrep	Harstad	Stokmarknes	Narvik
Større inngrep på tarm	41 (14)*	18 (7)*	21 (3)*
Laparoskopisk cholecystectomi	65	0	15
Brokk/hemorroider	216	369	101
Større inngrep på urinveier/kreft	8	5	3
Totalt urolog	187	101	87
Proteser store ledd	74	57	62
Totalt ortopedi	360	339	313

*tallene i parentes er inngrep på endetarm

Fordøyelsesykdommer: På dette området gjøres det flere større inngrep i Harstad enn ved de to andre sykehus. Harstad er det eneste sykehus som har en betydelig praksis med laparoskopisk kirurgi (kikkhullskirurgi). Hvis en ser bort fra inngrep på endetarm, gjøres det ved Stokmarknes og Narvik fra 1- 1 ½ større inngrep på tarm i måneden. Det gjøres få inngrep på endetarm pr år ved Stokmarknes (7) og Narvik (3). Stokmarknes har en betydelig aktivitet ved mindre inngrep som brokk og hemorroider hvorav mesteparten gjøres dagkirurgisk.

Urologi: På dette området har Harstad størst aktivitet, men standard urologiske inngrep som endoskopiske prosedyrer gjøres ved alle enhetene. Stor cancer kirurgi er begrenset (fjerne nyrer/urinblære).

Ortopedi: I motsetning til bløtdelskirurgi er det en svært jevn fordeling mellom divisjonene innenfor ortopedi, dette inkluderer også protesekirurgi.

Øyeblikkelig hjelp:

Akuttmeldingen fra 1999 gir en oversikt over inngrep utført som øyeblikkelig hjelp innenfor Hålogalandssykehuset i en periode på 3 måneder i 1998/99 (se tabell side 22 i prosjektgruppas rapport). Det må understrekes at situasjonen kan være en annen i dag. Ved å ekstrapolere tallene til et år ser en følgende: Større inngrep er i hovedsak ortopedi. Harstad gjør like mye operativ bruddbehandling som Stokmarknes og Narvik til sammen (200 pr år). Bortsett fra å fjerne blindtarmen gjøres åpning av buken som øyeblikkelig hjelp 1 gang pr mnd ved Stokmarknes og Narvik, 2 ganger pr mnd i Harstad. Sammenlignet med elektiv virksomhet utgjør øyeblikkelig hjelp mer enn 70 % av alle innleggelser ved Stokmarknes og Narvik. Tallene er lavere for Harstads vedkommende. Likevel er den operative aktivitet lav ved øyeblikkelig hjelp både i Narvik og Stokmarknes.

Beredskap:

Basisdata om kapasitet ved de tre divisjonene finnes i tabell side 62 i prosjektgruppens rapport. I forhold til akuttberedskap bemerkes at Harstad har både kirurg og ortoped på vakt og en godt utbygd intensivavdeling. Narvik og Stokmarknes har bare en anestesilegehjemmel.

Konklusjon:

Den elektive drift viser at større bløtdelskirurgi og spesielt kirurgi ved kreft gjøres i et begrenset omfang og kunne vært utført ved et sykehus. På den annen side er det en betydelig og variert ortopedisk kirurgi ved alle sykehusene. Øyeblikkelig hjelp operasjoner gir et tilsvarende bilde med høy ortopedisk aktivitet og svært få større bukoperasjoner.

Beskrivelse

Utfra faglige vurdering vil en kunne tenke seg en høyere spesialisering mellom divisjonene som vil kunne opprettholde en kontinuerlig akuttberedskap og på sikt et bedre behandlingstilbud til befolkningen. Resurssykehuset har elektiv drift innenfor både ortopedi og kirurgi. Vaktberedskapen omfatter både ortoped og bløtdelskirurg.

En divisjon har elektiv drift bare innenfor ortopedi. Ortopedisk vakt har ansvar for å vurdere all kirurgisk ø-hjelp. Buktilstander som krever kirurgi overføres annet sykehus.

Den andre divisjonen vil bare har bløtdelskirurgi. Bløtdelskirurg i vakt skal vurdere all kirurgisk ø-hjelp. Ortopedi som trenger operasjon overflyttes.

Alle tre sykehus vil ha beredskap kontinuerlig som muliggjør keisersnitt hvis gynekolog eller kompetent kirurg er tilgjengelig.

Ved Hålogalandssykehuset kunne en for eksempel tenke seg følgende modell:

	Harstad	Stokmarknes	Narvik
Elektiv drift (inkl poliklinikk)	Bløtdel og ortopedi	Bløtdel	Ortopedi
Akuttberedskap inkl sectio	Ja	Ja	ja
Øhjelp vurdering	Alle	Alle	Alle
Øhjelp inngrep	Alle	Bløtdel	Ortopedi

Innenfor elektiv bløtdelskirurgi bør det være en fordeling mellom Harstad og Stokmarknes. Det synes naturlig at Harstad øker sin virksomhet innenfor fordøyelsessykdommer, mens Stokmarknes øker sin virksomhet innenfor urologi. Samtidig ville det være naturlig at Stokmarknes fikk en betydelig laparoskopisk virksomhet. Endringen vil generelt medføre at det blir færre større bukinngrep ved Stokmarknes, men til gjengjeld flere lettere inngrep. Ortopedi blir fordelt mellom Harstad og Narvik.

For pasienter som sogner til Stokmarknes vil 150 pasienter årlig overflyttes til Harstad som øyeblikkelig hjelp for ortopediske inngrep. Innenfor elektive ortopediske inngrep vil 300 pasienter måtte fordeles mellom Harstad og Narvik. Den elektive polikliniske ortopedi utgjør anslagsvis 3000 pasienter som må fordeles på de to andre divisjonene. For pasienter som sogner til Narvik vil 80-100 pasienter årlig opereres som øyeblikkelig hjelp i Harstad for bløtdelslidelser. Elektive operasjoner som vil overføres til Harstad og Stokmarknes utgjør 250 inngrep, mens 3500-4000 pasienter vil måtte vurderes ved poliklinikk på de to andre divisjonene.

Modifikasjoner

En ser klart at modellen kan modifiseres etter den kompetanse som eksisterer i dag. Dette bør ikke innbefatte større inngrep, men dagkirurgiske inngrep og poliklinikk. Dette betyr at en vil kunne drive ortopedisk poliklinikk og dagkirurgi ved Stokmarknes og tilsvarende bløtdelskirurgi i Narvik.

Utfordringer

En slik modell vil medføre lengre reiser og større avstand til familien for mange pasienter. Det er også reist spørsmål om betydningen for utdanning for alle kategorier helsepersonell. Modellen forutsetter at Hålogalandssykehuset blir betraktet som et sykehus med muligheter for rotasjonsordninger. Foretaket må avklare med sentrale helsemyndigheter at verken kapasitet eller kvalitet på utdanning forringes.

Styrker

En forventer at spesialisering og standardisering av inngrep ved divisjonene bedrer behandlingstilbudet til pasientene. Innenfor spesialisering i kirurgi vil mer intens trening innenfor et snevrere område kunne være positivt. En slik modell vil også kunne gi et godt utgangspunkt med hensyn til økt samarbeid og bedre utnyttelse av Hålogalandssykehusets ressurser totalt sett i fremtiden.

Tiltak

Det vil være viktig å kunne redusere antall polikliniske konsultasjoner ved andre divisjoner som i utgangspunktet vil utgjøre opp mot 7000 pasienter. Virkemidler vil være ambulant virksomhet, privat spesialistvirksomhet og ordinær ansettelse. Til siste punkt vil det være mulig at bløtdelskirurg er ansatt i Narvik med poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet og tilsvarende for ortoped i Stokmarknes. Hvorvidt de skal delta i vaktordning, vil være opp til kompetanse og foretakets ledelse.

Det ligger en stor utfordring for foretakets ledelse og de enkelte divisjoner i å bedre samarbeidet mellom divisjonene. Dette er en selvsagt forutsetning for at en omstrukturering skal lykkes. Det bør haes i mente at sykehusene tradisjonelt ikke har benyttet hverandres tjenester.

7.3 Eksempel 3: Vurderingsberedskap

En utvikling mot full akuttberedskap ved den andre divisjonen og vurderingsberedskap ved den tredje divisjonen

Beskrivelse

Modellen består av:

- Full beredskap i ortopedi og bløtdelskirurgi i Harstad.
- Full beredskap i bløtdelskirurgi ved Narvik *eller* Stokmarknes
- Ett sykehus med vurderingsberedskap (definert som "Kirurg i beredskap for spesialistvurdering og enklere poliklinisk behandling") hele døgnet (Narvik *eller* Stokmarknes)
- Fødeavdeling i Harstad og ved det andre sykehuset som får full beredskap
- Alle sykehusene skal ha anestesistøttet indremedisinsk beredskap
- Elektiv virksomhet ved sykehus med redusert beredskap
- Repertoaret bør tilpasses aktuell lokal bemanning og behov

Styrker

- Mulighet for etablering av effektiv elektiv kirurgi ved det sykehuset som ikke lenger skal ha akuttkirurgi.
- Et bredere fagmiljø øker kvaliteten på det medisinske tilbudet til akuttpasienter. Det vil man oppnå ved å samle akuttberedskapen på to i stedet for tre sykehus.
- Større fagmiljø har erfaringsmessig bedre grunnlag for rekruttering av fagfolk.

- Ved å konsentrere virksomheten til færre enheter vil grunnlaget for investering i nytt utstyr bli bedre.
- Kirurg med vurderingsberedskap vil kunne sile ut en del av de pasientene som ellers ville måtte reist til sykehus med full beredskap. Slike pasienter kan enten reise hjem etter en kvalifisert vurdering eller innlegges i sykehusets indremedisinske avdeling.

Utfordringer

- Kombinasjonen vurderingsberedskap og elektivkirurgi er vanskelig fordi akuttpasienter vil forstyrre ”produksjonslinja”
- Narvik sykehus er et godt eksempel på at store enheter ikke nødvendigvis rekrutterer bedre enn små.
- Sentralisering av akuttberedskapen må nødvendigvis gi økte transportavstander
- Ivaretagelse av traumeomsorgen i området uten akuttkirurgisk beredskap
- Det vil være en utfordring å bedre samarbeidsklimaet sykehusene imellom
- Å bygge opp stabil og meningsfull virksomhet ved sykehus med redusert beredskap
- Å holde på entusiasmen vil være denne modellens største utfordring

Tiltak

Harstad

- Ambulansetjenesten, mulig økt transportbehov i forbindelse med utskrivning av pasienter.
- Intensivavdeling, kapasiteten er god, ingen endringer er nødvendig
- Mottakelse, ingen endringer er nødvendig
- Operasjonsstue, ingen endring, god kapasitet både bygningsmessig og bemanningsmessig.
- Anestesiavdeling, ingen endring. Vaktteamet består av to sykepleiere (fram til kl.23.00) og en overlege. Natt og helg kun en sykepleier. Sporadisk ass.lege.
- Sengeposter, gode bygningsmessige forutsetninger. Økt andel dagkirurgi kan muligens kompensere det økte antallet ø.hjelp-pasienter. Bemanningen må vurderes.
- Kirurgiske leger, det må etableres vaktordning for begge spesialiteter (ortopedi og bløtdel) alle døgn. Felles vaktordning ass.lege og turnuslege., slik at vaktteamet blir bestående av 1 ortoped, 1 bløtkirurg, 1 ass.lege og 1 turnuslege
- Røntgenavdeling, enheten har i dag beredskapsordning for radiolog. Det må vurderes om det bør etableres vaktordning.
- Laboratorium, ingen endring.

Den andre enheten med full beredskap

- Endringer vil være avhengig av hva sykehuset har i dag og hvilke krav som stilles i framtida

For enheten med redusert beredskap

- Ambulansetjenesten: Dersom beredskapen reduseres i Narvik trengs muligens en ny døgnambulanselokaliseret til Narvik sykehus.
- Dersom beredskapen reduseres på Stokmarknes vil økningen i transportbehov være spredt utover flere kommuner. Det må i så fall utredes hvor det vil være hensiktsmessig å plassere ressursene. Sannsynligvis vil det også i Vesterålen være behov for økte ressurser tilsvarende en ny bil. Båttransport bør vurderes.
- Intensivavdeling, felles kirurgisk og medisinsk intensiv. Behovet for kirurgiske intensivplasser er i utgangspunktet lite slik at det på dette området ikke vil være vesentlig endringer.
- Mottakelse kan evt. legges ned, spesielt ettersom AMK også skal sentraliseres.
- Operasjonsstue, ingen vaktberedskap
- Anestesiavdeling, kun lege i vakt
- Sengeposter, ingen endring
- Kirurgiske leger, uendret vaktberedskap for overleger. Sannsynligvis vil dette også bli godkjent for turnustjeneste, vi er usikre på om det vil bli godkjent som utdanningssted for ass.leger.
- Røntgenavdeling, ingen endring
- Laboratorium, ingen endring

Vurdering av enheter som egner seg best for redusert beredskap

Argumenter for å redusere Narvik:

- Lett å etablere FAM (felleskommunal akuttinntak)
- Lett å plassere ambulanseressurser
- Stokmarknes er det eneste av de to sykehusene som kommer i nærheten av 400 fødsler

Argumenter for å redusere på Stokmarknes:

- Narvik er en relativt stor by
- Narvik har relativt sett landsdelens beste kirurgiske bemanning
- Narvik har nærhet til alpinanlegg og sterkt trafikkerte veier (E6 og E10 mot Sverige).

7.4 Mulige løsninger for fødselsomsorgen

Dette gruppearbeidet ble gjennomført av en arbeidsgruppe uavhengig av arbeidet til de andre gruppene. Arbeidsgruppen besto for det meste av personer engasjert i fødselsomsorgen i foretaket.

Beskrivelse

Fødestue:

- Tar imot friske gravide og er bemannet med jordmor.
- Jordmor har medisinsk ansvar (jordmorstyrt). Gynekolog ved nærmeste sykehus har systemansvar. Legevaktslege tilkalles ved behov, primærlege undersøker de nyfødte.

- Det skjer en nøye seleksjon av risikogravide. Gjennomsnittelig kan ca 35 % av kvinnene føde ved disse enhetene. I fødsel overflyttes 4-5% av disse og ytterligere 4-5% etter fødsel.
- Kvinner som er selektert til å føde ved fødeavdeling drar enten til denne avdelingen på egen hånd før fødselen starter eller følges av jordmor ved fødselens start, enten i ambulansebil eller fly.
- Ved alle dagens fødestuer har fødende mulighet for å nå sykehus i løpet av en time dersom en akutt situasjon oppstår.
- De fleste fødende er hjemme til fødselen starter.
- Lavteknologisk tilbud.
- Det er i gjennomsnitt ca 1 % operative forløsninger (vakum) ved en fødestue.
- Fødestue fungerer også som barselopphold for kvinner som har født ved en fødeavdeling.
- Jordmor i fødestue driver svangerskapskontroller i samarbeid med primærlege.

Fødestue i sykehus (Lofotmodellen):

- Jordmorstyrt.
- Modifisert enhet hvor en kan iverksette akutte inngrep (sectio, tang, vakum) slik at uforutsette katastrofer i en lavrisikoselektert gruppe kan forløses raskt.
- Samme seleksjonskriterier som ved fødestue, i tillegg er dette et tilbud til førstegangsfødende. Denne enheten gir dermed tilbud til ca 70 % av de fødende.
- Tall fra Lofoten viser at ca 12 % overflyttes i fødsel og 10 % overflyttes etter fødsel. Operative forløsninger varierer mellom 5 og 10 % ved lavrisikofødsler.
- De fleste fødende er hjemme til fødselen starter . Når det gjelder Lofoten spesielt, transporters 97 % av disse til Bodø med ambulansefly.
- Det er jordmor og barnepleier i aktiv vakt. Gynekolog eller kirurg er i vaktberedskap som ved fødeavdeling.
- Barselopphold til dem som har født ved fødeavdeling.
- Poliklinikk av risikogravide.

Fødeavdeling i lokalsykehus:

- Gir et tilbud til nær alle gravide. Ca 5 % selekteres til et høyere nivå.
- Jordmor og barnepleier i aktiv vaktberedskap. Gynekolog eller kirurg ansatt ved sykehuset har vakt ved fødeavdeling og tilkalles ved behov for vurdering eller inngrep.
- Gir tilbud til risikogravide, både innlagt og poliklinisk.
- Driver en kontinuerlig risikoutvelgelse (samarbeid mellom jordmor og gynekolog).
- Jordmor tilknyttet fødeavdelingen driver svangerskapskontroller i samarbeid med primærlege og gynekolog.
- Pediater er tilknyttet dette tilbudet
- Ca 6 % overflyttes fra Narvik til barneavdeling etter fødselen

Styrker

Ved Fødestue kan 30 % av de gravide føde i sitt eget nærmiljø. Pga. geografiske forhold og avstand mellom sykehusene har dette tilbudet sin berettigelse, til tross for at dette kun kommer en liten andel av de fødende til gode.

Fødestue i lokalsykehus (Lofotmodellen) medfører at 60 % av de gravide kan føde i sitt nærmiljø. Det er beredskap av gynekolog, eventuelt kirurg, samt anestesilege som kan behandle akutte problemer som oppstår i forbindelse med og etter fødsel.

Fødeavdeling i lokalsykehus har også de samme fordelene som finnes i en jordmorstyrt fødestue, men gir samtidig et tilbud til nær alle gravide. Fødslene ved små fødeavdelinger ledes av jordmødre på samme måte som ved fødestuer og med samme innstilling til normal fødsel uten inngripen. Gynekolog tilkalles ved forventede og uventede problemer. Det er mulighet for flere former for smertelindring, bl.a. epidural. Fødende kvinners trygghetsbehov blir ivaretatt og svært få trenger å bli overflyttet til annen fødeavdeling. De som trenger spesielle vurderinger i svangerskapet vil slippe å reise langt for å få denne.

Utfordringer og tiltak

Trygghet, nærhet og kontinuitet er viktige faktorer for en vellykket fødsel. Dette er faktorer man tilstreber ved fødestuer og som er med på å gi gode resultater. Disse kvalitetene finnes også ved små lokale fødeavdelinger. Det er derfor et paradoks at man ved nedbygging av lokale fødeavdelinger må selektere bort 30-70 % av fødekvinne. Disse må føde ved nærmeste fødeavdeling hvor fødekvinne, jordmødre og gynekologer er ukjente for hverandre. Dette medfører at viktige faktorer for en vellykket fødsel blir borte.

Tid fra uventet situasjon oppstår og avgjørelse om overflytting fra fødestue er fattet, og til nærmeste fødeavdeling, bør ikke overstige en time. Dette fordrer fly eller helikopter stasjonert på stedet og vil medføre store transportutgifter. Transportene er av en slik størrelsesorden at hele ambulansetjenesten må bygges ut (bil, fly og helikopter). I tillegg kommer det økte utgifter til reise for polikliniske vurderinger og innleggelser pga. komplikasjoner under graviditeten.

Undersøkelser har vist at antall transportfødsler i Nordland er omtrent dobbelt så høyt som i resten av landet, og dette er før planlagt sentralisering. I Ot.prop. nr. 60 (1993-94) ble det framholdt at fødende med reisetid over 1 time burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet. En stor undersøkelse fra Nord-Finland har vist at med økende reisetid til fødested øker den perinatale dødeligheten drastisk. Ledsagertjenesten må bygges opp, og kvinner i fødsel må ha jordmor eller lege som ledsager. I de situasjoner hvor man velger å bruke ambulansfly eller helikopter, må det være kvalifisert ledsager.

Det svakeste leddet ved små fødeavdelinger er rekruttering av gynekologer. Det utdannes i dag mange leger, og det vil innen kort tid derfor med stor sannsynlighet være mye lettere å få tak i gynekologer. For å kunne ha en akseptabel vaktordning kreves 3 gynekologer både ved divisjon Narvik og divisjon Stokmarknes. 10 gynekologer i det totale nedslagsområdet vil kunne serve befolkningen på en

tilfredsstillende måte, både angående gynekologi og fødselshjelp. Lofotmodellen vil - der hvor man ikke kan rekruttere nok gynekologer - være et alternativ.

I Faglige krav til fødeinstitusjoner (Helsetilsynet 1997) er bemanning og beredskap for de forskjellige nivåene skissert, og fødeavdeling bør ha minst 4-500 fødsler. Dette er dog ikke absolutte krav. S. Sjøli, saksordfører for akuttmeldingen, påpeker at faglig forsvarlighet skal telle mer enn antall fødsler. Det er ingen grunn til å legge ned fødeavdelinger bare på grunn av at de ikke tilfredsstillende minstekravet til antall fødsler. Lokale forhold og avstander må også legges til grunn, sier hun.

Minstekrav til antall fødsler må ikke relateres til de enkelte avdelinger, men sees i forhold til antall gynekologer og jordmødre ved avdelingen. Dette vil medføre stort nok volum for den enkelte ved en liten fødeavdeling. Også sammenliknet med større fødeavdelinger vil forskjellene bli marginale.

Oppsummering

Selv om man selekterer bort alle risikograviditeter, vil det i ca 5-10 % oppstå uventede komplikasjoner før og etter fødsel som for eksempel morkakeløsning, navlestrengsframfall, unormal fosterlyd og dårlige barn, som krever hurtig inngripen av spesialist. De store avstandene og geografien i Hålogalandssykehuset fører til at kravet om å nå en fødeavdeling innen 1 time, vil bli svært kostnadskrevende. Konklusjonen fra dem som satt i "Lofotprosjektet" var at fødestue i sykehus skulle ha mulighet for operativ forløsning. Der hvor denne modellen er videreført, har man denne muligheten. I St.prop. nr. 59 (2001-2002) understreker Sosialkomiteen: "Det overordnede mål for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge og at den skal holde en god og forsvarlig standard". Det vil si at det ikke er aktuelt å sentralisere fødselshjelpen ytterligere. Ved å gjøre en fødeavdeling om til fødestue vil det bli en sentralisering av fødsler. Derfor anser vi fødestue i sykehus uten mulighet for akutt inngripen som uaktuell.

Lofotmodellen er svært kostnadsdrivende, da man har de samme ressursene som på en fødeavdeling, men gir et tilbud til færre gravide. Samme antall jordmødre og gynekologer får færre fødsler og operative forløsninger. I tillegg kommer kostnadene til at 40 % av de gravide må overflyttes til en annen fødeenhet, samt 10 % etter fødsel. Imidlertid er vi av den oppfatning at Lofotmodellen er et alternativ der hvor man ikke kan rekruttere nok gynekologer.

Fødeavdelinger tilfredsstillende kravene til et desentralisert og differensiert fødselstilbud. Antall fødsler ved fødeavdelingene er stort nok for å tilfredsstillende kravet til volum for jordmødre og gynekologer. Fødeavdelinger er mer kostnadseffektive enn fødestuer. Den perinatale dødeligheten i Norge er svært lav og selv på små enheter er det ingen økning.

7.5 Økonomiske vurderinger

De endelige økonomiske konsekvenser kan først beregnes når alle detaljer i modelleksemplene er fastlagt. På det nåværende tidspunkt blir det nødvendig å ta en rekke forutsetninger før det kalkuleres. Mange av disse forutsetningene kan diskuteres. Det vil således kunne fremsettes argumenter for at de kalkulerte endringene både kan bli større og mindre. Det er generelt i kalkulasjonene lagt til grunn en meget forsiktig tilnærming, ikke minst på bakgrunn av at det i realiteten har vist seg vanskelig å hente ut de økonomiske potensialene ved funksjonsfordelinger.

Der vaktordninger vil kunne reduseres, er det kalkulert kostnadsreduksjoner som følge av reduserte timetall. I virkeligheten vil sannsynligvis de frigjorte timene heller settes inn i økt aktivitet. Inntekspotensialet ved dette er helt avhengig av hvilken aktivitet som iverksettes og er derfor ikke kalkulert nærmere.

Kapitel 8.2 går nærmere inn på hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for kalkylene, hvordan pasientstrømmene vil endres ved modelleksemplene og hvilke økonomiske konsekvenser dette vil kunne få.

Tabellen nedenfor viser beregningene av de årlige driftsøkonomiske virkninger for foretaket samlet, basert på en forutsetning om at sykehusene samlet skal behandle de samme pasientene som i 2002.

Beregnete årlige driftsøkonomiske virkninger for ulike varianter av Modelleksempel 2 og 3 i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1). Millioner kroner. Direkte effekt og effekt på sikt.

Modell eks.	Vari ant	Direkte effekt			På sikt		
		Reduserte lønns kostnader	Økte transport kostnader og reduserte inntekter	Netto endring av kostnader	Reduserte lønns kostnader	Økte transport kostnader og reduserte inntekter	Netto endring av kostnader
2	1	Ingen			3 - 4	2 - 3	-2 til 0
	2	Ingen			3 - 4	2 - 3	-2 til 0
	3 4	1 - 2	3 - 4	+1 til +3	4 - 6	3 - 5	-2 til 0
3	1	3 - 4	6 - 7	+2 til +4	7 - 8	9 - 10	1 til +3
	2	5 - 6	6 - 7	0 til +2	9 - 11	7 - 9	-3 til -1

Tabellen viser følgende vedr forskjell i netto endring av driftskostnader per år:

- Modelleksempel 2 vil på sikt, dvs om/når en må ha egne separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi, bli *fra 0-2 millioner kroner billigere å drive* enn dagens modell.
- Inntil dette eventuelt skjer (direkte effekt) vil Variant 3 og 4 være *1-3 millioner kroner dyrere å drive* enn Variant 1 og 2. Variant 1 og 2 vil driftsøkonomisk være som dagens modell .
- Den direkte beregnede effekten i Modelleksempel 3, Variant 1 viser en *netto økning av driftskostnadene på 2 til 4 millioner* i forhold til å drive etter dagens modell, *en økning som reduseres til 1-3 millioner kroner på sikt.*

- Den direkte beregnede effekten i Modelleksempel 3, Variant 2 viser en *netto økning av driftskostnadene på 0 til 2 millioner* i forhold til å drive etter dagens modell, men dette snus til en *reduksjon på 1-3 millioner kroner* på sikt.

Alle de beregnede endringene ligger innenfor et spenn på +/- 4 millioner kroner. Sett i forhold til foretakets totale driftsbudsjett er dette svært marginalt. Dette betyr at det i all hovedsak er *andre argumenter som bør være avgjørende for å velge en endring av arbeidsdelingen mellom divisjonene*. Ikke slik at driftsøkonomiske betraktningene ikke er viktige. Men da ut fra en vurdering av forventet mulighet til å drive mer eller mindre effektivitet. For eksempel hvorvidt en kan forvente at det er mulig å drive mer rasjonelt ved å drive 1 divisjon som et rent elektivt sykehus slik det legges opp til i Modellalternativ 3 i forhold til Modellalternativ 1 og 2 der en driver en kombinasjon av planlagt og øyeblikkelig hjelp ved alle tre divisjoner. Som der framgår av forutsetningene for våre beregninger har vi ikke beregnet slike eventuelle effekter.

7.6 Prosjektgruppens anbefalinger

Etter en samlet vurdering av nasjonale-, regionale- og lokale utredninger samt gruppens egen utredning, vil gruppens medlemmer gi sin spesifikke anbefaling til retning for den videre utvikling av Hålogalandssykehuset.

Divisjon Harstads rolle er definert i mandatet; dvs at divisjonen skal ha akuttberedskap i både bløtdelskirurgi og ortopedi. Utfordringen ligger i å definere divisjon Narvik og divisjon Stokmarknes sin rolle i Hålogalandssykehuset. Prosjektgruppens medlemmer har ulikt syn på hvordan utviklingen av foretaket skal håndteres.

Blant annet med bakgrunn i signaler vedrørende spesialistutdanningen, vil i følge gruppemedlemmene Eilertsen, Gilde, Jensen, Lind, Pedersen, Larsen, Reckert, Strøm og Svensson, dagens situasjon være aktuell i mange år fremover, herunder forstått slik at elektiv og akutt kirurgi samt fullverdig fødeavdeling opprettholdes som i dag ved alle divisjoner. Dette må danne rammen for det videre utviklingsarbeid og vil legge grunnlaget for et godt og viktig samarbeidsklima i prosessen videre.

Gruppemedlemmene Gjertsen, Haug, Kjæve, Nordlund, Nyggard, Schmidt og Sjøvoll er av den oppfatning at det på en smidig måte må arbeides mot en løsning med fokus på bløtdelskirurgi ved en av divisjonene og ortopedi ved den andre. Vaktordningene utvikles med henblikk på det samme, samtidig som den døgnkontinuerlige operasjonsstueberedskapen opprettholdes slik at øyeblikkelig hjelp innleggelser, keisersnitt og stabiliserende traumekirurgi skal kunne foretas alle steder. Det er også foreslått ordninger som i stor grad bidrar til å begrense transportøkningen som den foreslåtte funksjonsfordelingen kunne medføre. Løsningen sikrer en tilgjengelighet som etter disse medlemmenes vurdering må forventes å kunne skape trygghet i befolkningen. Blant de som støtter denne modellen er det imidlertid uenighet om fødetilbudet skal ivaretas i form av en fødeavdeling (Nordlund) eller en modifisert fødestue (Lofotmodellen) (Gjertsen, Haug, Nygaard, Schmidt, Sjøvoll). Kjæve ønsker ikke å uttale seg om løsningen for fødselsomsorgen.

Martinsen og Torgersen er av den oppfatning at fremtiden best møtes ved å samle akuttfunksjonene ved to av divisjonene, mens den tredje divisjonen får en ren elektiv funksjon innen kirurgi i tillegg til en døgnkontinuerlig vurderingsberedskap for inneliggende og polikliniske kirurgiske pasienter.

8 Vedlegg

8.1 Transporttider fra Nordtrafikk

Hålogalandsykehuset Stokmarknes
Att: Geir Brokstad

8450 Stokmarknes



Deres ref.: Geir

Vår ref.: Jann

Sortland 210203


BEREGNING UTRYKNINGSTID FOR VÅRE STASJONER I VESTERÅLEN

Som svar på deres forespørsel om beregning av utrykningstid i Vesterålsområdet, har vi laget en beregning ut fra våre erfaringstall (registreringer).

Det gjøres oppmerksom på at dette er kun beregnet kjøretid, og ikke beregnet tid til start/klargjøring eller ventetid ved sykehusene. Jeg mener at det totale tidsforbruk pr. tur er svært viktig i denne sammenhengen. Dette har med beredskapen i distriktene å gjøre, jo lengre avstand det er til sykehus, jo dårligere blir beredskapen.

Jeg håper de beregninger vi har gjort kan være til hjelp for dere.

Med hilsen
NORDTRAFIKK AMBULANSE AS


Jann Ødegård
Daglig leder

Beregning utrykningstid for stasjoner i Vesterålen Akkutt og Haste:

Distanse innenfor 1 til 2 timers kjøring

		1 time	2 timer	Til St.nes	Til Harstad
Stasjon	Bø i Vesterålen	80 km	ca 140 km	1 t 17 min.	2 t 45 tim.
	Øksnes	80 km	ca 140 km	50 min.	2 t 15 min
	Andenes	80 km	ca 140 km	1 t 40 min	3 timer
	Åse	80 km	ca 140 km	1 t 5 min	2 t 30 min
	Sortland	80 km	ca 140 km	28 min	1 t 45 min
	Stokmarknes	80 km	ca 140 km	20 min	2 t 10 min

Det gjøres oppmerksom på at dette er et gjennomsnitt på årsbasis og kun kjøretid.

Det er veldig avhengig av tilstand til pasient om hvor fort vi kan kjøre, en utrykning kan foregå i 60 km i timen.

Når det gjelder utrykning mot Lofoten er det vanskelig å beregne tidsforbruk pr tur, da dette er avhengig av hvor ferga ligger.

For stasjonen i Hadsel er det beregnet snitt utrykningstid i området.

8.2 Pasientstrømmer og økonomi

Forutsetninger og beregninger

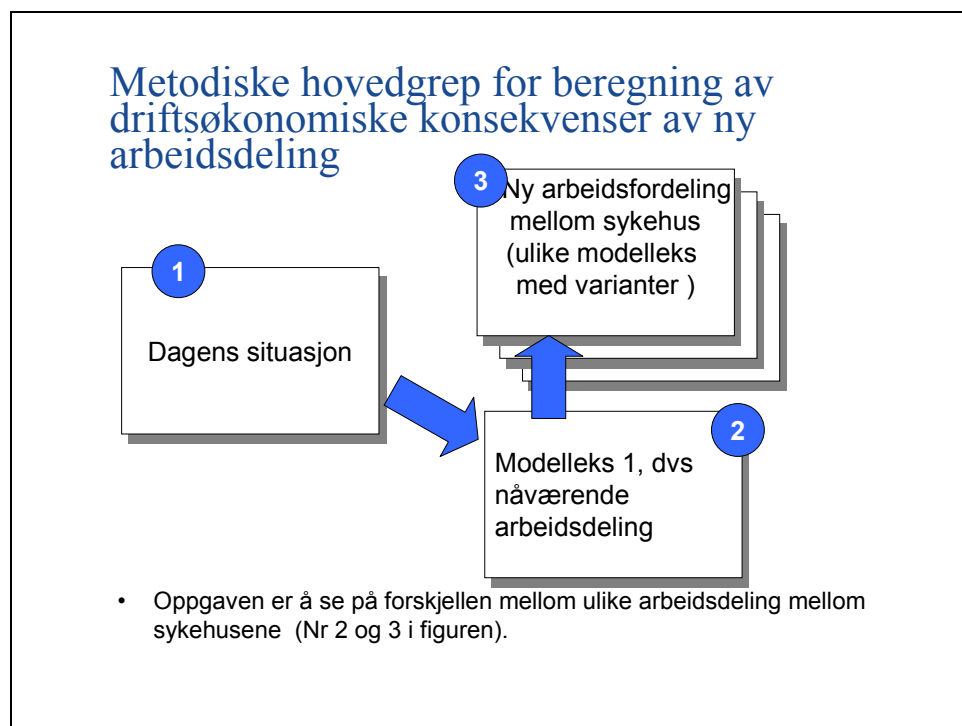
Dette kapittel er bygget opp med følgende innhold:

- Kap 8.2.1 Den grunnleggende metodiske tilnærming og nødvendige forutsetninger gjennomgås
- Kap 8.2.2 Modelleksemplene fra kap 7 beskrives i detalj
- Kap 8.2.3 Hvilke enheter i foretaket som omfattes av endringene beskrives
- Kap 8.2.4 Endringene i pasientstrømmene som følge av eksemplene i kap 7 gjennomgås
- Kap 8.2.5 Enhetene i foretaket som får endrede inntekter/utgifter gjennomgås
- Kap 8.2.6 Bemanningsendringer og økonomiske konsekvenser kalkuleres
- Kap 8.2.7 Transportøkninger og økonomiske konsekvenser kalkuleres
- Kap 8.2.8 Økonomiske konsekvenser på andre områder kalkuleres
- Kap 8.2.9 De totale økonomiske konsekvenser av modelleksemplene i kap 7 oppsummeres

De endelige økonomiske konsekvenser kan først beregnes når alle detaljer i modelleksemplene er fastlagt. På det nåværende tidspunkt blir det nødvendig å ta en rekke forutsetninger før det kalkuleres. Mange av disse forutsetningene kan diskuteres. Det vil således kunne fremsettes argumenter for at de kalkulerte endringene både kan bli større og mindre. Det er generelt i kalkulasjonene lagt til grunn en meget forsiktig tilnærming, ikke minst på bakgrunn av at det i realiteten har vist seg vanskelig å hente ut de økonomiske potensialene ved funksjonsfordelinger.

Der vaktordninger vil kunne reduseres, er det kalkulert kostnadsreduksjoner som følge av reduserte timetall. I virkeligheten vil sannsynligvis de frigjorte timene heller settes inn i økt aktivitet. Inntektpotensialet ved dette er helt avhengig av hvilken aktivitet som iverksettes og er derfor ikke kalkulert nærmere.

8.2.1 Metodiske hovedgrep



Figur 8.1 Metodiske hovedgrep

Følgende metodiske tilnærming er valgt for analysen:

- Analysen bygger på aktiviteter og personalmessige betingelser i et gitt, kjent referanseår; 2002.
- Det lages bare en marginal analyse, dvs at det er bare inntekter og kostnader som vil variere mellom de ulike modellene, *samlet for helseforetaket*, som beregnes.
- Antall pasienter som skal behandles er det samme i de ulike alternativene. Dette innebære ikke at det nødvendigvis er det samme antall innenfor foretaket, siden avstandsforhold og ”styrke” i forhold til sykehusene utenfor foretaket kan føre til endringer i antall pasienter.
- Det legges til grunn at alle modellene har samme kvalitetsnivå. For eksempel vil krav til separate vaktordninger innenfor bløtdelskirurgi og ortopedi også måtte løses innenfor dagens arbeidsdeling mellom sykehusene (Modelleksempel 1)
- Analysen gjøres på to tidspunkter fram i tid:
 - De umiddelbare effektene av endringene beregnes. Dette omtales senere som *direkte effekt*.
 - Virkninger *på sikt*, dvs om/når en må ha egne separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi.

- Beregninger og vurderinger gjøres for to type virkninger:
 - Konsekvenser i form av at noen av pasientene vil få behandling ved et annet sykehus enn i dag, dvs konsekvenser for pasientstrømmer.
 - Økonomiske konsekvenser som dels framkommer ut fra endret beredskapskrav og dels er virkninger av endring i oppgaver som følge av endrede pasientstrømmer.

8.2.2 Beskrivelse av de ulike modelleksemplene med varianter

De ulike modelleksemplene med varianter er nærmere beskrevet og utdypet i kap 7. Tabellen nedenfor viser hvilken akuttkirurgisk beredskap og hvilket fødetilbud en har forutsatt for kalkylene knyttet til de ulike modelleksemplene og variantene.

Modell eks.	Vari ant	Sykehus	Type kir beredskap			Fødetilbud		
			Orto pedi	Bløt dels kirurgi	Gen kirurgi	Vurd erings bered skap	Føde avd	Lofot mod.
1		Stokmarknes Narvik	X	X	X			
		Narvik	X	X	X			
2	1	Stokmarknes Narvik		X	X			
		Narvik	X		X			
	2	Stokmarknes Narvik	X		X			
		Narvik		X	X			
3	3	Stokmarknes Narvik		X	X			X
		Narvik	X		X			X
	4	Stokmarknes Narvik	X		X			X
		Narvik		X	X			X
3	1	Stokmarknes Narvik				X		X
		Narvik		X	X		X	
3	2	Stokmarknes Narvik		X	X		X	
		Narvik				X		X

All akutt kirurgi/ortopedi som i dag tas hånd om i Narvik/ Stokmarknes utføres ved sykehusene innenfor en felles vaktberedskap.

For alle sykehus med enten ortopedisk eller bløtdelskirurgisk beredskap, kombinert med generell kirurgisk beredskap, forutsettes det følgende:

- Så lenge felles vaktordning for kirurger/ortopeder gir tilfredsstillende akutt tilbud innenfor både ortopedi og bløtdelskirurgi ved Stokmarknes/Narvik opprettholdes dette, dvs *ingen direkte effekt sammenliknet med dagens modell* (Modelleksempel 1)
- Det er først på sikt, dvs om/når en må ha separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi, en vil få endringer sammenliknet med dagens modell.

8.2.3 Hvor oppstår endringene?

De aktuelle modelleksemplene vil gi endring i arbeidsdelingen innenfor:

- Øyeblikkelig hjelp innleggelser innenfor kirurgi/ortopedi og gynekologi

- Føde
- Akuttkirurgisk poliklinikk

Arbeidsdelingen mellom sykehusene innenfor øvrige områder antas å være uforandret. Dette er likevel ikke en reell forutsetning for Modelleksempel 2, hvor hovedintensjonen er spesialisering innenfor kirurgi. Konsekvensene for endringer mht behandlingssted for planlagt kirurgi, enten det krever innleggelse, kan gjøres dagkirurgisk eller er i form av en poliklinisk konsultasjon er ikke beregnet.

8.2.4 Konsekvenser for hvor pasientene blir behandlet

Øyeblikkelig hjelpinnleggelser innenfor kirurgi, ortopedi og gynekologi

Tabell 8.1 viser antall ø-hjelps innleggelser ved de tre sykehusene i 2002.

Tabell 8.1 Antall ø-hjelps innleggelser ved kirurgisk avdeling (som inkluderer gynekologi) 2002.

Ø-hjelps innleggelser 2002		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Totalt
I dag	Totalt	1503	1192	1114	3809
	Per døgn	4,12	3,27	3,05	

For de aktuelle modelleksemplene er det, bl a etter innspill fra de ulike arbeidsgruppene, laget forutsetninger for hvor de ortopediske/kirurgiske/gynekologiske ø-hjelps pasientene vil bli behandlet.

Forutsetningene uttrykkes gjennom hvor stor andel henholdsvis Stokmarknes og Narvik sykehus forutsettes å behandle av de pasienter en behandler i dag og er vist i Tabell 8.2.

Tabell 8.2 Forutsatt andel ø-hjelpsinnleggelser innenfor kirurgi/ortopedi/gynekolog.

Modell eks.	Variant	Sykehus	Type kir beredskap					Andel av dagens kir/ort/gyn ø-hjelps innleggelser
			Ortopedi	Bløtdels kirurgi	Gen kirurgi	Sectio	Gyn. Ellers	
1		Stokmarknes	X	X	X	X	X	100 %
		Narvik	X	X	X	X	X	100 %
2	1	Stokmarknes		X	X	X	X	87,5 %
		Narvik	X		X	X	X	92,5 %
	2	Stokmarknes	X		X	X	X	92,5 %
		Narvik		X	X	X	X	87,5 %
3	3	Stokmarknes		X	X	X		77,5 %
		Narvik	X		X	X		82,5 %
4	4	Stokmarknes	X		X	X		82,5 %
		Narvik		X	X	X		77,5 %
3	1	Stokmarknes					X	20,0 %
		Narvik		X	X	X	X	87,5 %
2	2	Stokmarknes		X	X	X	X	87,5 %
		Narvik					X	20,0 %

Følgende vurderinger ligger til grunn for de forutsatte andelene:

- Antagelsen om 20% andel i Modelleksempel 3 bygger på en vurdering fra arbeidsgruppe 1, en undergruppe av prosjektgruppen . Gruppen mente at en med indremedisinsk beredskap, anestesilege i vakt og kirurg i vurderingsberedskap, ville være i stand til å ta i mot en del av pasientene som ikke opereres og som i dag innlegges som øyeblikkelig hjelp i kirurgisk avdeling.
- Antagelsen om 87,5 % andel med ortopedisk/generell kirurgisk beredskap og 92,5 % med bløtdelskirurgisk beredskap bygger på en konkret vurdering av hvor mange som må behandles ved annet sykehus i Variant 1 av Modelleksempel 2. Arbeidsgruppe 2s konkrete vurdering, basert på faktisk informasjon om pasientpopulasjonen, (se kap 7.2) er at:
 - 150 pasienter årlig må overflyttes Harstad som øyeblikkelig hjelp for ortopediske inngrep fra Stokmarknes (som utgjør 12,5 %)
 - 80-100 pasienter må opereres som øyeblikkelig hjelp i Harstad med bløtdelslidelser fra Narvik (som utgjør 7 til 9 %)
- Tall for 1997/98 for alle sykehus i Nord-Norge viser at drøye 20% av de akutte operasjonene er innenfor gynekologi og føde. Annet materiale viser at akutt sectio utgjør ca halvparten av disse inngrepene. Med en Lofotenmodell i Variant 3 og 4 av Modelleksempel 2, vil en ha muligheter til å utføre keisersnitt, men ikke andre akutte, gynekologiske inngrep. Vi har derfor redusert andelen med 10 % i forhold til Variant 1 og 2.

De som ikke kan behandles ved Narvik eller Stokmarknes forutsattes behandlet i Harstad med flg unntak:

- Pasienter som ble behandlet ved Narvik sykehus fra Tysvær og Hamarøy forutsettes behandlet i Bodø (ca 10,5 % av alle ved Narvik sykehus)
- 50 % av de som behandles ved Narvik sykehus og som kommer fra Bardu, Målselv og Sørreisa forutsettes behandlet i Tromsø (et fåtall som utgjør ca 1 % av alle ved Narvik Sykehus)

På bakgrunn av disse forutsetningene får en følgende ”refordeling” av antall akuttinnleggelser innenfor kirurgi/ortopedi/gynekologi slik det går fram av *Tabell 8.3*.

Tabell 8.3 Antall ø-hjelpsinnleggelser innenfor kirurgi/ortopedi/gynekologi. Ulike modelleksempler og kombinasjoner. Tall for 2002- virkninger på sikt

Modell eks.	Vari ant		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Bodø/Tromsø	Totalt
1 (som i dag)		Totalt	1503	1192	1114		3809
		Per døgn	4,12	3,27	3,05		
2	1	Totalt	1726	1043	1030	10	3809
		Per døgn	4,73	2,86	2,82	0,03	
		Endring	15 %	-13 %	-8 %		
	2	Totalt	1716	1103	975	16	3809
		Per døgn	4,70	3,02	2,67	0,04	
		Endring	14 %	-7 %	-13 %		
	3	Per døgn	1944	924	919	22	3809
		Endring	5,33	2,53	2,52	0,06	
		Endring	29 %	-23 %	-18 %		
	4	Per døgn	1933	983	863	29	3809
		Endring	5,30	2,69	2,37	0,08	
		Endring	29 %	-18 %	-23 %		
3	1	Totalt	2580	238	975	16	3809
		Per døgn	7,07	0,65	2,67	0,04	
		Endring	72 %	-80 %	-13 %		
	2	Totalt	2441	1043	223	102	3809
		Per døgn	6,69	2,86	0,61	0,28	
		Endring	62 %	-13 %	-80 %		

Fra Tabell 8.3 ser vi at det blir følgende endringer i gjennomsnittlig antall akutttinnleggesler per døgn for Modelleksempel 2, Variant 1 (Eksempel) :

- Ved Harstad en økning fra 4,1 til 4,7 innleggelser per døgn, dvs en økning med ca 15 %.
- Ved Stokmarknes en reduksjon med ca 150 innleggelser, dvs fra 3,3 til 2,9 innleggelser per døgn, som utgjør en reduksjon med 13 %.
- Ved Narvik en reduksjon med ca 90 innleggelser, dvs fra 3,1 til 2,8 innleggelser per døgn, som utgjør en reduksjon med 8 %.
- En vil få 1 innleggelse hver femte uke (dvs totalt 10 per år) ved sykehuset i Bodø/Tromsø fra området i tillegg til nivået i dag. Dette vil i all hovedsak være pasienter fra Tysfjord og Hamarøy som må dra til Bodø i stedet for Narvik for operativ behandling som krever spesiell gastrokirurgisk eller urologisk kompetanse.

Føde

Tabell 8.4 viser antall fødsler ved de tre sykehusene i 2002.

Tabell 8.4 Fødsler 2002

Fødsler i 2002		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Totalt
I dag	Totalt	392	333	260	985
	Per døgn	1,07	0,91	0,71	2,70

Det skal være fødetilbud ved alle tre sykehus.

Fødegruppen har antatt følgende vedr andel fødsler:

- Ved fødestue vil ca 35 % av kvinnene får tilbud om å føde her, 4-5 % overflyttes i fødsel
- Fødestue etter Lofotenmodell vil gi et tilbud til ca 70 % av de fødende. Tall fra Lofoten viser at ca 12 % overflyttes i fødsel.

Da vi vet at 90 –95 % av kvinnene som i dag sokner til Stokmarknes/Narvik føder ved disse sykehusene, har vi forutsatt at andelen av antall fødsler ved Stokmarknes og Narvik sykehus i dag til å være:

- 33 % hvis fødeavdelingen gjøres om til fødestue .
- 65 % hvis fødeavdelingen gjøres om til Lofotenmodell.

Alle som ikke kan føde ved Narvik eller Stokmarknes, forutsettes å føde i Harstad med samme unntak som for akuttkirurgiske pasienter, dvs at pasienter som i dag bruker Narvik sykehus og som pga kortere avstad til Bodø/Tromsø vil velge dette sykehuset

På bakgrunn av disse forutsetningene får en følgende ”refordeling” av antall fødsler slik det går fram av *Tabell 8.5*.

Tabell 8.5 Antall fødsler. Ulike modelleksempler og kombinasjoner. Tall for 2002

Fødsler i 2002		Harstad	Stokmarknes	Narvik	Bodø/Tromsø	Totalt
I dag	Totalt	392	333	260		985
	Per døgn	1,07	0,91	0,71		2,70
Lofotmodell i Narvik, fødeav Stokmarknes	Totalt	473	333	169	10	985
	Per døgn	1,29	0,91	0,46	0,03	2,70
	Endring	21 %	0 %	-35 %		
Lofotmodell i Stokmarknes, fødeavd Narvik	Totalt	509	216	260		985
	Per døgn	1,39	0,59	0,71	0,00	2,70
	Endring	30 %	-35 %	0 %		
Fødestue i Narvik, fødeav Stokmarknes	Totalt	547	333	85	20	985
	Per døgn	1,50	0,91	0,23	0,06	2,70
	Endring	40 %	0 %	-68 %		
Fødestue i Stokmarknes, fødeavd Narvik	Totalt	617	108	260		985
	Per døgn	1,69	0,30	0,71	0,00	2,70
	Endring	57 %	-68 %	0 %		

Fra *Tabell 8.5* ser vi at det blir følgende endringer i antall fødsler per år med fødestue i Narvik og fødeavdeling i Stokmarknes (eksempel) :

- Ved Harstad en økning fra ca 400 til over 600 fødsler per år, dvs en økning på over 50 %.
- Ved Narvik en reduksjon med fra 260 til 85 fødsler, dvs en reduksjon med 68 %.
- En vil få 20 fødsler ved sykehuset i Bodø/Tromsø fra området, i tillegg til nivået i dag. Dette vil i all hovedsak være fødende fra Tysfjord og Hamarøy som trolig drar til Bodø i stedet for til Narvik.

Akutt poliklinikk

Tabell 8.6 Antall ø-hjelps konsultasjoner innenfor gyn, føde og kirurgi ved Narvik og Stokmarknes sykehus i 2002.

Ø - HJELP KONSULT. 2002	Stokmarknes		Narvik	
	Totalt	Av dette dagtid hverdager	Totalt	Av dette dagtid hverdager
Kirurgi	2106	1263	2231	1601
Gyn	212	185	171	155
Føde	665	435	561	522
Totalt	2983	1883	2963	2278

Fra tabell 8.6 ser vi at det ble gjennomført ca 3000 ø-hjelps konsultasjoner totalt innenfor kirurgi, føde og gynekologi både ved Narvik sykehus og ved Stokmarknes sykehus i 2002.

En vurdering (ikke gjort i prosjektgruppen) ut fra forutsatt beredskap i Modelleksempelene tilsier følgende endring i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1) :

- Modelleksempel 2, Variant 1 og 2 vil på kort sikt være lik dagens modell. Også på sikt vil en anta at en med en kombinasjon av enten generell og ortopedisk eller bløtdelskirurgisk kompetanse vil kunne ta seg av de aller fleste akuttkirurgiske polikliniske pasientene. Forutsetningen styrkes dersom en legger til rette for at en har manglende kompetanse tilgjengelig på dagtid, da vi ser at ca 65% av konsultasjonene ved Stokmarknes sykehus og ca 75% ved Narvik sykehus utføres innenfor ordinær arbeidstid på hverdager.
- I Modelleksempel 2, Variant 3 og 4, vil en ikke ha gynekolog i vakt. Fra tabell 8.6 ser vi at nesten alle konsultasjonen (over 90%) ved Narvik sykehus og svært mange av konsultasjonene ved Stokmarknes sykehus innenfor gynekologi og føde er på dagtid. Omfanget av hva som må sendes til annet sykehus, dvs summen av de gynekologiske konsultasjonene og fødekonsultasjoner som ikke kan tas hånd om av jordmor, vil derfor sterkt avhengige av om en får til en ordning med tilgjengelig gynekolog på dagtid. Det vil trolig dreie seg om fra 100 til 400 konsultasjoner per år. Selv om andelen utenfor ordinær arbeidstid er svært forskjellig i Narvik og Stokmarknes, er det ikke grunnlag for å si at det vil bli vesentlige forskjeller mellom Variant 3 og 4, da bl a registreringsrutinene vedr tidfesting av tidspunkt for konsultasjoner kan variere fra sykehus til sykehus.
- I Modelleksempel 3, vil en ha samme problemstilling som nevnt for Modelleksempel 2, Variant 1 og 2 for det sykehuset som skal ha akuttberedskap innenfor bløtdelskirurgi og generell kirurgi og fødeavdeling – dvs veldig få ”overflyttinger” til annet sykehus

For sykehuset med vurderingsberedskap og fødestue har en samme problemstilling innenfor gynekologi / føde som nevnt i Modelleksempel 2, Variant 3. Innenfor kirurgi vil en ha vurderingsberedskap hele døgnet. Dette vil bety at pasientene vil bli sendt eller kommer direkte til annet sykehus av tre grunner:

- I de tilfeller der primærlegen er usikker på om pasienten skal legges inn eller ikke.
- I de tilfelle der kirurgen, enten i vakt eller tilgjengelig på dagtid, ikke har kompetanse.

- I de tilfelle der kirurgen har behov for assistanse fra operasjonspersonell på vakttid for å gjennomføre konsultasjonen.

Det er vanskelig å anslå et tall for dette, men som grunnlag for de økonomiske beregningene har vi forutsatt at det vil dreie seg om 500 –1000 polikliniske pasienter per år. Det er ikke her grunnlag for å si at det vil være forskjeller mellom Narvik eller Stokmarknes, dvs Variant 1 eller Variant 2.

8.2.5 Overordnede vurderinger av hvilke inntekter og kostnader som vil ble endret som følge av arbeidsdelingen mellom sykehusene

Inntekter

Vår primære forutsetning er at en behandler de samme pasientene. Dette gjør at de totale inntektene for foretaket vil være *like store*.

Det er bare i den grad vi antar at enkelte pasienter vil få behandling i Bodø denne forutsetningen ikke vil gjelde. Der dette oppstår er det omtalt og anslått .

Lønnskostnader

Endringene skal bare omfatte kirurgi og føde, dvs at alle sykehusenhetene forblir relativt store organisasjoner.

En bør da kunne forutsette at antall ansatte tilpasses proporsjonalt med endret arbeidsmengde, dvs at antall ansatte totalt for foretaket er likt for alle modeller for de fleste funksjoner.

Det finnes et unntak: *Funksjoner der det kreves en minimumsbemanning; enten på dagtid eller i en vakt- eller en beredskapsordning*. Etter drøfting i arbeidsgruppen er en kommet fram at sum bemanningsbehov for foretaket kan variere avhengig av modell for følgende funksjoner:

- Kirurgi/ Ortopedi, leger
- Operasjonssykepleiere og annet personell i operasjonsavdelingen
- Anestesisykepleiere og anestesileger
- Jordmødre og andre ansatte i fødeavdelingene.
- Gynekologi, leger
- Pediatere

For alle andre funksjoner antas det at totalt antall ansatte for foretaket ikke endres, enten fordi det er ikke vil føre til endringer eller at det er rimelig å anta at antall ansatte tilpasses proporsjonalt med endret arbeidsmengde.

Medisinsk legetjeneste er et eksempel på det førstnevnte.

Sengeposter innenfor kirurgi/ ortopedi/ medisin er et eksempel på det sistnevnte.

Andre driftskostnader

Alle pasientavhengige kostnader vil med lik standard og likt pasientvolum *være like* i alle modeller

Forskjellene i øvrige andre driftskostnader totalt for foretaket antas å være beskjedne.

Transportkostnader

Ambulansekostnader og transportkostnader for pasienter til akutt poliklinikk vil variere avhengig av modellkombinasjon med varianter. De sistnevnte kostnadene, som i stor grad foregår med taxi, er i dag ikke Helse Nord's ansvar, men vil bli det fra 1/1 2004 og er derfor tatt med som en integrert del av de økonomiske beregningene.

Endring av kostnader for andre enn foretaket

Virkinger for andre, f eks primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende er ikke beregnet. Virkninger for primærhelsetjenesten er omtalt der det vil oppstå endringer.

8.2.6 Endret bemanning med medfølgende kostnader- forutsetninger og beregninger

Modelleksempel 2

Vurdering av Modelleksempel 2 i forhold til dagens modell, dvs Modelleksempel 1, gir følgende endringer i bemanning:

- Alle varianter av Modelleksempel 2:
 - På kort sikt vil det ikke bli endringer i forhold til dagens modell, dvs ingen direkte virkninger
 - Om/når en må ha egne separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi på lang sikt i Modelleksempel 1 vil en unngå dette i Modelleksempel 2.

En vil derfor trolig unngå å måtte opprette 2 - 4 nye overlegestillinger ved hvert av sykehusene i Stokmarknes og Narvik, noe som vil gi en mindrekostnad på 4- 5 millioner kroner totalt for foretaket.
- For Variant 3 og 4 vil i tillegg beredskapsbehovet for gynekologer bortfalle. Det er i dag alltid tilgjengelig gynekolog i Narvik, mens en av tre vakter dekkes av kirurg i Stokmarknes. Gynekologen har noen timer aktiv vakt på ettermiddagen på hverdager og på dagtid på helgene, ellers passiv vakt i perioden utenfor normal arbeidstid på hverdager. Bortfall av beredskapsvakt vil gi en reduksjon i timer som utgjør ca 90% (Narvik) og 60% (Stokmarknes) av avtalt arbeidstid inkl utvidet arbeidstid for en gynekolog. I tillegg bortfaller betaling for utrykning på vakt og tillegg for ubekvem arbeidstid.

Totalt vil dette gi en netto beregnet reduksjon på ca 1,5 million kroner (0,9 millioner i Narvik og 0,6 millioner kroner i Stokmarknes).
- For alle andre personellgrupper vil ikke endret arbeidsdeling mellom sykehusene føre til endringer i bemanning for foretaket samlet.

Dette gjelder også ved endring av arbeidsdelingen mellom fødeavdelinger i Variantene 3 og 4 siden vi etter drøfting i fødegruppen er kommet fram til følgende forutsetning:
Bemanningsbehovet for jordmødre + hjelpe/barnepleiere ved en fødeavdeling + to fødestuer etter Lofotenmodell er like stort samlet som det er ved dagens tre fødeavdelinger.

Modelleksempel 3

Vurdering av Modelleksempel 3 i forhold til dagens modell, dvs Modelleksempel 1, bygger på følgende forutsetninger:

- Endret beredskapsnivå i Harstad
 - Beredskapsnivå for anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere, kirurgiske leger, gynekologer, anestesileger, røntgenleger må ikke økes ved det sykehuset (Harstad) som har full akuttberedskap som følge av økningen i antall akutt kirurgiske/ortopediske/gynekologiske pasienter og fødende.
 - Eventuelle ikke-tilfredsstillende beredskap for de ovennevnte faggrupper avt også pediatri tilsyn vil også måtte løses med dagens arbeidsdeling (Modelleksempel 1)
 - Beredskapsbehov for gynekologer bortfaller ved sykehuset uten fødeavdeling
- Følgende beredskapsbehov bortfaller ved sykehuset som har fødestue og kirurgisk vurderingsberedskap. (Stokmarknes i Variant 1, Narvik i Variant 2)
 - Operasjonssykepleier/hjelpepleiere (2 stk på vakt)
 - Anestesisykepleiere
 - Assistentleger innenfor kirurgi
 - For turnusleger der disse går i separate vaktordninger for kirurgi og medisin (dvs bare i Narvik, da en har felles vaktordning for medisin og kirurgi i Stokmarknes)
 - Gynekologer

Alle grupper har delvis aktiv og delvis passiv vakt. Ut fra foreliggende noe mangelfulle dokumentasjon og erfaringstall fra andre tilsvarende sykehus har vi kunnet anslå de samlede innparinger for Variant 1 til 3 –3,5 millioner kroner og for Variant 2 til 5-6 millioner kroner slik det går fram av tabellen nedenfor.

Tabell 8.7 Beregnet bortfall av beredskap i sykehus med fødestue og vurderingsberedskap i Modelleksempel 3 i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1). Stillinger og lønnskostnader inkl kostnader til utrykning på vakt og ulempetillegg for ulike varianter.

	Variant 1		Variant 2	
	Antall stillinger (for leger inkl forl arb tid)	Lønnskostnader (mill kr)	Antall stillinger (for leger inkl forl arb tid)	Lønnskostnader (mill kr)
Gynekologer	0,6	0,6	0,9	0,9
Kir ass leger	0,8	0,6	1,6	1,2
Kir turnuskand	0,0		2,0	1,1
Operassykepleiere/ hj pl	2,6	1,4	3,3	1,6
Anestesisypl	1,3	0,7	1,7	0,8
Totalt	5 - 6	3 - 3,5	9 -10	5 -6

I Tabell 8.7 ser en at det er forskjell mellom Variant 1 (Stokmarknes reduseres) og Variant 2 (Narvik reduseres). Dette skyldes følgende:

- Kirurgene dekker en av tre gynekologivakter i Stokmarknes
- I Narvik har en kontinuerlig tredelt vaktskikt innenfor kirurgi. I Stokmarknes går overlegene direkte bak turnuskandidat i 2 av 4 vakter, og turnuskandidaten har vakt både for medisinsk og kirurgisk avdeling.

- Operasjonstemaet (2 operasjonssykepleiere og 1 anestesisykepleier) har noe mer aktiv vakt i Narvik enn i Stokmarknes.
- For sykehuset med akuttberedskap innenfor bløtdelskirurgi og fødeavdeling (Narvik i Variant 1 og Stokmarknes i Variant 2) blir det ingen direkte virkninger i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1)
 - Om/når en må ha egne separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi (lang sikt) etter dagens modell vil en unngå dette i Modelleksempel 3.
 - I en sammenlikning med dagens modell (Modelleksempel 1) vil en også unngå å opprette en separat vaktordning for det sykehuset som har fødestue og kirurgisk vurderingsberedskap. Denne virkningen på sikt i forhold til dagens modell blir derfor som for Modelleksempel 2, dvs en mindrekostnad på 4-5 millioner kroner totalt for foretaket.
- For alle andre personellgrupper vil ikke endret arbeidsdeling mellom sykehusene føre til endringer i bemanning for foretaket samlet. For de aktuelle berørte funksjonene har vi gjort følgende forutsetninger:
 - Bemanningsbehovet for jordmødre + hjelpe/barnepleiere ved en fødeavdeling + en fødestue er like stort samlet som det er ved dagens to fødeavdelinger, dvs ingen endring.
 - Der turnuskandidatene har felles vaktordning (Stokmarknes) for medisin/kirurgi blir det ingen endring.
 - Beredskapsvakt for anestesilegene opprettholdes for å opprettholde akutt indremedisinsk beredskap, dvs ingen endring.

Oppsummering

Tabell 8.8 Beregnet antall reduserte stillinger med medfølgende kostnader i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1).

Modell eks.	Vari ant	Direkte effekt		Lang sikt	
		Stillinger	Reduserte lønns kostnader Mill kr	Stillinger	Reduserte lønns kostnader Mill kr
2	1	Ingen		4 - 6	3 - 4
	2				
	3	1 - 2	1 - 2	6 - 8	4 - 6
	4				
3	1	5 - 6	3 - 4	10 - 12	7 - 8
	2	9 - 10	5 - 6	14 - 16	9 - 11

8.2.7 Ambulansetjenesten – forutsetninger og beregnede konsekvenser

Den endrede fordelingen av pasienter mellom sykehusene beskrevet i avsnitt 8.2.2 danner basis for vurderinger av endret transportbehov.

Trolige virkninger

Følgende vil faktisk skje:

- Noen av disse pasientene vil først bli brakt til sykehuset uten full akuttberedskap for vurdering/stabilisering før eventuell videresending. Andre vil bringes direkte til behandlende sykehus – enten ved at turen med luft-, bil- eller båtambulansse forlenges, eller etter omlastning.
- En økende andel av akutt kirurgiske/ortopediske/gynekologiske pasienter samt fødende kvinner vil bli fraktet med ambulansse fordi avstanden til behandlende sykehus øker. Vi snakker her først og fremst av transport inn til sykehus, men også om hjemssending fra sykehus.

Forutsetninger for endret ambulanssebehov

For å kunne gjøre en beregning av dette har vi gjort følgende forutsetninger:

- Økt bruk av ambulansse beregnes ved å forutsette at alle (dvs 100 %) av fødekvinnene og akutt kirurgiske/ortopediske/gynekologiske pasienter (innlagte) som får ”nytt behandlende sykehus ” forutsettes overflyttet fra sykehus uten full akuttberedskap til behandlende sykehus.
Det gjøres unntak for endringer der dette er åpenbart feilaktig; dvs at pasienter bringes i feil retning. Har gjort unntak for pasienter som forutsettes brakt til Bodø/ Tromsø der vi har forutsatt at turen forlenges med i gjennomsnitt 50 km.
- Denne transporten forutsettes å foregå med bilambulansse.
- Ved beregning av avstand beregnes antall kilometer tur/ retur

Vurdering av holdbarheten i forutsetningene

En slik forenkling av virkeligheten vil nødvendigvis kunne føre til for høye eller lave anslag.

Følgende argumenter tilsier at transportbehovet med tilhørende kostnader blir beregnet for høyt:

- Ikke alle vil fraktes med ambulansse.
- Dersom ikke stabilisering/ vurdering ved sykehuset uten full akuttberedskap er aktuell, overdrives lengden på ambulanssetransporten.
- Økt avstand vil føre til at terskelen vil øke.

Følgende argumenter tilsier at transportbehov blir beregnet for lavt:

- Økt transportavstand øker andelen som fraktes til sykehus.
- En del pasienter som behandles ved sykehus uten akuttberedskap må overflyttes pga manglende operativt tilbud (fødekvinne og pasienter som må reopereres)
- Innleggelser til observasjon, overføring i og etter fødsel fra fødestuene kommer i tillegg til fødsler.
- Økt avstand til hjemsted/ sted for videre behandling vil føre til at flere må sendes hjem med ambulansse og at avstanden på de disse transportene vil øke
- Økt avstand vil føre til at en større andel av pasientene vil bli fraktet med luftambulansse. Gjennomsnittskostnadene per tur med luftambulansse er høyere enn med bil.

Ut fra en vurdering av disse argumentene oppfatter vi at forutsetningene er på et rimelig realistisk nivå når det gjelder økte kostnader for ambulansetransport.

Forutsetninger for beregning av endrede ambulanssekostnader

Vi har vurdert to metoder:

- Å beregne kostnadene ut fra en gjennomsnittskostnad per kilometer. I dag er gjennomsnittskostnaden i foretaket 46 kr per kilometer.
- Å beregne kostnadene ut fra en konkret vurdering om det eventuelt vil bli behov for nye ambulansenheter ut fra kostnader per ny ambulansenheter + kostnader per ny kilometer

Ut fra formålet om å gjøre en reel marginal analyse har vi valgt den siste metoden. For å kunne gjøre en slik konkret vurdering har ansatte fra foretaket innenfor tjenesten vært med i vurderingen.

Avtalene med dagens ambulansetøvere gjøres ut fra noe ulike utgangspunkt, men et fellestrekk er at den varierer ut fra krav til beredskap og kjørelengde.

Ut fra foreliggende opplysninger har vi brukt følgende forutsetninger:

- En fast årlig kostnad for en ny døgnambulans på 2 millioner kroner per år . Kostnaden forutsetter stor grad av aktiv vakt.
- En fast årlig kostnad for en ny dagambulans (tobårebil) på 1 million kroner per år.
- En variabel kostnad på 10 kr per kilometer for hver nye kilometer

Beregnete endringer målt i antall turer, kilometer og kostnader

Endringen i antall kilometer oppsummeres, omregnet til kostnader ut fra følgende konkrete vurdering av behov for nye ambulansenheter, som direkte virkning i Tabell 8.9 og virkning på sikt i Tabell 8.10.

- Ambulansetjenesten i Narvik tåler ikke større belastning enn en har i dag. Økninger fra 20 000 til 250 000 km vurderes alle til å gi et behov for en ny døgnambulans.
- I Vesterålen antas det at dagens ambulansetjeneste kan tåle økningene innenfor alle modeller med unntak av Modelleksempel 3, Variant 1. Her vil det være et netto behov for en ny døgnbil (antagelig plassert på Sortland) i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1)
- En får behov for en ny tobårebil som dagtid i Harstad i Modellalternativ 3, for å øke kapasiteten for transport ut av sykehuset.

Det understrekes at det, uavhengig av valg av modell, må gjøres en konkret vurdering av dagens ambulansstruktur når en har fattet et vedtak om den framtidige arbeidsdelingen mellom sykehusene.

Tabell 8.9 Endring i ambulansebehov målt i turer og kilometer med medfølgende kostnader i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1) – Direkte virkning

Ambulanse		Stokmarknes - Narvik - Harstad	Harstad	Bodø/ Tromsø i stedet for Narvik	Totalt ¹⁾	
Modell	Vari ant	Direkte virkning				
2	1	Turer Km Kr (mill kr)	-	-	-	
	2	Turer Km Kr (mill kr)	-	-	-	
	3	Turer Km Kr (mill kr)	236 43000 0,4	190 45000 2,5	23 2000 0,0	449 90000 2,9
	4	Turer Km Kr (mill kr)	236 43000 0,4	190 45000 2,5	23 2000 0,0	449 90000 2,9
3	1	Turer Km Kr (mill kr)	1029 189000 3,9	-	-	1029 189000 4,9
	2	Turer Km Kr (mill kr)	-	927 222000 4,2	107 10000 0,1	1034 232000 5,3

1) I tallene målt i kroner er totaltallet inkl kostnader for ny ambulansenhet i Harstad.

De økonomiske konsekvensene som framkommer i *tabell 8.8* blir etter dette, med Modelleksempel 2, Variant 3 som eksempel:

- Økte kostnader per år for 43 000 nye kilometer fordelt på 230 turer
Stokmarknes – Harstad tur retur blir 43 000 km * 10 kr per km = 430 000 kr eller ca 0,4 millioner kroner.
- Økte kostnader per år for 45 000 nye kilometer fordelt på 190 turer
Stokmarknes – Harstad tur retur blir 45 000 km * 10 kr per km = 450 000 kr eller ca 0,5 millioner kroner. I tillegg kommer behov for ny ambulanse til en årlig kostnad på 2 millioner kroner per år som gjør at den årlige kostnaden blir 2,5 millioner kroner.
- Økte kostnader for de 23 pasientene fra Tysfjord og Hamarøy vi antar vil reise til Bodø når en ikke kan benytte tilbudet i Narvik (som gir forlenget avstand på 2000 kilometer) gir en økning på 20 000 kr, dvs så liten virkning at det kostnaden blir avrundet til 0,0 millioner kroner.

Tabell 8.10 Endring i ambulansebehov målt i turer og kilometer med medfølgende kostnader i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1) – Virkninger på sikt

Ambulanse		Stokmarknes - Narvik - Harstad	Harstad	Bodø/ Tromsø i stedet for Narvik	Totalt ¹⁾	
Modell	Vari ant	Virkning på sikt				
2	1	Turer	149	84	10	242
		Km	27000	20000		47000
		Kr (mill kr)	0,3	2,2	-	2,5
	2	Turer	89	139	16	245
		Km	16000	33000	1000	50000
		Kr (mill kr)	0,2	2,3	0,0	2,5
	3	Turer	385	286	33	704
		Km	70000	68000	3000	141000
		Kr (mill kr)	0,7	2,7	0,0	3,4
	4	Turer	325	342	39	706
		Km	59000	81000	3000	143000
		Kr (mill kr)	0,6	2,8	0,0	3,4
3	1	Turer	1178	139	16	1334
		Km	216000	33000	1000	250000
		Kr (mill kr)	4,2	2,3	0,0	7,5
	2	Turer	149	1067	123	1338
		Km	27000	256000	12000	295000
		Kr (mill kr)	0,3	4,6	0,1	6,0

1) I tallene målt i kroner er totaltallet inkl kostnader for ny ambulansenhet i Harstad.

8.2.8 Andre kostnader og inntekter

Reisekostnader til akutt poliklinikk

Ut fra antatt volum og en taxikostnad på ca 2000 kr for tur retur reise med en times venting (strekningen Harstad – Narvik og Stokmarknes – Harstad på kveldstid) får vi følgende økte kostnader i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1)

- Ingen økninger for Modelleksempel 2, Variant 1 og 2
- 100 – 400 turer, som tilsvarer 0,2 til 0,8 millioner kroner per år i Modelleksempel 2, Variant 3 og 4
- 500- 1000 turer, som gir 1 til 2 millioner kroner per år i økte transportkostnader i Modelleksempel 3, Variant 1 og 2

Reduserte inntekter

Ut fra den marginale betraktningen vi gjør i disse beregningene antar vi at andre foretak overtar inntekten og alle andre kostnader enn de lønnskostnadene som medgår til beredskap knyttet til de pasienter som vi antar må behandles av andre foretak. Denne netto inntekten vil trolig være 10 –20 % av inntekten og utgjøre 2 til 4 tusen kroner per pasient.

- Ut fra dette vil vi få 300 – 500 tusen kroner i reduserte netto inntekter for de drøyt 100 pasientene vi forventer må sendes ut av foretaket i Modelleksempel 3, Variant 2

- For øvrige modellvarianter er det snakk om små endringer (mindre enn 100 tusen kroner per år)

8.2.9 Totale økonomiske konsekvenser

Tabell 8.11 viser beregningene av de årlige driftsøkonomiske virkninger for foretaket samlet, basert på en forutsetning om at sykehusene samlet skal behandle de samme pasientene som i 2002.

Tabell 8.11 Beregnede årlige driftsøkonomiske virkninger for ulike varianter av Modelleksempel 2 og 3 i forhold til dagens modell (Modelleksempel 1). Millioner kroner. Direkte effekt og effekt på sikt.

Modell eks.	Vari ant	Direkte effekt			På sikt		
		Reduserte lønns kostnader	Økte transport kostnader og reduserte inntekter	Netto endring av kostnader	Reduserte lønns kostnader	Økte transport kostnader og reduserte inntekter	Netto endring av kostnader
2	1 2	Ingen			3 - 4	2 - 3	-2 til 0
	3 4	1 - 2	3 - 4	+1 til +3	4 - 6	3 - 5	-2 til 0
3	1	3 - 4	6 - 7	+2 til +4	7 - 8	9 - 10	1 til +3
	2	5 - 6	6 - 7	0 til +2	9 - 11	7 - 9	-3 til -1

Tabell 8.11 viser følgende vedr forskjell i netto endring av driftskostnader per år:

- Modelleksempel 2 vil på sikt, dvs om/når en må ha egne separate vaktordninger for bløtdelskirurgi og ortopedi, bli fra 0-2 millioner kroner billigere å drive enn dagens modell.
- Inntil dette eventuelt skjer (direkte effekt) vil Variant 3 og 4 være 1-3 millioner kroner dyrere å drive enn Variant 1 og 2. Variant 1 og 2 vil driftsøkonomisk være som dagens modell .
- Den direkte beregnede effekten i Modelleksempel 3, Variant 1 viser en netto økning av driftskostnadene på 2 til 4 millioner i forhold til å drive etter dagens modell, en økning som reduseres til 1-3 millioner kroner på sikt.
- Den direkte beregnede effekten i Modelleksempel 3, Variant 2 viser en netto økning av driftskostnadene på 0 til 2 millioner i forhold til å drive etter dagens modell, men dette snus til en reduksjon på 1-3 millioner kroner på sikt.

Vi ser at bruttoendringene, reduserte lønnskostnader til beredskap og økte kostnader til transport av pasienter, er klart større i Modelleksempel 3 enn i Modelleksempel 2.

Vi ser at det er en beregnet forskjell mellom Variant 1 (der Stokmarknes har fødestue og vurderingsberedskap) og Variant 2 (der Narvik har fødestue og vurderingsberedskap) innenfor Modelleksempel 3 på 2 millioner (dirkete effekt) og 4 millioner kroner på sikt. Dette skyldes at:

- Stokmarknes har en ”tynnere” beredskap enn Narvik som kan reduseres (forskjellen i direkte effekt)
- Behov for ny ambulanse i Narvik også innenfor Variant 1 på sikt

Alle de beregnede endringene ligger innenfor et spenn på +/- 4 millioner kroner. Sett i forhold til foretakets totale driftsbudsjett er dette svært marginalt. Dette betyr at det i all hovedsak er *andre argumenter som bør være avgjørende for å velge en endring av arbeidsdelingen mellom divisjonene*. Ikke slik at driftsøkonomiske betraktningene ikke er viktige. Men da ut fra en vurdering av forventet mulighet til å drive mer eller mindre effektivitet. For eksempel hvorvidt en kan forvente at det er mulig å drive mer rasjonelt ved å drive 1 divisjon som et rent elektivt sykehus slik det legges opp til i Modellalternativ 3 i forhold til Modellalternativ 1 og 2 der en driver en kombinasjon av planlagt og øyeblikkelig hjelp ved alle tre divisjoner. Som der framgår av forutsetningene for våre beregninger har vi ikke beregnet slike eventuelle effekter.