

**STYRESAK 90-2008      HANDLINGSPLAN FOR INTENSIVMEDISIN**

Møtedato: 23. september 2008

**Formål/sammendrag**

Intensivmedisin er ressurskrevende, både økonomisk, utstyr- og personalmessig. Intensivpasienten tilhører pasientgruppen med mest komplekst sykdomsbilde, som ofte berører flere organsystemer. For å kunne drive intensivmedisin på et akseptabelt nivå, og sikre en komplett behandling av pasientene, kreves derfor, i tillegg til en spesialisert og velutrustet enhet (seksjon eller enhet), en tilstrekkelig stab av kvalifiserte sykepleiere og leger innenfor de ulike spesialiteter. Ikke alle sykehus har disse ressurser tilgjengelig og heller ikke et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å kunne gi denne pasientgruppen det optimale behandlingstilbud.

Denne saken omhandler en handlingsplan for fagområdet intensivmedisin med en tilråding om en differensiering av intensivene ved sykehusene våre og en styrking av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø og på sikt Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø.

**Bakgrunn/fakta**

Tidligere utredninger gjort av Helse Nord viser at fordelingen av intensivsenger mellom helseforetakene/sykehusene er svært ujevn. Lokalsykehusene har ledig kapasitet, og universitetssykehuset har en tydelig underkapasitet.

Det er enighet i fagmiljøet om at det er viktig å sikre at vi får rett pasient på rett nivå og at en nivådeling i form av en beskrivelse av hvilke sykdomstilstander som skal til hvilket nivå, kan være et redskap for å få til en bedre arbeidsdeling mellom enhetene i regionen.

Sentraliseringen av kirurgi, særlig kreftkirurgien, har medført færre pasienter på lokalsykehusene og flere på UNN Tromsø/NLSH Bodø uten at intensivkapasiteten har økt på disse enhetene. Styrkingen av kapasiteten ved disse to enhetene er nødvendig både av hensyn til de mest alvorlig syke pasientene og av hensyn til personellet ved enhetene. Det siste fordi arbeidspresset på avdelingene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø er så stort at arbeidsmiljøet er truet. Det er høy turnover og stort forbruk av vikarer, og situasjonen er ofte så vanskelig at man må avvise pasienter. Dette kan innebære risiko for pasientene ved at de ikke tilbys tilstrekkelig behandling og stabilisering, før de blir sendt til et lavere nivå.

**Vurdering**

Det anbefales på bakgrunn av vurderingen av aktivitetsvolum, pasienttyngde og kompleksitet i behandlingen at UNN Tromsø og NLSH Bodø skal være intensivenheter nivå 3. Det anbefales videre at det skal være en intensivhet nivå 2 i alle helseforetak, med unntak av NLSH, som foreslås å ha en enhet på nivå 3. Det foreslås å opprette et intensivmedisinsk fagråd umiddelbart. Fagrådets hovedoppgave vil være å utvikle faglige retningslinjer/protokoller og rutiner for samhandling mellom nivåene og rutiner for overføring av pasienter mellom nivåene.

## **Konklusjon**

Det anbefales at UNN Tromsø må øke sin kapasitet på intensivheten til ti senger i første omgang og deretter til femten senger. NLSH Bodø må på sikt også øke ressursinnsatsen fra seks senger (ressurser i dag til fire) til ti.

Samarbeidet om kapasitetsutnyttelsen mellom UNN Tromsø og NLSH Bodø må forsterkes slik at de samlede spesialiserte intensivmedisinske ressurser brukes mest mulig effektivt.

Det er et mål for Helse Nord å ha en trygg og forsvarlig akuttberedskap i alle ledd av behandlingsskjeden. Velfungerende initial intensivmedisinsk behandling skal derfor kunne ivaretas ved alle de små lokalsykehusene. Alle enhetene skal derfor ha kapasitet og kompetanse for å legge en pasient på respirator og stabilisere i påvente av en eventuell overflytting til sykehus på høyere nivå.

### Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret slutter seg til at det er behov for å utvikle og styrke det intensivmedisinske tilbudet til befolkningen i Nord-Norge. I første omgang skal det prioriteres å styrke kapasiteten ved intensivheten på Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og deretter Nordlandssykehuset Bodø. Den konkrete gjennomføringen skjer i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.
2. Alle sykehusene skal registrere NEMS og SAPS og levere data til Norsk Intensiv Register.
3. Det opprettes et regionalt intensivmedisinsk fagråd. Mandat og sammensetning av fagrådet skal være avklart før opprettelsen.
4. Prinsippet om nivåinndeling av intensivvirksomheten ved sykehusene vedtas i tråd med innholdet i rapporten. Innføring av nivåinndeling baseres på linjene skissert i arbeidsgruppens rapport og i samarbeid med fagråd for intensivmedisin.
5. Helse Nord har store utfordringer knyttet til utdanning, stabilisering og rekruttering av blant annet intensivsykepleiere. Det må fremover prioriteres å kartlegge behov og kapasitet for utdanning av aktuelt personell i nært samarbeid med universitet og høyskoler. Nødvendige virkemidler må tas i bruk for å sikre nødvendig bemanning.

Bodø, den 12. september 2008

Lars Vorland  
Adm. direktør

Trykte vedlegg: Kort oppsummering av høringsuttalelser  
Rapport fra arbeidsgruppe av 31.januar 2008  
- se <http://www.helse-nord.no/article56249-1546.html>

Utrykte vedlegg: Høringsuttalelser

## UTREDNING

### Innledning

Utredning av kapasitet og organisering av intensivmedisinen i Helse Nord har pågått siden 2004. Utgangspunktet har vært den betydelige underkapasiteten på intensivbehandling ved UNN Tromsø og til dels også ved Nordlandssykehuset Bodø. Kapasiteten er ikke bedret i løpet av årene siden utredningene startet. En mer hensiktsmessig organisering og benyttning av de totale ressursene er derfor blitt utredet.

Helse Nord har i 2004 gjennomført utredninger og nettverksmøter med en stor gruppe bestående av fagfolk fra samtlige intensivenheter. Vi valgte derfor i 2007/2008 å forestå den faglige utredningen i en liten arbeidsgruppe med medvirkning fra to eksterne intensivmedisinere. Gruppen avga sin rapport i februar 2008.

Det er avviklet dialogmøter med helseforetakene, fagfolk og tillitsvalgte samt at rapporten har vært sendt på formell høring til helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene og tillitsvalgte. Det ble gjennomført drøftingsmøte med konserntillitsvalgte/konsernverneombud, den 9. september 2008 – se eget punkt om medbestemmelse..

Pasientgruppen består av de mest alvorlig syke med svikt i ett eller flere organer, og de har behov for ulike typer kompetanse, ressurskrevende utstyr og et team av spesialiserte leger og sykepleiere. De framlagte data for våre sykehus viser at den reelle intensivmedisinske behandlingen (jf. definisjonen i arbeidsgruppens rapport) er liten ved de fleste av lokalsykehusene. Arbeidsgruppens rapport tydeliggjør således sentrale problemstillinger knyttet til fagområdet og skal medvirke til at beslutningsprosessen bygger på faglig forsvarlighet og på beste praksis i forhold til den aktuelle pasientgruppen.

### Bakgrunn

Intensiv behandling er av de mest kompliserte og dyreste behandlingene i spesialisthelsetjenesten. Internasjonalt har utviklingen innen intensivbehandling medført en tredeling av strukturen:

- intensiv enhet (Intensive Care Unit, ICU)
- intermediærenhet (High Dependency Unit, HDU) og
- overvåkningsenhet.

I f.eks. Storbritannia er det vanlig at de kun har intermediærenhet ved lokalsykehus og overfører pasienter med behov for intensivbehandling, til større sykehus med intensiv enhet.

I Norsk Standard for Intensivmedisin (DNLF 2001), som legges til grunn her, er en intensivpasient definert som følger: *”En pasient defineres som en intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i én eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel.”*

En intermediærenhet tilbyr overvåkning og behandling på nivået mellom intensiv enhet og vanlig sengepost. Bruk av intermediærenhet er av de fleste vurdert til å gi økt fleksibilitet og avlastning for intensiv enheten, av mindre syke, men fortsatt kritisk syke, pasienter som ellers vil bli behandlet på et for høyt og for dyrt nivå.

### ***Hovedmål for arbeidet har vært:***

- Definere dagens intensivkapasitet og framtidige behov, og foreslå tiltak for å imøtekomme behovet.
- Definere begrepet ”intensivplass”. Hva er en intensiv avdeling? Hva skal man forvente at enheten skal kunne utføre.
- Definere hvilke sykehus som skal drive med intensiv behandling utover initiering av behandling og stabilisering av pasientene før evt. overflytting til et annet sykehus med tilbud om fullverdig intensiv behandling.
- Etablere retningslinjer for overflytting av intensivpasienter, og hvor de skal hen.

### **Rapport: Handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord**

I rapporten fra arbeidsgruppen foreslås en nivådeling og differensiering av behandling av de alvorligst syke pasientene, ved at det foreslås inndeling i 3 nivåer;

#### *Nivå 1:*

Intermediærenhet som behandler pasienter som trenger ekstra behandlings- og pleieressurser samt monitoreringsutstyr/overvåking. Disse enhetene kan behandle en organsvikt, f.eks. hjerteinfarkt, dekompenisert KOLS<sup>1</sup> med behov for ventilasjonsstøtte eller nedsatt våkenhetsgrad. Intermediærenheten skal gi mulighet for bruk av vasoaktive medikamenter, non-invasiv ventilasjon<sup>2</sup> (inkl. CPAP) og initial respiratorbehandling. Pasienter som ikke trenger intensivbehandling lenger, men er for dårlige til å ligge på vanlig sengepost, kan også samles i intermediærposten (også kalt step-down unit).

#### *Nivå 2:*

Intensivenhet ved lokalsykehus som skal kunne behandle pasienter med begrenset organsvikt (respirasjon/sirkulasjon) over et gitt tidsrom på respirator samt kunne avvenne pasienter fra respirator.

#### *Nivå 3:*

Intensivenhet som behandler pasienter som er akutt, kritisk syke, som ofte er ustabile og med svikt i flere organsystemer. Intensivenheten kan tilby en total behandling av multiorgansvikt, herunder akutt respiratorbehandling av intuberte/trakeotomerte<sup>3</sup> pasienter. Intensivpasienter har behov for avansert monitorerings- og behandlingsutstyr, samt spesiell lege- og sykepleierkompetanse.

Rapporten baseres bl.a. på innhentede drifts- og aktivitetsdata fra de enkelte sykehus samt en daglig registrering av faktisk bruk av sengene ved enhetene gjennom en åtte ukers periode.

Kun fire sykehus i Helse Nord registrerer og sender virksomhetsdata til Norsk Intensiv Register (NIR), slik pålagt i styringsdokumenter fra Helse Nord. Disse er Helse Finnmark Klinikk Hammerfest, UNN Tromsø, UNN Harstad og NLSH Bodø.

Klinikk Hammerfest er ett av to lokalsykehus som registrerer og leverer data for sin aktivitet til Norsk Intensiv Register (NIR). I mangel av data fra de andre lokalsykehusene i Helse Nord, ble tallmateriale fra Hammerfest i 2006 brukt som grunnlag for beregning av et estimat for intensivbehandling i 2006 for de lokalsykehusenes som ikke dokumenterer sin aktivitet til NIR.

---

<sup>1</sup> KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom

<sup>2</sup> Non-invasiv ventilasjonsstøtte: Pustestøtte på maske i stedet for via tube/rør = invasiv respirasjonsstøtte. Se fotnote 3.

<sup>3</sup> Pustestøtte (respiratorbehandling) gjennom tube/rør lagt via munn eller nese til luftføret (intubasjon) eller gjennom rør anlagt direkte til luftrøret via hull på halsen (tracheostomi)

Tabellen under viser ressursbruken til ”intensivenhetene” ved sykehusene i Helse Nord

Sykehus	Senger			Ressurser		
	Totalt	Int.	Overv./rec	Respirator	Spl.årsverk	Vikarbehov
UNN Tromsø <sup>1</sup>	505	10	?	13	60	10
NLSH Bodø	258	6	18	6	45,25	0
Klin.Kirkenes	59	6	5	2	22	8
Klin.Hammerfest		3	13	5	25,5	*
UNN Narvik	86		11	3	14,25	1
UNN Harstad <sup>5</sup>	99	3	14	4	33,5	1,5
NLSH Stokmarknes	93	1-2	6	3	22	*
NLSH Lofoten <sup>2</sup>	42	0	4	1	15	2,5
Helgelandss. Sandnessjøen	76	1	7	3	20	2,5
Helgelandss. Mo i Rana	85	1	11	2	21	2
Helgelandss. Mosjøen	30	1	4	2	16	3

*Ressursbruk, antall senger, og bemanning i enhetene i Helse Nord*

\* = vikarbehov ikke oppgitt

*Intensivdata sykehusene i Helse Nord*

Sykehus	Intensivdata			Resp.tid	Resp.pas
	Liggetid	Resp. tid	Resp. pas	Estimert <sup>3</sup>	Estimert <sup>4</sup>
UNN Tromsø <sup>1</sup>	2100	1503	301		
NLSH Bodø	1433	766	136		
Klin.Kirkenes	NA	NA	NA	91	20
Klin.Hammerfest	346	171	38		
UNN Narvik	NA	NA	NA	98	22
UNN Harstad <sup>5</sup>	NA	228	82		
NLSH Stokmarknes	NA	NA	NA	109	24
NLSH Lofoten <sup>2</sup>	NA	NA	NA	0	0
Helgelandss. Sandnessjøen	NA	NA	NA	92	20
Helgelandss. Mo i Rana	NA	NA	NA	119	27
Helgelandss. Mosjøen	NA	NA	NA	66	15

1. Regner respiratordøgn (og liggedøgn) som påbegynte døgn. NIR anbefaler å bruke antall timer/24, noe som rapporteres fra resten av intensivenhetene i Norge.
2. Sender respiratorpasienter til NLSH
3. Beregner respiratorbehov ut fra aktivitetsdata fra Hammerfest, justert for befolkningsgrunnlaget
4. Beregnet antall pasienter fra Hammerfestdata (n=38 i 2006)
5. Postoperative pasienter inkludert, median respiratortid 0,47 døgn (minste tid ca. 40 min.). 8 pasienter står for ca. halvparten av respiratortiden.

Tabellene ovenfor viser at det er forskjeller i ressursbruk fra sykehus til sykehus. UNN Tromsø har pr. i dag ti faktiske senger, mens de kun har bemanning og økonomiske ressurser til å betjene seks senger. NLSH Bodø har seks senger og bemanning/ressurser til fire senger.

Tabellen som viser aktivitetsgrunnlaget ved de enkelte enhetene, er i arbeidsgruppens rapport benyttet til å foreslå nivåfordeling av enhetene i foretaksgruppen. I rapporten foreslås at det skal være en enhet på nivå 2 i hvert HF, unntatt Nordlandssykehuset HF, hvor Bodø foreslås lagt på nivå 3. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er definert som et nivå 3b sykehus.

Arbeidsgruppen har funnet det vanskelig å foreslå nivå 2-enhet i Helgelandssykehuset HF pga ulik behandlingsskiltur ved de aktuelle sykehus samt relativt likt volum på respiratorbehandling. Det er derfor foreslått å avvete forslag om nivå-2 enhet ved Helgelandssykehuset HF til en har fått et bedre dataunderlag samt fullført funksjonsfordelingen i helseforetaket.

### **Innspill fra dialogmøter med helseforetakene**

Intensivrapporten er utsendt til alle helseforetak og det er gjennomført dialogmøter med fagmiljøene ved alle helseforetak. En sammenfatning av innspillene ved de fire HF-møtene er angitt nedenfor. På alle steder har det vært en god dialog med tillitsvalgte, ledelse og ansatte. Alle er klar på at spesielt UNN Tromsø trenger en økt kapasitet. Det er kommet innspill på følgende hovedområder:

- Feil/ tilleggdata i rapporten. Enkelte dataopplysninger i rapporten må korrigeres.
- Oppmyking i krav til nivå 1 og 2 sykehus?
- Det er kommet innspill som indikerer at kravene til nivå 1 og 2 sykehus bør vurderes oppmyket mht når pasienter skal videresendes.
- Kostnader er ikke en del av rapporten (med unntak av enkelte beregninger for UNN), og dette bør inkluderes. Kostnader til transport, faglig oppdatering/undervisning og rekrutteringskostnader er momenter som nevnes.
- UNN og NLSH må tillegges et spesielt ansvar for å sikre kompetanse på lokalsykehusene gjennom felles undervisning, nettverksbygging, hospiteringsordninger (toveis).

### **Høringsuttalelsene**

Innen fristens utløp 10. august 2008 har vi mottatt 16 høringsuttalelser og én høringsuttalelse kom 15. august 2008. Se vedlagte liste over høringsinstanser og stikkord for innholdet i disse.

Samtlige høringsinstanser sier seg enige i at kapasiteten på UNN Tromsø må styrkes, eller at de har forståelse for grunnlaget for utredningen hvor den manglende kapasiteten ved UNN Tromsø og delvis NLSH Bodø, er for lav. Flere av høringsinstansene påpeker at en kapasitetsøkning ved UNN Tromsø må skje umiddelbart, da det vedvarende overbelegget regelmessig er en faktor som hindrer eller forsinker adekvate behandlingstilbud. UNN HF mener en kapasitetsøkning ved UNN Tromsø må prioriteres før en evt. utvidelse i Bodø. Både UNN HF og NLSH HF påpeker at en kapasitetsutvidelse kun kan skje, dersom det tilføres nye ressurser.

Flere av høringsinstansene peker også på at nivåinndeling kan være riktig, men at grensene mellom nivåene må være mer fleksible enn antydnet i høringsnotatet. Det er av flere påpekt at mangelfulle data fra sykehusene, manglende risikoanalyse og manglende vurdering av konsekvenser for ambulanse-/luftambulansetjenesten tilsier at Helse Nord bør avvete endringer i strukturen på intensivene til det foreligger vedtak i lokalsykehusstrategien, som er bebudet ferdigstilt i 2009.

Kommunene Narvik, Tysfjord, Hadsel og Vefsn er sterkt uenige i at lokalsykehuset "deres" skal være nivå 1 sykehus. Det påpekes at kompetansen lokalt vil bli svekket, og at foretakene vil bli påført økte utgifter til transport i tillegg til de ulemper pasientene vil få ved økt pasienttransport.

Kommunelege 1-forum på Helgeland kritiserer at ikke førstelinjen var tatt med i utredningsgruppen, da de mener at endringer i intensivstrukturen vil svekke beredskapen for primære akuttoppdrag. De problematiserer også forholdet med at pasienter på Helgeland vil bli sendt forbi et nivå 2 sykehus og direkte til Bodø, dersom pasienten først må transporteres til et høyere nivå.

Felles for alle høringsuttalelsene er at det stilles spørsmål ved økonomien i forslagene. Mange mener spørsmålet er for dårlig utredet og det betviles at det finnes innsparingspotensial ved sykehusenes intensivavsnitt.

De fire helseforetakene slutter seg i hovedsak til anbefalingene i høringsnotatet med noen grad av oppmykning i skillet mellom nivå 1 og 2. Det påpekes fra helseforetakene at økt kapasitet ved UNN Tromsø og NLSH Bodø må finansieres uten at det rammer dagens fordeling av ressurser. Bedre systemer for kompetansebygging/-overføring støttes, og én mener dette vil kreve en særskilt finansiering.

De konserntillitsvalgte/konsernverneombud foreslår et videre regionalt prosjektarbeid, med bred deltagelse, vedrørende kapasitet og struktur basert på nye kartlegginger, utvikling av retningslinjer/protokoller og rutiner for overføring mv. De foreslår også oppretting av et regionalt fagråd som bør ha ansvar for utvikling av slike rutiner/protokoller etc.

Personellressurser er en kritisk faktor og må planlegges nøye i forhold til utdanning, rekruttering og stabilisering, mener de, og det gis gode anbefalinger for det videre arbeid/prosess. De ber Helse Nord-styret fatte et intensjonsvedtak i saken og at framtidig vedtak må bygge på mer data, bedre økonomiske beregninger av kostnader til transport, utdanning/kompetanseheving mv og plan for investeringene ved UNN/NLSH, som må detaljeres. For øvrig er de enige i at kapasiteten ved UNN må økes.

### **Referansegruppen**

En faglig referansegruppe, bestående av én faglig representant (fra intensivsenhet) for hvert helseforetak og en representant for de konserntillitsvalgte, har behandlet saken etter at den var på høring. Referansegruppen har enstemmig anbefalt Helse Nord å gjøre følgende vedtak:

1. Kapasiteten ved UNN og NLSH må styrkes. UNN må prioriteres og ombygging må starte umiddelbart, slik at sørge-for ansvaret for de alvorligst kritisk syke med flerorgansvikt blir forsvarlig ivaretatt og Helsetilsynets merknader innfris. Dette er også nødvendig for å sikre de ansatte arbeidsforhold og arbeidsmiljø i henhold til lover og avtaleverk."
2. Fagråd i intensivmedisin må opprettes og starte arbeidet med utvikling av felles retningslinjer/protokoller for stabilisering, behandling og overføring av pasienter mellom nivåene.
3. En slutter seg til intensjonene i rapporten om at alle lokalsykehusene må ha en beredskap for akutte skader/organsvik og ha kompetanse til å kunne legge pasienter på respirator. En nivådeling av sykehusene kan være hensiktsmessig, men vurderingen av hvilke sykehus som skal ha nivå 2 funksjoner bør gjøres når lokalsykehusplanen er ferdigstilt våren 2009.

### **Medbestemmelse**

Handlingsplan for intensivmedisin ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 9. september 2008 med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene er enige om behovet for å utvikle det intensivmedisinske tilbudet til befolkningen i Nord-Norge.*

*Definisjoner som benyttes i Helse Nord skal være i tråd med gjeldende Norsk standard for intensivmedisin. Definisjonene som benyttes i Handlingsplan for intensivmedisin og videre oppfølging skal oppdateres i forhold til denne.*

2. *Partene er enige om at det i første omgang skal prioriteres å styrke kapasiteten med intensivheten på Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og deretter Nordlandssykehuset HF. Den konkrete gjennomføringen skjer i forbindelse med budsjettprosessene.*

*Alle sykehusene skal registrere NEMS, SAPS og NIR.*

*Helse Nord RHF ønsker at prinsippet om nivåinndeling mellom sykehus gjennomføres. De konserntillitsvalgte og konsernvernombudet er av den oppfatning at innføring av nivåinndeling som skissert i arbeidsgruppens rapport må skje i samarbeid med fagrådet og sees i sammenheng med lokalsykehusstrategien.*

3. *Partene er enige om at det skal opprettes et regionalt intensivmedisinsk fagråd innen utgangen av året. Fagrådet er rådgivende for Helse Nord RHF. Mandat og sammensetning av fagrådet skal være avklart før opprettelsen. Fagrådet skal ha til hovedoppgave å utvikle felles faglige retningslinjer/protokoller og rutiner for overflytting av pasienter, og skal medvirke til etablering av rutiner for samhandling mellom enhetene. Fagrådets arbeid skal til enhver tid bygge på utviklingen i intensivfaget nasjonalt og internasjonalt, og følge gjeldende standarder og anbefalinger.*

*Mandatet for fagrådet behandles i et samarbeidsmøte, før adm. direktør fastsetter mandatet endelig.*

4. *Partene er enige om at Helse Nord har store utfordringer knyttet til utdanning, stabilisering og rekruttering av blant annet intensivsykepleiere. I nært samarbeid med universitet og høyskoler skal det fremover prioriteres å kartlegge behov og kapasitet for utdanning av aktuelt personell. Nødvendige virkemidler skal tas i bruk for å sikre nødvendig bemanning.*

## **Helse Nord's vurdering**

### ***Vurdering av innspillene***

#### *Feil/tilleggsdata i rapporten*

Helse Nord RHF har arbeidet kontinuerlig med å behandle data/tall som er kommet til, etter at rapporten ble sendt ut. Direkte feil er blitt rettet opp i den vedlagte rapportversjonen. Noe av utfordringen knyttet til vurdering av aktiviteten, som ikke kan dokumenteres for alle enhetene, siden de færreste av sykehusene har levert data til Norsk Intensiv Register (NIR). Sykehus som ikke registrerer SAPS II (alvorlighetsgrad) og NEMS (ressursbruk) vil heller ikke kunne dokumentere pasienttyngde/alvorlighetsgrad av sykdom og ressursinnsats. Mange av de nye dataene som kom inn, viste at arbeidsgruppen har overestimert behovet for intensivmedisinsk virksomhet (stipulerte respiratordøgn og senger) ved å ta utgangspunkt i estimater basert på data fra Helse Finnmark klinikk Hammerfest.

Intensivmedisinsk behandling er kostbar, og behandlingsskapasiteten er begrenset. Gruppen av eldre pasienter øker, og mange av dem vil ha behov for intensivmedisinsk behandling. Samtidig tiltar diskusjonen om ressursbruken i helsevesenet. Et eksempel er bruken av aktiv behandling i livets slutfase. Det er derfor blitt viktigere å kartlegge bruken av intensivmedisinske ressurser og sette dem opp mot resultatene behandlingen gir.

Diagnoser alene gir ikke en tilfredsstillende beskrivelse av oppholdet ved en intensivavdeling. Skåringsystemer som kartlegger alvorlighetsgrad og ressursbruk vil derfor være av stor verdi. Statens helsetilsyn har bedt landets intensivavdelinger beskrive sin virksomhet ved bruk av skåringsystemer for alvorlighetsgrad, SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II) og for ressursbruk, NEMS (Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score). Systemene er anerkjente, lett å lære og lite tidkrevende i bruk. Til tross for visse begrensninger er de velegnet til å karakterisere grupper av pasienter slik at man kan sammenlikne behandlingsresultater og ressursbruk avdelinger imellom eller mot en standard.

Helse Nord RHF har gjennom styringsdokumentene i 2005, 2006 og 2007 pålagt intensivenhetene å registrere SAPS II og NEMS. Fire sykehus gjennomfører dette.

#### *Oppmyking i krav til nivå 1 og 2 sykehus?*

Arbeidsgruppen foreslår i utgangspunktet en nivådeling bygd på internasjonal praksis. Det nevnes eksempler på hva som kan ivaretas på de ulike nivåene, og det er angitt at det må etableres standard prosedyrer/protokoller/faglige retningslinjer for behandling og overføring av pasienter mellom nivåene. Figuren som arbeidsgruppen benytter for å angi grensene mellom nivåene (rapportens side 14) angir en "flytende" overgang mellom intensivbehandling, intermediær behandling og behandling på vanlig sengepost.

Helse Nord anser det som viktig at samhandlingen mellom nivåene bærer preg av god kommunikasjon, god logistikk, faglige nettverk og felles faglige rutiner/protokoller for håndtering av diagnostisering, behandling og overføring/transport av pasient.

Det vil i en landsdel med store avstander forekomme situasjoner, hvor en pasient blir liggende lengre tid på en nivå 1 enhet enn veiledende faglige retningslinjer skulle tilsi. Dette kan skyldes både vær-/flyforhold, situasjonen rundt pasienten ("ikke nødvendig") eller ved mottakende enhet. Det viktigste er at man er enige mellom "avgivende" og "mottakende" enhet om hva som er best for pasienten. Det vil således ikke være statiske grenser mellom nivåene, og det angis ikke hvor kort eller lenge en nivå 1-enhet kan beholde en pasient på respirator, noe som også støttes gjennom høringsuttalelsene vi har fått. Prinsippet må være at en i samråd med neste nivå avgjør hva som er faglig forsvarlig ut fra de tilgjengelige ressurser og den lokale kompetanse.

#### *Kompetanse*

Kompetanse til å gjenkjenne/diagnostisere og iverksette ø-hjelpsbehandling, inklusive kompetanse til initial respiratorbehandling av alvorlig og/eller truende organsvikt, skal finnes ved alle akuttmottak. Ansvar for å sørge for tilstrekkelig og god kompetanse for mottak av alvorlig syke og skadde pasienter tilligger helseforetaket. Flere rapporter, bl.a. Traumerapporten og tilsynsrapportene om akuttmottakene fra Helsetilsynet, viser at vi har et stort forbedringspotensial i kompetansebygging og nødvendig teamtrening. Helsetilsynet påpeker at det først og fremst skorter på systematisert opplæring og oppfølging av opplæringsplaner. Dernest manglende rutiner og praksis for tilkalling av rett kompetanse til akuttmottaket. Utfordringene med sikring av kompetanse er store og vil kreve innsats fra så vel ledelse som fagfolk i HF-ene. Det finnes store forbedringsmuligheter ved bruk av tiltak som videobasert internundervisning, hospitering (toveis), ambulering og rotasjon av personell mellom enhetene i foretaket og mellom foretakene.

Når det gjelder kompetanse og trening i intubering, vil de fleste lokalsykehus ha stor nok operativ virksomhet til at anestesileger og anestesisykepleiere får tilstrekkelig trening for å vedlikeholde denne kompetansen. I motsatt fall må man sørge for mengdetrening ved hospitering ved større sykehus/enheter. Det samme vil gjelde for øvrige personellgrupper. Teamtrening gjennom BEST skal også være et etablert tiltak i alle sykehusene i Helse Nord (jf. styringsdokumentene våre). Data gjengitt i Traumerapporten (2007), viser imidlertid at det ikke er tilstrekkelig systematisk trening og heller ikke etablerte rutiner for trening i alle våre sykehus. Dette må forbedres, både for å styrke den generelle akuttberedskapen og for å medvirke til kontinuerlig trening og oppdatering av kompetanse på å gi sirkulasjons- og respirasjonsstøtte til pasienter med slike behov.

Ser vi på aktiviteten ved de enhetene som er foreslått plassert på nivå 1, finner vi at endringene i praksis vil bli liten. Pasienter med truende eller etablert multiorgansvikt behandles i dag i all hovedsak i Tromsø og Bodø. Disse to enhetene må også ha et hovedansvar i å koordinere den totale intensivkapasiteten i landsdelen.

En av de største utfordringene for UNN Tromsø framover vil være å rekruttere og beholde kompetansepersonell. Det er også utfordringer med hensyn til areal til en utvidet intensivhet, så lenge A-fløyen ikke er bygd. En økning i kapasiteten ved UNN Tromsø og NLSH Bodø tilsvarende forslaget, vil bety behov for utdanning og rekruttering av nye intensivsykepleiere, samt tiltak for å bedre stabiliteten til de som allerede er der. Intensivheten ved UNN Tromsø har tidvis hatt problemer med stor turnover. Arbeidssituasjonen med stort press på få plasser er angitt som en av grunnene. En utbygging, som skissert i rapporten, må antas å bedre arbeidsmiljøet.

#### *Kostnader*

Det påpekes fra flere hold at kostnadene burde vært beregnet som ledd i en konsekvensanalyse. Mandatet innebar en faglig utredning basert på vurderinger av forsvarlighet og kvalitet på behandlingen og data for kostnadsberegning er derfor mangelfulle.

Det mangelfulle datatilfanget, både av drifts- og aktivitetsdata, vanskeliggjøre beregninger av kostnader ved omleggingen. Lokalsykehusenes budsjett- og regnskap for intensivvirksomheten er integrert i andre enheter som mottaksfunksjon, overvåkingsfunksjon etc., fordi det ofte er det samme personellet som betjener alle funksjonene. Av denne grunn er det vanskelig å kvalitetssikre kostnadsberegningene pr. respiratordøgn som er gjort av arbeidsgruppen i rapporten. Helse Nord finner derfor at beregningene av kostnader pr. respiratordøgn, som gjøres i arbeidsgruppens rapport ikke kan tillegges noen betydning. Når det i tillegg ikke registreres data for alvorlighetsgrad av sykdom og ressursinnsats pr. pasient (SAPS II og NEMS) eller data til NIR, blir det en ytterligere utfordring å sammenlikne kostnadene mellom de ulike sykehusene.

De aller fleste lokalsykehusene sier imidlertid at dersom de får mer enn én respiratorpasient samtidig, må de leie inn ekstra personell. Dette vikarbruket/innleien oppstår oftest, fordi man kun har ressurser/bemannings permanent til å håndtere én respiratorpasient, eller pasient med truende organsvikt, og dersom det blir innlagt en alvorlig syk person i tillegg, må man innkalle ekstra ressurser. Det er derfor rimelig å anta at en vil kunne oppnå en viss besparelse ved en bedre arbeidsdeling mellom nivåene. Denne besparelsen vil imidlertid ikke kunne tas ut for å styrke UNN/NLSH, men kun kunne benyttes til en evt. omprioritering innad i det enkelte HF. Slik omprioriteringen vil evt. kunne medføre en bedring av ressursinnsatsen overfor andre områder som pr. i dag er underdimensjonert. Noe av de frigjorte ressursene bør imidlertid benyttes til nødvendig kompetanseheving og teamtrening, som nevnt i punktet foran.

Det er sannsynlig at rapportens forslag til endringer vil medføre flere lufttransporter av pasienter mellom enhetene. Størrelsen på dette er trolig lavt, da det er svært få respiratorpasienter i dag ved enhetene som er foreslått omgjort til nivå 1. For å eksemplifisere kan vi bruke noen data fra Helgelandssykehuset HF, som har gjort en grundig jobb med å analysere egne data, etter at rapporten ble kjent. De nye dataene vi har fått fra Helgelandssykehuset HF viser f.eks. at 54 % av pasientene ved intensivheten i Sandnessjøen ligger mindre enn 24 t/d på enheten, og 36,4 % ble overflyttet andre enheter. Andelen overflyttet enheter utenfor helseforetaket fra Mo og Mosjøen var henholdsvis 52,9 % og 56,3 % (tall for 2007). Videre er det f.eks. kun fem pasienter som utgjør 70 % av respiratordøgnene i Sandnessjøen.

Disse dataene synliggjør godt det arbeidsgruppen har påpekt i rapporten, at en stor andel av pasientene er intermediærpasienter/overvåkingspasienter. Disse skal fortsatt ha behandling lokalt og det forventede økte antallet som må transporteres (i tillegg til de som allerede i dag transporteres) vil være svært lite.

Det er også spilt inn gjennom dialogmøtene og høringsuttalelsene at transport i seg selv er "risikofyllt", og at pasientene kan komme dårligere ut. Vi kan imidlertid fastslå at de aller sykeste, de med multiorgansvikt alltid flys til Tromsø. Det er også enighet innad i fagmiljøet om at den økte risikoen er større for transport fra nivå 3 til lavere nivå, på et for tidlig stadium av behandlingen/stabiliseringen. Transport av ustabile pasienter fra UNN/NLSH pga for dårlig kapasitet bør derfor søkes unngått. Med en økt kapasitet ved UNN Tromsø og NLSH Bodø vil antall transporter av denne typen gå ned.

Kapasiteten på ambulansefly vil sannsynligvis kunne håndtere det økte antallet transporter som kommer, i tillegg til den virksomheten de har i dag. Rundt 100 pasienter i året mer enn dagens nivå vil antas å være volumet det er snakk om. Dette utgjør 2,4 % økning av sekundæroppdragene (mellom sykehus) for flyambulansetjenesten og 1,8 % av totale ambulansoppdrag for fly. Det er lagt opp til en økning av flykapasiteten fra 2009 gjennom at flykoordineringssentralen flyttes fra operatørselskapet til ANS-et. Dette skjer i samarbeid med UNN og vil kunne gi noe bedre kapasitet.

#### *Generell vurdering*

Mangel på intensivsenger ved UNN Tromsø og NLSH Bodø var utgangspunktet for arbeidet med handlingsplanen. Samtidig var det enighet i fagmiljøet om at den totale kapasiteten i Helse Nord ikke var for lav, men at ressursene var organisert feil.

Det er knapphet på intensivmedisinske ressurser (personell og utstyr), og disse bør således fordeles på en best mulig faglig og kostnadseffektiv måte. Effektiv i betydningen riktig ressursinnsats med mest ressurser til de alvorligst syke, samtidig som det forutsettes helsegevinster i form av økt grad av overlevelse, livslengde og/eller livskvalitet (jf. Prioriteringsforskriften).

For å drive intensivmedisin på et akseptabelt nivå, og sikre en komplett behandling av intensivpasientene (pasienter med truende eller manifest organsvikt), kreves en spesialisert og velutrustet enhet, en tilstrekkelig stab av kvalifiserte sykepleiere og leger innenfor de ulike spesialiteter. Ikke alle sykehus har disse ressursene tilgjengelig og/eller et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å kunne gi denne pasientgruppen det optimale behandlingstilbud.

Internasjonalt har utviklingen innen intensivbehandling derfor medført en tredeling av strukturen:

- intensivhet (Intensive Care Unit, ICU)
- intermediærenhet (High Dependency Unit, HDU) og
- overvåkningssenger/post

Mange av våre lokalsykehus har en uforutsigbar personellsituasjon, særlig når det gjelder legebemanning, og det forekommer ikke sjelden tilfeldige variasjoner av tilstedeværelse og kompetanse.

Det er synliggjort gjennom arbeidsgruppens registrering av drifts- og aktivitetsdata og gjennom kapasitetsregistreringen at antallet reelle intensivpasienter (flerorgansvikt) ved våre lokalsykehus er lavt. Rundt 20-25 pasienter i året mottar respiratorbehandling ved det enkelte lokalsykehus og ved nærmere analyse av dataene finner vi også at 50-70 % av respiratordøgnene er knyttet til få pasienter som ligger lenge på respirator.

Avgjørende for Helse Nords anbefaling er hensynet til pasienten. Vi har ansvaret for å sørge for at alle pasientene mottar forsvarlig behandling av høy kvalitet. Nyere studier har påvist at det er en sammenheng mellom volum på respiratorbehandling og mortalitet<sup>4</sup>, og at intensivheter må være av en viss størrelse for å oppnå god kvalitet på denne behandlingen. Studiene som er gjengitt i rapporten viser til at det anbefales et minimum på 100 respiratorpasienter pr. år for en optimal kvalitet. Det er svært stor avstand mellom våre ca 20 respiratorpasienter/år ved de minste sykehusene til den anbefalte grense. Det er derfor nødvendig å samle de faglige ressursene i større grad enn i dag. Innhentede data viser at et flertall av pasientene som blir innlagt på lokalsykehusene i dag, vil bli værende på lokalsykehusene, da dagens praksis er tilnærmet den foreslåtte nivådelingen.

Pasientene som foreslås overflyttet, skal flyttes av medisinske grunner og ikke primært for å spare penger. På intensivhetene vil det være 24-timer tilstedevakt for anestesilege og tilgjengelighet til andre spesialister som kardiologer, lungemedisinere, infeksjonsmedisinere og nevrolog, etc. Bruk av tekniske hjelpemidler til nyreerstattende behandling (Prisma) og avansert overvåkning av hjerte- og kretsløpsfunksjonen (PiCCo) krever også et tilstrekkelig behandlingsvolum for at enhetens personell kan opprettholde en tilfredsstillende kompetanse. Med det lave volumet på behandling må vi sørge for å ha noen få sterke intensivmedisinske fagmiljø.

Det største problemet i dag er underkapasiteten på UNN Tromsø og til dels ved NLSH Bodø. Pasienter som har behov for behandling på høyeste nivå, blir fra tid til annen avvist ved de to store enhetene pga. mangel på både ledige senger og personell. Helsetilsynet påpeker i brev av 10. januar 2008 at dette problemet er vedvarende og ber UNN om et snarlig svar. UNN HF har besvart henvendelsen ved å vise til det foregående arbeidet med handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord og forutsetter således en løsning på problemene, når saken behandles av styret. Differensieringen av behandlingsnivåene for intensiv-/intermediærpasienter vil imidlertid ikke i denne omgang påvirke rammefordelingen til de enkelte HF-ene.

---

<sup>4</sup> mortalitet = dødelighet

Helse Nords hovedstrategi er å sentralisere lavvolumtjenester og desentralisere høyvolumtjenester. Lokalsykehusene skal primært gi et godt og forsvarlig tilbud til det store flertall av pasienter med behov for tjenester nært hjemmet. Dette er eksempelvis indremedisinske pasienter, grupper av eldre med kroniske lidelser, barn, psykisk syke og rusavhengige, som vi i dag har et for dårlig eller mangelfullt utbygd tilbud til. I tillegg må de kunne ivareta en trygg og forsvarlig akuttberedskap. I den grad ressurser i lokalsykehusene bindes opp til å opprettholde lavvolumtjenester (f.eks. intensivbehandling) er det ønskelig å minimalisere dette og styre ressursene mot prioriterte områder av høyvolumtjenester. Lokalsykehusene vil dermed bedre kunne ivareta oppgavene innenfor områdene kronikeromsorg, rehabilitering og geriatri.

Intermediærenhetene vil fortsatt kunne behandle flertallet av den pasientkategorien som ligger der i dag. *Hele* behandlingsskjeden ivaretas da av lokalsykehuset. De samme krav til god kvalitet gjelder som ovenfor store sykehus. Lokalsykehusene har dessuten sine *fortrinn* i form av nærhet og lokalkunnskap. For de ”sykeste syke” krever imidlertid et godt sluttresultat tilgang på større personell- og utstyrsressurser enn lokalsykehuset kan tilby, og det gjør overflytting nødvendig. Det betyr *ikke* at de små lokalsykehusenes rolle i en slik behandlingsskjede blir uvesentlig: Det må kunne foregå oppstart av nødvendig behandling for å sikre vitale funksjoner og stabilisere pasienten for transport.

Arbeidsgruppen har i rapporten foreslått en konkret nivådeling/differensiering av sykehusene. Helse Nord vurderer den foreslåtte nivådelingen som fornuftig og tilnærmet i tråd med dagens praksis. Det vil være nødvendig å utvikle faglige retningslinjer og ”kjøreregler” slik foreslått i høringsinnspillet fra de konserntillitsvalgte og den faglige referansegruppen. En vurderer derfor også opprettelse av et fagråd i intensivmedisin som et godt og høyt prioritert tiltak. Dette fagrådet bør oppnevnes og settes på oppgaven med å utvikle faglige retningslinjer/protokoller og rutiner for samhandling mellom nivåene og rutiner for overføring av pasienter mellom nivåene umiddelbart. Dette vil også kunne påvirke behovet for kapasitet.

Helse Nord anbefaler at alle enhetene skal registrere og levere data til NIR. Prinsippet med nivådeling/differensiering innen intensivmedisinen er fornuftig både faglig og ressursmessig, og en slutter seg derfor til vurderingene i rapporten fra arbeidsgruppen. Vurderingen av hvilket sykehus som bør være på nivå 2 i Helgelandssykehuset HF vil på sikt kunne tas på bakgrunn av NIR-data. En ferdigstilling av lokalsykehusstrategien i Helse Nord og en eventuell framtidig funksjons-/arbeidsfordeling mellom sykehusene må også vektlegges i avgjørelsen.

### **Konsekvenser**

Kapasiteten ved UNN Tromsø er en knapphetsfaktor. Det samme gjelder til dels ved NLSH. Økonomi, tilgang på personell, areal og hensynet til andre høyprioriterte områder er begrensende faktorer som gjør at opptrappingen må gjennomføres over tid..

I første omgang må det prioriteres å sette UNN i stand til å ha tilstrekkelig ressurser til ti senger ved intensivavdelingen. Kostnaden ved dette er stipulert til 30 millioner kroner. I neste omgang må en vurdere opptrapping til femten senger i Tromsø og en økning ved NLSH.

Økningen av kapasiteten ved UNN Tromsø og NLSH Bodø vil til sammen gi økte årlige driftskostnader på ca.kr. 60 mill, for å øke fra seks til ti senger ved begge enhetene. For en ytterligere økning/opptrapping ved UNN Tromsø vil det måtte gjøres nye beregninger. I tillegg kommer økte investeringskostnader til ombyggingen ved de angjeldende enheter. NLSH Bodø må gjøre noe ombygging for en utvidelse til ti senger, og det kreves nye monitorer og en del annet medisinsk-teknisk utstyr, noe som medfører investeringer beregnet til ca kr. 7,7 millioner. Beregningene for ombygging og økt kapasitet ved UNN Tromsø, som ligger i rapporten fra arbeidsgruppen, bygger på anslag gjort ved avdelingen i Tromsø i 2004. Disse tallene er foreldet og må derfor justeres. UNN Tromsø har i tillegg allerede investert i nye monitorer, slik at det kun vil være ombyggingskostnader som skal beregnes. Investeringskostnadene må således innplasseres i den årlige rulleringen av investeringsplanen.

I inntektsfordelingsmodellen til Helse Nord RHF finansieres denne type oppgaver dels gjennom "kostnadskomponenten" (som ivaretar høyspesialisert medisin, forskning og utdanning) og dels mobilitetskomponenten som sørger for at ressursene følger pasienten. I den grad en utvidelse av kapasiteten ved UNN Tromsø til ti senger med en driftskostnad på ca. 30 mill. pr. år medfører endringer i pasientstrømmer, vil dette håndteres av mobilitetskomponenten i inntektsmodellen. Dersom dette innebærer utvikling av et nytt tilbud/bedre kvalitet, bør det vurderes å styrke "kostnadskomponenten" i inntektsmodellen, når Helse Nord RHF får økonomisk rom til det og dette blir det høyest prioriterte tiltaket.

### **Oppsummering**

Intensivmedisin er ressurskrevende, både økonomisk, utstys- og personalmessig. Intensivpasienten tilhører pasientgruppen med mest komplekst sykdomsbilde, som ofte berører flere organsystemer. For å kunne drive intensivmedisin på et akseptabelt nivå og sikre en komplett behandling av pasientene, kreves derfor, i tillegg til en spesialisert og velutrustet enhet (seksjon eller enhet), en tilstrekkelig stab av kvalifiserte sykepleiere og leger innenfor de ulike spesialiteter. Ikke alle sykehus har disse ressurser tilgjengelig og heller ikke et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å kunne gi denne pasientgruppen det optimale behandlingstilbud. Internasjonalt har utviklingen innen intensivbehandling medført en tredeling av strukturen: intensivsenhet (Intensive Care Unit, ICU), intermediærenhet (High Dependency Unit, HDU) og overvåkningsenhet.

Tidligere utredninger gjort av Helse Nord viser at fordelingen av intensivsenger mellom helseforetakene/sykehusene er svært ujevn. Lokalsykehusene har ledig kapasitet, og universitetssykehuset har en tydelig underkapasitet. Det er enighet i fagmiljøet om at det er viktig å sikre at vi får rett pasient på rett nivå og at en nivådeling i form av en beskrivelse av hvilke sykdomstilstander som skal til hvilket nivå, kan være et redskap for å få til en bedre arbeidsdeling mellom enhetene i regionen. Sentraliseringen av kirurgi, særlig kreftkirurgien, har medført færre pasienter på lokalsykehusene og flere på UNN Tromsø/NLSH Bodø uten at intensivkapasiteten har økt på disse enhetene.

Det anbefales på bakgrunn av vurderingen av aktivitetsvolum, pasienttyngde og kompleksitet i behandlingen at UNN Tromsø og NLSH Bodø skal være intensivsenheter nivå 3. Det anbefales videre at det skal være en intensivsenhet nivå 2 i alle helseforetak, med unntak av NLSH, som foreslås å ha en enhet på nivå 3. Det foreslås å opprette et intensiv medisinsk fagråd umiddelbart. Fagrådets hovedoppgave vil være å utvikle faglige retningslinjer/protokoller og rutiner for samhandling mellom nivåene og rutiner for overføring av pasienter mellom nivåene.

Det anbefales at UNN Tromsø må øke sin kapasitet på intensivheten til ti senger i første omgang og deretter til femten. NLSH Bodø må på sikt også øke ressursinnsatsen fra seks senger (ressurser i dag til fire) til ti.

Samarbeidet om kapasitetsutnyttelsen mellom UNN Tromsø og NLSH Bodø må forsterkes slik at de samlede spesialiserte intensivmedisinske ressurser brukes mest mulig effektivt.

Det er et mål for Helse Nord å ha en trygg og forsvarlig akuttberedskap i alle ledd av behandlingsskjeden. Velfungerende initial intensivmedisinsk behandling skal derfor kunne ivaretas ved alle de små lokalsykehusene. Alle enhetene skal derfor ha kapasitet og kompetanse for å legge en pasient på respirator og stabilisere i påvente av en eventuell overflytting til sykehus på høyere nivå.

## HANDLINGSPLAN FOR INTENSIVMEDISIN – HØRINGSUTTALELSER

	<b>HØRINGSINSTANS</b>	<b>DATO</b>	<b>Innhold</b>
1	Helgelandssykehuset HF, styret	08.08.08	Støtter forslag i utredning – registrere data i 1 år
2	Vefsn kommune	08.08.08	Påpeker kort frist. Nivåinndelingen er ”kunstig”. Kan ikke akseptere en ytterligere nedbygging av akutfunksjonen i Mosjøen. Krever at endring ikke sjer før etter 1 år når data foreligger.
3	Nordlandssykehuset, direktøren	07.08.08	Slutter seg til planen men påpeker at NLSH må tilføres ressurser før iverksetting kan finne sted. Planen belyser ikke konsekvenser for andre spesialiteter innen medisin (hjertemed, lungemed etc)
4	Regionsutvalget, Legeforeningen	08.08.08	Uttrykker forståelse og støtte for grunnlaget for utredningen. Men: datamaterialet er mangelfult, vitenskapelig dokumentasjon kan ikke overføres norske forhold automatisk, og bekymret for kapasitet og kostnader til transport. Begynner i feil ende – skulle utredet tjenestetilbud ved de enkelte sykehus først.
5	Kommunelege 1-forum Helgeland	10.08.08	Kritiserer at ikke 1.linjen ble tatt med i utredningen. Bekymret for transporten av høyrisikopasienter, bruk av helikopter i syketransport svekker beredskapen for primære akuttoppdrag, pluss dårlig regularitet på Heland. Primærleger i vakt vil få en mer usikker hverdag. Enig i at UNN Tromsø har for liten kapasitet, og at denne må styrkes umiddelbart. Ikke forskjell på de tre sykehusene på Helgeland – hvis de sender pasienter til NLSH blir det ingen økning i pasienter ved det sykehuset som evt skal ha nivå 2. Ønsker å la omstruktureringn bero med unntak av økning ved UNN som må skje nå!

6	Tysfjord kommune	11.08.08	Sterkt uenig i at Narvik skal bli intermediærenhet. Kompetansen blir svekket lokalt og flere vil kunne bli sendt enn nødvendig. Aksepterer ikke den foreslåtte nivådelingen.
7	Helse Finnmark, styret	06.08.08	Slutter seg til rapportens anbefalinger vedr. styrking av UNN og NLSH. H.fest må være nivå 2, men kunne sluttbehandle respiratorpasienter/mindre organsvikt og Kirkenes må være nivå 1 men med kompetanse til å behandle pasienter i inntil 5 døgn/fleksibelt for stabile pasienter med behov for respirasjonsstøtte.
8	Fylkesrådet i Troms	08.08.08	Støtter forslaget om å styrke UNN – dette må ha 1.prioritet. Effekten av kapasitetsutvidelsen må evalueres før videre økning i Bodø. Økt rekruttering/utdanning må skje ved ekstraordinære stimuleringstiltak. Bør gjøres en bedre arbeidsdeling mellom sykehus som ligger nær hverandre (Helgeland og "Hålogaland"). Støtter forslagene om kompetansebygging og kompetanseoverføring.
9	UNN HF v/direktøren	24.07.08	Støtter forslaget vedr. økning til 10 senger ved UNN, umiddlebar finansiering nødvendig. Evaluering av økningen ved UNN før økning i Bodø. Støtter forslag om å oppmyke skillet mellom 1 og 2 men med en differensiert ressursbruk mellom lokalsykehusene. Støtter forslaget om etablering av bedre systemer for kompetansebygging.
10	Alstahaug Arbeiderparti	07.08.08	Transportutfordringer må utredes, både medisinskfaglig og økonomisk, før en endrer noe ved strukturen. Helgeland har store transportmessige utfordringer med dårlig regularitet etc. Planen bygger på forutsetninger og premisser som ikke er tilstrekkelig utredet og AA vil derfor ikke kunne akseptere at handlingsplanen blir gjennomført.

11	Finnmark Legeforening	30.06.08	Betviler ikke UNN og NLSHs behov for økt kapasitet, men mener en kan vurdere tidligere tilbakeføring. Enig i forslaget til nivåinndeling men oppmyking av nivågrensene må gjøres av hensyn til pasienter, spesielt lungesyke som trenger 3-5 dager på respirator. Det vil ikke være mulig å overføre ressurser mellom sykehusene i Finnmark og UNN. Bekymret for utdanningen av LIS ved bortfall av intensivpatientene.
12	KTV/KVO	08.08.08	Foreslår et videre regionalt prosjektarbeid med bred deltagelse vedrørende kapasitet og struktur basert på nye kartlegginger, utvikling av retningslinjer/protokoller og rutiner for overføring mv. Foreslår oppretting av regionalt fagråd. Personellressurser er en kritisk faktor og må planlegges nøye i forhold til utdanning, rekruttering og stabilisering. Gir anbefalinger for det videre arbeid/prosess og ber styret fatte et intensjonsvedtak i saken. Framtidig vedtak må bygge på mer data, bedre økonomiske beregninger av kostnader til transport, utdanning/kompetanseheving mv, og plan for investeringene ved UNN/NLSH må detaljeres. Enig i at kapasiteten ved UNN må økes.
13	Hadsel kommune	11.08.08	Mener Vesterålen bør være nivå 2-sykehus pga befolkningsgrunnet, vanskelige transportforhold om vinteren og at området Lofoten/Vesterålen må ha en mulighet til å behandle syke eldre/terminale pasienter som krever respiratorbehandling. Mener nivågrensene må mykes opp, da en rekke situasjoner tilsier at en må kunne beholde en pasient lenger enn de skisserte 1-3 dager.
14	Narvik kommune, formannskapet	17.07.08	Mener UNN Narvik må være nivå 2-enhet. Stiller spørsmål ved beregningene basert på estimat. Bekymret for vedlikehold av kompetanse ved færre respiratordøgn. Kan føre til "unødvendige" overflyttinger. Aksepterer ikke den foreslåtte nivåinndelingen.

15	Helgeland Regionråd	29.04.08	Sandnessjøen har lungemed.funksjonen i Heland. Respirasjonsstøtte nødvendig for mange pasienter, og disse kommer også fra de andre sykehusene i HFet. Uheldig med innspill som forstyrrer omstillingsprosessen i Helgelandssykehuset. Helseplan for Helgeland bør være den planen som gir føringer for struktur og strukturen bør ikke endres før planen er lagt. (Regionrådets helseplan)
17	Troms Legeforening	14.08.08	Anbefaler å gjennomføre en grundig analyse og gjennomgang av intensivkapasitet og sykehusstruktur i hele landet før en gjør endringer i HN. UNN Tromsøs kapasitet må styrkes umiddelbart da vedvarende overbelegg som regelmessig er en faktor som hindrer eller forsinker adekvate behandlingstilbud.