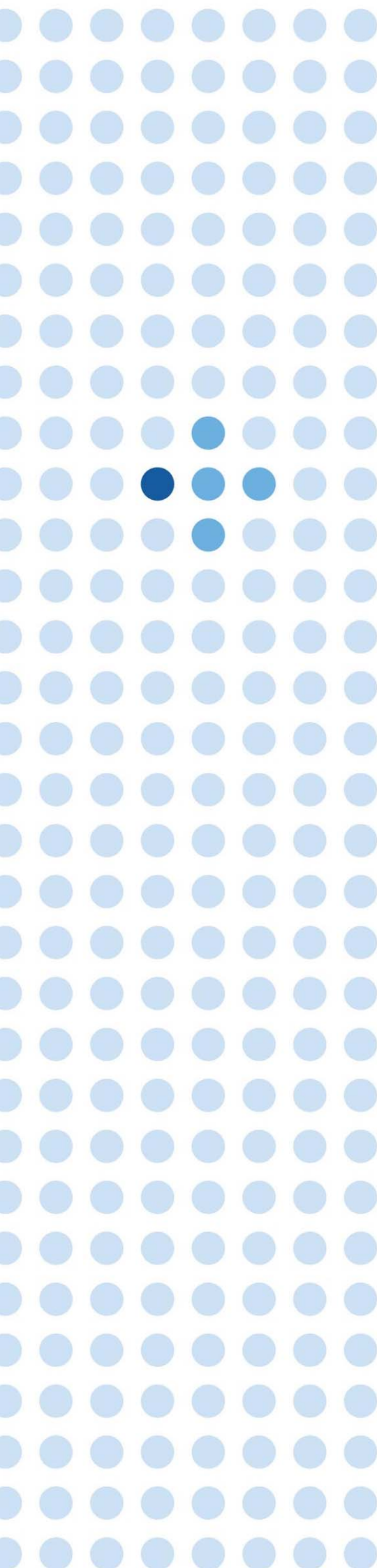




Akuttfunksjoner i Helse Vest

Arbeidsgruppens rapport,
justert februar 2003

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Mandat	8
1.3	Prosjektorganisering	8
1.4	Gjennomføring	9
1.5	Avgrensninger	9
2	Sammendrag	11
3	Statusbeskrivelse	13
3.1	Offisiell statistikk	13
3.2	Prosjektets egne undersøkelser	17
4	Økonomiske betraktninger	33
4.1	Innledning	33
4.2	Marginalkostnadsbetraktninger	33
4.3	Potensialenes størrelser	35
5	Drøfting	37
5.1	Innledning	37
5.2	Informasjonskilder	38
5.3	Helse Stavanger	40
5.4	Helse Fonna	41
5.5	Helse Bergen	44
5.6	Helse Førde	47
6	Økonomiske konsekvenser	51
6.1	Sykehusdriften	51
6.2	Ambulansetransporter	58
6.3	Oppgradering til NOU 1998:9 standard	62
6.4	Oppsummering økonomiske kalkyler	66
7	Forslag til samordning av regionale akuttfunksjoner	68
8	Forslag til ny struktur for akuttpsykehus i Helseregion Vest	71
9	Vedlegg	73
9.1	Distriktsmedisinsk Senter (DMS)	73
9.2	Begrepsforklaringer	77
9.3	Kalkulasjon av marginalkostnad	78
9.4	Akuttfunksjoner ved sykehusene i Helse Vest	82
9.5	Beredskapsordninger ved sykehusene i Helse Vest	82
9.6	Datainnsamling til kalkulasjon av redusert vaktberedskap	82
9.7	Kalkulasjon av redusert vaktberedskap	82
9.8	Kostnader ved oppgradering til NOU 1998:9 standard	82
9.9	Datainnsamling om avstander og ambulansetider	83

1 Innledning

Denne rapport er utarbeidet i forbindelse med Funksjonsfordelingsprosjektet i Helse Vest RHF høsten 2002. Rapporten representerer oppsummeringer og anbefalinger fra delprosjekt Akuttfunksjoner. En bredt sammensatt prosjektgruppe har bidratt med informasjonsinnhenting og konstruktive innspill og drøftinger i prosjektet. De oppsummerende vurderinger i dette notat står imidlertid helt og fullt for Helse Vest RHF's regning. Denne delrapporten skal senere inngå i den samlede vurderingen til Funksjonsfordelingsprosjektet.

Delprosjekt Akuttfunksjoner er ikke etablert for å øke mengden av utredninger på området, men for å utnytte allerede eksisterende materiale til å foreslå eventuelle konkrete endringer av fordelingen av akuttfunksjoner i helseregionen. Utdrag fra tidligere utredninger er gjengitt i dette første kapitlet. Samtidig er det redegjort for hvordan arbeidet er gjennomført for å komme frem til de anbefalinger som er oppsummert i kapittel 2.

Kapittel 3 gjengir en del offisiell statistikk for sykehustjenestene i Helse Vest. I tillegg har prosjektgruppen selv utført en enkel kartlegging av dagens akuttfunksjoner og beredskapsordninger.

I kapittel 4 er det gjort noen forsiktige og teoretiske forsøk på å estimere de økonomiske konsekvensene av å flytte akuttfunksjoner. Kapitlet legger stor vekt på å gi bakgrunnen for den usikkerhet som nødvendigvis må følge denne type kalkyler på det nåværende tidspunkt i funksjonsfordelingsprosessen.

Kapittel 5 gjennomfører en drøfting av både kvalitative og økonomiske argumenter for evt å endre fordelingen av akuttfunksjonene innen hvert av foretakene. Drøftingen avsluttes med en anbefaling til en endret fordeling av akuttfunksjonene. De økonomiske konsekvensene av disse endringene er forsøkt estimert i kapittel 6.

Kapittel 7 kommer med forslag til den videre håndtering av områder der det kan være naturlig å drøfte felles vaktordninger på tvers av helseforetakene.

Kapittel 8 oppsummerer Helse Vest RHF's anbefalinger når det gjelder fordeling av akuttfunksjonene på områdene indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og fødselsomsorg.

Vedleggene fremkommer i kapittel 9. Her følger først en nærmere beskrivelse av et Distriktsmedisinsk Senter. Noen begreper er nærmere forklart og prinsipper for marginalkostnadsberegninger er gjennomgått. I tillegg følger en rekke oversikter over innkomne data fra kartleggingene som prosjektgruppen har gjennomført og utdypning av de økonomiske kalkylene.

1.1 Bakgrunn

Helse Vest RHF skal sørge for at befolkningen i Helse Vest får et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Akutfunksjonene og beredskapsordningene må fordeles slik at denne overordnede målsetting nås på en kostnadseffektiv måte.

1.1.1 Sykehusreformens forventninger

I forarbeidene til Lov om helseforetak m.m. fremkommer en klar forventning at de regionale helseforetakene gjør 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."

Likeledes fremgår følgende av kap 2.5.1 "Hovedelementer i reformen":

" Utgangspunktet i dag er at det styres for mye på driftsspørsmål og for lite på overordnede spørsmål knyttet til prioriteringer og struktur. Reformens intensjon er derfor å ta sterkere styringsgrep i forhold til helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling. Samtidig skal de enkelte virksomhetene få større ansvar og frihet innenfor de rammer og den struktur som bestemmes. Denne rolledelingen kan i seg selv legge grunnlaget for å øke den politiske styringen på områder der viktige samfunnsmessige hensyn skal ivaretas."

Odelstingsproposisjonen setter også fokus på funksjonsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Av kap 2.7.2 "Utvalgte områder for satsing fremover" fremgår følgende:

" Sykestuer bør kunne vurderes som institusjoner som kan avlaste sykehusene, og som samtidig kan bidra til å lette samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Denne typen samarbeid gjør det mulig å styrke tiltakskjeden og bidra til at spesialiserte tjenester kan ytes nærmere pasientens hjem. I den grad det bør ytes spesialiserte institusjonsbaserte tjenester utenfor sykehus, bør det arbeides med å finne lokale løsninger og hensiktsmessige ansvars- og finansieringsmodeller."

1.1.2 Endringer/utvikling som kan påvirke sykehusstrukturen

Dagens sykehusstruktur og oppgavefordeling i Helse Vest har tradisjon langt tilbake i tid. Mange forhold har endret seg siden den gang, og flere av disse endringene kan ha betydning for drøftingene om oppgavefordelingen i regionen, ikke minst når det gjelder akutfunksjonene. Helse Vest RHF ser grunn til å følge opp intensjonene i Helseforetaksloven og har derfor satt i gang prosjektet om funksjonsfordeling hvorav dette prosjektet (Akutfunksjonene) er et delprosjekt.

Endringer med spesiell relevans for akutfunksjonene:

Her er kort listet opp endringer som er relevant for drøftingen av fordelingen av akutfunksjoner uavhengig av i hvilken helseregion i landet drøftingen foregår:

- Veistandarden er bedret og antall bro- og tunnelforbindelser har økt
- Luftambulansen er etablert og bringer spesialistkompetanse raskt til pasientene og pasientene raskt til sykehus dersom værforholdene tillater det
- Kompetansen til ambulansepersonellet er bedret og ambulansenes utstyrsnivå er øket. Tjenesten har endret karakter fra å være en ren transportfunksjon til spesialisthelsetjenestens forlengede arm. Det er dog fortsatt store variasjoner i tjenestens kompetansenivå
- AMK-sentraler er opprettet og sikrer tilgang på spesialkompetent rådgivning helt fra skadetidspunkt/sykdomsdebut og til ankomst sykehus
- Telemedisinsk utvikling muliggjør raskt overførsel av informasjon (tale, tekst, bilde) fra ambulanser og primærhelsetjenesten til sykehusene samt informasjonsutveksling mellom sykehusene
- Tiltak er iverksatt for å bedre befolkningens og primærhelsetjenestens kunnskap om livreddende førstehjelp
- Utviklingen i medisinske behandlingsprosedyrer har gått i retning av mer aktiv diagnostikk og behandling på et tidlig tidspunkt for vanlige sykdommer som eksempelvis hjerteinfarkt (trombolyse, PCI) og hjerneslag (trombolyse)

1.1.3 Bidrag fra tidligere utredninger

Temaene rundt akseptable transporttider, nødvendig volum for faglig kvalitet, nødvendig befolkningsunderlag for tilstrekkelig faglig bredde osv er drøftet både nasjonalt og internasjonalt i mange år. Helse Vest RHF ønsker nå å bruke det tilgjengelige materialet som grunnlag for konkrete anbefalinger til helseforetakene når det gjelder fordeling av akutfunksjonene. Nedenfor oppsummeres stikkordsmessig noen hovedpunkter fra relevante utredninger.

Den danske Sundhedsstyrelsen ga i 1998 uttrykk for følgende når det gjelder befolkningsgrunnlag for akuttfunksjoner i sykehus:

- befolkningsgrunnlag for akuttfunksjon i kirurgi: 250.000 innbyggere
- befolkningsgrunnlag for akuttfunksjon i medisin: 100.000 innbyggere (dersom spesielle geografiske forhold skulle tilsi det: 50.000)

NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, England gikk igjennom en rekke internasjonale publikasjoner som drøftet betydningen av sykehusenes størrelse (Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers, vol 2, number 8, desember 1996). Ulike sykehustyper inngår i litteraturstudien. Etter en samlet vurdering av kvalitative og økonomiske forhold kom de frem til en anbefalt sykehusstørrelse på 200-400 senger.

Det danske Evalueringscenter for sygehuse oppsummerer flere undersøkelser, derav mange nordiske, i sin rapport "Små eller store sygehuse; Kvalitet og økonomi – Tro eller viden". Det konkluderes med at undersøkelsene ikke kan bekrefte hypotesen om at produktiviteten og kvaliteten stiger med sykehusets størrelse. De konstaterer derimot at forholdene mellom struktur, stordrift og produktivitet er komplekse. I driftsmessig henseende konkluderes det med at den optimale sykehusstørrelse befinner seg mellom 200 og 400 senger.

I Regional helseplan 2001-2004 for Helseregion Vest bemerkes det at i europeisk sammenheng blir ca 1 million innbyggere regnet som en grense for opprettholdelse av en rekke høyt spesialiserte funksjoner ved sykehusene.

Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) utga i 2001 en rapport om "Pasientvolum og behandlingskvalitet" (SMM-rapport Nr.2/2001) med undertittel "Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgransking". En akademisk meget tung utredningsgruppen ledet arbeidet. Samlet sett viser rapporten at det ikke kan konkluderes om en generell sammenheng mellom volum og kvalitet. Dette aspekt må analyseres for hver enkelt diagnose eller prosedyre. Volum har dog vist seg viktig på noen felt:

- PCI-behandling
- Behandling av abdominale aorta-aneurysmer
- Aortokoronar bypass
- Behandling av hjerteinfarkt
- Hjerteroperasjoner på barn
- Behandling av kreft i spiserør, bukspyttkjertel og lever
- Transplantasjoner

SMMs Berit Mørland m.fl. sier videre i en artikkel i Dagens medisin (primo oktober 2002): "Når det gjelder akuttmedisin, viser ikke internasjonale studier (stort sett fra USA) at det er noen sammenheng mellom volum og kvalitet. Disse studiene er imidlertid gjennomført i et land med en egen organisert traumeomsorg, og resultatene kan ikke uten videre overføres til norske forhold. SMM-rapporten peker videre på at noen sykehus i Norge har så lave volum av pasienter at de vanskelig kan vurdere sine egne resultater, og dermed kvaliteten på behandlingen som gis."

Innlegget avsluttes med følgende: "Ved organisering av helsetilbudet i de enkelte helseregioner er volum-kvalitet ett av mange forhold som må tillegges vekt. Dette må

balanseres mot andre forhold som tilgjengelighet, kompetanse, geografisk likhet og pasienttilfredshet.”

SMM er i gang med en oppdatering av deres systematiske oversikt fra 2001. Denne vil foreligge tidlig i 2003.

NOU 1998:9 ”Hvis det haster.... – Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap” har som navnet sier, definert noen faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Etter anbefaling fra prosjektgruppen er sykehusene i Helse Vest senere i denne rapporten vurdert opp mot disse kravene. NOUen uttaler seg ikke entydig om anbefalt sykehusstørrelse.

Utvalget som sto bak denne utredningen, Akuttutvalget, er opptatt av sammenhengen i den akuttmedisinske kjeden. Akuttutvalget 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 utvalget etablert noen norm for akseptabel transporttid inn til de mer spesialiserte behandlingstiltak i sykehus.

Akuttutvalget peker på tre områder som de mener må prioriteres nå:

- legedekning i primærhelsetjenesten
- kvalitet og kapasitet i ambulansetjenesten
- sykehusstruktur

Når det gjelder det siste punktet mener utvalget at det vil være nødvendig med en annen oppgavefordeling mellom sykehusene enn den vi hadde i 1998. Utvalget anbefaler at kirurgisk akuttberedskap samles på færre sykehus. Akuttutvalget finner det faglig forsvarlig at noen sykehus kun får indremedisinsk akuttberedskap og at noen sykehus bare får akuttberedskap innen ett av de kirurgiske hovedområdene (bløtdelskirurgi eller ortopedi). Utvalget anbefaler også en sentralisering av fødetilbudet i tråd med utredningen Statens helsetilsyn 1/97 ”Faglige krav til fødeinstitusjoner”.

Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap følger opp nevnte NOU. Departementet deler oppfatningen om at sykehusstrukturen ikke er tilpasset utviklingen som har funnet sted de senere år. Departementet finner det likevel ikke hensiktsmessig å erstatte dagens sykehusstruktur med akutt-utvalgets forslag til ny sykehusstruktur. I stedet ble de foreslåtte modellene gitt en veiledende status samtidig som det ble åpnet for kombinasjoner av modellene.

Departementet ønsket også en utredning av konsekvensene av å inkludere sykestuene som utfører spesialisthelsetjenester i ISF-ordningen. Departementet ville gjøre Helsetilsynets forslag til tredeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler per år) og fødestuer (minst 40 fødsler per år) veiledende i planleggingen av fremtidens fødselsomsorg. Departementet så også positivt på at fødestuemodellen i sykehuset prøves ut ved lokalsykehus der antall fødsler er under 400 pr år.

Den 29. november 2002 arrangerte Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen et møte med representanter for hele foretaksgruppen i Helse Vest. Tilsvarende møter er arrangert i alle de regionale helseforetakene. Rådet understreket de klare føringer som ligger i Stortings-melding nr. 43 (1999-2000) om blant annet en tredeling av fødeinstitusjonene. Rådet redegjorde for både nasjonale og internasjonale undersøkelser som bekrefter at det ikke er forbundet med økt risiko å føde ved en fødestue gitt at anerkjente seleksjons-kriterier legges til grunn. Av dagens fødestuer i Norge ligger alle mer en 15 mil eller mer enn 2 timers kjøring fra nærmeste sykehus.

1.2 Mandat

Både intensjonene i Helseforetaksloven og en samlet vurdering av materialet gjengitt ovenfor, gir etter Helse Vest RHF's vurdering, grunn til å revurdere dagens fordeling av akuttfunksjonene i helseregionen. Delprosjekt Akuttfunksjoner ble derfor etablert for å benytte dette materialet som grunnlag for eventuelle forslag til konkrete endringer av fordelingen av akuttfunksjoner i helseregionen.

Prosjektet har hatt følgende mandat:

”Helse Vest RHF skal sørge for at befolkningen i Helseregion Vest får et likeverdig tilbud om kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Akuttfunksjonene og beredskapsordningene må fordeles slik at denne overordnede målsetting nås på en kostnadseffektiv måte.

Personellets arbeidstid skal i størst mulig grad konsentreres om pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette innebærer at tid bundet i beredskapsordninger reduseres der det er mulig.

Prosjekt Akuttfunksjoner som er et delprosjekt i Funksjonsfordelingsprosjektet, skal kartlegge dagens status når det gjelder akuttfunksjoner og beredskapsordninger. Der det er mulig skal dette sammenholdes med nasjonale normer og standarder på området.

På dette grunnlag skal det fremmes forslag til endringer i akuttfunksjoner og beredskapsordninger både mellom helseforetakene og internt i helseforetakene i Helse Vest RHF.”

1.3 Prosjektorganisering

For å belyse saken nærmere etablerte Helse Vest RHF en prosjektgruppe under ledelse av seniorrådgiver Ingvill Skogseth, Helse Vest RHF. Fagdirektør Helge Bryne, Helse Vest RHF, har fungert som styringsgruppe i prosjektet. Direktørene ved de 4 helseforetakene ble bedt om å utnevne hver sin representant til gruppen.

Prosjektgruppen fikk følgende sammensetning:
Ingvill Skogseth, Helse Vest RHF, prosjektleder
Olav Hevrøy, Helse Bergen HF
Karin Sollid, Helse Stavanger HF
Kjellfrid Laugaland, Helse Fonna HF
Oluf Larsen, Helse Førde HF
Odd Jarle Kvamme, Helse Fonna HF/Primærhelsetjenesten
Asgaut Viste, Universitetet i Bergen
Øyvind Watne, Tillitsvalgt i Helse Vest RHF

Deloitte & Touche ved Helge Torgersen, Jan Erik Tveiten og Karin Skaare har bistått prosjektledelsen og prosjektgruppen i arbeidet.

Prosjektgruppen har gjennomført kartleggingen i prosjektet og har sikret at de sentrale problemstillingene er belyst. Prosjektgruppen har videre drøftet utvikling av akutfunksjonene.

Prosjektgruppen er enig i den retning som Helse Vest RHF peker ut for den fremtidige utvikling av akuttstuskehusstrukturen i helseregionen. Det er derimot en viss uenighet i gruppen om hvor langt Helse Vest skal trekke denne omstruktureringen, hvilket omfang omstruktureringen skal ha og når omstruktureringen skal gjennomføres.

De oppsummerende vurderinger i rapporten står for Helse Vest RHF's regning.

1.4 Gjennomføring

Prosjektgruppen har gjennomført 3 møter i perioden 19. september til 25. november 2002. Mellom møtene har prosjektdeltakerne vært tilgjengelige for drøftinger og bidratt med informasjonsinnhenting i sine respektive helseforetak.

Supplerende informasjon er innhentet fra nøkkelpersoner som jobbet med NOU 1998:9.

1.5 Avgrensninger

Som eier av helseforetakene har Helse Vest RHF et ansvar for å gi klare føringer for utviklingen av akutfunksjonene i helseforetakene og for de strategiprosesser som der allerede er påbegynt. Siden Helse Vest både er et regionalt helseforetak og eier av helseforetakene, har det ut fra rollen ikke vært ønskelig å involvere sykehusene direkte i detaljerte drøftinger om eventuelle nye løsninger og heller ikke belaste dem med uthenting av detaljerte data for aktiviteter og kostnader. Overordnede, allerede tilgjengelige, data er derfor i stor grad benyttet. Nye data er imidlertid innhentet og bearbeidet der det har vært nødvendig for å sikre et tilstrekkelig fundament for de føringer som Helse Vest RHF har ønsket å legge for helseforetakene. Den detaljerte utformingen av de foreslåtte retningsendringene vil bli overlatt til helseforetakene.

Det ligger som en premiss at ingen sykehus skal nedlegges. Der nedleggelse av øyeblikkelig hjelp funksjonen i kirurgi er foreslått, er det i utgangspunktet lagt til grunn at det fortsatt skal foregå elektiv kirurgisk virksomhet der. Både omfanget og innholdet (innleggelse, dagkirurgi, poliklinikk) på denne virksomheten kan først avklares i de avsluttende faser når alle detaljer og funksjonsfordelingsbrikker legges på plass. Det er imidlertid grunn til å anta at det ikke vil være behov for at alle sykehusene med kun elektiv kirurgisk aktivitet skal motta pasienter for innleggelse.

2 Sammendrag

Helse Vest RHF ble etablert for ca 1 år siden med utgangspunkt i Lov om helseforetak m.m.. I forarbeidene til loven fremkommer klare forventninger om at de regionale helseforetakene gjør nye vurderinger av dagens oppgavefordeling i regionene, ikke minst innen det kirurgiske fagfelt. Det fremgår også av forarbeidene at sykestuer bør vurderes som institusjoner som kan avlaste sykehusene, og som samtidig kan bidra til å lette samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det har lenge vært en klar politisk føring at det overordnede mål for fødselsomsorgen skal være et desentralisert og differensiert fødetilbud, noe som i praksis kan bety at mange fødeavdelinger må omdefineres til fødestuer.

Etter en samlet vurdering av tidligere utredninger og nasjonale føringer samt de kompetanse- og kommunikasjonsmessige endringer som har funnet sted de senere år, mener Helse Vest RHF at det er grunnlag for å revurdere dagens fordeling av akutfunksjoner i Helse Vest.

Helse Vest RHF legger vekt på å sikre befolkningen et desentralisert helsetilbud samtidig som kvaliteten utvikles ved at det etableres tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingsskjeden. Derfor er ingen sykehus foreslått nedlagt og ingen fødetilbud foreslått fjernet. Derimot er akutfunksjonen i bløtdelskirurgi og ortopedi foreslått samlet på færre sykehus, nærmere bestemt på ett sykehus i hvert helseforetak. De samme sykehusene opprettholder fødetilbudet i form av fødeavdelinger/kvinneklinikker, mens de andre fødeavdelingene omgjøres til fødestuer. Sykehusene i Odda og Lærdal samt avdelingen i Florø foreslås imidlertid omgjort til Distriktsmedisinske Sentra.

Distriktsmedisinske Sentra er enheter som etableres og utvikles i nært samarbeid mellom vertskommunen og spesialisthelsetjenesten, og der tjenester fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samles i forhold til hva som er hensiktsmessig for lokalbefolkningen. Alternativet ivaretar på en god måte behovet for helsetjenester til blant andre den stadig voksende gruppe av eldre og pasienter med kroniske sykdommer.

I tillegg til positive kvalitative effekter, frigjør de foreslåtte endringene ressurser som i dag er bundet i vakt- og beredskapsordninger. Selv om transportkostnadene vil øke, vil det netto være potensialer til å frigjøre midler som kan gi økt personellinnsats til pasientbehandling, forskning og undervisning.

Flere av de vaktordningene som i dag er etablert ved de mindre sykehusene tilfredsstillende ikke normene for nødvendig beredskap slik de er definert i Akuttmeldingen (NOU 1998:9). Helse Vest RHF finner det lite tilfredsstillende at dette misforholdet skal fortsette. Alternativet til de endringene som er foreslått i denne rapport er derfor å opprettholde dagens funksjonsfordeling samtidig som dagens vaktordninger oppgraderes til de nevnte normer. Dette vil imidlertid gi en årlig kostnadsøkning i nærheten av 20 millioner kroner; noe som vil gå ut over dagens aktiviteter knyttet til pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette er en prioritering Helse Vest RHF ikke kan anbefale.

Som eier av helseforetakene har Helse Vest RHF et ansvar for å gi klare føringer for utviklingen av akuttfunksjonene i helseforetakene og for de strategiprosesser som der allerede er påbegynt. Siden Helse Vest både er et regionalt helseforetak og eier av helseforetakene, har det ut fra rollen ikke vært ønskelig å involvere sykehusene direkte i detaljerte drøftinger om eventuelle nye løsninger og heller ikke belaste dem med uthenting av detaljerte data for aktiviteter og kostnader. Overordnede, allerede tilgjengelige, data er derfor i stor grad benyttet. Nye data er imidlertid innhentet og bearbeidet der det har vært nødvendig for å sikre et tilstrekkelig fundament for de føringer som Helse Vest RHF har ønsket å legge for helseforetakene. Den detaljerte utformingen av de foreslåtte retningsendringene vil bli overlatt til helseforetakene.

Prosjektgruppen har gjennomført kartleggingen i prosjektet og har sikret at de sentrale problemstillingene er belyst. Prosjektgruppen har videre drøftet utvikling av akuttfunksjonene.

Prosjektgruppen er enig i den retning som Helse Vest RHF peker ut for den fremtidige utvikling av akuttsykehusstrukturen i helseregionen. Det er derimot en viss uenighet i gruppen om hvor langt Helse Vest skal trekke denne omstruktureringen, hvilket omfang omstruktureringen skal ha og når omstruktureringen skal gjennomføres.

De oppsummerende vurderinger i rapporten står for Helse Vest RHF's regning.

Helse Vest RHF er klar over at gjennomføringen av de foreslåtte endringene i denne rapport vil representere en betydelig utfordring for helseforetakene. Helse Vest RHF er også klar over den usikkerhet som ligger i de økonomiske kalkylene på det nåværende tidspunkt, og at det vil fordres både tid og krefter for å hente ut de kalkulerede økonomiske potensialene. De potensielle gevinstene for innbyggerne i Helse Vest i form av sikring av kvaliteten på tjenestene og frigjøring av midler til mer pasientbehandling, forskning og undervisning, bedømmes imidlertid til å være så betydelige at det motiverer til en engasjert prosess for å hente ut størst mulige kvalitative og økonomiske gevinster av den nye funksjonsfordelingen.

De store økonomiske utfordringer som Helse Vest RHF står overfor vil i liten grad kunne løses med de potensielle kostnadsreduksjoner som den foreslåtte funksjonsfordelingen innebærer. Selv om prosessen knyttet til gjennomføringen av de foreslåtte funksjonsfordelinger vil berøre de ulike foretakene og sykehus i varierende grad, er det sannsynlig at belastningen blir størst på de mindre sykehusene. Tiltak for å løse Helse Vest RHF's betydelige økonomiske utfordringer, vil måtte involvere alle foretakene/sykehusene, og sannsynligvis de store sykehusene i størst grad.

3 Statusbeskrivelse

Tabellen nedenfor gir en oversikt over fordelingen av akutfunksjoner slik de tradisjonelt har vært betraktet i norske sykehus; nemlig innen fagområdene indremedisin, kirurgi og fødselsomsorg. Det er også disse fagområdene som er viet størst oppmerksomhet i denne rapporten. Ortopedi har nå blitt en egen hovedspesialitet, og i fremtiden vil det derfor være mer naturlig å snakke om ”bløtdelskirurgi og ortopedi” og ikke samlebetegnelsen ”kirurgi”.

I tillegg har flere av sykehusene i Helse Vest akutfunksjoner innen andre spesialiteter og grenspesialiteter. En samlet oversikt og flere detaljer om akutfunksjonene fremgår av vedlegg 9.4.

Helse Vest - Akutfunksjonen

HELSE FØRDE	Medisin	Kirurgi	Fødeavd	Fødestue
Førde sentralsjukehus	X	X	X	
Avd. Florø, Førde sentralsjukehus	X	Delvis		
Nordfjord sjukehus	X	X	X	
Lærdal sjukehus	X	X	X	
HELSE BERGEN				
Haukeland sykehus	X	X	X	
Voss sjukehus	X	X	X	
Kysthospitalet i Hagevik*	(X)	(X)		
HELSE FONNA				
Haugesund sjukehus	X	X	X	
Stord sjukehus	X	X	X	
Odda sjukehus	X	X		X
HELSE STAVANGER				
Sentralsjukehuset i Rogaland	X	X	X	
PRIVATE INST.				
Haraldsplass Diakonale Sykehus	X	X		
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus*	(X)	(X)		

* Statistikken viser at Kysthospitalet i Hagevik og Haugesund San. rev. sykehus har ø-hjelpsinnleggelser, men de er i utgangspunktet ikke å oppfatte som akuttisykehus.

3.1 Offisiell statistikk

SINTEF Unimed utgir regelmessig statistikk over aktivitets- og kostnadsutviklingen i norske sykehus. For å belyse akutfunksjonene i Helse Vest har vi tatt utgangspunkt i noen av deres data fra 2001 og fra første tertial 2002.

Vi har sett på forholdet mellom elektive (planlagte) innleggelser og øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Vi har også sett nærmere på forholdet mellom opphold med kirurgisk DRG og opphold med ikke-kirurgisk DRG. Alle sykehusopphold får en DRG-kode. DRG-kodene klassifiseres enten som kirurgiske DRGer eller ikke-kirurgiske DRGer avhengig av om det er utført noe operativt inngrep eller ikke. Det

henvises til kap 9.2 for nærmere forklaring på disse og andre begreper brukt i dette kapittelet.

Tabellen nedenfor forteller at i forhold til innbyggertallet har Helse Vest forholdsvis mange øyeblikkelig hjelp-opphold med ikke-kirurgisk DRG, nærmere bestemt ca 5 % flere øyeblikkelig hjelp-opphold med ikke-kirurgisk DRG pr 1000 innbyggere enn landsgjennomsnittet. Alle opphold sett under ett har Helse Vest færre opphold enn landsgjennomsnittet.

**Standardiserte rater for totalt antall opphold (heldøgn og dagbehandling)
per 1000 innbyggere etter innleggelsesmåte og behandlingstype**
Eksklusive fødende, dialysebehandlinger, primær rehabilitering og kjemoterapi.

Helseregion	Elektive innleggelser		Øyeblikkelig hjelp	
	Kirurgisk DRG	Ikke-kir DRG	Kirurgisk DRG	Ikke-kir DRG
Helseregion Øst	55	31	14	74
Helseregion Sør	60	31	14	80
Helseregion Vest	52	27	15	83
Helseregion Midt-Norge	55	26	16	79
Helseregion Nord	63	42	16	85
Totalt	56	31	15	79

Kilde: SAMDATA sykehus, Sintef Unimed, Tabeller 2001, side 37

Innen Helseregion Vest er det særlig Sogn og Fjordane som utmerker seg med en betydelig bruk av innleggelser og en begrenset bruk av dagbehandling; nærmere bestemt er Sogn og Fjordane det fylket i landet som har flest innleggelser og færrest dagbehandlinger i forhold til folketallet (jfr tabellen nedenfor).

Bruk av sykehus per 1000 innbyggere etter fylke
Kjønns- og aldersstandardiserte rater

Bostedsfylke	Heldøgnsopphold per 1000 innb	Dagbehandling (ekskl dialyse, rehabilitering og kjemoterapi) per 1000 innb	Polikliniske konsultasjoner (ekskl dagbehandling) per 1000 innb
Rogaland	142	33	546
Hordaland	153	42	610
Sogn og Fjordane	195	29	868
Totalt på landsbasis	159	40	663

Kilde: SAMDATA sykehus, Sintef Unimed, Tabeller 2001, side 21

Innbyggerne i Sogn og Fjordane har stort forbruk av innleggelser både når det gjelder elektive innleggelser og øyeblikkelig hjelp, og både når det gjelder innleggelser med kirurgisk og ikke-kirurgisk DRG. Nærmere bestemt har Sogn og Fjordane 12 % flere øyeblikkelig hjelp-innleggelser per 1000 innbyggere enn landsgjennomsnittet (jfr tabellen nedenfor).

Standardiserte innleggesrater for heldøgnsopphold per 1000 innbyggere etter innleggesmåte og behandlingstype.

Eksklusive fødende, dialysepasienter, opphold for rehabilitering og kjemoterapi.

Bostedsfylke	Elektive innlegg. Kirurgisk DRG	Elektive innlegg. Ikke-kirurgisk DRG	Ø-hjelp. Kirurgisk DRG	Ø-hjelp. Ikke-kirurgisk DRG
Rogaland	23	18	13	79
Hordaland	23	20	15	80
Sogn og Fjordane	36	28	17	87
Totalt landsbasis	26	22	15	78

Kilde: SAMDATA sykehus, Sintef Unimed, Tabeller 2001, side 81

Ser vi mer i detalj på tallene fra hvert av bostedsområdene i tabellen nedenfor, ser vi en generell tendens til at innleggesratene er til dels betydelig høyere for befolkningene fra de minst befolkede bostedsområdene. Her ser vi at det ikke bare er bostedsområdene innen Sogn og Fjordane som har et stort forbruk av sykehus tjenester, men også de bostedsområdene som i dag utgjør Helse Fonna HF.

Totalt antall heldøgnsopphold per 1000 innbyggere.

Eksklusive fødsler, rehabilitering, dialyse og kjemoterapi.

Bostedsområde	Befolkningstall	Heldøgnsopphold	
		Faktisk rate	Standardisert rate
Rogaland			
Stavanger	279.992	121	130
Haugesund	103.593	141	143
Hordaland			
Stord	46.015	153	157
Odda	13.206	181	158
Bergen	341.332	133	137
Voss	29.051	145	129
Sogn og Fjordane			
Indre Sogn	23.465	183	173
Florø-Førde	60.704	172	167
Nordfjord	23.117	176	170
Totalt landsbasis		143	143

Kilde: SAMDATA sykehus, Sintef Unimed, Tabeller 2001, side 84

*I samdata er ikke Gloppen kommune med i befolkningstallet for Nordfjord. Inklusive Gloppen har Nordfjord et befolkningstall på ca 29.000

Faktisk rate: Antall heldøgnsopphold for det aktuelle bostedsområdet dividert med antall innbyggere
Standardisert rate: Kjønn- og aldersstandardiserte rater per 1000 innbyggere.

Av neste tabell ser vi videre at det er særlig når det gjelder øyeblikkelig hjelp-innleggelser med ikke-kirurgisk DRG at innleggsratene er høye i disse områdene.

**Standardiserte innleggsrater per 1000 innbyggere etter
innleggs måte og behandlingstype. Bostedsområder.**
Eksklusive fødende, dialysepasienter, opphold for rehabilitering og kjemoterapi.

Bostedsområde	Elektive innlegg		Øyeblikkelig hjelp.	
	Kirurgisk DRG	Ikke-kir DRG	Kirurgisk DRG	Ikke-kir DRG
Rogaland				
Stavanger	22	16	13	78
Haugesund	23	23	14	81
Hordaland				
Stord	25	25	13	91
Odda	26	29	13	89
Bergen	22	18	15	79
Voss	26	22	14	66
Sogn og Fjordane				
Indre Sogn	39	29	14	90
Florø-Førde	35	26	18	86
Nordfjord	33	29	17	89
Totalt landsbasis	26	22	15	78

Kilde: SAMDATA sykehus, Sintef Unimed, Tabeller 2001, side 86

Ser vi nærmere på de enkelte sykehus ser vi av tabellen nedenfor at 5 av sykehusene i Helse Vest har en svært begrenset øyeblikkelig hjelp aktivitet innen kirurgi; nærmere bestemt har Nordfjord, Lærdal, Voss, Stord og Odda mindre enn 1 innleggelse pr døgn med kirurgisk DRG. Dette kan brukes som en god indikator på aktiviteten i kirurgisk avdeling, selv om det ikke er ensbetydende med antall innleggelser i kirurgisk avdeling da det også forekommer innleggelser i kirurgisk avdeling som ikke opereres og som ender opp med en medisinsk DRG.

Tabellen viser også at fire av fødeavdelingene har færre fødsler enn det som anses ønskelig for å opprettholde statusen som avdelinger. Nærmere bestemt har fødeavdelingene i Nordfjord, Lærdal, Voss og Odda mindre enn 400 fødsler i året.

Opphold i 1. tertial 2002

HELSE FØRDE	HELDØGNSOPPHOLD		DAGBEH. OPPHOLD	TOTAL**	Opphold elektiv Kirurgi	Opphold elektiv Ikke kirurgi	Opphold ø-hjelp Kirurgi	Opphold ø-hjelp ikke kirurgi	Opphold fødsler
	Antall	Gj.snitt. liggetid							
Førde sentralsjukehus	3.616	4,82	612	4.228	1.433	527	279	1.989	222
Nordfjord sjukehus	924	5,20	241	1.165	364	59	98	644	99
Lærdal sjukehus*	1.069	4,62	115	1.184	308	115	78	682	70
HELSE BERGEN									
Haukeland sykehus	15.268	6,46	4.399	19.667	4.261	4.872	1.522	9.012	1.392
Voss sjukehus	1.899	3,71	661	2.560	777	877	107	799	102
Kysthospitalet i Hagevik	466	9,49	199	665	483	103	35	44	
HELSE FONNA									
Haugesund sjukehus	4.373	5,24	1.471	5.844	1.913	674	311	2.946	437
Stord sjukehus	1.685	5,24	548	2.233	627	144	117	1.345	211
Odda sjukehus	687	5,93	205	892	223	72	41	556	34
HELSE STAVANGER									
Sentralsjukehuset i Rogaland	10.948	6,70	2.860	13.808	3.992	1.507	1.072	7.237	1.188
PRIVATE INST.									
Haraldsplass Diakonale Sykehus	2.648	5,96	755	3.403	490	283	218	2.412	
Haugesund Sanitetsfor. Rev. sh	244	8,44	84	328	145	144	4	35	
HELSE VEST TOTALT	43.827	6,03	12.150	55.977	15.016	9.377	3.882	27.701	3.755

Kilde: Samdata Region, 1 Tertial 2002, Aktivitetsdata for somatiske sykehus 1 tertial 2002, Sintef Unimed

*Mangler et opphold på Lærdal (elektiv/ø-hjelp)

**TOTAL tilsvarer enten alternativ 1 eller alternativ 2 nedenfor (alternativ 1 = alternativ 2)

Alternativ 1. Antall heldøgnsopphold + dagbeh. opphold

Alternativ 2. Opphold el.kir+ opphold el. ikke kir.+ opphold ø-hjelp kir.+ opphold ø-hjelp ikke kir.

For en mer inngående presentasjon av dataene i dette kapitlet og aktivitetsdata generelt, henvises til kildene.

3.2 Prosjektets egne undersøkelser

3.2.1 Sykehusdriften

Det ble tidlig klart at det var nødvendig med supplerende informasjon for å få en bedre forståelse av hvilke pasientgrupper som blir ivaretatt av øyeblikkelig hjelp-funksjonen på de ulike sykehus, hvilke typer øyeblikkelig hjelp kirurgiske inngrep som blir utført og hvilke pasientgrupper som allerede i dag er sentralisert.

Prosjektgruppen kom med forslag at det kunne gjøres en fornyet kartlegging med samme tilnærming som ble valgt i forbindelse med arbeidet med Akuttmeldingen (NOU 1998:9). Etter samtaler med nøkkelpersoner i Akuttutvalget ble det klart at dette ville bli en ressurs- og tidkrevende prosess. Det ble derfor bestemt å gjøre en forenklet kartlegging, dog med de samme begreper for innleggingsdiagnoser og

øyeblikkelig hjelp-operasjoner som Akuttmeldingen. Tilbakemeldingene fra sykehusene er gjengitt i sin helhet i vedlegg 9.4.

NOU 1998:9 "Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap" (også kalt Akuttmeldingen) har naturlig nok spilt en sentral rolle i prosjektet hele tiden. Utredningen anbefaler blant annet en ny inndeling av akuttsykehusene basert på deres funksjoner og angir normer for nødvendig bemanning av vaktordningene for de nye akuttsykehusgrupperingene. Prosjektgruppen har ikke gått inn i en drøfting av detaljene i normene, men har likevel anbefalt at normene legges til grunn for drøftingene. Følgende inndeling etter nivåer tilrådes:

Nivå 1 omfatter de prehospitaltjenestene, det vil si primærhelse-, ambulanse- og nødmeldetjenesten.

Nivå 2 består av tre sykehusmodeller (A, B og C):

- *Modell A* har døgnskuttberedskap i indremedisin og kan ha fødetilbud i form av fødestue. I denne modellen er det døgnskuttberedskap i indremedisin, anestesi (anestesisykepleier), laboratorie – og transfusjonsservice samt røntgen (radiograf).
- *Modell B* har akuttberedskap i indremedisin og i ett av de kirurgiske fagområder (ortopedi eller bløtdelskirurgi), samt fødeavdeling eller fødestue. I denne modellen er det døgnskuttberedskap i indremedisin, ortopedi eller bløtdelskirurgi, anestesi, operasjonsservice, gynekolog ved fødeavdelinger, laboratorie- og transfusjonsservice samt røntgen (radiograf og radiolog).
- *Modell C* har akuttberedskap innen indremedisin, ortopedi, bløtdelskirurgi, anestesi, gynekologi og fødeavdeling. I denne modellen er det døgnskuttberedskap i indremedisin, ortopedi, bløtdelskirurgi, anestesi, operasjonsservice, gynekologi, pediatri (ved fødeavdelinger med over 1 500 fødsler/år), laboratorie- og transfusjonsservice samt røntgen (radiograf og radiolog).

Nivå 3 består av sykehus som ivaretar høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin, samt alle andre spesialiteter.

Med de funksjonene sykehusene i Helse Vest har i dag, vil de falle inn i følgende sykehuskategorier:

Foretak/Sykehus	Nivå	Modell (ved nivå 2)
Helse Førde		
Førde sentralsjukehus	2*	C
Avd. Florø	2	A/B
Nordfjord sjukehus	2	C
Lærdal sjukehus	2	C
Helse Fonna		
Haugesund sjukehus	2*	C
Stord sjukehus	2	C
Odda sjukehus	2	C
Helse Stavanger		
Sentralsjukehuset i Rogaland	3	

Foretak/Sykehus	Nivå	Modell (ved nivå 2)
Helse Bergen		
Haukeland universitetssjukehus	3	
Voss sjukehus	2	C
Kysthospitalet i Hagevik	(elektivt sh.)	
Private inst.		
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesh	(elektivt sh.)	
Haraldsplass Diakonale Sykehus	2	C

*Førde sentralsjukehus og Haugesund sjukehus har funksjoner som går utover modell C, men har likevel ikke alle andre spesialiteter jfr definisjon av nivå 3, og plasseres derfor i nivå 2, modell C.

I vedlegg 9.5. fremgår sykehusenes beskrivelse av deres vakt- og beredskapsordninger slik de ble mottatt i datainnsamlingen. I de følgende tabeller er deres vaktordninger sammenlignet med den norm som fremgår av NOU 1998:9 for de funksjoner sykehusene i dag ivaretar. For alle sykehusene er det markert med grått der dagens vaktordning ikke samsvarer med normen.

Helse Stavanger HF (SiR)

De funksjonene som i dag utføres ved Sentralsjukehuset i Rogaland tilsvarer nivå 3 slik det er beskrevet i 1998:9. Nivå 3 tilsvarer sykehus med høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin, samt alle andre spesialiteter. Nedenfor er beredskapen ved sykehuset sammenlignet med modell C.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	SIR	Norm	SIR	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	24	24		
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	15	8	9	16
Kardiolog	13	8	11	
Kirurgi:				
Turnuskand.	24	24		
Ass.lege - ortopedi	24	16		
Ortoped/gen.kir	15	8	9	16
Ass.lege-bløtdel.kir	24	16		
Mage/tarm-gen.kir	8	8	16	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	24	24		
Anestesiolog	24*	8	16	16
Anestesisykepleier	24	24		
Sea king	24			
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege	24	24		
Gynekolog	24	8	16	16
Jordmor	24	24		
Pediatri:				
Ass.lege – pediater	24	24		
Pediater	15	8	9	16
Lab:				
Bioingeniør	24	24		
Rtg:				
Radiograf	24	24		
Radiolog	8	8	16	16
Ass.lege radiologi	11		13	
Annet:				

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	SIR	Norm	SIR	Norm
Karkirurg	9		15	
Urolog	9		15	
Nevrokirurg	8		16	
Plastisk kirurg – ass.l	9		15**	
Plastisk kirurg- overl	9		15	
Patolog	8		16**	
Klinisk kjemi	8		16**	
Immunologi og trans	8		16**	
Mikrobiologi	8		16**	
Hemato/onko – ass.l	24			
Hematolog	8		16***	
Onkolog	8		16***	
Øye – ass lege	15		9	
Øye – overlege	15		9	
ØNH – ass lege	15		9	
ØNH – overlege	15		9	
Nevrologi – ass lege	24			
Nevrologi – overlege	13		11	
Klinisk nevrofys. – overlege	8		16**	
Rehabilitering – overlege	8		16**	

* En overlege til anestesi og en overlege til luftambulanse

** Kun beredskap

*** Onkolog og hematolog deler hjemmevaktsturnus. Den spesialitet som ikke har hjemmevakt har beredskapsvakt.

Helse Fonna HF

Det er i ettertid fremkommet noen små justeringer i forhold til den initiale datainnsamling knyttet til vaktberedskapen og vaktkostnadene for sykehusene i Helse Fonna. Disse endringene er lagt inn i tabellene under og det vil derfor være noen mindre avvik mellom tabellene under og tabellene i vedlegg 9.5. der datainnsamlingen fra sykehusene er gjengitt.

Haugesund sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Haugesund sjukehus tilsvarer nivå 2 modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. Haugesund sjukehus har funksjoner som går utover modell C, men har likevel ikke alle andre spesialiteter jfr definisjon av nivå 3, og plasseres derfor i nivå 2, modell C. Nedenfor er beredskapen ved sykehuset sammenlignet med modell C.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Haugesund	Norm	Haugesund	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	24	24		
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	11	8	13	16
Kardiolog	***	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24	24		
Ass.lege - ortopedi	16****	16	8	
Ortoped/gen.kir	11	8	13	16
Ass.lege-bløtdel.kir	16****	16	8	
Mage/tarm-gen.kir	11	8	13	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	24	24		
Anestesiolog	12	8	12	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege	24	24		
Gynekolog	11	8	13	16
Jordmor	24	24		
Pediatri:				
Ass.lege - pediater	24	24		
Pediater	15	8	9	16
Lab:				
Bioingeniør	24	24		
Rtg:				
Radiograf	24	24		
Ass.lege	8		16	
Radiolog	11	8	13	16
Spesialiteter				
Spes.mikrobio	8		*	
Spes. Klinisk kjemi	7,5		*	
ØNH – ass.lege	9		15	
ØNH – overlege	8		16	
Øye – ass. Lege/spes	7,5**		16,5 (forvakt) 16,5 (bakvakt)	
Nevrologi - overlege	8		7	
Nevrologi - ass.lege	8		7	

* Generell beredskap for mikrobiologi og spes. klinisk kjemi (dvs tilgjengelige hvis man får tak i dem per tlf)

** Enten ass.lege eller spesialist i forvakt.

*** Mottatt muntlig beskjed om at sykehuset har kardiolog

**** Ass.lege dekker både bløtdelskirurgi og ortopedi

Stord sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Stord sjukehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Stord sjukehus ikke har en beredskapsbemanning som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Stord	Norm	Stord	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	10,5	24	13,5	
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	8	8	16	16
Kardiolog	0	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24**	24		
Ass.lege - ortopedi	24**	16		

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Stord	Norm	Stord	Norm
Ortoped/gen.kir	10,25*	8	13,75	16
Ass.lege-bløtdel.kir	24**	16		
Mage/tarm-gen.kir	10,25*	8	13,75	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	0	24		
Anestesiolog	10,5	8	13,5	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege	0	24		
Gynekolog	9	8	15	16
Jordmor	24	24		
Pediatri:				
Ass.lege - pediater		24		
Pediater		8		16
Lab:				
Bioingenør	24	24		
Rtg:				
Radiograf	24	24		
Radiolog	8	8	***	16

* Enten en ortoped/generell kirurg eller en mage-tarm/generell kirurg

** Enten turnuslege eller assistentlege på vakt

***Generell beredskap

Turnuskandidat for medisin og kirurgi er felles etter kl. 22.00

Odda sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Odda sjukehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Odda sjukehus ikke har en beredskapsbemanning som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus (med unntak av fødestue i stedet for fødeavdeling).

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Odda	Norm	Odda	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	8****	24	16	
Turnuskand.	16 + 8*	24		
Indremed.	8	8	16	16
Kardiolog	0	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	16 + 8*	24	16	
Ass.lege - ortopedi	0	16		
Ortoped/gen.kir	8**	8	0	16
Ass.lege-bløtdel.kir	0	16		
Mage/tarm-gen.kir	8**	8	0	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	0	24		
Anestesiolog	8	8	16	16
Anestesisykepleier	7	24	17	
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege		24		
Gynekolog		8		16
Jordmor	8***	24	16	
Pediatri:				
Ass.lege - pediater		24		
Pediater		8		16
Lab:				
Bioingenør	24	24		
Rtg:				
Radiograf	7	24	17	
Radiolog	0	8		16

- * Passiv vakt
- ** Ikke spesifisert om det er ortoped eller bløtdelskirurg
- *** Avviker fra normen grunnet fødestue og ikke fødeavdeling
- **** Permisjon for tiden

Helse Bergen HF

Haukeland universitetssjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Haukeland universitetssjukehus tilsvarer nivå 3 slik det er beskrevet i NOU 1998:9. Nivå 3 tilsvarer sykehus med høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin, samt alle andre spesialiteter. Nedenfor er beredskapen ved sykehuset sammenlignet med modell C.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Haukeland	Norm	Haukeland	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	24	24		
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	12,5*	8	11,5*	16
Kardiolog-overlege I	12	8	12**	
Kardiolog-overl. II	10		14**	
Gastroent.	10		14**	
Infeksjonsmed.	10		14**	
Hematolog	10		14**	
Endokrinolog	13		11**	
Nefro/dialyse, overl. I	10		14**	
Nefro/dialyse, overl. II	13,5		10,5**	
Gen.indremed. overl.	10			
Lungemed. – ass.lege	24			
Lungemed.- overlege	10		14**	
Onkologi				
Onkologi – ass lege	24			
Onkologi – overlege	12		12	
Kirurgi:				
Turnuskand.	16	24		
Ass.lege - ortopedi	24	16		
Ortoped/gen.kir		8		16
Ass.lege–bløtdel.kir	24	16		
Mage/tarm-gen.kir (gastroenterolog)	11,75	8	12,25**	16
Karkirurg	10,75		12,25**	
Urologi	10,75		13,25**	
Endokrin kirurgi	10,5		13,5**	
Thorax/hjerte – ass.l.	24			
Thorax/hjerte- overl.	10,5		13,5**	
Ortopedi – ass.lege	24			
Ortopedi – overlege	12		12**	
Ryggkir. – overlege	8		16**	
Plastisk kirurgi – ass lege	24			
Plastisk kirurgi – overlege	12		12	
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi (3 stk.)	24	24		
Anestesiolog – gen.anestesi	14	8	10	16
Anestesiolog – intensiv	12,5		11,5	
Anestesiolog – hjerteanestesi	12,5		11,5	
Luftambulans	24			
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege	24	24		
Gynekolog – I	24	8		16
Gynekolog – II	11		13	
Jordmor	24	24		

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Haukeland	Norm	Haukeland	Norm
Pediatric:				
Ass.lege - pediater	24	24		
Overlege/ass.lege	24			
Pediater	14	8	10	16
Nevrokirurgi:				
Ass.lege	24			
Overlege	12		12	
Nevrologi:				
Ass.lege - I	24			
Ass.lege – II	10		14	
Overlege	10		14	
Lab:				
Bioingeniør	24	24		
Overlege – lab	8		16	
Overlege – blodbank	8		16	
Mikrobiologi				
Mikrobiologi overlege	8		16	
Patologi	8		16	
Patologi - overlege				
Blodbank	8		16	
Blodbank - overlege				
Rtg:				
Radiograf	24	24	12	
Radiolog – generell bakvakt	12	8	12	16
Ass.lege (2 stk)	24			
Overl. – nevro-rad.	8		16	
Overl. Intervensjon	9		15	
ØNH:				
Ass.lege	24			
Overlege	8		8	
Øye:				
Ass.lege	15,5		8,5	
Overlege	9		15	
Reumatologi:				
Ass.lege	12,75		11,25	
Overlege	8		16	

* Vaktleder

** Seksjonerte bakvakter for overleger

Voss sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Voss sjukehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Voss ikke har en beredskapsbemanning som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Voss	Norm	Voss	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	11,5	24	12,5	
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	8	8	16	16
Kardiolog	0	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24	24		
Ass.lege - ortopedi	11,5*	16	11,5	
Ortoped/gen.kir	8**	8	16	16
Ass.lege–bløtdel.kir	11,5*	16	11,5	
Mage/tarm-gen.kir	8**	8	16	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	0	24		
Anestesiolog	10	8	14	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Voss	Norm	Voss	Norm
Gynekologi:				
Ass.lege	0	24		
Gynekolog	9,5	8	14,5	16
Jordmor	Ikke mottatt	24		
Pediatrici:				
Ass.lege - pediater	0	24		
Pediater	0	8		16
Lab:				
Bioingeniør	12	24	12	
Rtg:				
Radiograf	12	24	12	
Radiolog	8	8	16	16

* 1 assistentlege som dekker begge funksjoner.

** Ikke spesifisert om det er ortoped eller bløtdelskirurg (en overlege som dekker begge funksjoner på vakt)

Kysthospitalet i Hagevik

Kysthospitalet i Hagevik driver med elektiv ortopedi og kommer derfor ikke inn under noen av modellene slik de er beskrevet i NOU 1998:9. Sykehuset har assistentlege innenfor kirurgi tilstede 24 timer, mens kirurg har 8 timers tilstedevakt og 16 timers hjemmevakt. Anestesiolog har tilsvarende vaktordning som kirurg. For alle andre personalgrupper er det ingen vaktordning.

Haraldsplass Diakonale Sykehus

De funksjonene som i dag utføres ved Haraldsplass Diakonale Sykehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Haraldsplass Diakonale Sykehus ikke har en beredskapsbemanning som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Haraldspl	Norm	Haraldspl	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	24	24		
Turnuskand.	0	24		
Indremed.	13	8	11	16
Kardiolog	Ikke mottatt	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	0	24		
Ass.lege - ortopedi	24	16		
Ortoped/gen.kir	11	8	13	16
Ass.lege-bløtdel.kir	24	16		
Mage/tarm-gen.kir	11	8	13	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	1 ass.lege i avd	24	Vakter i 6-delt vakt	
Anestesiolog	15,5	8	8,5	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	Ikke mottatt	24		
Lab:				
Bioingeniør	Ikke mottatt	24		
Rtg:				
Radiograf	24	24		
Radiolog	9,5	8	14,5	16

Helse Førde HF

Førde sentralsjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Førde sentralsjukehus tilsvarer nivå 2 modell C slik det er beskrevet i NOU 1998:9. Nedenfor er beredskapen ved sykehuset sammenlignet med modell C. Førde sentralsjukehus sjukehus har funksjoner som går utover modell C, men har likevel ikke alle andre spesialiteter jfr definisjon av nivå 3, og plasseres derfor i nivå 2, modell C.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Førde	Norm	Førde	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	14	24	10	
Turnuskand.	24/24*	24		
Indremed.	7/8*	8	15/16*	16
Kardiolog	Ikke mottatt	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24	24		
Ass.lege - ortopedi	14**	16	10	
Ortoped/gen.kir	8	8	16	16
Ass.lege-bløtdel.kir	14**	16	10	
Mage/tarm-gen.kir	10	8	14	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	24	24		
Anestesiolog	8***	8	16	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	24	24		
Gynekologi:				
Ass.lege	12	24	12	
Gynekolog	12	8	12	16
Jordmor	24	24		
Pediatri:				
Ass.lege - pediater	24	24		
Pediater	10***	8	14	16
Lab:				
Bioingeniør	24	24		
Rtg:				
Radiograf	24	24		
Radiolog	8	8		16
Annet:				
Nevrolog	9,5		14,5	
Revmatolog	8		16	
Øyenlege	8		16	
ØNH lege	8		16	
AFMR	8		16	

* Både Førde avd. Florø og Førde har turnuslege og overlege på vakt i indremedisin.

** Ass.lege dekker både ortopedi og bløtdelskirurgi.

*** Overlege tilstede 14 timer når det ikke er ass.lege på vakt.

Nordfjord sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Nordfjord sjukehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Nordfjord sjukehus ikke har en beredskapsbemanning som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Nordfjord	Norm	Nordfjord	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	8	24	16****	
Turnuskand.	24***	24		
Indremed.	10	8	14	16
Kardiolog	**	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24***	24		
Ass.lege - ortopedi	8	16	16****	
Ortoped/gen.kir	11*	8	13*	16
Ass.lege-bløtdel.kir	8	16	16****	
Mage/tarm-gen.kir	11*	8	13*	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	0	24		
Anestesiolog	12	8	12	16
Anestesisykepleier	24	24		
Operasjon:				
Operasjonsspl.	12	24	12	
Gynekologi:				
Ass.lege	0	24		
Gynekolog	10	8	14	16
Jordmor	Ikke mottatt	24		
Pediatrici:				
Ass.lege - pediater	0	24		
Pediater	8	8	16*****	16
Lab:				
Bioingeniør	13	24	11	
Rtg:				
Radiograf	12	24	12	
Radiolog	10	8	14	16*****
Annet:				
Akutt-mottak - spl	8			

* Enten ortoped med generell kirurgisk vaktkompetanse eller generell kirurg med ortopedisk vaktkompetanse

** Mottatt muntlig informasjon om at det er kardiolog ved Nordfjord sjukehus

*** Turnuslege dekker medisin og kirurgi

**** Bakvakt hvert 5 døgn

***** Generell beredskap

Supplerende informasjon/kommentarer:

Overvåkingsavdelingen har 2 sykepleiere tilstede om natten. I tillegg til pasientomsorg har de ansvar også for AMK / legevaktsentral og den mest akutte delen av akuttmottak.

Lærdal sjukehus

De funksjonene som i dag utføres ved Lærdal sjukehus tilsvarer modell C slik den er beskrevet i NOU 1998:9. De gråfargede områdene nedenfor indikerer områder der Lærdal ikke har en beredskapsstandard som tilsvarer anbefalinger i normen for modell C sykehus.

Fagområde	Tilstedevakt		Hjemmevakt	
	Lærdal	Norm	Lærdal	Norm
Indremedisin:				
Ass.lege	0	24		
Turnuskand.	24	24		
Indremed.	8	8	16	16
Kardiolog	0	8		
Kirurgi:				
Turnuskand.	24	24		
Ass.lege - ortopedi	0	16		
Ortoped/gen.kir	8*	8	16	16
Ass.lege-bløtdel.kir	0	16		
Mage/tarm-gen.kir	8*	8	16	16
Anestesi:				
Ass.lege – anestesi	0	24		
Anestesiolog	8	8	16	16
Anestesisykepleier	8	24	16	
Operasjon:				
Operasjonssykepleier	9	24	15	
Gynekologi:				
Ass.lege	0	24		
Gynekolog	8	8	16	16
Jordmor	24	24		
Pediatri:				
Ass.lege - pediater		24		
Pediater		8		16
Lab:				
Bioingeniør	14.5	24	9,5	
Rtg:				
Radiograf	9	24	15	
Radiolog	7.5	8	16.5	16

*Det er enten en ortoped eller en bløtdelskirurg på vakt.

Supplerende informasjon:

Anestesisykepleier og operasjonssykepleier i hjemmevakt bor enten i hjemmet like ved sykehuset eller oppholder seg på vakthyl like ved sykehuset, dersom de bor lenger unna, og har en avtalefestet frammøtetid på maks 10 min.

3.2.2 Ambulansetjenesten

I drøftingen av sentraliseringen av akutfunksjonene er det nødvendig å se både på de kvalitative og kostnadmessige konsekvenser av lengre transportavstander. Prosjektgruppen har bidratt med informasjonen som ligger bak tabellene nedenfor. Her fremkommer avstandene mellom ambulansestasjonene og de aktuelle sykehus, reisetiden ved normal kjøring og reisetiden ved utrykningskjøring.

Akuttutvalget 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 utvalget etablert noen norm for akseptabel transporttid inn til de mer spesialiserte behandlingstiltak i sykehus.

Ambulanse med personell fra sykehusene kan om nødvendig møte innkommende ambulanser for å starte spesialisert behandling før ankomst sykehus.

Helse Vest er dekket med luftambulansebaser både i Stavanger, Bergen og Førde. Disse representerer et verdifullt tillegg til de veibaserte ambulansetjenester, men er avhengig av værforholdene. I forbindelse med utarbeidelse av rapporten om det nevrokirurgiske tilbudet i Helse Vest, kunne Norsk Luftambulanse gi følgende informasjon: I en toårsperiode før 1/5-02 hadde Norsk Luftambulanse gjennomsnittlig 7,5 årlige kanselleringer underveis til pasient grunnet værforholdene. I den samme perioden ble årlig 34,5 henvendelser avvist grunnet dårlig flyvær. Oppdragene ble overført til Sea King helikopter som i de fleste tilfellene kunne ta oppdragene.

Prosjektet har søkt etter informasjon om i hvilken grad værforholdene gir problemer for luftambulansene. Rapporten "Nøkkeltall 2000, Statens luftambulanse" viser at det for helikopterbasen i Bergen var 139 avviste oppdrag og 94 avbrutte oppdrag i år 2000. Tilsvarende tall for basen i Førde var 146 avviste og 48 avbrutte oppdrag mens det for Stavangerbasen var 48 avviste og 110 avbrutte oppdrag. Det blir i rapporten oppgitt følgende årsaker til at oppdrag ikke gjennomføres som forutsatt (i oftest forekommende rekkefølge):

- Det er ikke medisinsk behov for luftambulanse
- Vanskelige værforhold
- Samtidighetskonflikt (annet oppdrag får høyere prioritet)
- Koordinering – avvik skyldes at ikke alle involverte er varslet
- Fartøyt tekniske problemer
- Tjenestetid (at mannskapet har vært på vakt så lenge at de ikke kan ta nye oppdrag umiddelbart)
- Pasienten er død eller ikke transportdyktig

Det har ikke vært mulig å hente ut informasjon fra Sintef om antall avviste og avbrutte oppdrag som alene skyldes vanskelige værforhold.

Regionen har som nevnt tilgang til et SeaKing redningshelikopter på Sola. Generelt kan man si at værebegrensningene for en SeaKing redningshelikopter er de samme som for andre helikoptre når det gjelder å fly VFR (Visuelle Flyge Regler) over land og til dels vann. Dette gjelder både for navigasjonen og utføringen av selve oppdraget. SeaKing'en kan også fly IFR (Instrument Flyge Regler) når været er for dårlig til å fly VFR, men dette vil som regel bare gjelde flygninger fra en flyplass til en annen, der det er etablert en instrumentinnflygingsprosedyre. Slike flygninger foregår ofte i dårlig sikt og skyer, uten referanse til bakken eller vannet. Været er i mindre grad en begrensende faktor for SeaKing'en over åpen sjø og hav. SeaKing er utstyrt med en svært god navigasjonsradar og har radar/systemoperatør i tillegg til flygerne. Dette gjør de i stand til å navigere under vanskelige siktforhold (dårligere enn VFR-forhold). Det er nesten ikke vindbegrensninger på helikopteret over åpen sjø. Over land vil fort sterk vind og turbulens føre til begrensninger i hvilke oppdrag som kan flys.¹

I spesielle situasjoner er det også mulig å foreta syketransport med små ambulansetransportfly som er avhengig av tilgjengelige flyplasser

¹ Kilde: Eirik Walle, Hovedredningssentralen Sør-Norge

I tabellene under er det angitt avstander fra ambulansestasjoner til nærmeste sykehus. Det er videre oppgitt normal kjøretid og utrykningstid fra ambulansestasjon til nærmeste sykehus, eksklusive tid til pasientbehandling og innløfting. Den reelle kjøretiden for å bringe pasienter som bor et stykke unna ambulansestasjonene til nærmeste sykehus, kan være lengre enn oppgitt i tabell under.

Opplysningene om avstander og tider i tabellene under er innhentet fra hvert enkelt foretak gjennom prosjektgruppens representanter. Det er ingen felles definisjoner av hva som er normalkjøring og hva som er utrykningskjøring. Det betyr at tallene fra helseforetakene ikke er direkte sammenlignbare. Det kan synes som om de ulike foretakene varierer mellom bruk av optimale og konservative tider, da forskjellene i gjennomsnittlig hastighet for utrykning varierer i stor grad mellom foretakene. Dette har eksempelvis gitt den konsekvens at utrykningstidene i Helse Førde i flere tilfeller er lengre enn kjøretider oppgitt i vegboken "vis veg" for vanlig bilkjøring.

Helse Førde

Utrykkingstid for Førde regionen er basert på 60 km/t på sommertid og 50 km/t på vinterstid.

Ambulanse-stasjon	Sykehus	Km	Utryknings-tid sommer – min.	Utryknings-tid vinter – min.	Kommentarer
Selje	Nordfjord	58	58	70	
Måløy	Nordfjord	53	53	64	
Eid	Nordfjord	1	1	1	
Stryn	Nordfjord	46	46	55	
Grodås/H	Nordfjord	38	38	46	
Sandane	Nordfjord	18	18	32	10 min. fergetid inkl.
Florø	Førde, avd Florø	2	2	2	
Rognaldsvåg	Førde, avd Florø	*	30	32	
Hauge	Førde, avd Florø	*	45	47	
Svelgen	Førde, avd Florø	59	59	59	
Svelgen	Førde	80	80	96	
Hauge	Førde	61	111	123	50 min. fergetid inkl.
Flora	Førde	62	62	74	
Rognaldsvåg	Førde	*	92	92	Ambulansebåt
Førde	Førde	3	3	4	
Skei	Førde	42	42	50	
Askvoll	Førde	64	64	77	
Dale	Førde	44	44	53	
Hyllestad	Førde	87	87	104	
Lavik	Førde	68	68	82	
Høyanger	Førde	64	64	77	
Balestrand	Førde	114	114	137	
Vik	Førde	76	96	111	20 min fergetid inkl.
Eivindvik	Førde	123	141	166	18 min fergetid inkl.
Dalsøyra	Førde	110	128	150	18 min fergetid inkl.
Hardbakke	Førde	117	167	190	50 min fergetid inkl.
Ytre Sula	Førde	*	115	115	Ambulansebåt
Aurland	Lærdal	28	28	34	
Lærdal	Lærdal	5	1	6	
Årdal	Lærdal	49	49	59	
Luster	Lærdal	72	87	101	15 min fergetid inkl.

Ambulanse-stasjon	Sykehus	Km	Utryknings-tid sommer – min.	Utryknings-tid vinter – min.	Kommentarer
Jostedal	Lærdal	106	121	142	15 min fergetid inkl.
Fortun	Lærdal	103	118	139	15 min fergetid inkl.
Sogndal	Lærdal	28	43	49	15 min fergetid inkl.

* Ikke mottatt

Helse Fonna

Ambulanse-stasjon	Sykehus	Km	Normaltid - min.	Utryknings-tid – min.	Kommentarer
Jondal	Odda	80	90	70	
Eidfjord	Odda	80	85	65	
Odda	Odda	0			
Utne (transportamb)	Odda	45	40	30	
Kinsarvik (transportamb)	Odda	45	40	30	
Stord	Stord	*	10	9	
Tysnes	Stord	*	40	35	Med ferge
Tysnes/Varaldsøy	Stord	*	90	80	Med ferge
Husnes	Stord	*	35	33	Med ambulansebåt
Halsnøy	Stord	*	35	33	Med ambulansebåt
Bømlo	Stord	*	25	23	
Sauda	Haugesund	120	120	90	
Karmøy	Haugesund	24	27	15	
Ølen	Haugesund	50	45	30	
Bokn	Haugesund	50	45	30	

*Ikke mottatt

Helse Stavanger

Ambulanse-stasjon	Sykehus	Km	Normaltid - min.	Utryknings-tid – min.	Kommentarer
Moi (Lund)	SiR	95	90	70	
Hauge i Dalane	SiR	90	90-95	60	
Egersund	SiR	75	60	45	
Nærbø	SiR	42	40	27	
Bryne	SiR	31	30	20	
Sandnes	SiR	15	15	10	
SiR	SiR	0	0	0	
Jørpeland	SiR	16/54	70/60	70/55	Kjøretid via Tau og ferge Kjøretid via Oanes og ferge Optimale tider
Hjelmeland	SiR	54	110	100	Kjøretid via Tau og ferge. Optimal tid
Tau	SiR				Båtambulanse
Finnøy	SiR				Båtambulanse

Helse Bergen

Ambulanse stasjon	Sykehus	Km	Kjøretid (min)	Kjøretid til Bergen	Kommentarer
Askøy	Haukeland	15/39	14/38		Korteste og lengste avstand
Austevoll	Haukeland	40	80		Inkl. ferje
Austrheim	Haukeland	67	60		
Bergen sentrum	Haukeland	2	5		
Bergen vest	Haukeland	13	13		
Bergen sør	Haukeland	19	19		
Bergen nord	Haukeland	20	18		
Fedje	Haukeland	87	101		Inkl. ferje
Fjell	Haukeland	21	19		
Fusa	Haukeland	51	64		
Lindås	Haukeland	30/71	27/63		Korteste og lengste avstand
Masfjorden	Haukeland	91	79		
Os	Haukeland	28	29		
Osterøy	Haukeland	43	40		
Samnanger	Haukeland	50	42		
Sund	Haukeland	37	35		
Øygarden	Haukeland	55	49		
Kvam	Voss	52/125	45/103	78/89	Korteste og lengste avstand
Granvin	Voss	30	26	109	
Modalen	Voss	72	59	71	
Ulvik	Voss	43	35	119	
Vaksdal	Voss	47	33	52	
Voss	Voss	1/30	2/25	85	

4 Økonomiske betraktninger

4.1 Innledning

Planer for funksjonsfordelinger bygger gjerne på forventninger om bedret kvalitet i pasientbehandlingen og en samlet bedring i sykehuseiers driftsøkonomi.

Forventningene om økonomiske besparelser er ofte basert på følgende:

- Realisering av det som kan betegnes som generelle stordriftsfordeler
- Reduksjon i antall ledere/administrative stillinger
- Økonomiske gevinster gjennom økt grad av skjerming av elektiv virksomhet
- Reduksjon i antall vakt-/beredskapsordninger
- Generell bemanningsreduksjon
- Redusert samlet utstyrsbehov på grunn av mindre dublering av kostbart utstyr
- Lavere bygningsmessige driftskostnader

I utgangspunktet er det ikke vanskelig å finne argumenter for at funksjonsfordelinger kan gi økonomiske effekter. Erfaringen tilsier imidlertid at de potensialene det er mulig å kalkulere seg frem til, i praksis har vist seg vanskelig å hente ut. Kalkylene forutsetter gjerne at effektiviseringspotensialene hentes ut i form av kostnadsreduksjoner. Tradisjonelt har imidlertid sykehus gjerne heller utnyttet potensialene til etablering av tilbud for nye pasientgrupper, kvalitative forbedringer, utvidelse av legenes tjenesteplaner, økt kapasitet på undervisningssiden, bedret merkantil støtte osv.

I en rapport som Ernst & Young Management Consulting leverte til det regionale helseutvalg i Helseregion Øst i 1999 fremkom følgende vurdering: "I gjennomgangen av funksjonsfordelinger som er gjennomført i løpet av 1990-tallet i dagens Helseregion Øst, er det vanskelig å spore at disse funksjonsrokkeringene har gitt større sporbare økonomiske effekter."

Det vil således fordres betydelig ledelseskraft for å klare å realisere potensialene ved funksjonsfordelinger. I den endelige vurdering av potensialene kan det derfor være klokt å reflektere over hvor stor andel av potensialene det er sannsynlig at foretakene vil klare å hente ut.

4.2 Marginalkostnadsbetraktninger

Ved spørsmål om økonomiske konsekvenser av omfordeling av akuttfunksjonene i Helse Vest, vil en marginalkostnadsbetraktning være naturlig å legge til grunn. Ved marginalkostnadsbetraktninger ses det på kostnadsreduksjonene for de berørte avdelinger i det sykehus der akuttfunksjonen faller bort, samtidig som det gjøres helt tilsvarende betraktninger for kostnadsøkningene i det sykehus som overtar akuttfunksjoner.

For Helse Vest RHF blir nettoeffekten ved opphør av akuttfunksjonen i et sykehus følgende:

- Kostnadsreduksjoner i sykehus der akuttfunksjonen opphører
- Kostnadsøkning i sykehus som overtar akuttfunksjonen
 - Økning i transportkostnader

= Nettoeffekt for Helse Vest RHF

På oppdrag for Helse Vest RHF utarbeidet nylig Deloitte & Touche en enkel metodebeskrivelse for fremgangsmåten ved slike kalkyler. Et utdrag av denne er gjengitt i vedlegg 9.3. og gir en grundigere presentasjon av bakgrunn og tilnærming enn det som her er gjengitt. Av vedlegget fremgår at man først må definere den pasientgruppen som skal overføres. Deretter må de berørte enheter i sykehusene klarlegges før de økonomiske konsekvenser for hver av dem vurderes.

Fokus i dette prosjektet er fordeling av akuttfunksjonene. Først når også andre funksjonsfordelinger er avklart, vil det være mulig å definere klart det samlede bilde av pasientoverføringer og således hvilke avdelinger som blir berørt og hvilke økonomiske konsekvenser det vil få for disse. Spørsmålet om hva et sykehus kan spare ved opphør av akuttfunksjonen, avhenger således av svarene på en rekke andre spørsmål enn de som blir besvart i dette delprosjektet:

Skal sykehuset fortsatt ha andre oppgaver innenfor spesialiteten?

Hvis akuttfunksjonen i indremedisin forsvinner, betyr det i mange tilfelle nedleggelse av hele den indremedisinske aktiviteten (øyeblikkelig hjelp-innleggelser utgjør vanligvis over 90 % av innleggelserne). Alternativt kan deler av aktiviteten opprettholdes for dagbehandling, rehabilitering eller den avsluttende delen av akuttopphold ved annet sykehus. Nedleggelse av akuttfunksjonen i kirurgi kan bety fortsatt elektiv virksomheten. Avhengig av innhold og omfang på denne elektive kirurgiske virksomheten, kan det bli nødvendig å opprettholde en viss beredskap for å ivareta de pasientene som er operert på dagtid.

Med hvilke oppgaver skal sykehus uten akuttfunksjon avlaste akuttisykehusene?

Når akuttfunksjonen skal overføres til et annet sykehus, vil kapasiteten der fort bli begrensende. For å avhjelpe dette vil det være naturlig å vurdere overføring av enkelte pasientgrupper fra akuttisykehuset til sykehusene uten akuttfunksjon.

Hvilke andre spesialiteter skal sykehuset ha?

Opphør av akuttfunksjonen i kirurgi kan gi muligheter for reduksjoner i beredskapsordninger for eksempelvis røntgen og laboratoriet. Hvis derimot akuttfunksjonen i indremedisin skal opprettholdes, vil det være noe begrensede muligheter til å få gjort noe med beredskapsordningene i røntgen og laboratoriet.

Kan sykehuset omgjøres til et Distriktsmedisinsk Senter?

Sosial- og helsedirektoratet har nettopp utgitt (oktober 2002) en rapport om Distriktsmedisinske Senter (DMS): Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste. Bakgrunn, innledning og konklusjon fra rapporten er gjengitt i vedlegg 9.1. Det pekes på en rekke pasientgrupper som kan behandles her og derved avlaste sykehusene. Sentrene er tenkt drevet i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Innholdet i slike sentra må fastsettes i en dialog mellom Helse Vest RHF/helseforetakene og de angjeldende kommuner. Sykestuene i

Alta og Hallingdal er eksempler på slike velfungerende løsninger. Innenfor Helse Vest finnes varianter av dette i Egersund, Sandnes, Stavanger og Sauda.

Hvor stor andel av beredskapstiden går med til planlagt arbeid?

Både på dagtid og kveldstid kan mye av vaktavendens tid være knyttet opp til planlagt arbeid enten på sengepostene eller på poliklinikkene. Dette er arbeid som ikke forsvinner selv om beredskapsfunksjonen forsvinner.

Hva vet vi om andre kompliserende forhold?

- De økonomiske konsekvensene av reduksjon i legenes arbeidstid vil variere fra sykehus til sykehus avhengig av deres tidligere respektive omfang av PUA -og FUA-tid (pålagt utvidet arbeidstid og frivillig utvidet arbeidstid) samt eventuelle kostbare stafetter med utenlandske leger
- Dagens tjenesteplaner er ikke satt opp kun med tanke på beredskapsmessige behov, men også med tanke på å oppnå et attraktivt lønnsnivå for legene
- Dagens tjenesteplaner har i noen situasjoner måttet tilpasses for å få turnusordninger til å gå opp
- Den nye lønnsavtalen for legene gir Helse Vest RHF anledning til en helt ny tenkning når det gjelder avlønning av arbeid både på dagtid og på vakttid

Det er således flere avklaringer som må til før de endelige økonomiske effektene av flytting av akuttfunksjonene kan kalkuleres. Dette er imidlertid ikke til hinder for at det allerede nå er mulig å antyde noe om de økonomiske potensialene som ligger i en omfordeling av akuttfunksjonene. Det kan gjøres enten ved å vurdere overføringsverdien fra andre arbeid (kap 4.3) eller å gjøre kalkyler bygget på et nødvendig antall forutsetninger (kap 6).

4.3 Potensialenes størrelser

Som det fremgår ovenfor må de økonomiske beregningene rundt konsekvenser av endret fordeling av akuttfunksjonene ta utgangspunkt i en ny situasjon, der også de elektive funksjonenes innhold og omfang er definert og plassert. På generelt grunnlag er det imidlertid mulig å si noe om de potensialene en i utgangspunktet kan forvente knyttet til mulige alternativer fremover.

Endringer med potensialer for betydelig kostnadsreduksjon:

- Overgang fra sykehus med både ortopedisk og kirurgisk vaktberedskap til kun indremedisinsk vakt. Fra modell C til modell A (kfr NOU 1998:9).
- Overgang fra sykehus med ortopedisk eller kirurgisk vaktberedskap til kun indremedisinsk vakt. Fra modell B til modell A.
- Overgang fra sykehus til sjukestue/Distriktsmedisinsk Senter
- Overgang fra fødeavdeling til fødestue
- Nedleggelse av sykehus

Endringer med potensialer for begrenset kostnadsreduksjon:

- Nedleggelse av 1 akutfunksjon dersom vaktordningene for andre spesialiteter og støttefunksjoner som anestesi, intensiv og operasjon må opprettholdes
Eksempelvis overgang fra modell C til B.

Nettoeffekten avhenger som nevnt også av kostnadsøkningen ved mottagende sykehus og endringen i transportkostnader. Når det gjelder mottagende sykehus er mulighetene til å begrense kostnadsøkningene størst dersom sykehusene har tilgjengelig sengekapasitet og allerede etablerte vaktordninger for den aktuelle pasientgruppe.

Ved marginalkostnadsbetraktninger vil både dagens belastning og den fremtidige løsningen for de involverte sykehusene, være avgjørende for den økonomiske nettoeffekten av endringen. Et slikt lokalt utgangspunkt for kalkylene betyr også at kalkulasjoner fra andre sykehus vil være av begrenset verdi. For å få et begrep om størrelsesordenen kan det likevel være nyttig å se nærmere på noen eksempler fra andre kalkyler som er gjennomført på området.

I forbindelse med vurderingen av overføring av nevrokirurgisk aktivitet ved SiR til Haukeland universitetssykehus (150 innleggelser og 350 polikliniske besøk), ble det våren 2002 kalkulert at SiR kunne redusere kostnadene med 8,4 millioner kroner, mens kostnadsøkningene for Haukeland og transporttjenesten ville bli på henholdsvis 6,5 og 1,0 millioner kroner. Ved kalkulasjoner for Sentralsykehuset i Vestfold (Cap Gemini Ernst & Young 2000) ble det anslått en netto kostnadsreduksjon på 8 millioner kroner ved overgang fra akutfunksjon i både indremedisin og kirurgi til et rent elektivt sykehus i en av sykehusenhetene. I Nord-Trøndelag ble netto kostnadsreduksjoner av omgjøring av fødeavdelingen i Namdal til fødeenhet med 350 fødsler, kalkulert til 4 millioner kroner etter nøye sammenligninger med allerede etablerte fødestuer (Ernst & Young 2000).

I det foreløpige utkastet til rapport fra det pågående arbeidet med organisering av akutfunksjonene i Helse Sør, er det anslått en kostnadsbesparelse på i overkant av 8 millioner kroner ved nedleggelse av akutfunksjonen i en avdeling. Tallet er ikke korrigert for endringer i transportkostnadene.

I et arbeid for Nordmøre og Romsdal HF (Agenda 2002) er det vurdert ulike modeller for arbeidsdeling mellom Kristiansund og Molde. Hovedkonklusjonen er at driftsøkonomisk spiller det liten rolle hvilken modell som velges og at andre faktorer enn driftsøkonomien således må være avgjørende ved valg av modell. Isolert sett er det konkludert med en potensiell kostnadsreduksjon på 6 millioner kroner ved å samle fødeavdelingene i Molde og Kristiansund til en avdeling. Derimot er det ikke funnet noe potensiale for kostnadsreduksjoner ved omgjøring av den ene fødeavdelingen til fødestue.

I kapittel 5 gjennomføres en nærmere drøfting av alternative løsninger for fordeling av akutfunksjonene i Helse Vest RHF basert på kvalitative forhold og de antydende økonomiske potensialene i dette kapitlet. Med utgangspunkt i forslagene til ny fordeling av akutfunksjonene i kapittel 5, gjøres det i kapittel 6 forsøk på å kalkulere de økonomiske konsekvensene av de foreslåtte løsningene, dog basert på en rekke forutsetninger som er nødvendig på det nåværende tidspunkt.

5 Drøfting

5.1 Innledning

Som nevnt innledningsvis er temaene rundt nødvendig volum for faglig kvalitet, nødvendig befolkningsunderlag for tilstrekkelig faglig bredde, akseptable transportavstander osv drøftet både nasjonalt og internasjonalt i mange år. Helse Vest RHF ønsker nå å bruke det tilgjengelige materialet som grunnlag for konkrete anbefalinger til helseforetakene når det gjelder fordeling av akutfunksjonene.

Etter en samlet vurdering mener Helse Vest RHF at det er grunn til å revurdere dagens fordeling av akutfunksjoner i helseregionen, ikke minst med bakgrunn i de kompetanse- og kommunikasjonsmessige endringer som har skjedd de senere år.

I dette kapitlet følger en oppsummering og vurdering av akutfunksjonen for hvert enkelt sykehus. Det er tatt utgangspunkt i noen relevante faktorer som relaterer seg til sykehusets befolkningsgrunnlag, antall senger, hvilke akutfunksjoner sykehuset har, beleggprosent siste år og antall øyeblikkelig hjelp-opphold for kirurgisk DRG og ikke-kirurgisk DRG. I tillegg er det oppgitt avstand og antatt reisetid til sykehus som det vil være aktuelt å overflytte pasienter til. Dette kapittel drøfter ikke alle disse faktorene på nytt i tilknytning til hvert enkelt sykehus; i så måte henvises til den generelle drøftingen i tidligere kapitler. Dette kapittel har fokus på de praktiske konsekvenser de nevnte drøftingene kan få for helseforetakene/sykehusene i helseregionen.

Prosjektgruppen har lagt stor vekt på NOU 1998:9 Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Utredningen definerer noen akuttsykehusmodeller og tilhørende bemanningskrav. Sykehusene i Helse Vest er i kapittel 3 klassifisert i relasjon til de nevnte modeller med utgangspunkt i de funksjoner sykehusene har i dag. Deres bemanning er i samme kapittel sammenlignet med de normene som Akuttutvalget har satt opp.

Når det gjelder de økonomiske effektene av eventuelle endringer er det foreløpig lagt til grunn de forventede potensialene nevnt i forrige kapittel.

Det er viktig å understreke at drøftingen tar utgangspunkt i prinsipielle og overordnede vurderinger. I de videre prosesser i helseforetakene, kan det dukke opp problemstillinger som kan gjøre det nødvendig å revurdere enkeltelementer av de føringer som her er lagt.

Det ligger som en premiss at ingen sykehus skal nedlegges. Dette er dog ikke til hinder for at det kan vurderes omgjøring til Distriktsmedisinske Senter som er forelått som en mulig fremtidig desentralisert spesialisthelsetjeneste (se vedlegg 9.1.). Dersom nedleggelse av øyeblikkelig hjelp-funksjonen i kirurgi blir aktuelt, vil det i utgangspunktet legges til grunn at det fortsatt skal foregå elektiv kirurgisk virksomhet der. Både omfanget og innholdet (innleggelse, dagkirurgi, poliklinikk) på denne

virksomheten kan først avklares i de avsluttende faser når alle detaljer og funksjonsfordelingsbrikker legges på plass.

Fokus i dette kapitlet er akuttfunksjonene i indremedisin, bløtdelskirurgi og ortopedi samt fødselsomsorgen. Når det gjelder fordeling av mer spesialiserte akuttfunksjoner innen regionen, blir dette omtalt i kapittel 7.

5.2 Informasjonskilder

Kildene til dataene om de enkelte sykehus i dette kapittel er som følger:

Befolkningstall per bostedsområde (lokalsykehusområde) er hentet fra Samdata sykehus 2/02 (Sintef Unimed), mens befolkningsgrunnlag for sentral- og region-sykehusfunksjoner er hentet fra Helse Vest sine web-sider samt innspill fra prosjektgruppen.

Antall senger er oppgitt i både antall effektive og normerte senger. Effektive senger er basert på gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i løpet av året og er hentet fra Samdata sykehus 2/02 (Sintef Unimed). For å beregne effektive senger divideres total antall sengerdøgn med antall dager i året. Med sengerdøgn menes det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor sykehusavdelingens planlagte drift. (Ved beregning av antall sengerdøgn tas det hensyn til redusert kapasitet i ferier, midlertidige stengninger av avdelinger/poster og redusert drift forårsaket av andre forhold i løpet av året).

Antall normerte senger er totalt antall senger minus tekniske senger. Disse opplysningene er hentet fra representanter i prosjektgruppen. Det vil ved noen sykehus være mulig å utvide sengetallet utover det normerte antall senger ved at det er tilgjengelig areal som kan brukes til sengeområde, men som i dag er tatt i bruk til eksempelvis kontorer.

Hvilke akuttfunksjoner de ulike sykehusene har er hentet fra datainnsamlingen i forbindelse med prosjektet (jfr kap 3 og 9.4). Antall fødsler i 2001 er hentet fra en datainnsamling i Helse Vest i forbindelse med rapportering til Helsedepartementet om status i forhold til fødetilbudet.

Beleggsprosent for 2001 (heldøgnsopphold) er hentet fra Samdata sykehus 2/02 (Sintef Unimed) og er beregnet ut fra formelen:
$$(\text{sum liggedager totalt}) * 100 / \text{effektive senger} * 365.$$

Antall øyeblikkelig hjelp-opphold (kirurgiske DRG og ikke-kirurgiske DRG) er hentet fra Samdata region 1. tertial 2002 (Sintef Unimed). Dataene er eksklusive opphold for fødsler, rehabilitering, kjemoterapi, dialysebehandling og friske nyfødte. Øyeblikkelig hjelp-opphold per døgn er beregnet ut fra tall oppgitt i tertialrapport / antall dager i et tertial (122 dager). Det gjøres spesielt oppmerksom på at opphold omfatter både innleggelser og dagopphold. Opphold med kirurgisk DRG kan brukes som en god indikator på aktiviteten i en kirurgisk avdeling, selv om det ikke er ensbetydende med

antall innleggelser i kirurgisk avdeling da det også forekommer innleggelser i kirurgisk avdeling som ikke opereres og som ender opp med en medisinsk DRG.

Informasjon om avstander fra et sykehus til et annet er fremskaffet gjennom ”vis veg” som er en nasjonal vegdatabase. Videre er det oppgitt to reisetider for denne avstanden. Første tid viser antatt normal reisetid (hentet fra ”vis veg”) mens tid nummer to oppgir antatt utrykningstid. Sistnevnte er hentet fra opplysninger prosjektgruppen har innhentet fra ambulansetjenesten.

Det viser seg å være stor variasjon mellom helseforetakene i forhold til definisjon av utrykningstid. Noen helseforetak opererer med optimale tider mens andre har oppgitt mer konservative utrykningstider. Det er fra prosjektgruppen kommentert at noen av de oppgitte reisetidene i ”vis veg” kan synes snau. Dette skyldes nok i stor grad at fergetider ikke er inkludert i ”vis veg”, og dermed blir noen av tidene vel optimistiske. Disse to faktorene er årsak til at det i noen tilfeller er oppgitt lenger tid for utrykning enn normal kjøretid i tabellene som følger under.

I oppsummeringen per sykehus har vi også oppgitt hvilket nivå/modell sykehuset hører inn under med de funksjoner det har i dag. Denne inndelingen av sykehus er basert på forslaget fra Akuttutvalget, der den akuttmedisinske beredskapen er foreslått inndelt i tre nivåer (disse er beskrevet i mer detalj i kapittel 3.2.1):

Nivå 1 omfatter de prehospitale tjenestene, det vil si primærhelse-, ambulanse- og nødmeldetjenesten.

Nivå 2 består av tre sykehusmodeller (A, B og C):

- *Modell A* har døgkontinuerlig akuttberedskap i indremedisin og kan ha fødetilbud i form av fødestue.
- *Modell B* har akuttberedskap i indremedisin og i ett av de kirurgiske fagområder (ortopedi eller bløtdelskirurgi, anestesi og fødselshjelp), samt fødeavdeling eller fødestue.
- *Modell C* har akuttberedskap innen indremedisin, ortopedi, bløtdelskirurgi, anestesi, gynekologi og fødeavdeling.

Nivå 3 består av sykehus som går utover nivå 2 ved at de i tillegg ivaretar høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin.

5.3 Helse Stavanger

Sentralsjukehuset i Rogaland	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehusfunksjon for 279 992 innbyggere ▪ Sentralsykehusfunksjon for 378 037 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 658 ▪ Normerte senger: 728
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 3.962 fødsler i 2001
Beleggsprosent i 2001:	▪ 96,4%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 8,7 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke kirurgisk DRG: 59,3 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ SiR – Haukeland: 213 km / 4 t og 20 min / 60 min*

* Til Haukeland er det bare aktuelt å bruke helikopter. Ved optimale værforhold vil utrykningstiden være ca 60 min.

Sentralsjukehuset i Rogaland har enheter i Stavanger, Sandnes og Egersund (se vedlegg 9.4.). Virksomheten i Egersund kan betraktes som et vellykket alternativ for utforming av et Distriktsmedisinsk Senter. Med unntak av noen få spesialiserte diagnoser tar SiR i mot pasienter innen alle kliniske spesialiteter til endelig behandling og utskrivelse. Pasienter som ikke ferdigbehandles på SiR henvises til Haukeland universitetssjukehus/Feiring klinikken eller Rikshospitalet. De funksjonene som i dag utføres ved SiR tilsvarer nivå 3 slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- SiR har et solid befolkningsunderlag for de funksjoner det i dag ivaretar innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og fødselsomsorg
- SiR er det eneste somatiske sykehuset i helseforetaket

Forslag til fremtidig rolle for SiR basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- SiRs rolle forblir uendret når det gjelder akutfunksjoner på de nevnte fagområder

5.3.1 Oppsummering Helse Stavanger

Det foreslås ingen endring av SiRs rolle når det gjelder akutfunksjonene innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og fødselsomsorg. SiR har imidlertid vaktordninger innen en rekke andre spesialiteter som er nærmere drøftet i kapittel 7.

5.4 Helse Fonna

Haugesund sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 103 593 innbyggere ▪ Sentralsykehus for ytterligere ca 100 000 innbyggere*
Antall senger:	▪ Effektive senger: 220 ▪ Normerte senger: 237
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 1.349 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 89,9%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 2,5 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke kirurgisk DRG: 24 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Haugesund – Haukeland: 137 km / 2 t 50 min / 2 t 30 min ▪ Haugesund – SIR: 92 km / 1 t 50 min / 1 t 25 min

*Sentralsykehusfunksjon innen gynekologi/obstetikk, barnesykdommer, ØNH- og øyesykdommer for Nord-Rogaland og de sydligste kommunene i Sunnhordland²

Med noen unntak tar Haugesund sjukehus i mot alle pasienter til endelig behandling og utskrivning. Pasienter som henvises til annet sykehus/ikke ferdigbehandles på Haugesund sjukehus henvises enten til Haukeland universitetssjukehus, Rikshospitalet eller SiR. De funksjoner som i dag utføres ved Haugesund sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9. Haugesund sjukehus har funksjoner som går utover modell C, men har likevel ikke alle andre spesialiteter (jfr definisjon av nivå 3).

Vurdering:

- Vaktberedskapen på Haugesund sjukehus stemmer godt overens med standard vaktberedskap oppgitt for modell C
- Haugesund sjukehus har etablerte vaktordninger og en sengekapasitet som gjør dem i stand til å overta akutfunksjoner fra andre sykehus i foretaket. Dette forutsetter at det etableres hensiktsmessige oppgavefordelinger med Stord sjukehus og Odda sjukehus og at det arbeides bevisst med det høye sykehusforbruket til innbyggerne i Helse Fonna
- Haugesund sjukehus sin bygningsmasse må utnyttes optimalt for å sikre tilstrekkelig sengekapasitet

Forslag til fremtidig rolle for Haugesund sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Haugesund sjukehus tar oppgaven som eneste akuttsykehus innen bløtdelskirurgi og ortopedi i Helse Fonna
- Haugesund sjukehus tar over alle oppgavene som akuttsykehus for Odda
- Haugesund sjukehus må fordele andre oppgaver til Stord sjukehus og Odda sjukehus, samt utnytte hele sin potensielle sengekapasitet for å kunne håndtere disse akutfunksjonene

² Strategisk plan for Fylkessjukehuset i Haugesund 1993.

Stord sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 46 015 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 82 ▪ Normerte senger: 100
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 556 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 90,5%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,9 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 11 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Stord – Haugesund: 59 km / 47 min / 50 ▪ Stord – Haukeland: 82 km / 2 t 5 min / ikke oppgitt

Stord sjukehus tar imot de fleste pasienter for endelig behandling og utskrivelse. Pasienter som ikke behandles på Stord sjukehus er multitraumer med hjerneskade, alvorlige hjerneskader og aortaaneurysmer. Disse pasientene overføres hovedsakelig til Haukeland universitetssjukehus. De funksjoner som i dag utføres ved Stord sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Vaktberedskapen ved Stord sjukehus har noen mangler i forhold til det som anbefales i modell C. Dette gjelder hovedsakelig på assistentlegenivå innen medisin, anestesi og gynekologi
- Stord sjukehus har et begrenset befolkningsunderlag
- Stord sjukehus har mindre enn 1 øyeblikkelig hjelp-innleggelse pr døgn med kir-DRG
- Stord sjukehus har mellom 500-600 fødsler pr år

Forslag til fremtidig rolle for Stord sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Stord sjukehus fortsetter som akuttisykehus i indremedisin (modell A)
- Kun elektiv kirurgisk og/eller ortopedisk virksomhet
- Fødeavdelingen omgjøres til fødestue med ca 400 fødsler pr år

Odda sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 13 206 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 52 ▪ Normerte senger: 52
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødestue med 117 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 62,1%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,3 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 4,5 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Odda – Haugesund: 136 km / 1 t 55 min / 1 t 40 min ▪ Odda – Haukeland: 129 km / 2 t 35 min / 2 t 55 min* ▪ Odda – Voss: 90 km / 1 t 40 min / 1 t 30 min ▪ Odda – Stord: 92,5 km / 2 t 08 min / ikke oppgitt

*Utrykningstid er høyere enn normal kjøretid. Dette kan skyldes forhold diskutert under kap 5.2.

Odda sjukehus tar i mot de fleste pasienter for endelig behandling og utskrivelse. Pasienter med forgiftning går rett til annet sykehus mens skader og ulykker stabiliseres ved Odda sjukehus før overflytting til annet sykehus. Andre spesialiserte diagnoser og operasjoner henvises til Haukeland universitetssjukehus og i noen tilfeller Haugesund sjukehus. De funksjoner som i dag utføres innenfor områdene kirurgi og indremedisin ved Odda sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Vaktberedskapen ved Odda sjukehus har mangler i forhold til det som anbefales både i forhold til både modell B og C. Dette gjelder både på spesialsykepleiernivå og legenivå innen medisin, kirurgi og anestesi
- Odda sjukehus har et svært lite befolkningsgrunnlag og prognosene indikerer en fortsatt reduksjon i befolkningsgrunnlaget
- Odda sjukehus har 1 ø-hjelpsinnleggelse med kirurgisk DRG hvert 3. døgn
- Odda sjukehus har i snitt 32 pasienter i sykehuset til enhver tid

Forslag til fremtidig rolle for Odda sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Odda sjukehus gjøres om til et Distriktsmedisinsk Senter med fødestue
- Oppgavene defineres nærmere i en dialog mellom Helse Vest RHF/Helse Fonna HF og de angjeldende kommuner

5.4.1 Oppsummering Helse Fonna

Haugesund sjukehus kan utgjøre stammen i akuttberedskapen i foretaket med vaktordninger innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og føde (modell C).

Stord sjukehus kan bli et akuttsykehus innen indremedisin (modell A) samt drive en fødestue, samtidig som sykehuset utvikler sin elektive kapasitet innen bløtdelskirurgi og/eller ortopedi.

Odda sjukehus kan omgjøres til et Distriktsmedisinsk Senter og sammen med de angjeldende kommuner utvikle et tilbud tilpasset befolkningens behov for primær- og spesialisthelsetjenester. Tilbudet må omfatte muligheter for enkle stabiliserende prosedyrer før transport til sykehus.

Det vil være nødvendig med en grundigere prosess internt i foretaket for mer detaljert tilpasning til en eventuell ny modell. I denne prosessen må Helse Fonna finne frem til en samlet hensiktsmessig oppgavefordeling mellom sykehusene samtidig som det må arbeides bevisst med det høye sykehusforbruket til befolkningen i Helse Fonna. I denne prosessen må man også vurdere nødvendigheten av å opprettholde flere vaktordninger i radiologi innen foretaket.

Haugesund sjukehus har også vaktordninger innen flere andre spesialiteter. Dette er drøftet nærmere i kapittel 7.

5.5 Helse Bergen

Haraldsplass Diakonale Sykehus er et ideelt privat sykehus med driftsavtale med Helse Vest RHF. Sykehuset har med andre ord ingen formell relasjon til Helse Bergen. Sykehuset omtales likevel her på grunn av sin geografiske nærhet til Haukeland universitetssykehus. Drøfting av sykehusets fremtidige rolle og relasjon til Haukeland universitetssykehus vil bli gjenstand for et eget prosjekt i nær fremtid.

Haukeland universitetssykehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 341 332 innb. (inkl. også Haraldsplass) ▪ Sentralsykehus for ca 420.000 innbyggere ▪ Regionssykehus for ca 900.000 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 955 ▪ Normerte senger: 1 057
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 4 712 fødsler i 2001
Beleggsprosent i 2001:	88,6%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 12,5 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk: 74 ø-hjelp-innleggelser per døgn

Med unntak av transplantasjonskirurgi og ECMO behandling, tar Haukeland universitetssykehus imot pasienter innen alle kliniske spesialiteter til endelig behandling og utskrivelse. De funksjonene som i dag utføres ved Haukeland universitetssykehus tilsvarer nivå 3 slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Haukeland universitetssykehus har et solid befolkningsunderlag for de funksjoner sykehuset i dag ivaretar innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og fødselsomsorg
- Haukeland universitetssykehus har etablerte vaktordninger og en sengekapasitet som gjør dem i stand til å overta akutfunksjoner fra andre sykehus i foretaket. Dette forutsetter at det etableres hensiktsmessige oppgavefordelinger med de andre sykehusene

Forslag til fremtidig rolle for Haukeland universitetssykehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Haukeland universitetssykehus tar over oppgaven som akuttsykehus for Voss på områdene bløtdelskirurgi og ortopedi
- Forholdet til Haraldsplass Diakonale Sykehus er ikke drøftet nærmere i dette prosjektet

Haraldsplass Diakonale Sykehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus i indremedisin for 120.000 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 145 ▪ Normerte senger: 184
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi
Beleggsprosent i 2001:	87,5%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 1,8 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 19,7 ø-hjelp-innleggelser per døgn

Haraldsplass Diakonale Sykehus er et ideelt privat sykehus med driftsavtale med Helse Vest RHF. Det presiseres således at Haraldsplass Diakonale Sykehus ikke er en del av Helse Bergen HF. Sykehuset utfører øyeblikkelig hjelp innen kirurgi og behandler pasienter fra ventelistene for kirurgiske og ortopediske diagnoser. Kirurgisk klinikk tar hver dag i mot de fem første øyeblikkelig hjelp-pasientene i Bergen lokalsykehusområde. Sykehuset yter kirurgiske tjenester innen spesialfelt som gastrologi, ortopedi, urologi og generell kirurgi.

Sykehusets rolle har ikke vært en del av drøftingene i dette prosjektet. For helhetens skyld er imidlertid aktivitetsdata innhentet fra sykehuset på linje med de andre sykehusene. I et senere prosjekt vil det bli sett nærmere på sykehusets fremtidige rolle og relasjon til Haukeland universitetssykehus.

Voss sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 29 051 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 64 ▪ Normerte senger: 77
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 306 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 84,1%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,9 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 6,5 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Voss – Haukeland: 95 km / 1 t 15 min / 1t

Voss sjukehus tar i mot de fleste pasienter for endelig behandling og utskrivelse. Pasienter med alvorlige skader, sepsis, ustabil angina pectoris, respirasjonssvikt og hodeskader/hjerneblødning overflyttes til Haukeland universitetssykehus etter stabilisering ved Voss sjukehus. Pasienter med lungekreft, gynekologisk kreft, lungekreft, komplisert svangerskap og fødsel samt barn med alvorlige sykdommer henvises til Haukeland universitetssykehus. De funksjoner som i dag utføres innenfor områdene kirurgi og indremedisin ved Voss sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Vaktberedskapen ved Voss sjukehus har noen mangler i forhold til det som anbefales i modell C. Dette gjelder hovedsakelig på assistentlegenivå innen medisin, kirurgi og anestesi
- Voss sjukehus har et svært begrenset befolkningsunderlag
- Voss sjukehus har mindre enn 1 øyeblikkelig hjelp-innleggelse pr døgn med kir-DRG
- Voss sjukehus har ca 300 fødsler pr år

Forslag til fremtidig rolle for Voss sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Voss sjukehus fortsetter som akuttisykehus i indremedisin (modell A) og overtar akutfunksjonen i indremedisin for Lærdal (jfr senere)
- Kun elektiv kirurgisk og/eller ortopedisk virksomhet
- Fødeavdelingen omgjøres til fødestue med ca 250 fødsler pr år

Kysthospitalet i Hagevik	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Sykehuset har lokal-, sentral- og regionsykehusfunksjon
Antall senger:	▪ Effektive senger: 44 ▪ Normerte senger: 48
Sykehuset har akuttfunksjon innen:	▪ Ingen akuttfunksjon da sykehuset har status som spesialsykehus innen elektiv ortopedisk kirurgi
Beleggsprosent i 2001:	▪ Ikke oppgitt i Samdata
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,28 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kir DRG: 0,35 ø-hjelp-innleggelser per døgn

Vurdering:

- Kysthospitalet i Hagevik har ingen akuttfunksjon, men har status som spesialsykehus innen elektiv ortopedisk kirurgi
- Det er utenfor delprosjekt Akuttfunksjoners mandat å drøfte dette sykehusets rolle
- Det er opplyst at sykehuset nå er slått sammen med Haukeland universitetssjukehus

5.5.1 Oppsummering Helse Bergen

Haukeland universitetssjukehus skal fortsatt utgjøre stammen i akuttberedskapen i foretaket med vaktordninger og avdelinger innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og føde.

Voss sjukehus kan bli et akuttsykehus innen indremedisin (modell A) samt drive en fødestue, samtidig som sykehuset utvikler sin elektive kapasitet innen bløtdelskirurgi og/eller ortopedi.

Haraldsplass Diakonale Sykehus har i dag akuttfunksjoner innen indremedisin og kirurgi. Disse er ikke drøftet nærmere i dette prosjektet.

Kysthospitalet i Hagevik har kun elektive funksjoner og dets rolle er derfor ikke innenfor mandatet til dette delprosjektet.

Nye veiforbindelser har gitt Voss sjukehus større nærhet til Lærdal sjukehus og delvis også Odda sjukehus. Det henvises til kap 5.6 for drøfting av muligheten for at Voss sjukehus overtar akuttfunksjonen i indremedisin for Lærdal sjukehus.

Det vil være nødvendig med en grundigere prosess internt i foretaket for en mer detaljert tilpasning til en eventuell ny modell. I denne prosessen må det finnes frem til en samlet hensiktsmessig oppgavefordeling mellom sykehusene. I denne prosessen må også nødvendigheten av å opprettholde flere vaktordninger i radiologi innen foretaket vurderes.

Haukeland universitetssjukehus har også vaktordninger innen flere andre spesialiteter. Dette er drøftet nærmere i kapittel 7.

5.6 Helse Førde

Førde sentralsjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 60 304 innbyggere ▪ Sentralsjukehus for ca 107.000 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 241 ▪ Normerte senger: 270
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 698 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 75,4%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 2,3 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 16,3 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Førde – Haukeland: 190 km / 2 t 45 min / ikke oppgitt

Tallmaterialet i tabellen inkluderer også avdelingen i Florø.

Med noen unntak tar Førde sentralsjukehus i mot alle pasienter til endelig behandling og utskrivelse. Kriterier for eventuell overflytting til Haukeland universitetssjukehus er bl.a. akutt PTCA. Typiske pasientgrupper som etter stabilisering ved Førde sentralsjukehus flyttes til Haukeland universitetssjukehus er blant annet multitraume, truende infarkt, fødsler før uke 32 og ryggskader med lammelser. De funksjoner som i dag utføres ved Førde sentralsjukehus tilsvarer nivå 2 modell C slik det er beskrevet i NOU 1998:9. Førde sentralsjukehus har funksjoner som går utover modell C, men har likevel ikke alle andre spesialiteter (jfr definisjon av nivå 3).

Vurdering:

- Førde sentralsjukehus sin vaktberedskap går ut over standarden for modell C på bakgrunn av sykehusets spesialistnivå, men mangler noe vaktberedskap i forhold til standarden på assistentlegenivå
- Førde sentralsjukehus har etablerte vaktordninger og en sengekapasitet som gjør det i stand til å overta akutfunksjoner fra andre sykehus i foretaket
- Det synes som om Førde sentralsjukehus har en tilgjengelig sengekapasitet dersom aktiviteten må økes (jfr den lave beleggprosenten og differansen mellom effektive og normerte senger)

Forslag til fremtidig rolle for Førde sentralsjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Førde sentralsjukehus tar oppgaven som eneste akuttsykehus innen bløtdelskirurgi og ortopedi i Helse Førde
- Førde sentralsjukehus må evt fordele andre oppgaver til Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus og Avd. Florø, samt utnytte hele sin potensielle sengekapasitet for å kunne håndtere disse akutfunksjonene

Førde sentralsjukehus– avdeling Florø	
Antall senger:	▪ Effektive senger: 21 ▪ Normerte senger: 29
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Avgrenset akutttilbud i kirurgi i ukedager (ikke anestesilege på vakt utenom dagtid)
Beleggprosent i 2001:	▪ 67,8%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Ubetydelig antall kirurgiske ø-hjelp-innleggelser ▪ 1,9 ø-hjelp-innleggelser i snitt på medisinsk avdeling i 2001
Avstander til andre sh.:	▪ Florø – Førde: 57 km / 45 min / 62 min* ▪ Florø – Haukeland: 236 km / 3 t 30 min / ikke oppgitt

*Utrykningstid er høyere enn normal kjøretid. Dette kan skyldes forhold diskutert under kap 5.2.

Avdeling Florø har akutfunksjon i indremedisin. I prinsippet er det ingen øyeblikkelig hjelp funksjon innenfor kirurgi, men det er operasjonssykepleier og anestesisykepleier i beredskap døgnet rundt. Kirurg har hjemmevakt på kveld og natt i ukedager, men ikke helgevakt.

Vurdering:

- Avd. Florø fungerer i dag som en relativt selvstendig enhet innenfor Førde sentralsjukehus
- Vaktberedskapen ved Avd. Florø stemmer bra med normen for modell A sykehus
- Avd. Florø har et svært lite befolkningsunderlag
- Avd. Florø har en svært begrenset øyeblikkelig hjelp-funksjon innen kirurgi
- Avd. Florø har i snitt 15 pasienter i sykehuset til enhver tid

Forslag til fremtidig rolle for Avd. Florø basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Avd. Florø gjøres om til et Distriktsmedisinsk senter. Oppgavene defineres nærmere i en dialog mellom Helse Vest RHF/Helse Førde HF/Førde sentralsjukehus og de angjeldende kommuner.

Nordfjord sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 23 111 innbyggere*
Antall senger:	▪ Effektive senger: 52 ▪ Normerte senger: 57
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 316 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 78,6%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,8 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 5,2 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Nordfjord – Førde: 110 km / 1 t 40 min / 1 t 40 min** ▪ Nordfjord – Haukeland: ca 290 km / 4 t 20 min / ikke oppgitt ▪ Nordfjord – Volda: ca 40 km / 45 min / ikke oppgitt

*I samdata er ikke Gloppen kommune med. Inklusive Gloppen er det ca 29.000 innbyggere

**Utrykningstid er høyere enn normal kjøretid. Dette kan skyldes forhold diskutert under kap 5.2.

Nordfjord sjukehus tar i mot de fleste pasienter for endelig behandling og utskrivelse. En del pasientgrupper overflyttes til Haukeland universitetssjukehus/Feiring klinikken/Førde sentralsjukehus etter visse kriterier. De funksjoner som i dag utføres ved Nordfjord sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Vaktberedskapen ved Nordfjord sjukehus har mangler i forhold til det som anbefales i modell C. Dette gjelder særlig på assistentlegenivå innen medisin, anestesi og pediatri
- Nordfjord sjukehus har et svært lavt befolkningsunderlag
- Nordfjord sjukehus har mindre enn 1 ø-hjelp-innleggelse pr døgn med kir-DRG
- Nordfjord sjukehus har i snitt 41 pasienter i sykehuset til enhver tid
- Nordfjord sjukehus sin nærhet til Volda sjukehus gjør det aktuelt å vurdere løsninger for Nordfjord sjukehus i nært samarbeid med Helse Midt Norge RHF

Forslag til fremtidig rolle for Nordfjord sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Nordfjord sjukehus fortsetter som akuttsykehus i indremedisin (modell A)
- Kun elektiv kirurgisk og/eller ortopedisk virksomhet utføres
- Fødeavdelingen omgjøres til fødestue med ca 250 fødsler pr år
- Omgjøring av Nordfjord sjukehus til Distriktsmedisinsk Senter kan også vurderes, men det antas at i dagens situasjon vil dette kreve bygningsmessige utvidelser i Førde. Et samarbeid med Volda sjukehus kan aktualisere denne løsningen.

Lærdal sjukehus	
Befolkningsgrunnlag:	▪ Lokalsykehus for 23 465 innbyggere
Antall senger:	▪ Effektive senger: 47 ▪ Normerte senger: 57
Sykehuset har akutfunksjon innen:	▪ Indremedisin ▪ Bløtdelskirurgi og ortopedi ▪ Fødeavdeling med 270 fødsler i 2001
Beleggprosent i 2001:	▪ 86,7%
Ø-hjelpsopphold:	▪ Kirurgisk DRG: 0,6 ø-hjelp-innleggelser per døgn ▪ Ikke-kirurgisk DRG: 5,6 ø-hjelp-innleggelser per døgn
Avstander til andre sh.:	▪ Lærdal – Førde: 140 km / 2 t / 3 t 15 min* ▪ Lærdal – Haukeland: 210 km / 2 t 50 min / ikke oppgitt ▪ Lærdal – Voss: 105 km / 1 t 25 min / ikke oppgitt

*Utrykningstid er høyere enn normal kjøretid. Dette kan skyldes forhold diskutert under kap 5.2.

Lærdal sjukehus tar i mot de fleste pasienter for endelig behandling og utskrivelse. Diagnoser som blant annet truende infarkt, multitraume, hodeskader, aortaaneurysme og respirasjonsproblemer overføres til Haukeland universitetssjukehus, Feiring eller Førde sentralsjukehus. De funksjoner som i dag utføres ved Lærdal sjukehus tilsvarer nivå 2, modell C, slik det er beskrevet i NOU 1998:9.

Vurdering:

- Vaktberedskapen ved Lærdal sjukehus har mangler i forhold til det som anbefales i modell C. Dette gjelder hovedsakelig på legenivå innen medisin og kirurgi samt i forhold til spesialsykepleiere
- Lærdal sjukehus har et svært lavt befolkningsunderlag
- Lærdal sjukehus har mindre enn 1 ø-hjelp-innleggelse pr døgn med kir-DRG
- Lærdal sjukehus har i snitt 41 pasienter i sykehuset til enhver tid
- Lærdal sjukehus har lang reiseavstand til Førde sentralsjukehus
- Lærdal sjukehus sin relative nærhet til Voss sjukehus gjør det aktuelt å vurdere løsninger for Lærdal sjukehus i nært samarbeid med Helse Bergen HF

Forslag til fremtidig rolle for Lærdal sjukehus basert på foreløpige faglige og økonomiske betraktninger:

- Lærdal sjukehus gjøres om til et Distriktsmedisinsk Senter med fødestue for ca 200 fødsler pr år
- Oppgavene defineres nærmere i en dialog mellom Helse Vest RHF/Helse Førde HF/Førde sentralsjukehus/Helse Bergen HF og de angjeldende kommuner
- Fødende som ikke kan føde på fødestua henvises til Førde sentralsjukehus
- Kirurgiske øyeblikkelig hjelp-pasienter henvises til Førde sentralsjukehus
- Det er tvilsom om sengekapasiteten ved Førde sentralsjukehus er tilstrekkelig til å overta også akuttfunksjonen i indremedisin. Det legges derfor til grunn at de indremedisinske øyeblikkelig hjelp-pasientene henvises til Voss sjukehus.

5.6.1 Oppsummering Helse Førde

Førde sentralsjukehus kan utgjøre stammen i akuttberedskapen i foretaket med vaktordninger og avdelinger innen indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og føde (modell C). Nordfjord sjukehus kan bli akuttstusjukehus innen indremedisin (modell A) samt drive fødestue og elektive virksomhet innen bløtdelskirurgi og/eller ortopedi. Lærdal sjukehus og Avd. Florø gjøres om til Distriktsmedisinsk Sentra.

Også Nordfjord sjukehus kan omgjøres til Distriktsmedisinsk Senter, men det vurderes dit hen at belastningen på sengekapasiteten i Førde sentralsjukehus da kan bli for stor til at dette kan la seg gjennomføre. Et samarbeid med Volda sjukehus kan aktualisere denne løsningen. Begrensninger i sengekapasiteten i Førde sentralsjukehus er også begrunnelsen for at de indre-medisinske øyeblikkelig hjelp-pasientene fra Lærdal sjukehus i første omgang foreslås overflyttet til Voss sjukehus.

For å avhjelpe belastningen på Førde sentralsjukehus, vil det være naturlig at helseforetaket ser nærmere på det høye sykehusforbruket i Sogn og Fjordane. Det vil være nødvendig med en grundigere prosess internt i foretaket for mer detaljert tilpasning til en eventuell ny modell. I denne prosessen må også nødvendigheten av å opprettholde flere vaktordninger i radiologi og pediatri innen foretaket vurderes.

Førde sentralsjukehus har også vaktordninger innen flere andre spesialiteter. Dette er drøftet nærmere i kapittel 7.

6 Økonomiske konsekvenser

Det er i kapittel 4 redegjort for at flere avklaringer må til blant annet når det gjelder funksjonsfordeling av elektive funksjoner før de endelige økonomiske effektene av flytting av akutfunksjonene kan kalkuleres. Det er også redegjort for at det er nødvendig å gå ned i detaljene i hvert enkelt sykehus, før en endelig kalkyle kan settes opp.

Dette er imidlertid ikke til hinder for at det allerede nå er mulig å antyde noe om størrelsesordenen på de økonomiske potensialene som ligger i en omfordeling av akutfunksjonene. Dette er dels belyst ved å se på de kalkulerte potensialene fra andre funksjonsfordelingsprosjekter (jfr kap 4.3), og vil i dette kapittelet bli nærmere belyst ved å kalkulere de økonomiske effektene av de foreslåtte endringene i akutfunksjonene i forrige kapittel. På det nåværende tidspunkt er det nødvendig å ta en rekke forutsetninger for å kunne utføre slike kalkyler.

Kapittel 4 peker også på de utfordringer som knytter seg til realiseringen av slike kalkulerte potensialer.

6.1 Sykehusdriften

Kalkylene legger til grunn de forslag til løsninger som er skissert i kapittel 5. Når det gjelder de forutsetninger som må legges til grunn for kalkylene, er disse samlet i to underkapitler. Det første tar for seg de mer prinsipielle forutsetningene og det andre ser på en del detaljerte forutsetninger som har vært nødvendig for å kunne utføre kalkylene. Etter at forutsetningene er gjennomgått, vil det i kapittel 6.1.3 bli foretatt kalkyler for hvert enkelt sykehus.

6.1.1 Overordnede forutsetninger

- Kostnader som varierer proporsjonalt med pasientvolumet (med, mat osv) tas ikke med i kalkylen
Denne type kostnader blir i det store og hele den samme for Helse Vest, uavhengig av ved hvilket sykehus tjenesteproduksjonen foregår
- Inntektssiden tas ikke med i kalkylen
Den blir den samme for Helse Vest RHF, uavhengig av ved hvilket sykehus tjenesteproduksjonen foregår
- Der det er foreslått en reduksjon i akuttberedskapen, tar kalkylene utgangspunkt i at standarden legges på det nivå som er beskrevet i NOU 1998:9.
På de få områdene der denne standarden ikke er tilstrekkelig detaljert, har det vært nødvendig å gjøre en skjønnsmessig vurdering/definering av standarden.
- Ved overføring av akutfunksjonen fra et sykehus til et annet legges det til grunn av vakt-/beredskapskostnadene (kl 16-08) opphører ved avgivende sykehus og at mottagende sykehus overtar funksjonen uten behov for flere personer i vakt
Dette innebærer at det legges til grunn at all tiden for det vakthavende personalet i perioden kl 16-08 er knyttet til vaktfunksjonen. På den annen

side innebærer tilnærmingen at all tid i perioden 08-16 er knyttet til aktiv tjenesteproduksjon for det vakthavende personalet.

- For de sykehus som kun skal ha elektiv virksomhet innen de kirurgiske fagfelt, er det ikke lagt inn kostnader til vaktordninger for denne funksjonen
For noen sykehus vil denne oppgaven kun omfatte dagkirurgi og poliklinikk, mens andre trolig vil ha behov for innleggelser. For de sistenevnte kan det bli aktuelt med beredskapsordninger for tilsyn med disse pasientene.
- Utover det som fremgår av punktene ovenfor, legges det til grunn at pengene/personalet følger med pasienten over til mottagende sykehus
Dette betyr at det legges til grunn at stordriftsfordelene som ligger i sammenslåingene kun tilsvare de fordelene som eksempelvis Nordfjord sjukehus har i dag i form av effektiv sykehusdrift (Nordfjords kostnadsindeks I var 0,85 i 2001)
- Bygningsmessige tilpasninger som følger av de ulike modellene tas ikke med, ei heller potensialene ved mindre dublering av kostbart utstyr
–Dette forutsetter at foretakene finner en hensiktmessig funksjonsfordeling som utnytter lavt belegg og avviket mellom reelle og effektive senger i enkelte sykehus, øker elektiv virksomhet ved sykehus som mister akutfunksjon osv. (Dette er et av de punktene som i kap 4 er beskrevet som utfordrende å gjennomføre)
–Effekter på utstyrsiden kan først hentes ut i et lengre tidsperspektiv
- Ved overgang til Distriktsmedisinske Sentra forutsettes det at kommunehelsetjenestens allerede etablerte vaktordninger tar ansvar for den akuttmedisinsk beredskap på kveld og natt uten ekstra betaling

Det kan oppsummeres med at den økonomiske nettoeffekten for sykehusdriften utgjøres hovedsakelig av kostnadsreduksjoner som følge av nedleggelse/nedskalering av vaktordninger. Disse potensielle kostnadsreduksjonene må sees i sammenheng med de økte transportkostnadene kalkulert i kap 6.2.

Fødestuer

Der fødeavdelinger er foreslått omgjort til fødestuer i sykehus som opprettholder akutfunksjonen i indremedisin, vil fødestuene ha tilgang til det beredskapsapparat som tilsvare beredskapen for et modell A sykehus i henhold til NOU 1998:9 i tillegg til fødestuas egen bemanning. For Odda og Lærdal som er foreslått omgjort til Distriktsmedisinske Sentra, vil fødestuenes beredskap ivaretas av de vakthavende jordmødre og primærhelsetjenestens allerede etablerte vaktordninger.

Ved omgjøring fra fødeavdeling til fødestue vil det måtte gjøres en streng seleksjon av hvem som skal føde på fødestuene. Denne seleksjonen må basere seg på aksepterte faglige normer. Hvor stort antall fødsler som derved må planlegges overført til nærmeste fødeavdeling vil sannsynligvis variere fra sted til sted avhengig av hvilke seleksjonskriterier som allerede har ligget til grunn for overføringer.

Til grunn for de økonomiske kalkylene velger vi å ta utgangspunkt i at 30 % av fødslene vil måtte planlegges overført fra de fødeavdelingene som er foreslått omgjort til fødestue. Det synes rimelig at dette får bemanningsmessige konsekvenser for det

sykehus som mister 30 % av fødsleene, evt også i noe mindre grad for de som mottar de samme fødsleene. Som nevnt tidligere er det i dette prosjektet ikke hentet inn detaljert informasjon fra hvert av sykehusene og heller ikke ført noen dialog med sykehusene vedrørende dagens bemanningssituasjon.

I det nevnte arbeidet fra Nord-Trøndelag ble de økonomiske effektene av å gå over fra fødeavdeling til fødestue kalkulert. Det ble lagt til grunn en reduksjon i antall fødsler fra 489 til 350 i Namdal. Basert på benchmarking med andre fødestuer, ble det kalkulert en potensiell reduksjon på 13 jordmødre og barnepleiere. Vi har i kalkylene i dette prosjektet lagt til grunn et langt forsiktigere estimat, nemlig en netto bemanningsreduksjon ved hver av overgangene fra fødeavdeling til fødestue på 4 jordmødre/barnepleiere.

Distriktsmedisinsk Senter

Ved overgang til Distriktsmedisinske Senter forutsettes det at kommunehelsetjenestens allerede etablerte vaktordninger tar ansvar for den akuttmedisinsk beredskap på kveld og natt. For øvrig vil de økonomiske effektene av en slik etablering i stor grad avhenge av hvilke funksjoner som etableres i senteret. Det er ikke usannsynlig at det vil kunne etableres et tilbud for enkelte pasientgrupper som i dag ligger i sykehus, men som her vil kunne få et veltilpasset og velfungerende tilbud med en lavere bemanningsfaktor enn i sykehus. Vi velger av forsiktighetsgrunner foreløpig å ikke legge inn noe økonomisk potensiale ved en slik omlegging.

6.1.2 Detaljerte forutsetninger

Informasjon om årlige lønnskostnader er hentet fra NAVO. Følgende gjennomsnittlige timelønn er lagt til grunn:

Stilling	Lønn inkl sos	PUA/FUA pr.mnd	Gjennomsnitt. Timelønn
Sykepleier	361.047		196
Spesialsykepleier	398.178		216
Bioingeniør	345.724		187
Radiograf	351.582		190
Turnuslege	502.371	30	228
Underordnet lege	613.606	19	295
Overleger	800.575	22	380

Lønn inklusive sosiale kostnader inkluderer ulempetillegg, arbeidsgiveravgift og pensjon. Det er forutsatt at arbeidstid er 35,5 timer i uken, 52 uker i året.

Timelønningene som er lagt til grunn er regnet ut på følgende måte:

$Lønn\ inkl\ sos / (35,5 * 52)$

For legene er fast PUA/FUA medregnet i gjennomsnittlig timelønn:

$Lønn\ inkl\ sos / (35,5 * 52) + (30/19/22 * 12)$

Disse timesatsene er lagt til grunn når mulige kostnadsreduksjoner her er kalkulert.

Det kan diskuteres alternative måter å beregne de økonomiske effekter av reduksjoner

i antall legetimer. På den ene siden er det i utgangspunktet de mest kostbare timene (PUA/FUA-timene) som reduseres først. På den annen side er erfaringen at av ulike grunner er det sjelden det i realiteten gjennomføres store reduksjoner i legenes tjenesteplaner. Samlet sett synes derfor den forenklete tilnærming nevnt ovenfor å være rimelig. Potensialene for kostnadsreduksjoner vil være større dersom det tas hensyn til at enkelte sykehus i dag betaler høye rater for innleide leger i såkalte legestafetter fra utlandet.

Kalkulasjonene tar ikke hensyn til at det noen ganger kan bli nødvendig med en større bemanning enn det slike kalkulasjoner kan gi inntrykk av, for at turnusordningene for vaktpersonell ikke skal bli urimelige. Kalkulasjonene tar ikke hensyn til at endringene i vaktordningene kan gi rekrutteringsproblemer som en følge av et eventuelt lavere totalt lønnsnivå for enkelte personellgrupper.

Øvrige forutsetninger:

- Tallmaterialene fra de enkelte sykehus er hentet inn via prosjektgruppens medlemmer fra de enkelte helseforetak. Tallene er ikke kvalitetssikret utover dette
- Ingen kirurgisk vakttid på hverdager fra 16 - 08 og heller ikke i helg i følge norm for modell A (samarbeid med vakthavende på medisin)
- Følgende betaling/vaktordning for bioingeniører er lagt til grunn (i NOU def. som 16 timer tilstede, 8 timer hjemmevakt):
 - Ukedager: tilstedevakt (1 bioing) fra kl. 16 - 24, hjemmevakt fra 24-08, totalt utgjør dette: $8 + (8/4) = 10$ betalte timer per dag
 - Helg (totalt $10 + 13 + 6 = 29$ betalte timer):
 - Fredag - vanlig tilstedevakt frem til 24, hjemmevakt til 08 på lørdag (10 betalte timer)
 - Lørdag: Tilstedevakt for 2 bioing. fra kl. 08 - 12, hjemmevakt resten av lørdagen (1 bioing) (13 betalte timer (8+5))
 - Søndag: Hjemmevakt for 1 bioing. hele dagen frem til 08.00 mandag morgen (6 betalte timer)
- Følgende betaling/vaktordninger for radiografer er lagt til grunn (i NOU def. som 16 timer tilstede, 8 timer hjemmevakt):
 - Ukedager: tilstedevakt (1 radiograf) fra kl. 16 - 24, hjemmevakt fra 24-08, totalt utgjør dette: $8 + (8/4) = 10$ betalte timer per dag
 - Helg (totalt $10 + 9 + 6 = 25$ betalte timer):
 - Fredag - vanlig tilstedevakt frem til 24, hjemmevakt til 08 lørdag (10 betalte timer)
 - Lørdag - tilstedevakt (1 radiograf) fra kl. 08 - 12, hjemmevakt resten av lørdagen (9 betalte timer (4+5))
 - Søndag - hjemmevakt for 1 radiograf hele dagen frem til 08.00 mandag morgen (6 betalte timer)
- Følgende betaling/vaktordning for anestesisykepleier er lagt til grunn (i NOU def. som 24 timer tilstede vakt):
 - Ukedager: Aktiv fra 16 - 24 (8 timer) Passiv fra 24 - 08 ($1:3 = 2,6$ timer), totalt utgjør dette: $8 + (8/3) = 10,6$ betalte timer per dag
 - Helg (totalt $10,6 + (8 + 5,3) + (8 + 5,3) = 37,2$ betalte timer per helg):
 - Fredag - samme som hverdag
 - Lørdag - Aktiv vakt 08 - 16 (8 betalte timer), passiv fra 16 - 08 ($1:3 = 5,3$ betalte timer)

- Søndag - Aktiv vakt 08 - 16 (8 betalte timer), passiv fra 16 - 08 (1:3 = 5,3 betalte timer)
- Det er ikke lagt til utrykningstillegg for noen av vaktene
- For reduksjon i jordmor/barnepleierstillinger er gjennomsnittelig sykepleielønn lagt til grunn
- Telemedisinsk service forutsettes tilgjengelig 24 timer/døgnet

6.1.3 Kalkyle pr sykehus

Tabellene nedenfor viser antall vakttimer pr år/pr yrkesgruppe som de ulike sykehusene kan redusere dersom de foreslåtte endringer i akuttfunksjonene gjennomføres og bemanningsnormen legges på det nivå som fremgår av NOU 1998:9. Kolonnen til høyre i tabellen viser reduserte lønnskostnader relatert til vaktberedskap per fagområde. Timer/kostnader med negativt fortegn betyr at sykehusene må oppjustere vaktordningene sine for å komme på nivå med den angitte normen. Kalkylene bygger på de forutsetningene som er gjennomgått tidligere i kapitlet.

En samlet oppstilling for alle sykehusene i Helse Vest fremgår av kapittel 6.4.

Helse Fonna – Stord sjukehus

Det er foreslått at Stord sjukehus skal ivareta akuttfunksjon i indremedisin og således følge vaktstandard for modell A sykehus jfr beskrivelse i NOU 1998:9, samt at fødeavdelingen omgjøres til fødestue.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin		2.522					743.990
Kirurgi	4.394	2.314	2.211				2.524.460
Anestesi			2.500				949.863
Operasjon				8.372			1.808.352
Gynekologi			2.171				824.980
Lab - og transfusjonss.					2.158		403.546
Røntgen			kr. 24 000			-208	-15.520
Sum							7.239.671
Lønnsreduksjon ved overgang til fødestue							1.444.188
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR STORD:							8.683.859

Totalt vil Stord kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med 7,2 millioner dersom akuttfunksjonen i kirurgi fjernes og fødeavdelingen gjøres om til fødestue. I tillegg vil det ved å gjøre om fødeavdeling til fødestue kunne fjernes 4 jordmor/barnepleier stillinger. Dette tilsvarer (361 047 * 4) ca 1,4 millioner kroner. Totalt for Stord vil foreslåtte endringer tilsvare en lønnsreduksjon på ca 8,7 mill. kroner.

Helse Fonna – Odda sjukehus

Odda sjukehus er foreslått omgjort til et Distriktsmedisinsk Senter. Denne modellen krever ingen vaktberedskap på spesialsykepleier- eller spesialistlegenivå.

Fødeavdelingen ved Odda er allerede omgjort til fødestue og det forutsettes at økonomiske gevinster ved denne endringen allerede er tatt ut.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl.	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin	4.160		1.976				1.699.360
Kirurgi			1.898				721.240
Anestesi			1.456	1.227			818.355
Operasjon				2.454			530.150
Lab - og transfusjonss.					3.276		612.612
Røntgen						1.248	237.120
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR ODDA							4.618.838

Totalt vil Odda kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med ca 4,6 millioner kroner dersom vaktordningene på lege- og spesialsykepleiernivå tas bort i forbindelse med etablering av et Distriktsmedisinsk Senter.

Helse Førde – Nordfjord sjukehus

Det er foreslått at Nordfjord sjukehus skal ivareta akuttfunksjon i indremedisin og således følge vaktstandard for modell A sykehus, jfr beskrivelse i NOU 1998:9, samt at fødeavdelingen omgjøres til fødestue.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl.	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin		473					139.594
Kirurgi		473	2.736				1.179.168
Anestesi			2.912				1.106.560
Operasjon				6.625			1.430.957
Gynekologi			1.997				758.784
Lab - og transfusjonss.					533		99.671
Røntgen			260			-1.170	-123.500
Sum							4.591.233
Lønnsreduksjon ved overgang til fødestue							1.444.188
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR NORDFJORD:							6.035.421

Totalt vil Nordfjord sjukehus kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med ca 4,6 millioner kroner dersom akuttfunksjonen i kirurgi fjernes og fødeavdelingen omgjøres til fødestue. I tillegg vil det ved å gjøre om fødeavdeling til fødestue kunne fjernes 4 jordmor/barnepleie stillinger. Dette tilsvarer (361 047 * 4) ca 1,4 millioner kroner. Totalt for Nordfjord sjukehus vil foreslåtte endringer tilsvare en lønnsreduksjon på ca 6 mill. kroner.

Helse Førde – Lærdal sjukehus

Lærdal sjukehus er foreslått omgjort til et Distriktsmedisinsk Senter. Denne modellen krever ingen vaktberedskap på spesialsykepleier- eller spesialistlegenivå.

Fødeavdelingen ved Lærdal er foreslått omgjort til fødestue.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl.	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin			1.664				632.320
Kirurgi	6.656		1.664				2.149.888
Anestesi			1.664	2.218			1.111.365
Operasjon				2.149			464.219
Gynekologi			1.664				632.320
Lab - og transfusjonss.					4.160		777.920
Røntgen			1.664			2.015	1.015.170
Sum							6.783.201
Lønnsreduksjon ved overgang til fødestue							1.444.188
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR LÆRDAL:							8.227.389

Totalt vil Lærdal kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med ca 6,8 millioner kroner dersom all vaktberedskap på lege- og spesialsykepleier nivå samt vaktberedskap innen støttefunksjoner som laboratorium og radiologi fjernes. I tillegg vil det ved å gjøre om fødeavdeling til fødestue kunne fjernes 4 jordmor/barnepleiestillinger. Dette tilsvarer (361 047 * 4) ca 1,4 millioner kroner. Totalt for Lærdal vil foreslåtte endringer tilsvare en lønnsreduksjon på ca 8,2 mill. kroner.

Helse Førde – Førde sentralsjukehus, avdeling Florø

Florø er i dag en avdeling under Førde med akuttfunksjon innen indremedisin og delvis akuttfunksjon i kirurgi. Florø er foreslått omgjort til et Distriktsmedisinsk Senter. Denne modellen krever ingen vaktberedskap på spesialsykepleier- eller legenivå.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl.	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin	2.205		1.664				1.135.014
Kirurgi			1.664				632.320
Anestesi				1.934			417.830
Operasjon				1.664			359.424
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR FLORØ:							2.544.589

Totalt vil Florø kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med ca 2,5 millioner kroner dersom vaktordningene på lege- og spesialsykepleiernivå tas bort i forbindelse med etablering av et Distriktsmedisinsk Senter.

Helse Bergen – Voss sjukehus

Det er foreslått at Voss sjukehus skal ivareta akuttfunksjon i indremedisin og således følge vaktstandard for modell A sykehus jfr beskrivelse i NOU 1998:9, samt at fødeavdelingen omgjøres til fødestue.

	Antall vakttimer per år						Reduserte lønns-kost. per fagomr.
	Turnuskan.	Ass.lege	Overlege	Spesialspl.	Bioing.	Radiograf	
Gjennomsn. timepriser:	228	295	380	216	187	190	
Fagområde:							
Indremedisin		1.453					428.561
Kirurgi		1.271	2.542				1.340.641
Anestesi			2.308				876.850
Operasjon				7.037			1.520.094
Gynekologi			2.191				832.390
Lab - og transfusjonss.					-510		-95.295
Røntgen (radiolog = kroner)			28.000			-1.258	-211.096
Sum							4.692.145
Lønnsreduksjon ved overgang til fødestue							1.444.188
TOTAL LØNNSREDUKSJON FOR VOSS:							6.136.333

Totalt vil Voss sjukehus kunne redusere lønnskostnader relatert til vaktberedskap med ca 4,7 millioner dersom akuttfunksjonen i kirurgi fjernes og fødeavdelingen omgjøres til fødestue. I tillegg vil det ved å gjøre om fødeavdeling til fødestue kunne fjernes 4 jordmor/barnepleiestillinger. Dette tilsvarer (361 047 * 4) ca 1,4 millioner kroner. Totalt for Voss vil foreslåtte endringer tilsvare en lønnsreduksjon på ca 6,1 mill. kroner.

I kapittel 6.4 gjøres en samlet oppsummering av alle sykehusene.

6.2 Ambulansetransporter

6.2.1 Innledning

Den foreslåtte endring i fordeling av akuttfunksjonene vil medføre behov for flere ambulansetransporter. Også her vil det være riktig å legge marginalkostnadsbetraktninger til grunn. For det første må det avklares hvor mange flere transporter som blir nødvendig og deretter kalkulere kostnaden knyttet til denne økningen. Det legges til grunn at Helse Vest RHF forsøker å finne en løsning som begrenser kostnaden i størst mulig grad ved å søke etter løsninger som innebærer en optimal flåtestyring av døgn-, dag-, reserve- og suppleringsambulanser samt luftambulansen.

En slik styring representerer en stor utfordring. Både akutte og planlagte transporter må koordineres. Bare i Sogn og Fjordane er det 21 ulike ambulanseoperatører. I tillegg forutsettes det at styringen ser bort fra fylkesgrensene både innen Helse Vest og i forhold til nabofylkene både når det gjelder hensiktsmessige transportløsninger og beredskapsordninger. Samtidig med den daglige koordineringen av transportene må oppmerksomheten også rettes mot ivaretagelse av beredskapen for den resterende del av befolkningen.

I praksis er det flere forhold som gjør at kjørebehovet er vanskelig å estimere. For noen vil avstanden til det nye akuttssykehuset i praksis være uvesentlig lenger enn til det opprinnelige akuttssykehuset. Noen kjører egen bil eller drosje. I mange situasjoner vil det være mulig for ambulanspersonellet å kombinere en slik utrykning med planlagte transporter.

Det vil også være andre forhold som gjør at kjørebehovet kan bli større. De sykehusene som mister akutfunksjoner vil få overført andre oppgaver som eventuelt vil kunne kreve ambulansetransport. Det er også mulig at disse vil få tilbakeført pasienter tidlig etter den første behandling på akuttsykehuset.

Før det er mulig endelig å kalkulere de økonomiske konsekvenser for ambulansetjenesten, vil det være nødvendig med en ytterligere spesifisering av hvilke pasienter som skal flyttes, hvor de bor og således hvilke av ambulanseoperatørene som vil bli berørt. Det er grunn til å anta at for noen av ambulanseområdene vil økningen i oppdragsmengden være begrenset og dagens kapasitet tilstrekkelig til at kostnadsøkningene knyttet til endringene av akutfunksjonene blir marginale. For andre ambulanseområder kan oppdragsmengden bli vesentlig større og dersom kapasiteten allerede i dag er maksimalt utnyttet, vil kostnadsøkningen kunne bli betydelig.

Det vil således være behov for et omfattende arbeid for å komme frem til mer presise tall for kostnadsøkningen i ambulansetjenesten. For drøftingen i dette notat vil det imidlertid være ønskelig å få et begrep om størrelsesordenen på denne kostnadsøkningen. Det er derfor tatt en rekke diskutabile forutsetninger for å komme frem til en foreløpig kalkyle.

6.2.2 Kalkulasjoner

Ved omgjøring fra fødeavdeling til fødestue legges det til grunn at 30 % av fødslene overføres fra området med fødestuen til nærmeste fødeavdeling. Overførselen er begrunnet med seleksjonskriteriene for bruk av fødestue. Det tas utgangspunkt i fødselstallene fra 2001. Av disse overførslene legges det til grunn at halvparten trenger ambulansetransport, selv om erfaringene fra årets omlegging fra fødeavdeling til fødestue i Odda, tilsier at økningen i transportoppdrag er ubetydelig. Kilometeravstanden mellom fødestue og fødeavdeling tur og retur legges til grunn.

Ved nedleggelse av akutfunksjonen i kirurgi legges det til grunn at antall pasienter som overføres fra området som avgir akutfunksjonen til sykehuset som overtar akutfunksjonen, tilsvarer alle pasienter med opphold kodet som øyeblikkelig hjelp med kirurgisk DRG. Tallene fra første tertial 2002 legges til grunn. Kilometeravstanden mellom sykehuset som avgir funksjonen og sykehuset som mottar funksjonen tur og retur legges til grunn.

Som en konsekvens av kodesystemet er dette tallet noe lavere enn det antall som i dag er innlagt som øyeblikkelig hjelp i kirurgisk avdeling i det sykehus som avgir akutfunksjonen (jfr kap 5.1). Siden disse sykehusene opprettholder akutfunksjonen i indremedisin, er det rimelig å anta at pasienter i grenseland medisin/kirurgi blir innlagt i medisinsk avdeling for å spare pasienten for transporten. Det er også sannsynlig at enkle bruddskader som trenger operasjon kan bli liggende i medisinsk avdeling og få operativ behandling av det dagkirurgiske teamet den påfølgende dagen.

Ved nedleggelse av akutfunksjonen i indremedisin, det vil si overgang til Distriktsmedisinsk Senter, legges det til grunn at antall pasienter som overføres fra

området som avgir akuttfunksjonen til sykehuset som overtar akuttfunksjonen, tilsvarer 50 % av alle pasienter med opphold kodet som øyeblikkelig hjelp med ikke-kirurgisk DRG. For kalkulasjonenes del har det vært nødvendig å legge til grunn et konkret prosent-tall til tross for den betydelige usikkerheten. I neste avsnitt er det redegjort kort for hvorfor det akkurat er valgt å legge denne tallstørrelsen til grunn. Tallene fra første tertial 2002 legges til grunn. Kilometeravstanden mellom sykehuset som avgir funksjonen og sykehuset som mottar funksjonen tur og retur legges til grunn.

Bakgrunnen for at det er foreslått at kun 50 % av dagens pasienter trenger transport til annet sykehus, er de mange muligheter som ligger i utviklingen av de Distriktsmedisinske Sentra og samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sentrene kan utformes til å ta hånd om en betydelig del av de pasienter som i dag legges inn i indremedisinske avdelinger. I tillegg finnes det arbeider som konkluderer med at et betydelig antall innleggelser i indremedisinske avdelinger kunne vært unngått dersom samarbeidet med primærhelsetjenesten hadde fungert bedre. Et velfungerende poliklinisk tilbud fra spesialisthelsetjenestens side kan bidra til dette. Bostedsområdene i Odda, Lærdal og Florø har i dag et relativt stort sykehusforbruk som det kan være rimelig å se nærmere på i en slik prosess. Økningen i antall kilometer kan oppsummeres i følgende tabell:

Helse Fonna	
Odda til Haugesund	
Antall km x 2	272
Pasienter til innleggelse	957
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>260.304</i>
Stord til Haugesund	
Antall km x 2	118
Pasienter til innleggelse	351
Fødsler (15% av 556)	84
Totalt antall transporter	435
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>51.330</i>
Helse Førde	
Nordfjord til Førde	
Antall km x 2	220
Pasienter til innleggelse	294
Fødsler (15% av 316)	48
Totalt antall transporter	342
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>75.240</i>
Lærdal til Førde (ø.hj.kir + fødende)	
Antall km x 2	280
Pasienter til innleggelse	234
Fødsler (15% av 270)	41
Totalt antall transporter	275
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>76.860</i>
Lærdal til Voss (ø.hj.indremed)	
Antall km x 2	210
Pasienter til innleggelse	1.023
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>214.830</i>
Florø til Førde	
Antall km x 2	114
Pasienter til innleggelse	347
<i>Totalt antall km for transportene</i>	<i>39.558</i>

Helse Bergen	
Voss til Bergen	
Antall km x 2	190
Pasienter til innleggelse	321
Fødsler (15% av 306)	46
Totalt antall transporter	367
Totalt antall km for transportene	69.730
Total økning i antall kilometer	787.852

Når det gjelder kostnadene som en følge av økningen i antall kjørte kilometer, velger vi å legge til grunn en fast kostnad pr kjørte kilometer. Det finnes ingen norm for dette, men for kalkulasjonenes del er det nødvendig å ta utgangspunkt i et eller annet tall. Av grunner nevnt nedenfor har vi skjønnsmessig valgt å legge til grunn en kostnad på kr 25 pr kjørte kilometer for den økte kjørelengden.

Prosjektet har hatt tilgang til følgende tall som grunnlag for denne antagelsen:

- Kostnad pr km i budsjett 2003 for Ambulansetjenesten i Sogn og Fjordane er på kr 36 pr km. Beløpet inneholder både lønn, kilometerkostnader og avskrivninger.
- I et tidligere nevnt arbeid omkring fødestuer i Nord-Trøndelag er det lagt til grunn en sats på kr 15 pr km for ekstra kjørte kilometer for ambulansene i 2001. Det ble lagt til grunn at transportøkningen ikke ville by på kapasitetsproblemer.
- I kalkylemodellen for budsjetteringen i Sogn og Fjordane ligger det inne en faktor for økningen i bemanning og driftskostnader over en viss kjørelengde. Pr økt kilometer ligger det kalkulerde beløpet på ca kr 20 pr km.
- I et arbeid fra Ambulansetjenesten som leveres ca 30. november, er det kalkulert en gjennomsnittelig kostnadsøkning på ca kr 30 pr kilometer for en del definerte endringer i oppgavefordelingen. Hoveddelen av materialet knytter seg til en konkret økning i oppdragsmengden knyttet til ett bostedsområde. Her er den kalkulerde kostnadsøkningen på ca kr 24 pr kilometer.

Med utgangspunkt i en kostnad pr nye kilometer på kr 25 og behov for en økning på 787.852 km pr år, kan den samlede kostnadsøkning kalkuleres til ca 19,7 millioner kroner. Det minnes igjen om at det har vært nødvendig å legge flere forutsetninger til grunn for et slikt tall, og den usikkerheten som følger av dette. Beløpet må således sees på som et samlet estimat for regionen og er ikke egnet for nedbrytning på det enkelte foretak.

Det er i kalkulasjonene ikke tatt hensyn til at noen av transportene trolig vil bli utført av luftambulans eller redningshelikopter. Luftambulansen betales i dag av Helse Vest RHF. Ordningen betales i utgangspunktet med et fast årlig beløp uavhengig av antall oppdrag. I tillegg betales kr 3.200 pr time. De gangene Sea King redningshelikopter anvendes, blir det fakturert kr 25.000 pr time. Dette betales av Sosial- og helsedirektoratet.

Det er sannsynlig at både pasienter og pårørendes egne transportkostnader vil øke. Det samme vil trolig Helse Vest RHF's kostnader til transport av personalet. Også Rikstrykdeverket får trolig økte kostnader ved drosjetransporter til polikliniske

undersøkelser. Slike kostnader er ikke med i kalkylene, og vil heller ikke kunne kalkuleres før den endelig funksjonsfordeling av pasienter er avklart.

6.3 Oppgradering til NOU 1998:9 standard

Kartleggingen av vaktordningene ved sykehusene i Helse Vest (jfr kap 3) viser at flere av sykehusene har lavere beredskap enn det som er anbefalt i NOU 1998:9. Dersom sykehusene i Helse Vest skal beholde akuttfunksjonene de har per i dag, vil det være nødvendig å vurdere en oppgradering av vaktordningene slik at de samsvarer bedre med angitt norm. Dette kapittelet omhandler hva oppgradering til normen i NOU 1998:9 vil koste for Helse Vest totalt.

Følgende sykehus har avvik fra vaktberedskapsnormen angitt i NOU 1998:9:

- Stord sjukehus
- Odda sjukehus
- Voss sjukehus
- Nordfjord sjukehus
- Lærdal sjukehus

Det er utarbeidet 2 modeller for hvert sykehus. Nærmere forklaring følger nedenfor.

Modell 1 viser oppjustering til norm før nye utdanningsmodeller for kirurgiske spesialiteter er gjennomført. Dette vil si at vaktsjiktene kan utgjøres av enten ortopeder/spesialister i generell kirurgi, som utelukkende arbeider med ortopedi på dagtid, eller mage-tarmkirurger/spesialister i generell kirurgi som utelukkende arbeider med bløtdelskirurgi på dagtid. Det vil si at overlege i vakt for ortopedi og bløtdelskirurgi kan være en og samme person.

Modell 2 viser oppjustering til norm etter nye utdanningsmodeller der ortopedi er en egen hovedspesialitet. Fra faglig hold blir det poengtert at ortopedi er blitt en egen hovedspesialitet og at det derfor bare er et tidsspørsmål før en må ha separate bakvakter på overlegenivå innenfor både ortopedi og bløtdelskirurgi.³

Forutsetninger:

- Det er i NOU 1998:9 oppgitt turnuskandidat i 24 timers tilstedevakt i tillegg til assistentleger i 24 timers tilstedevakt for indremedisin. Det er ikke lagt inn turnuskandidat i kalkylene der dette ikke allerede er tilfelle i dag. Turnuskandidat er imidlertid ikke trukket ut av vaktordningen der dette allerede er en del av dagens vaktordning. Dette kunne vært gjort, men er vurdert vanskelig i praksis forhold til den opplæringssituasjon de er i
- Det er i NOU 1998:9 oppgitt hva som kreves av tilstedevakt og hjemnevakt. Det er imidlertid ikke angitt hva som kreves av aktiv og passiv tilstedevakt og dermed ikke hvor mange betalte timer hvert vaktsjikt utgjør. Det har derfor vært nødvendig å forutsette antall betalte timer for hver kategori. Disse følger under.
- Følgende betalte timer/vaktordning for det som i NOUen er definert som 24-timers tilstedevakt for lege kategorier:

³ Normøre og Romsdal HF, Samlet plan – driftsøkonomiske konsekvenser. Delrapport, side 19

- o *Ukedag: aktiv vakt fra 16 - 24 betalt time for time (8 timer), fra 24-08 passiv vakt med betalt hver tredje time (2,6 timer).
Totalt utgjør dette: $8 + 2,6 = 10,6$ betalte timer hver dag*
- o *Helg (totalt: $10,6 + 10,6 + 10,6 = 31,8$ betalte timer)*
 - *Fredag - aktiv vakt fra 16 - 24 betalt timer for time (8 timer), fra 24 - 08 passiv vakt betalt hver tredje time (2,6 timer) = 10,6 timer*
 - *Lørdag - aktiv vakt fra 08 - 12 betalt time for time (4 timer), fra 12 - 08 passiv vakt med betalt hver tredje time (6,6 timer) = 10,6 timer*
 - *Søndag - aktiv vakt fra 08 - 12 betalt time for time (4 timer), fra 12 - 08 passiv vakt med betalt hver tredje time (6,6 timer) = 10,6 timer*
- *Følgende betalte timer/vaktordning for det som i NOU defineres for 8 timer tilstedevakt og 16 timer hjemmevakt:*
 - o *Ukedag: 8 timer tilstedevakt er dagtid og regnes ikke med i vaktordningen. 16 timer hjemmevakt er betalt hver 4 time og utgjør 4 timer.*
 - o *Helg: Hjemmevakt fra 16 på fredag til 08 på mandag med betalt hver 4 time. Dette utgjør 16 betalte timer per helg*
- *Følgende betalte timer/vaktordninger for det som i NOU defineres som 16 timer tilstedevakt for ass.leger (kirurgi):*
 - o *Ukedag: aktiv vakt fra 16 - 24 med betalt hver time. Dette utgjør 8 betalte timer per vakt i ukedag*
 - o *Helg (totalt $8 + 16 = 24$ betalte timer per helg):*
 - *Fredag - aktiv vakt fra 16 - 24 betalt timer for time (8 timer)*
 - *Lørdag/søndag: aktiv vakt fra 08 - 16 lørdag og søndag (16 betalte timer). Ingen hjemmevakt. (Dekkes av overlege). Dette er en ren antakelse (ingen av sykehusene per i dag har denne vaktordningen med 16 timer tilstedevakt og det har derfor ikke vært mulig å sjekke hva normalt antall betalte timer vil utgjøre)*
- *Følgende betaling/vaktordning for anestesisykepleier er lagt til grunn (i NOU def. som 24 timer tilstedevakt):*
 - o *Ukedager: Aktiv fra 16 - 24 (8 timer) Passiv fra 24 - 08 ($1:3 = 2,6$ timer). Totalt utgjør dette: $8 + (8/3) = 10,6$ betalte timer per dag*
 - o *Helg (totalt $10,6 + (8 + 5,3) + (8 + 5,3) = 37,2$ betalte timer per helg)*
 - *Fredag - samme som hverdag*
 - *Lørdag - Aktiv vakt 08 - 16 (8 betalte timer), passiv fra 16 - 08 ($1:3 = 5,3$ betalte timer)*
 - *Søndag - Aktiv vakt 08 - 16 (8 betalte timer), passiv fra 16 - 08 ($1:3 = 5,3$ betalte timer)*
- *Følgende betalte timer/vaktordning for operasjonssykepleiere er lagt til grunn (i NOU def. Som 24 timers tilstedevakt):*
 - o *Ukedager: Aktiv fra 16 - 24 (8 timer) Passiv fra 24 - 08 ($1:3 = 2,6$ timer). Totalt utgjør dette: $8 + 2,6 = 10,6$ betalte timer per dag*
 - o *Helg (totalt $10,6 + 16 = 26,6$ betalte timer):*
 - *Fredag - samme som hverdag*
 - *Lørdag og søndag - passiv vakt fra 08 lørdag til 08 mandag med betalt hver 3 time ($48:3 = 16$ timer)*

- o *I forutsetningene bare lagt til grunn at det er bare er en operasjonssykepleier på vakt*
- Følgende betalte timer/vaktordning for bioingeniører er lagt til grunn (i NOU def. som 16 timer tilstede, 8 timer hjemmevakt):
 - o *Ukedager: tilstedevakt (1 bioing) fra kl. 16 - 24, hjemmevakt fra 24 – 08. Totalt utgjør dette: $8 + (8/4) = 10$ betalte timer per dag*
 - o *Helg (totalt $10 + 13 + 6 = : 29$ betalte timer):*
 - *Fredag - vanlig tilstedevakt frem til 24, hjemmevakt til 08 på lørdag (10 betalte timer)*
 - *Lørdag: Tilstedevakt for 2 bioing. fra kl. 08 - 12, hjemmevakt resten av lørdagen (1 bioing) (13 betalte timer (8+5))*
 - *Søndag: Hjemmevakt for 1 bioing. hele dagen frem til 08.00 mandag morgen (6 betalte timer)*
- Følgende betalte timer/vaktordninger for radiografer er lagt til grunn (i NOU def. som 16 timer tilstede, 8 timer hjemmevakt):
 - o *Ukedager: tilstedevakt (1 radiograf) fra kl. 16 - 24, hjemmevakt fra 24 – 08. Totalt utgjør dette: $8 + (8/4) = 10$ betalte timer per dag*
 - o *Helg (totalt $10 + 9 + 6 = : 25$ betalte timer):*
 - *Fredag - vanlig tilstedevakt frem til 24, hjemmevakt til 08 lørdag (10 betalte timer)*
 - *Lørdag - tilstedevakt (1 radiograf) fra kl. 08 - 12, hjemmevakt resten av lørdagen (9 betalte timer (4+5))*
 - *Søndag - hjemmevakt for 1 radiograf hele dagen frem til 08.00 mandag morgen (6 betalte timer)*
- For vakter der sykehusene har dekket normen, men med andre antall betalte timer er dette naturlig nok ikke tatt med
- Det er her ikke kalkulert hva merkostnader for dagtid vil utgjøre. (Eksempelvis mangler kardiolog 8 timer dagtid ved flere av sykehusene)
- Der sykehusene har utvidet vaktordning i forhold til norm er dette trukket fra for hverdager (time for time, selv om det ikke nødvendigvis er aktiv vakt).
- Der sykehusene har lavere aktiv vakt (og flere timer hjemmevakt) enn norm er timer for dette lagt til
- For de sykehus der turnuskandidat/assistentlege både dekker indremedisin og kirurgi er denne vaktberedskapen ikke doblet
- Det er naturlig å anta at dagens antall betalte timer for eksisterende vaktordninger kan justeres noe ned når vaktordningen generelt økes for å samsvare med norm. Dette er det ikke tatt hensyn til i kalkylene.
- Førde sentralsjukehus, avdeling Florø, forutsettes å fortsette som et modell A sykehus noe dagens vaktordning samsvarer med

Modellene viser gjennomsnittlig timelønn for de ulike kategorier, totalt antall timer i året som avviker i forhold til norm (NOU 1999:8) og hvor mye kostnader dette vil utgjøre for Helse Vest. I de tilfeller det er angitt negativt fortegn betyr det at denne kategorien kan nedjusteres i forhold til normen. Det henvises til vedlegg 9.8. for en fullstendig og detaljert oversikt over avvik og forutsetninger på sykehusnivå.

Modell 1 Oppjustering til norm NOU 1998:9, dog uten både ortoped og bløtdelskirurg i vaktberedskap på overlegenivå

Fagområde	Gj.snitt timepris	Totalt avvik i timer i året	Kost. ved oppgradering
Indremedisin			
Turnuskandidat	228	0	0,0
Ass.lege	295	13228,8	3.902.496,0
Indremedisiner	380	-832	-316.160,0
Kardiolog*	380	0	0,0
Kirurgi			
Turnuskandidat	228	0	0,0
Ass.lege	295	7862,4	2.319.408,0
Overlege	380	-1456	-553.280,0
Anestesi			
Ass.lege	295	19292	5.691.140,0
Anestesiolog	380	-1664	-632.320,0
Anestesispl.	216	4841,2	1.045.699,2
Operasjon			
Operasjonsspl.	216	3302	713.232,0
Gynekologi			
Ass.lege	295	15433,6	4.552.912,0
Gynekolog	380	-728	-276.640,0
Laboratorie			
Bioingeniør	187	1508	281.996,0
Radiologi			
Radiolog	380	1248	474.240,0
Radiograf	190	5291	1.005.290,0
Totale kostnader		67327	18.208.013,2

Modellen viser at oppjustering til norm NOU 1998:9, dog uten både ortoped og bløtdelskirurg i vaktberedskap på overlegenivå, vil koste Helse Vest ca 18,2 millioner kroner årlig.

Modell 2 Oppjustering til norm NOU 1998:9 etter ny utdanningsmodell der ortopedi er en egen hovedspesialitet (krever egen overlege innen ortopedi på overlegenivå i vaktberedskap)

Totale kostnader ved Modell 1	18.208.013
Økte kostnader ved overlege ortopedi + bløtdelskir.	3.161.600
Total kostnad ved modell 2	21.369.613

Modellen viser at oppjustering til norm NOU 1998:9 etter ny utdanningsmodell der ortopedi er en egen hovedspesialitet vil koste Helse Vest ca 21,4 millioner kroner årlig. (For fullstendig utregning se vedlegg 9.8)

6.4 Oppsummering økonomiske kalkyler

De kalkulerte økonomiske effektene av de foreslåtte endringene i fordeling av akutfunksjonene slik det er fremstilt i kap 6.2, kan oppsummeres som følger:

Sykehus	Red. kostnader	Økte kostnader
Stord	8.683.859	
Odda	4.618.838	
Nordfjord	6.035.421	
Lærdal	8.227.389	
Florø	2.544.589	
Voss	6.136.661	
Økte transportutgifter		19.700.000
Sum	36.246.757	19.700.000
Samlet kostnadsreduksjon:	16.546.757	

Dette innebærer altså at ved omlegging av akutfunksjonene slik som foreslått, ligger det potensialer til frigjøring av økonomiske midler i størrelsesorden 16,5 millioner kroner. Dette betyr at tid bundet i beredskapsordninger er redusert for å gi plass til økt fokus på pasientbehandling, forskning og undervisning.

Det ligger mange forutsetninger til grunn for disse kalkylene. Dersom forutsetningene ikke holder, kan det bety at potensialene kan bli både større og mindre. Dette kan variere fra sykehus til sykehus.

Områder med størst sannsynlighet for at de økonomiske potensialene er større enn kalkulert:

- Det er ikke lagt inn stordriftsfordeler ved de sykehus som overtar akutfunksjoner
- Ved reduksjon i legetimer er det ikke kalkulert med timesatser som tilsvarer de kostbare legestafett-ordningene som er etablert flere steder
- Det er ikke kalkulert med reduserte driftskostnader ved overgang til Distriktsmedisinsk Senter
- Det er ikke kalkulert med reduserte kostnader knyttet til utrykning på vakt

Områder med størst sannsynlighet for at de økonomiske potensialene er mindre enn kalkulert:

- Noe av de kalkulerte reduksjonene i vakttid etter kl 16 kan i dag være knyttet til elektive funksjoner
- Det er ikke kalkulert inn ny vaktordning for de sykehusene som får rene elektive bløtdelskirurgiske og ortopediske funksjoner
- Det er ikke tatt hensyn til at det noen ganger er nødvendig å opprettholde flere timer for å få etablert akseptable turnusordninger

Etter en samlet vurdering av forutsetningene vil de kalkulerte potensialene etter Helse Vest RHF's vurdering, utgjøre et svært forsiktig estimat av de potensielle kostnadsreduksjonene. Sannsynligvis vil også her organisasjonenes gjennomføringsevne bli avgjørende for det økonomiske sluttresultatet.

Det er også slik at det vil ta en viss tid å få gjennomført en omstilling av det omfang som her er foreslått. Det kan således ta tid å hente ut de kalkulerte potensialene. Kalkylene tar heller ikke hensyn til at det i en overgangsfase kan komme kostnadsøkninger i form av såkalte omstillingskostnader.

Helse Vest RHF finner det lite tilfredsstillende at dagens vaktordninger i sykehusene ikke er i samsvar med normene i NOU 1998:9. Helse Vest RHF har derfor valget mellom å gå i den retning som de foreliggende forslag til fordeling av akuttfunksjonene indikerer eller å beholde dagens funksjonsfordeling med en oppgradering av vaktordningene for å tilfredsstille normen i NOU 1998:9. Som det fremgår av kap 6.3 er kostnadene ved en slik oppgradering kalkulert til i størrelsesorden 20 millioner kroner.

Den sistnevnte løsningen innebærer at ytterligere midler må bindes i vakt- og beredskapsordninger på bekostning av resurser til annen pasientbehandling, forskning og undervisning. Dette er en utvikling i strid med nasjonale føringer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og kan ikke anbefales av Helse Vest RHF. Den økonomiske forskjellen mellom Helse Vests alternative veivalg er betydelig, og det regionale helseforetaket er av den oppfatning at befolkningen i Helseregion Vest er best tjent med de løsninger og prioriteringer som fremgår av de foreslåtte endringene i fordeling av akuttfunksjonene.

Helse Vest RHF har betydelige økonomiske utfordringer i tiden fremover og en rekke økonomiske tiltak vil måtte iverksettes; tiltak som ikke minst vil omfatte de store sykehusene i regionen. De økonomiske potensialene ved omfordeling av akuttfunksjonene har en størrelse som gjør at de i begrenset grad kan bidra til løsning av det regionale helseforetaks økonomiske problemer.

Dersom det blir nødvendig å finne ytterligere økonomiske potensialer ved funksjonsfordelinger, kommer Helse Vest RHF neppe utenom å måtte vurdere å nedlegge spesialisthelsetjenesten på noen av dagens tjenestesteder.

7 Forslag til samordning av regionale akutfunksjoner

I de forrige kapitlene var hovedfokuset på vaktordningene innen helseforetakene. Når det gjelder oppgavefordelingene på tvers av helseforetakene blir dette trolig et tema både i gruppen som arbeider med lands-, flerregionale-, regionale funksjoner og kompetansesentra samt gruppen som arbeider med felles retningslinjer. Også når det gjelder akutfunksjoner og vaktordninger vil det være naturlig å se regionen samlet. Dette gjelder ikke minst når det gjelder mindre pasientgrupper og også når det gjelder grenspesialiteter. Gruppen har i begrenset grad hatt tid til å gå inn i denne problematikken, og hadde også funnet det lettere å drøfte disse akutfunksjonene dersom de grunnleggende funksjonsfordelingene var avklart.

På den ene siden vil det være naturlig at hovedprosjektet drøfter hvor mange avdelinger regionen skal ha innenfor eksempelvis øye, øre-nese-hals og nevrologi. Vaksamarbeid kan dog drøftes uavhengig av hvor mange avdelinger Helse Vest RHF velger å opprettholde.

På den annen side kan det være naturlig å drøfte akutfunksjonen knyttet til helt spesielle diagnosegrupper. Både innen kardiologi og slagbehandling går trendene mot en raskere, mer ressurskrevende og evt også mer invasiv diagnostikk og behandling. Dette drar i retning av sentralisering på bakgrunn av behov for kostbart utstyr og tilgjengelig spisskompetanse.

Senter for medisinsk metodevurdering har også pekt på enkelte pasientgrupper der forholdet mellom volum og kvalitet er viktig (kfr kap 1.1).

Prosjektgruppen har nevnt følgende eksempler på områder der det kan være naturlig å drøfte akutfunksjonene videre:

- kardiologi
- PTCA
- intensivressursene
- AMK-sentraler
- karkirurgi
- nevrologi
- radiologi
- kjevekirurgi
- barnekirurgi

Helse Vest RHF har notert seg dette og vil avklare nærmere i hvilke fora denne dialogen skal føres videre.

Tabellen nedenfor oppsummerer vaktordningene for spesialister slik de i dag er i Helse Vest med utgangspunkt i de registreringer som er gjennomført i tilknytning til dette prosjektet. Tabellen gir grunnlag for flere refleksjoner som Helse Vest RHF vil følge opp i det videre arbeid. Spørsmål det må være lov å stille er eksempelvis: Er det riktig prioritering å ha to revmatologer på vakt om natten? Er det riktig prioritering å ha 6 radiologer på vakt og 2 radiologer i beredskapsvakt om natten? Osv.

- Døgnkontinuerlig overlege i tilstedevakt
 - Døgnkontinuerlig overlege i vakt; deler av døgnet hjemmevakt
- Tallene bak sirkelene indikerer nummer på kommentar beskrevet under tabellen.

Fag- område	Helse Stav.	Helse Fonna			Helse Bergen				Helse Førde		
	SSH i Roga- land	Hauge- sund	Stord	Odda	Hauke- land	Voss	Kyst- hosp.	Harald s-pl.	Førde	Nord- fjord	Lær- dal
Indremed.	○	○	○	○	○	○		○	○ ○Florø	○	○
Kardiolog	○	○			○						
Ortoped	○	○	○2		○	○2	○	○	○	○2	○2
Bløtdels- kirurg	○	○	○2	○	○	○2		○	○	○2	○2
Anestesi- olog	●	○	○	○3	○	○	○6	○	○	○	○
Gyneolog	●	○	○		●	○			○	○	○
Pediater	○	○			●4				○	○3	
Radiolog	○	○	○3		○	○			○	○3	○
Andre:											
Øyelege	○	○			○				○		
ØNH lege	○	○							○		
Mikrobio.	○3	○3			○						
Klinisk kjemiker	○3	○3			○						
Blodbank					○						
Nevrokir.	○				○						
Nevrolog	○	○			○				○		
Klinisk nevrofys	○										
Plast. Kir	○3				○						
Anestesi – luftamb.	●								○7		
Patolog	○3				○						
Immun- og transf.	○3										
Rehab/ AFMR	○3								○		
Revmatolog					○				○		
Karkir.	○	○8			○						
Urolog	○	○8			○						
Hematolog	○5				○						
Onkolog	○5				○						
Infeksjons med.					○						
Gastroent. Med					○						
Gastroent. Kir					○						
Endokrin.- med					○						
Endokrin.- kirurgi					○						
Nefrologi/ dialyse					○						
Thorax hjerte		○8			○						
Ryggkir.					○						
Nevrorad.					○						
Interven- sjon					○						

- 1 Vaktturnus deles av ass leger og overleger (når overleger har vakt er det kun en vakt)
 - 2 Enten ortoped eller bløtdelskirurg på vakt
 - 3 Kun beredskap
 - 4 Enten overlege eller assistentlege
 - 5 Onkolog og hematolog deler hjemmevakt turnus. Den spesialitet som ikke har hjemmevakt har beredskapsvakt
 - 6 Ingen vaktordning i helg
 - 7 Beskjed i ettertid at denne funksjonen finnes i Førde
 - 8 Thoraxkirurg går i bakvaktssjikt med bløtdelskir., har urolog som går i bakvaktssjiktet for bløtdelskirurger, har karkirurger (2) som går i bakvaktssjiktet for bløtdelskirurger
- I forhold til revmatologi dekker Haugesund sanitetsforeningssykehus mye av revmatologien for Helse Stavanger og Helse Fonna. Dette sykehuset er ikke omhandlet her.

8 Forslag til ny struktur for akuttsykehus i Helse Vest

Med utgangspunkt i tidligere utredninger og nasjonale føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, har delprosjekt Akuttfunksjoner gått igjennom helseforetakene og sykehusene i Helse Vest og vurdert deres rolle når det gjelder akuttfunksjoner innen fagområdene indremedisin, bløtdelskirurgi, ortopedi og fødselsomsorg. For detaljer fra drøftingen henvises til kapittel 5.

Prosjektgruppen har gjennomført kartleggingen i prosjektet og har sikret at de sentrale problemstillingene er belyst. Prosjektgruppen har videre drøftet utvikling av akuttfunksjonene.

Prosjektgruppen er enig i den retning som Helse Vest RHF peker ut for den fremtidige utvikling av akuttsykehusstrukturen i helseregionen. Det er derimot en viss uenighet i gruppen om hvor langt Helse Vest skal trekke denne omstruktureringen, hvilket omfang omstruktureringen skal ha og når omstruktureringen skal gjennomføres.

De oppsummerende vurderinger i rapporten står for Helse Vest RHF's regning.

Det er lagt vekt på å opprettholde kvaliteten på tjenestene innenfor en desentralisert struktur med større differensiering mellom sykehusene når det gjelder oppgavefordelingen. Det foreslås følgende akuttfunksjoner for sykehusene fremover:

Helseforetak	Akutt-funksjon indre-medisin	Akutt-funksjon kirurgi	Akutt-funksjon ortopedi	Distrikts-medisinsk Senter	Føde-avdeling/fødeklinikk	Fødestue
Helse Stavanger						
SIR	X	X	X		X	
Helse Fonna						
Haugesund	X	X	X		X	
Stord	X					X
Odda				X		X
Helse Bergen						
Haukeland	X	X	X		X	
Voss	X					X
Helse Førde						
Førde	X	X	X		X	
Avd. Florø				X		
Nordfjord	X					X
Lærdal				X		X

Forslaget innebærer at akuttfunksjonene innen bløtdelskirurgi og ortopedi samles ved et av sykehusene i hvert helseforetak. På de samme sykehusene samles den del av fødselsomsorgen som krever beredskap for å kunne gjennomføre keisersnitt. For de andre sykehusene foreslås fødeavdelingene omgjort til fødestuer. Det legges til grunn at det foretas en selektering av de fødende etter nasjonalt aksepterte normer slik at løsningen med fødestuer blir et trygt fødested som vist ved tilsvarende ordninger andre steder.

Fordelingen av akuttfunksjonene i indremedisin foreslås i stor grad opprettholdt, dog med unntak av at avdelingen i Florø og sykehusene i Odda og Lærdal gjøres om til Distriktsmedisinske Sentra. Dette er enheter som etableres og utvikles i nært samarbeid mellom vertskommunen og spesialisthelsetjenesten, og der tjenester fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samles i forhold til hva som er hensiktsmessig for lokalbefolkningen. Alternativet ivaretar på en god måte behovet for helsetjenester til eksempelvis den stadig voksende gruppe av eldre og pasienter med kroniske sykdommer. For nærmere beskrivelse henvises til kap 9.1.

I situasjoner med akutt skade og sykdom er det lagt vekt på at ambulansetjenestens tilgjengelighet opprettholdes. Tjenesten fungerer i slike situasjoner som spesialisthelsetjenestens forlengede arm. Majoriteten av øyeblikkelig hjelp-oppgavene utgjøres av pasienter med indremedisinske diagnoser. Disse vil fortsatt bli tatt hånd om av de desentraliserte indremedisinske avdelinger og de Distriktsmedisinske Sentra. Disse avdelingene/sentrene vil også om nødvendig kunne utføre stabiliserende behandling før videre transport av pasienter med både indremedisinske og kirurgiske diagnoser.

Etter Helse Vest RHF's vurdering sikrer forslaget befolkningens tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester samtidig som det etableres tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer. Samtidig viser de økonomiske kalkylene at forslaget gir muligheter til å frigjøre vakt- og beredskapsressurser til pasientbehandling, forskning og undervisning.

Også her er det viktig å understreke at drøftingen har tatt utgangspunkt i prinsipielle og overordnede vurderinger. I de videre prosesser i helseforetakene, kan det dukke opp problemstillinger som kan gjøre det nødvendig å revurdere detaljer i de føringer som her er lagt. For eksempel må det legges opp til en hensiktsmessig løsning for den samlede funksjonsfordeling mellom sykehusene som gjør at arealsituasjonen i de store sykehusene ikke blir uakseptabel.

Det er heller ikke lagt skjul på at det fremstår som en stor utfordring for foretakene å gjennomføre den foreslåtte omfordeling av akuttfunksjonene og hente ut de økonomiske potensialene ved endringen. Det er mulig det kan være hensiktsmessig for helseforetakene å se nærmere på sin interne organisasjonsstruktur i forbindelse med dette arbeidet. Omfordelingen av akuttfunksjonene gjør at det kan være hensiktsmessig å vurdere en mer funksjonsorientert organisering av helseforetakene (eksempelvis enhet for indremedisin, kirurgi osv) som et alternativ til dagens geografiske organisasjonsstruktur.

Det ligger som en premiss at ingen sykehus skal nedlegges. Der nedleggelse av øyeblikkelig hjelp-funksjonen i kirurgi er foreslått, er det i utgangspunktet lagt til grunn at det fortsatt skal foregå elektiv kirurgisk virksomhet der. Både omfanget og innholdet (innleggelse, dagkirurgi, poliklinikk) på denne virksomheten kan først avklares i de avsluttende faser når alle detaljer og funksjonsfordelingsbrikker legges på plass.

Forholdet mellom Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen HF vil bli tatt opp i et eget prosjekt. Vurderinger av Akuttfunksjoner på tvers av helseforetakene, jfr kap 7, vil bli videreført av Helse Vest RHF i tiden fremover.

9 Vedlegg

9.1 Distriktsmedisinsk Senter (DMS)

Her gjengis de to første kapitlene av rapporten "Distriktsmedisinsk Senter (DMS) – Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste". Rapporten er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i oktober 2002.

1 Bakgrunn

I tildelingsbrevet fra Helsedepartementet for 2002 fremkommer det at Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) skal se nærmere på samhandling mellom helsetjenestens nivåer. Et viktig område for samhandling mellom nivåene er i forbindelse med utskrivning av ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene.

"Før utskrivning er det av avgjørende betydning at sykehusene har nær kontakt med kommunehelsetjenesten, fastlege og pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom en slik kontakt og veiledning kan en sikre rask utskrivning og god oppfølging av pasienter i kommunen. I den sammenheng bør funksjoner knyttet til rehabiliteringstjenester, sykestuer og korttidsplasser i sykehjem vektlegges".

Departementet anbefaler i den forbindelse at Shdir følger opp utviklingstiltak som er initiert, og at direktoratet i løpet av 2002 kommer tilbake med forslag til tiltak som kan bidra til å styrke samhandlingen.

I tildelingsbrevet vises det også til at det i St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om akuttmedisinsk beredskap og St. prp. nr. 1 (2001-2002), kap. 730, post 67, Andre tilskudd, står at forhold knyttet til sykestuer og sykestuefunksjoner skal utredes, bl.a. med sikte på å få frem demonstrasjonsprosjekter. Shdir gis ansvaret for det videre utrednings- og utviklingsarbeidet på dette området.

I møte med det offentlige utvalget som er nedsatt for å vurdere framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten (Hagen-utvalget) den 09.04.02 og 15.05.02 fremkom det ønske om innspill fra Shdir om mulige modeller for finansiering av sykestuene i fremtiden.

Videre viser vi til møte med Helsedepartementet 07.06.02 der Shdir orienterte om det pågående utredningsarbeid.

Direktoratet har gjennom en intern arbeidsgruppe utarbeidet dokumentet. Det er innhentet informasjon fra ulike deler av tjenesten og gjennomført møter med fagmiljøet. Vi har i denne omgang ikke lagt opp til noen ekstern høring. Dokumentet har derfor karakter av et innspill til Helsedepartementet og Hagen-utvalget. Dokumentet er skrevet for å synliggjøre direktoratets oppfatning av hva som må ligge til grunn for en framtidig organisering og finansiering av dagens sykestuer.

2 Innledning og konklusjon

Sykestuedrift har en lang tradisjon i Norge. Vi har her pekt på forhold i samfunnet, demografisk utvikling, endringer i sykdomspanorama, teknologisk utvikling og endringer innen tjenesten som gir grunn for å revitalisere sykestuenes funksjon. Videre beskrives enkelte nyetableringer som er gjort av sykestuer og planer vi er kjent med om nye sykestuemodeller.

Avslutningsvis legger vi frem forslag til hva fremtidens sykestuer kan være. Vi betegner de fremtidige sykestuene som **Distriktsmedisinske Senter (DMS)** etter modell fra Distriktpsykiatriske senter (DPS). Vi skisserer her et senter som inneholder både primær- og spesialisthelsetjenester.

Vi har lagt vekt på at det er behov for å styrke tilbudet til kronisk syke, ofte eldre med sammensatte sykdommer, både kvantitativt og kvalitativt.

Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten skal gjennom DMS gi økt mulighet for nærhet mellom spesialist og den enkelte pasient, men samtidig sikre at primærhelsetjenesten er sentral i formidling av denne kontakten. Den desentraliserte spesialisthelsetjenesten skal også bidra til kompetanseoverføring fra spesialister og subspecialister til primærhelsetjenestens generalister. Nærhet og kompetanseoverføring kan skje gjennom fysisk tilstedeværelse eller gjennom telemedisin. Ut fra den kontakt Shdir har tatt med ulike fagmiljø på området føler vi oss trygg på at det vil skape et stort engasjement og stor faglig interesse for videreutvikling av DMS.

Følgende hovedproblemstillinger og anbefalinger fremkommer i rapporten;

Sykestuefunksjoner som kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste

Det har i en årrekke vært diskutert om sykestuefunksjonene skal være kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste. I forbindelse med denne diskusjonen har begrepet halvannenlinjetjeneste blitt lansert. Det har oppstått forvirring om hva sykestuefunksjoner er. Til en viss grad har det vært handlingslammende ikke å ta klart stilling til dette. Sykestuene har tradisjonelt vært regnet som en del av spesialisthelsetjenesten. Enkelte av sykestuene er drevet av spesialisthelsetjenesten selv, andre er drevet av kommuner med finansiering fra RHF (tidligere fylkeskommunene). Direktoratet vil anbefale at det i fremtiden tydeliggjøres hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste i dagens sykestuer. Samtidig anbefaler vi at en går bort fra begrepet sykestuefunksjoner og halvannenlinjetjeneste. Vi anbefaler at man omtaler tjenestene/enhetene som desentraliserte spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester i et Distriktsmedisinsk senter (DMS).

Samarbeidstiltak mellom helseforetak og kommune

Distriktsmedisinske senter bør utvikles som samarbeidstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I utrednings- og etablerings- og driftsfasen må det legges vekt på lokal forankring i aktuell(e) kommune(r) og RHF/Helseforetak. Det må også tas høyde for at etablering av en slik samhandlingsarena krever ressurser både i form av tid og penger i utviklings- og etableringsfasen.

For å støtte opp om denne prosessen kan det utarbeides eksempelsamlinger som synliggjør hvordan man kan gå frem for å utvikle nye DMS.

Innholdet i DMS

Generelt vil vi anbefale at innholdet og størrelsen på DMS avgjøres ut fra lokale forhold. Ved for store og mange enheter kan noe av formålet med samlokalisering som samhandlingstiltak bli borte. For små enheter kan gi relativt dyr drift og risiko for manglende kompetanse i forhold til forsvarlighet i drift. RHF/Helseforetak i regionen må i samarbeid med aktuelle kommuner avklare hvilke tjenester som skal ytes i DMS. Vi har her sett på følgende enheter som det kan være hensiktsmessig å drive i et DMS;

- Poliklinikk, lærings- og mestrings-senter, ambulant virksomhet og dag- og heldøgntjeneste som spesialisthelsetjeneste.
- Av kommunehelsetjenester har vi vurdert legevakt (lokalt legevaktsamarbeid), allmennlegekontor, fysioterapi, hjemmesykepleie og interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern som aktuelle for samlokalisering i DMS.

Vedrørende godkjenning av den ”desentraliserte” spesialisthelsetjenesten, vises det til forskrift om godkjenning av sykehus og lands og flerregionale funksjoner ved sykehus¹.

Eksempel på hva et distriktsmedisinsk senter kan inneholde:

Spesialist-helse-tjenester	Spesialist-helse-tjenester	Spesialist-helse-tjenester	Spesialist-helse-tjenester	Kommunale helse-tjenester	Kommunale helse-tjenester	Kommunale helse-tjenester
Poliklinikk	Ambulant team	Lærings- og mestrings-senter	Sengepl. for dag og døgnopphold	Allmenn-legetjeneste og legevakt	Sykehjem	Hjemme-sykepleie
Støttefunksjoner - røntgen - lab - telemedisin						

Organisering og drift

Spesialisthelsetjenester i DMS kan utvikles og drives som ”desentraliserte” avdelinger under et sykehus/HF som er faglig og økonomisk ansvarlig.

Spesialisthelsetjenester i DMS kan drives av en kommune på oppdrag fra foretaket. Der senteret i sin helhet drives av kommunen skal det inngås avtaler mellom kommunen og RHF/HF, som blant annet sikrer faglig forsvarlighet og økonomiske forhold.

Finansiering av spesialisthelsetjenester i DMS og sykestuer

Direktoratet har gjennomgått de utredninger som er gjort i forhold til finansiering av sykestuer og desentraliserte poliklinikker. Renne spesialisthelsetjenester kan i dag drives desentralisert og bli gjenstand for ISF refusjon til respektive RHF. Den enkelte institusjon må imidlertid godkjennes av departementet.

Muligheter for innføring av ISF-ordningen ved sykestuene i Troms og Finnmark drøftes i en rapport fra Norsk Pasientregister, Sintef Unimed 2002. Vi har gjennomgått de forhold som kan synes problematiske. I hovedsak gjelder dette finansieringen av pasienter som er i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I praksis vil dette ofte bety pasienter som er behandlet på sykehus og som skal overføres til kommunehelsetjenesten eller pasienter som trenger observasjon. Det faktum at det økonomiske ansvaret er delt på to nivå, RHF og kommune, er et grunnleggende problem som det i dag ikke finnes systemer som kan bøte på. Imidlertid mener vi at mange av disse pasientene kan ivaretas bedre gjennom konkret samarbeid lokalt, mao kan mange av problemstillingene løses av Helse-Nord RHF i samarbeid med respektive kommuner.

Med bakgrunn i dette vil direktoratet anbefale at det legges til rette for at den "desentraliserte" spesialisthelsetjenesten i DMS finansieres på lik linje med øvrig spesialisthelsetjeneste.

¹ I forskriften fremgår det at det bare skal søkes om godkjenning ved byggearbeider som anslås til samlet 250 mill kr eller mer. Videre skal det søkes om godkjenning til endringer i sykehusvirksomhet som vil få vesentlige konsekvenser for andre regionale helseforetaks tjenestetilbud. Ut over dette foretar RHF selv godkjenningen.

I forhold til godkjenning for utløsning av ISF-refusjon, viser vi til departementets godkjenningsordning og krav til registrering av diagnoser og prosedyrer. Hvilken finansiering som ytes til den enkelte DMS bestemmes av RHF/HF. Ved kommunal drift må dette spesifiseres i avtalen med respektive kommuner.

Vi vil derfor anbefale at de statlige øremerkede tilskuddene til enkelte av dagens sykestuer avvikles og erstattes av avtaler om finansiering med de respektive RHF/HF.

Styrking av tilbudet til kronisk syke og eldre

Det er en utfordring å takle store og viktige pasientgrupper som i dag ofte havner i en gråsonen mellom behandlingsnivåene. Vi har i rapporten ønsket å synliggjøre at DMS kan være en viktig arena for samhandling mellom nivåene. I seg selv mener vi at utvikling av dette tiltaket kan komme pasientgruppen spesielt til gode. I tillegg er det fremkommet at enkelte andre tiltak både innen primær- og i spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra i samme retning.

Forhold knyttet til primærhelsetjenesten vil direktoratet komme tilbake til i forbindelse med innspill til den bebudede stortingsmelding våren 2003, om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

Direktoratets vurdering er at gråsonepasientene kan ivaretas bedre gjennom økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Mange av disse pasientene har fortsatt behov for spesialisthelsetjenestens kompetanse i en etterbehandlingsperiode. Dette kan innebære relativt lang liggetid ved indremedisinske avdelinger i sykehus, eventuelt i heldøgns plasser etter en desentralisert modell.

Problemet for denne type etterbehandling/rehabilitering er at det kan se ut som om det i DRG'ene ikke tas tilstrekkelig høyde for etterbehandling/liggetid. DRG-refusjonen

for komplisert rehabilitering har en liggetidskomponent. Direktoratet ber om at det vurderes om også andre vekter bør justeres for å fange opp denne pasientgruppens behov.

Direktoratet ber videre om at følgende justeringer knyttet til finansiering av forebyggende/helsefremmende arbeid og ambulant virksomhet vurderes;

- Det bes vurdert om opplæringstakster bør knyttes til flere kronikergrupper enn i dag.
- Det bes vurdert om alle polikliniske takster kan gjøres tilgjengelig for ambulant virksomhet.

Vi vil her peke på mulighetene som ligger i et kvalitetsmessig godt spesialisthelsetjenestetilbud på et lavere omsorgsnivå. Dette kan utvikles i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Tilbudet vil kunne fremstå både med en lavere kostnad og bedre kvalitet i et distriktsmedisinsk senter enn ved å etablere flere indremedisinske senger i dagens sykehus.

9.2 Begrepsforklaringer

Heldøgnsopphold

Heldøgnsopphold vil i vår sammenheng være definert som *opphold ved sykehus hvor overnatting finner sted eller var planlagt ved innleggelse*. Inklusive opphold der utskrivningsdato er lik innskrivningsdato (0 liggedager) dersom oppholdet er kodet med oppholdstype 01 "Heldøgnsopphold". Opphold som er kodet med oppholdstype 02 "Dagopphold", men har mer enn 0 liggedager er også definert som heldøgnsopphold.

Sykehusopphold

Sykehusopphold er definert som summen av antall heldøgnsopphold og antall dagbehandlinger (både ved innleggelse og på poliklinikkene).

Dagbehandling:

Behandling av pasient enten poliklinisk eller ved dagopphold (dagbehandling, innlagte). I SAMDATA Sykehus Tabeller 2001 er begrepet dagbehandling benyttet som summen av (a) *antall dagbehandlinger for innlagte* (benevnes dagopphold ifølge administrativ definisjonskatalog for somatiske sykehus) og (b) *antall dagbehandlinger ved poliklinikk*.

- *Dagbehandling, innlagte* (dagopphold): Planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Avsluttede behandlingsopphold med 0 liggedager. I dette datagrunnlaget inngår pasienter som er innlagte til dialysebehandling (definert ved DRG 317).
- *Dagbehandling, poliklinikk*: Polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF). Disse behandlingene er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner.

DRG

”Diagnose Relaterte Grupper” (DRG) er et klassifiseringssystem til bruk på somatiske akutt sykehus. Systemet grupperer sykehusopphold i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig sett mest mulig homogene.

DRG-koder

DRG står for Diagnose Relaterte Grupper. Koder kan defineres som en bokstav- og/eller tallkombinasjon, eventuelt med skilletegn i form av f. eks. punktum eller mellomrom, som utvetydig representerer en kategori i et medisinsk kodeverk. Alle sykehusopphold får en DRG-kode basert på medisinsk diagnose, alder, kjønn og operative prosedyrer.

Kirurgiske DRG

Kirurgiske DRG omfatter antall helgdøgnsopphold og dagbehandlinger klassifisert i kirurgisk DRG, dvs. at pasienten har fått utført et operativt inngrep som normalt krever operasjonsstue.

Ikke-kirurgiske DRG

Ikke-kirurgiske DRG omfatter alle helgdøgnsopphold og dagbehandlinger som ikke klassifiseres i en kirurgisk DRG.

9.3 Kalkulasjon av marginalkostnad

Dette kapittel er et utdrag fra et notat utarbeidet av Deloitte & Touche på oppdrag fra Helse Vest RHF ved fagdirektør Helge Bryne. Helse Vest RHF er i gang med et omfattende utredningsarbeid vedrørende mulige funksjonsfordelinger i regionen. Som et hjelpemiddel i dette arbeidet var det ønsket en skisse for tilnærming til problematikken rundt økonomiske effekter av funksjonsfordelinger.

Deloitte & Touche vil understreke at det fordres en betydelig ledelseskraft for å klare å realisere potensialene ved funksjonsfordelinger. I den endelige vurdering av potensialene kan det derfor være klokt å reflektere over hvor stor andel av potensialene det er sannsynlig at man vil klare å hente ut. Faktorer som kan medvirke til at en lykkes i prosessen er at arbeidet er godt forankret i de berørte organisasjoner og at det går kort tid mellom vedtak og effektuering.

9.3.1 Definisjon av aktivitet som flyttes/berørte enheter

Innledningsvis er det nødvendig å klart definere hvilke aktiviteter det er snakk om å flytte. Er det flere aktiviteter som skal flyttes samtidig, kan det være hensiktsmessig å drøfte disse hver for seg.

Et eksempel på en slik definering finnes i arbeidet med nevrokirurgi i Helse Vest RHF. Et av alternativene som ble vurdert var å flytte all nevrokirurgisk aktivitet fra SiR til Haukeland sykehus. Aktiviteten som skulle flyttes ble beskrevet ut fra:

- Antall innleggelser og gjennomsnittelig liggetid fordelt på øyeblikkelig hjelp og elektive
- Antall produserte DRG-poeng

- Antall liggedøgn på intensivavdelingen
- Antall operasjoner
- Antall besøk på poliklinikken
- Antall dagbehandlinger
- Antall medisinske servicetjenester (for eksempel laboratorieprøver og røntgenundersøkelser)
- Antall eksterne transporter for pasientgruppen

Deretter blir det nødvendig å gjøre en enkel prosessanalyse for å fastlegge hvilke enheter i sykehusene som blir berørt av fra-/tilflyttingen. Når det gjaldt de nevrokirurgiske pasientene ved SiR/Haukeland ble følgende enheter berørt:

- Ambulansetjenesten
- Mottagelsen
- Operasjonsavdelingen
- Anestesi/intensiv/postoperativ
- Sengeavdelingen
- Laboratoriet
- Røntgen

9.3.2 Marginalkostnadsbetraktninger

Innledning

Når pasientgruppen er definert og de berørte avdelinger i sykehusene er klarlagt, begynner arbeidet med vurderingen av de økonomiske konsekvensene for hver av disse avdelingene.

Inntekstssiden blir prinsipielt den samme for Helse Vest RHF uavhengig av hvor i regionen tjenesteproduksjonen foregår. Dette tema berøres derfor ikke nærmere her.

For det sykehus som mottar en funksjon er det naturlig å legge marginalkostnadsbetraktninger til grunn. Marginalkostnaden er teoretisk kostnaden ved å produsere en ekstra enhet. Disse ”enhetene” er i vår sammenheng pasientene. På sykehus er ingen pasienter helt like, slik at betraktningen gjøres samlet for gruppen av pasienter det er snakk om å overføre.

Ved marginalkostnadsbetraktningen ses det altså på merkostnaden for de berørte avdelinger ved tilførsel av aktivitetene relatert til den definerte pasientgruppen som overføres. Helt tilsvarende betraktninger gjøres for de sykehus som avgir funksjoner; her ses det på mindrekostnaden for de berørte avdelinger ved bortfall av aktivitetene relatert til den definerte pasientgruppen. For enkelhets skyld beskrives videre i dette notat kun konsekvensene for det sykehus som tilføres funksjoner.

Prinsipielt

En typisk situasjon vil være at kostnaden for en ekstra pasient er forholdsvis lav når alt nødvendig utstyr og alle nødvendige personalressurser likevel er på plass, og

sykehuset i realiteten har ledig kapasitet. Når pasientvolumet øker ytterligere, og sykehuset nærmer seg full kapasitet, vil marginalkostnaden øke. Årsaken er at sykehuset stanger mot kapasitetsgrenser som gjør det nødvendig å utvide med ekstra skift, overtid, ekstra senger og lignende.

Av et slikt resonnement fremgår det at utgangssituasjonen for det mottagende sykehus blir helt avgjørende for marginalkostnaden. Utgangssituasjonen kan både beskrives som en subjektiv vurdering av de som arbeider i avdelingen og mer objektivt ved ulike sammenligninger (benchmarks) med tilsvarende avdelinger. Ofte velges en kombinasjon av disse beskrivelsene (jfr diskusjonen senere).

Ulike typer kostnader

For dette formål er det hensiktsmessig å skille mellom tre typer kostnader:

1. Kostnader som er uavhengig av pasientvolum. Eksempler på dette er felleskostnader til vedlikehold, sykehusets sentralledelse osv. Ut fra en marginalkostnadsbetraktning er slike kostnader uinteressante fordi de ikke øker selv om det blir noen flere pasienter på sykehuset.
2. Kostnader som er variable og som øker proporsjonalt med pasientvolumet. Eksempler på dette kan være kostnader knyttet til kjøp av mat, medisiner, forbruksvarer, osv. Enkelte av disse kostnadene kan være betydelige, for eksempel implantater. Denne type kostnader blir i det store og hele den samme for Helse Vest RHF uavhengig av ved hvilket sykehus tjenesteproduksjonen foregår. Det er således liten grunn for Helse Vest RHF til å ta denne type kostnader med i betraktningen.
3. Den type kostnader som krever Helse Vest RHF's oppmerksomhet er kostnader som øker sprangvis. Eksempler på dette kan være bruk av et analyseinstrument, et røntgenapparat eller en respirator. Slike apparater kan evt håndtere et viss volumøkning, men deretter kommer en sprangvis kostnad ved at et nytt apparat må kjøpes inn. Det samme resonnement kan gjøres gjeldende når det gjelder arealsituasjonen. Et gitt areal kan håndtere en viss aktivitetsøkning, men over en viss grense blir det nødvendig med arealutvidelser. Dette vil gi en sprangvis kostnad til evt nybygg, midlertidig brakkebygg eller leie av areal.

Også når det gjelder personalet kan denne type resonnement gjøres gjeldende. I noen tilfeller kan personalet klare en viss aktivitetsøkning med bemanningen ved utgangspunktet. Deretter blir kostnaden et steg høyere dersom overtidstimer må til for å klare oppgavene. Neste steg vil være å måtte innkalle ekstravakter. Nye vaktskift kan bli nødvendig. Dersom dette ikke skulle være nok, kan det bli aktuelt å opprette en helt ny enhet (for eksempel sengeavdeling eller operasjonsteam).

9.3.3 Praktisk gjennomføring ved vurdering av funksjonsfordelinger

Utgangssituasjonen vil med all sannsynlighet være svært forskjellig i de seksjoner/avdelinger som blir berørt. Noen vil kunne ta en aktivitetsøkning uten ekstra kostnader, mens andre må ta en betydelig sprangvis kostnad for å kunne klare aktivitetsøkningen. Det er derfor helt nødvendig å gjøre separate vurderinger for hver av de berørte enheter. For noen enheter kan det være nødvendig å gå svært detaljert til verks, mens det for andre kan være tilstrekkelig med et mer overordnet perspektiv.

I enkelte tilfeller kan det være naturlig å drøfte om det er mulig å erstatte en innsatsfaktor med en annen. Dersom en avdeling mangler sengeplasser, kan det vurderes om dette kan løses ved å effektivisere behandlingen ved å ansette flere pleiere. På den måten kan liggetiden reduseres og behovet for senger således reduseres.

På samme måte må det være lov å drøfte om den mottagende avdelingen kan løse sitt eventuelle sengekapasitetsproblem ved å utnytte sengekapasiteten i andre avdelinger for kortere eller lengre perioder.

Vurderinger av funksjonsfordelinger skaper erfaringsmessig uro både i de berørte avdelinger, sykehus og lokalsamfunn. En slik uro er neppe til å unngå, men vår erfaring er at uroen blir mindre jo større del av det økonomiske beslutnings-underlaget som er basert på objektive analyser/kriterier.

En tilnærming som utelukkende legger til grunn de subjektive vurderingene til de avdelinger som blir berørt, vil nødvendigvis være beheftet med betydelige svakheter. For de som mister oppgaver vil det være vanskelig å se at kostnadsnivået kan reduseres siden de ser en rekke uløste oppgaver i avdelingen som de ønsker å prioritere før kostnadene kan reduseres. For de som mottar oppgaver kan det fort bli til at ønsket om å overta oppgaven er så sterkt at en er villig til å påta seg oppgaven med kun en minimal forventet kostnadsøkning. Når det hele skal realiseres kan det imidlertid vise seg vanskelig å klare aktivitetsøkningen uten større kostnadsøkninger.

Sammenlignende undersøkelser (benchmarking) er etter Deloitte & Touches vurdering en god og teoretisk enkel metode for å få en objektiv vurdering av for eksempel produktiviteten i en avdeling. Er produktiviteten allerede god kan det synes rimelig at kostnadene vil øke når nye pasientgrupper tilføres. Omvendt; er produktiviteten lav kan det synes rimelig at nye pasientgrupper kan tilføres uten at nytt personell skal måtte tilføres og øke personellkostnadene.

Som nevnt er metoden teoretisk enkel. For at tallmaterialet skal utgjøre et relevant beslutningsunderlag og aksepteres i de berørte fagmiljøer, har det vist seg nødvendig å bearbeide tallene slik at de er sammenlignbare og at en således unngår å sammenligne "epler med pærer". Omfanget av slike bearbeidelser avhenger blant annet av kvaliteten på det tallmaterialet institusjonene har i utgangspunktet.

Sammenligninger gjøres gjerne med sykehus det kan være nærliggende å sammenligne seg med. Sammenlignende undersøkelser kan gjøres for hver av de enheter/de personellgrupper som skal vurderes. Hva er produksjonen pr lege i avdelingen? Hvordan er pleiebemanningen på sengeposten i forhold til aktiviteten og pleietyngden? Hvordan er utnyttelsen av operasjonsstuekapasiteten? Hvor mange laboratorieanalyser utføres pr bioingeniør? Osv, osv.

Valg av institusjoner å sammenligne seg med og valg av parametre for sammenligning gjøres med fordel i nært samarbeid med de berørte enheter. Også andre metoder som for eksempel aktivitetsbaserte kostnadsanalyser (Activity Based Costing-analyser) kan være ønskelig i gitte situasjoner.

9.3.4 Oppsummering

Økonomiske konsekvenser av funksjonsfordelinger er krevende å kalkulere. Implementering av løsningene som ligger til grunn for kostnadsanalysene er enda vanskeligere. Forankring av prosessen i organisasjonen og kort tid mellom vedtak og effektivering vil lette gjennomføringen. Det anbefales bruk av objektive metoder i vurderingen av potensielle kostnadseffekter ved funksjonsfordelinger og således i vurderingen av om funksjonsfordelingen overhodet skal gjennomføres.

Først må en definere hvilken pasientgruppe som skal overføres. Deretter må de berørte enheter i sykehusene klarlegges før de økonomiske konsekvenser for hver av dem vurderes.

De økonomiske effekter må vurderes sammen med de kvalitative konsekvenser. For en statseiet institusjon vil også samfunnsøkonomiske og andre samfunnsmessige konsekvenser måtte tas med i betraktningen.

Rapporten "Nevrokirurgi i Helse Vest RHF" som ble utarbeidet til Helse Vest RHF's styremøte den 26. juni 2002 viser et praktisk eksempel på en enkelt tilnærming til en spørsmålsstilling om økonomiske konsekvenser av funksjonsfordeling.

9.4 Akutfunksjoner ved sykehusene i Helse Vest

Ligger i egen vedleggsfil.

9.5 Beredskapsordninger ved sykehusene i Helse Vest

Ligger i egen vedleggsfil.

9.6 Datainnsamling til kalkulasjon av redusert vaktberedskap

Ligger i egen vedleggsfil.

9.7 Kalkulasjon av redusert vaktberedskap

Ligger i egen vedleggsfil.

9.8 Kostnader ved oppgradering til NOU 1998:9 standard

Ligger i egen vedleggsfil.

9.9 *Datainnsamling om avstander og ambulansetider*

Ligger i egen vedleggsfil.