

Helgelandssykehuset

Prosjekt for samordning av sykehusene på
Helgeland

Rapport fra prosjektgruppa

20. november 1996

FORORD

Prosjektgruppa for Helgelandsprosjektet overleverer hermed sin rapport til prosjektets styringsgruppe - fylkesutvalget i Nordland fylkeskommune.

Arbeidet har vært krevende og omfattende, og ikke alle deler av mandatet er like detaljert behandlet med de tidsrammer som har stått til disposisjon.

I alle hovedspørsmål har imidlertid gruppa arbeidet seg fram til enighet og samstemte anbefalinger.

Særuttalelser finnes i avsnitt 16.2.3

15 november 1996

Tore Jo Nilsen Svend Kibsgaard Svein Bjørnvik Dag Stefansen

Marit Hermstad Løvlien Liv Sjøvold Arne W Wilskow Hildegunn Bomnes

Steinar Jæger Tore Dahl Marit Abelsen Mary Sørensen Lisbeth Ann Johansen

Otto Hauglin
Prosjektleder

INNHALDSFORTEGNELSE

1 BAKGRUNN, MANDAT OG ARBEIDSFORM	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Mandat	9
1.3 Framdriftsplan	12
1.4 Organisering og arbeidsform	12
2 SAMMENDRAG	14
2.1 Mandat	14
2.2 Viktige utviklingstrekk	14
2.3 Mål for helsetjenesten	14
2.4 Faglige krav	15
2.5 Utvalg av modeller og prinsipper for konsekvensvurderinger	16
2.6 Beskrivelse og vurdering av modellene	16
2.7 Forslag til prioritering	17
3 BEFOLKNINGSUTVIKLING, HELSE, SYKELIGHET OG SYKEHUSTILBUD	19
3.1 Befolkningsutvikling	19
3.2 Helse og sykелighet	19
3.3 Utvikling av utstyr og metoder	21
3.4 Dagens sykehustilbud på Helgeland	22
3.5 Forholdet til kommunehelsetjenesten	27
4 MÅL FOR HELSETJENESTEN	29
4.1 Nasjonale mål	29
4.2 Regionale mål	30
4.3 Fylkeskommunale mål	31
5 FAGLIGE KRAV OG PRINSIPPER	33

5.1 Faglige krav	33
5.2 Prinsipper for organisering	48
5.3 Prinsipper for samarbeid med kommunchelsetjenesten	51
5.4 Prinsipper for rekruttering og personell disponering	52
6 UTVALG AV MODELLER OG PRINSIPPER FOR KONSEKVENSVURDERINGER	55
6.1 Prinsipper for utvelgelse av modeller	55
6.2 Prinsipper for konsekvensberegninger	58
6.3 Kommunikasjonsmessige forhold	60
6.4 Begrensninger	61
6.5 Kriterier for vurdering av modellene	61
7 BESKRIVELSE AV MODELL 0	64
7.1 Kort beskrivelse	64
7.2 Akuttberedskap	65
7.3 Fødevirksomhet	65
7.4 Planlagt virksomhet	65
7.5 Funksjonsfordeling	65
7.6 Virkninger for sengebehov	66
7.7 Virkninger for bygnings- og utstyrshov	66
7.8 Bemanningsmessige virkninger	66
7.9 Virkninger for ambulansetjenesten	66
7.10 Organisering	66
7.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	67
7.12 Virkninger for pasienter og pårørende	67
7.13 Økonomiske totalvirkninger	67
8 BESKRIVELSE AV MODELL 1	68
8.1 Kort beskrivelse av modellen	68
8.2 Akuttberedskap	69

8.3 Fødevirksomhet	69
8.4 Planlagt virksomhet	69
8.5 Funksjonsfordeling	69
8.6 Virkninger for sengebehov	70
8.7 Virkninger for bygnings- og utstyrbehov	70
8.8 Bemanningmessige virkninger	70
8.9 Virkninger for anbulansetjenesten	71
8.10 Organisering	71
8.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	72
8.12 Virkninger for pasienter og pårørende	72
8.13 Økonomiske totalvirkninger	72
9 BESKRIVELSE AV MODELL 2A	73
9.1 Kort beskrivelse av modellen	73
9.2 Akuttberedskap	74
9.3 Fødevirksomhet	74
9.4 Planlagt virksomhet	75
9.5 Funksjonsfordeling	75
9.6 Virkninger for sengebehov	75
9.7 Virkninger for bygnings- og utstyrbehov	76
9.8 Bemanningmessige virkninger	76
9.9 Virkninger for ambulansetjenesten	77
9.10 Organisering	77
9.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	78
9.12 Virkninger for pasienter og pårørende	79
9.13 Økonomiske totalvirkninger	79
10 BESKRIVELSE AV MODELL 2B	80
10.1 Kort beskrivelse av modellen	80
10.2 Akuttberedskap	81

10.3 Fødevirksomhet	81
10.4 Planlagt virksomhet	82
10.5 Funksjonsfordeling	82
10.6 Virkninger for sengebehov	82
10.7 Virkninger for bygnings- og utstysrbehov	83
10.8 Bemanningmessige virkninger	83
10.9 Virkninger for ambulansetjenesten	84
10.10 Organisering	84
10.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	85
10.12 Virkninger for pasienter og pårørende	86
10.13 Økonomiske totalvirkninger	86
11 BESKRIVELSE AV MODELL 2C	88
11.1 Kort beskrivelse av modellen	88
11.2 Akuttberedskap	89
11.3 Fødevirksomhet	89
11.4 Planlagt virksomhet	90
11.5 Funksjonsfordeling	90
11.6 Virkninger for sengebehov	90
11.7 Virkninger for bygnings- og utstysrbehov	91
11.8 Bemanningmessige virkninger	91
11.9 Virkninger for ambulansetjenesten	92
11.10 Organisering	92
11.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	93
11.12 Virkninger for pasienter og pårørende	94
11.13 Økonomiske totalvirkninger	94
12 BESKRIVELSE AV MODELL 3A	95
12.1 Kort beskrivelse av modellen	95
12.2 Akuttberedskap	96

12.3 Fødevirksomhet	96
12.4 Planlagt virksomhet	97
12.5 Funksjonsfordeling	97
12.6 Virkninger for sengebehov	97
12.7 Virkninger for bygnings- og utstyrbehov	98
12.8 Bemanningmessige virkninger	98
12.9 Virkninger for ambulansetjenesten	99
12.10 Organisering	99
12.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	100
12.12 Virkninger for pasienter og pårørende	101
12.13 Økonomiske totalvirkninger	101
13 BESKRIVELSE AV MODELL 3B	102
13.1 Kort beskrivelse av modellen	102
13.2 Akuttberedskap	103
13.3 Fødevirksomhet	103
13.4 Planlagt virksomhet	104
13.5 Funksjonsfordeling	104
13.6 Virkninger for sengebehov	105
13.7 Virkninger for bygnings- og utstyrbehov	105
13.8 Bemanningmessige virkninger	106
13.9 Virkninger for ambulansetjenesten	106
13.10 Organisering	107
13.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	108
13.12 Virkninger for pasienter og pårørende	108
13.13 Økonomiske totalvirkninger	108
14 BESKRIVELSE AV MODELL 3C	110
14.1 Kort beskrivelse av modellen	110
14.2 Akuttberedskap	111

14.3 Fødevirksomhet	111
14.4 Planlagt virksomhet	112
14.5 Funksjonsfordeling	112
14.6 Virkninger for sengebehov	112
14.7 Virkninger for bygnings- og utstyrbehov	113
14.8 Bemanningmessige virkninger	113
14.9 Virkninger for ambulansetjenesten	114
14.10 Organisering	114
14.11 Forholdet til primærhelsetjenesten	115
14.12 Virkninger for pasienter og pårørende	116
14.13 Økonomiske totalvirkninger	116
15 SAMLET VURDERING AV MODELLENE	117
15.1 Samlet vurdering av MODELL 0	117
15.2 Samlet vurdering av MODELL 1	118
15.3 Samlet vurdering av MODELLENE 2A, 2B og 2C	120
15.4 Samlet vurdering av MODELLENE 3A, 3B og 3C	121
16 FORSLAG TIL PRIORITERING	124
16.1 Modeller som ikke anbefales	124
16.2 Modeller som anbefales	124
17 GJENNOMFØRINGSSTRATEGI	133

1 BAKGRUNN, MANDAT OG ARBEIDSFORM

1.1 Bakgrunn

Under behandling av sak 95/94 om sykehusstrukturen i Nordland i oktober 1994 vedtok fylkestinget at dagens sykehusstruktur må videreutvikles fra svært autonome enheter til sykehus som fungerer i tett samarbeid på tvers av gamle lokalsykehusgrenser.

Fylkesutvalget fulgte opp fylkestingets vedtak i møte 9. februar 1995, der det heter at alle sider av sykehusdriften i fylket skal gjennomgås, bl.a. samarbeidsforhold, oppgavefordeling, økonomiske og faglige forhold. Arbeidet med å omorganisere sykehustjenestene innenfor dagens økonomiske rammer, spesielt sikring av kvalitet og samordning av funksjoner skal gis høy prioritet.

Flere fagutredninger og St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samordning og styring. Om mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*, understreker nødvendigheten av endringer i dagens struktur. Den faglige utvikling, nye kvalitetskrav, brukerrettigheter og endringer i samfunnet ellers forutsetter andre løsninger i fremtiden.

Sykehusmiljøene på Helgeland har lenge arbeidet med å utvikle fellesskapet, og tok initiativ til omstillinger, bl a på et seminar på Mo i Rana i mars 1995. Størrelsen på sykehusene med utgangspunkt i befolkningsunderlag vurderes slik at sykehusene hver for seg ikke kan tilfredsstillere dagens og morgendagens krav til kvalitet. Allerede nå er det problemer med rekruttering av spesialutdannet personell, og med å bygge opp og vedlikeholde stabile fagmiljøer.

1.2 Mandat

Målsetting og mandat for prosjektet ble gitt av fylkestinget i juni 1995 under sak 78/95 og lyder slik:

1. *Fylkestinget ser positivt på det initiativ til samarbeid som er tatt på Helgeland for å få til et best mulig sykehusstilbud for innbyggerne gjennom sterkere samordning av sykehusstilbudet i området.*
2. *Hovedmålsettingen er å sikre for fremtiden at befolkningen på Helgeland har best mulig trygghet ved akutte tilfeller av sykdom eller skade, og at planlagt utredning/ behandling skjer innen akseptable tidsfrister og med tilstrekkelig total kvalitet.*
3. *Det etableres en prosjektorganisasjon med hovedoppgave å utvikle tjenestetilbudet for Helgeland i følgende retning:*
 - *en enhetlig sykehusorganisasjon for Helgelandsområdet*
 - *effektiv samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*

- *effektiv samhandling tverrfaglig, spesielt mellom psykososiale fagområder på den ene siden og de tradisjonelt mer somatiske fagområder på den andre siden*
 - *dokumenterbar total kvalitet innenfor de til enhver tid aksepterte nasjonale normer, og de økonomiske rammer som er til rådighet*
 - *helhetlige og stabile fagmiljøer*
4. *Det tas sikte på å skape en velfungerende sykehusorganisasjon på Helgeland, der området utgjør ett felles lokalsykehusområde, har felles pasientinntak og felles ventelister.*
 5. *Prosjektet skal resultere i konkrete forslag til samordningsmodell for sykehusene på Helgeland, og fordeling av viktige funksjoner som etter faglige kriterier ikke kan være i alle dagens sykehusenheter.*
 6. *Prosjektorganisasjonen etableres med egen prosjektleder og fylkesutvalget som styringsgruppe. Alle sykehus skal være representert. Arbeidstakerorganisasjonene, kommuner og andre berørte parter må trekkes inn under hele prosessen. Forslag til prosjektorganisasjon forelegges fylkesutvalget til behandling.*
 7. *Prosjektperioden settes fram til 31. 12.96 med sikte på iverksetting av konkrete organisatoriske endringer og funksjonsfordelinger f.o.m. 1997. Forslag til enkelttiltak kan likevel framsettes fortløpende hvis dette er ønskelig, og evt. iverksettes tidligere.*
 8. *Informasjonsarbeidet i forbindelse med prosjektet må sikre at alle berørte aktører og befolkningen blir orientert fortløpende.*
 9. *Bruken av oremerkede statsmidler til funksjonsfordeling på Helgeland vurderes i prosjektet, og fylkesutvalget tar stilling til konkret disponering.*
 10. *Frigjorte ressurser som følge av prosjektet skal brukes til forbedring av helsetilbudet på Helgeland.*
 11. *Helseregion V-komiteen holdes løpende orientert om framdriften i arbeidet.*
 12. *Det vises forøvrig til sykehusstruktursaken som fylkestinget behandlet høsten 1994.*

Fylkesutvalget foretok i møte 27. november 1995 følgende presisering:

Det er nødvendig at prosjektet gjennomgår den samlede sykehusvirksomheten på Helgeland, og finner fram til modeller for driften som forener de forutsetninger som ligger i krav til trygghet og kvalitet, tilgangen på spesialisert bemanning og økonomiske rammer. Dette innebærer at det også må utredes hvordan en tilfredsstillende akuttberedskap og fodedjeneste skal organiseres.

Det er parallelt med, og som endel av Helgelandsprosjektet, igangsatt et eget psykiatriprosjekt for Helgeland. Sykehusdirektørene har gitt et mandat som kan sammenfattes til:

- *A kartlegge de samlede ressurser i barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri på Helgeland, og som også inkluderer Nordland psykiatriske sykehus*
- *Skissere hvilke oppgaver psykiatrien på Helgeland skal ivareta i en samlet tiltakskjede som omfatter NPS, lokalsykehusene og kommunene.*
- *Det skal utredes modeller for organisering, herunder funksjonsfordeling mellom lokalsykehusene og NPS.*

Etter at fylkestinget i juni 1996 hadde behandlet en foreløpig rapport fra prosjektgruppa vedtok tinget følgende under sak 74/96:

1. *Framlagte rapport fra Helgelandsprosjektet av mai 1996 tas til orientering.*
2. *Fylkestinget gir tilslutning til videre detaljutredning av de alternativer til organisering av sykehusene som anbefales i rapporten. Modellskisse 1 beskrives grundig slik at konsekvenser av dette alternativ blir en del av det samlede vurderingsgrunnlag til slutt. Modellskisse 0 med akuttberedskap ved alle tre sykehusene, felles personal- og økonomistyring, funksjonsfordeling på spesialisttilbudene og felles venteliste, modellskisse 2 (A, B, C), som bl a innebærer utvidet akuttberedskap ved to av sykehusene og 3 (A, B, C), med utvidet akuttberedskap ved ett av sykehusene, utredes fullstendig. Det samme gjøres for eventuelle kombinasjoner innenfor disse. Prosjektet gir anbefaling av alternativer i prioritert rekkefølge.*
3. *Fylkestinget vil understreke nødvendigheten av å samordne sykehusstilbudene på Helgeland slik at det også i framtiden kan opprettholdes et godt lokalsykehusstilbud for befolkningen på Helgeland som tilfredsstiller faglige krav.*
4. *De modeller som utredes skal legge til grunn at minst ett av sykehusene skal ha fullt utbygget akuttberedskap og fødeavdeling i henhold til minstekrav til bemanning og kompetanse. Alle lokalsykehus skal opprettholdes, og gis et innhold som sammen med kommunehelsetjenesten dekker de viktigste behov i befolkningen, herunder akuttjeneste og fødselsomsorg. Det understrekes spesielt at lokalsykehusenes storbrukere, de eldre og kronikerne, skal gis et tilfredsstillende sykehusstilbud. Den videre utredning må avklare om det er realistisk å ha fullt utbygget akuttjeneste på mer enn ett av sykehusene.*
5. *Det skal også i fremtiden opprettholdes et desentralisert fodetilbud på Helgeland og det må derfor arbeides videre med å utrede modeller som i best mulig grad forener nærhet og kvalitet i denne tjenesten.*
6. *I det videre arbeid må det inngås et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten slik at utredningene viser hvordan fremtidig sykehusstilbud skal inngå i en samlet helsetjeneste på Helgeland.*

I tillegg skal følgende vektlegges spesielt:

- *tverrfaglig samarbeid*

- *beskrivelse av samtlige funksjoner, ikke bare akutfunksjoner og fødevirksomhet*
 - *administrativ og medsinskfaglig organisering*
 - *virksomheter for pasienter og pårørende*
 - *virksomheter for personell og arbeidsmiljø, herunder mulighetene for å*
 - *beholde og utvikle stabile fagmiljøer*
 - *utdanning av helsepersonell*
7. *Prosjektet må beskrive hvordan de modeller og tiltak som foreslås kan gjennomføres, herunder hva som kan gjennomføres i 1997, i senere år og hva som eventuelt må utredes nærmere for det tas beslutning om tiltak og gjennomføring.*
8. *Det videre prosjektarbeid høsten -96 samordnes med planarbeidet i helseregion V.*
9. *Fylkestinget vil understreke vedtak i sak 78/95 om at frigjorte ressurser som følge av prosjektet skal brukes til forbedring av helsetilbudet på Helgeland.*
10. *Befolkningen på Helgeland skal gis grundig informasjon om prosjektgruppens anbefalinger. I forbindelse med høringsrunden etter at prosjektgruppen har avgitt sin innstilling skal prosjektgruppens vurderinger og konklusjoner presenteres i informasjonsbladet «Helgeland info» og sendes samtlige husstander på Helgeland.*

1.3 Framdriftsplan

Prosjektperioden ble fastsatt fra desember 1995 til 31. desember 1996, med planlagt sluttbehandling i fylkestinget i desember 1996. Perioden januar til juni 1996 var viet innhenting av basisinformasjon og klarlegging av det medisinskfaglige grunnlag for fremtidig struktur. Et utvalg modellskisser ble lagt fram for fylkestinget i juni 1996.

Høsten 1996 ble de modellskisser som fylkestinget i juni vurderte som fortsatt interessante alternativer, utredet fullt ut med anbefaling av hvilke som bør legges til grunn. Som et ledd i dette arbeidet ble det nødvendig å gjennomføre en registreringsundersøkelse av all øyeblikkelig hjelp behandlet ved de tre sykehusene over en fireukersperiode. Dette innebærer at prosjektgruppens rapport foreligger ca en måned senere enn opprinnelig planlagt. Presentasjons- og høringsprosessen som følger etterpå vil medføre at endelig behandling i fylkestinget skjer våren 1997.

1.4 Organisering og arbeidsform

Helgelandsprosjektet er organisert med fylkesutvalget som styringsgruppe. En bredt sammensatt prosjektgruppe, oppnevnt av fylkesutvalget, står ansvarlig for rapporten og gjør tilrådingen før administrativ og politisk behandling.

Prosjektgruppen består av:

- Otto Hauglin, Agenda Utredning & Utvikling, prosjektleder
- Tore Jo Nilsen, Rana sykehus
- Svend Kibsgaard, Rana sykehus
- Svein Bjørnvik, Sandnessjøen sykehus
- Dag Stefansen, Sandnessjøen sykehus
- Marit Hermstad Løvlien, Sandnessjøen sykehus
- Kåre Nyland, Vefsn sykehus, til 20. august 1996
- Liv Sjøvold, Vefsn sykehus, fra 20. august 1996
- Arne W. Wilskow, Vefsn sykehus
- Hildegunn Bomnes, Vefsn sykehus
- Steinar Jæger, Nordland Sentralsykehus
- Ingrid Øverland, Rana kommune, til 20. august 1996
- Tore Dahl, Brønnøy kommune
- Marit Abelsen, Vefsn sykehus, YS-representant
- Mary Sørensen, Rana sykehus, LO-representant
- Lisbeth Ann Johansen, Sandnessjøen sykehus, AF-representant

Prosjektleder sammen med utredningsleder Oddvar Larsen og sekretær Bente Sand i fylkesadministrasjonen har den daglige ledelse av prosjektet. Enkeltpersoner og undergrupper i prosjektorganisasjonen, fylkesadministrasjonen og ved sykehusene har levert informasjon og utarbeidet skriftlige notater. Finn Arthur Forstrøm, Agenda Utredning & Utvikling har arbeidet med konsekvensberegningene.

Fylkesutvalg og fylkesting har vært orientert fortløpende muntlig og skriftlig om innhold og framdrift.

Informasjon er prioritert, og har vært ledet av Else Øverli som har vært informasjonsmedarbeider i prosjektstaben. En informasjonsavis - «Helgelands-info» - utgis regelmessig. Det er arrangert ett presseseminar og flere pressekonferanser.

Det er avholdt møter med kommuner og sykehus i alle sykehusområdene, samt med kommunene på Sør-Helgeland. Det har også vært ett møte med ordførere fra kommunene på Helgeland, og ett møte med ordførere og helse- og sosialsjefer. Det har også vært avholdt møter med helseinstitusjonsrådene på Helgeland i tillegg til at deler av prosjektgruppa har deltatt på ulike informasjonsmøter.

Arbeidet samordnes fortløpende med planarbeidet i Helseregion 5, primært gjennom direkte kontakt mellom fagråd regionalt og Helgelandsprosjektet.

To fagmøter med belsepersonell fra sykehusene og kommunehelsetjenesten for drøfting av prosjektets medisinskfaglige grunnlag har stått sentralt i arbeidet. I tillegg har notater og utkast vært drøftet internt i fagmiljøene på sykehusene.

Arbeidet har samlet vært svært omfattende og faglig krevende, med stor offentlig oppmerksomhet og hardt tidspress.

2 SAMMENDRAG

2.1 Mandat

Helgelandsprosjektets mandat er gitt av fylkestinget i Nordland i juni 1995. I mandatet blir det gitt i oppdrag å utvikle tjenestetilbudet for Helgeland i retning av en enhetlig sykehusorganisasjon med konkrete forslag til samordningsmodell for sykehusene og en fordeling av viktige funksjoner som etter faglige kriterier ikke kan være i alle dagens sykehusenheter.

Prosjektperioden ble satt til 31. desember 1996 med sikte på å iverksette konkrete organisatoriske endringer og funksjonsfordelinger fra og med 1997.

Helgelandsprosjektet har vært organisert med en egen prosjektgruppe med bred representasjon fra Helgeland. Fylkesutvalget har vært styringsgruppe, og det har vært praktisert en åpen arbeidsform med stor vekt på informasjon og kommunikasjon med fagmiljøer og andre.

2.2 Viktige utviklingstrekk

Prosjektet beskriver i kapittel 3 de viktigste utviklingstrekk mht. befolkning, helse, sykелighet og sykehusstilbud.

Det antas at antall fødsler vil reduseres, og antall eldre over 80 år vil øke fram mot 2015. Sykdomsutviklingen vil forøvrig preges av at antallet krefttilfeller og hjertesykkelighet vil øke og påvirke etterspørselen etter sykehus tjenester.

Den teknologiske utvikling innen medisinen vil medføre et behov for å anskaffe kostbart utstyr. På flere felter er det en rivende utvikling hvor nye muligheter med økende krav til spesialisering er sentrale trekk i bildet. Dagens sykehusstruktur på Helgeland består av tre lokalsykehus med akuttberedskap i kirurgi og indremedisin samt fødeavdeling. Hver for seg har ikke sykehusene muligheter til å følge opp utviklingen og gi befolkningen et tilbud som er i samsvar med de nye faglige utfordringene. Spesielt kritisk er tilgangen på nøkkelpersonell, særlig visse legegrupper.

2.3 Mål for helsetjenesten

I kapittel 4 beskrives nasjonale, regionale og fylkeskommunale mål for helsetjenesten.

Både de nasjonale og regionale mål, slik de f.eks. er trukket opp i det regionale helseplanarbeidet peker på den dramatiske mangelen på fagfolk, og manglende samsvar mellom dagens sykehusstruktur og dagens medisinske standard.

Det pekes på behovet for konsentrasjon, bedre prioritering, sikring av kvalitet og en klarere samordning på alle nivåer. Sykehusstrukturen må gjøres mer rasjonell med større vekt på funksjonsfordeling mellom sykehusene, og faglig samarbeid med primærhelsetjenesten. Sykehusene må i større grad sees under ett, og utvikle nisjefunksjoner og spesialiseringer.

Dette kan innebære at enkelte sykehus må omdisponeres fra beredskap med ressurskrevende vaktteam til f.eks. planlagt behandling og rehabilitering.

2.4 Faglige krav

Kapittel 5 omhandler de faglige krav som prosjektgruppa legger til grunn for sitt arbeid.

Gjennom prosjektarbeidet er det definert faglige krav på flere sentrale områder. Det pekes på at med de nye krav til beredskap og økende spesialisering vil det ikke la seg gjøre å bemanne alle lokalsykehusene med spesialister for å dekke alle de aktuelle oppgavene. Prosjektet har derfor valgt å differensiere kravene til den akuttberedskapen og utrede tre hovednivåer for sykehusene på Helgeland:

- Lokalsykehus med utvidet akuttberedskap - som har et utvidet beredskaps- og behandlingstilbud i forhold til dagens lokalsykehus. Med en slik beredskap kan man ta hånd om sykdommer som krever intensivavdeling med anestesilege i kontinuerlig vakt, samt spesialister i kirurgi og indremedisin i vakt. Det vil også bli behov for ortopeder i separat vakt siden bløddelskirurger og ortopeder ikke kan erstatte hverandre. Et sykehus med utvidet akuttberedskap innebærer en kvalitetsheving av beredskapen ut over det som i dag finnes på Helgeland.
- Lokalsykehus med akuttberedskap - som tar hånd om de fleste akutte tilstander som i dag behandles ved lokalsykehus. Med en slik beredskap kan en ta hånd om de vanligste akutte tilstander i befolkningen, både der det er ønskelig med nærhet, og der det er viktig å stille rask diagnose, og komme i gang med hurtig behandling. Sykehuset har kirurg og indremedisiner i vakt, men ikke operasjons-, anesthesi- og intensivservice på døgnbasis. Dette vil si at noen flere av de dårligste pasientene vil bli lagt inn på sykehus med utvidet akuttberedskap.
- Spesialistklinikk - som bare tar i mot øyeblikkelig hjelp på dagtid. Hovedoppgavene vil være diagnostikk og planlagt behandling med utgangspunkt i et bredt tilbud av medisinske spesialiteter. Den vil gi et tilbud innen dagkirurgi og ulike typer utredninger, og har også polikliniske tilbud samt sengeavdeling.

Faglige krav til fødevirksomhet er også definert av prosjektgruppa. På henvendelse til perinatalutvalget har utvalget anbefalt at det bare bør være en fødeavdeling på Helgeland. En slik avdeling må knyttes til sykehus med utvidet akuttberedskap og ha gynekolog i vakt. Barnelege bør være tilknyttet avdelingen. I en overgangsperiode kan fødselskompetente kirurger inngå i vaktordningen. En fødeavdeling ved lokalsykehus bør ha 4-500 fødsler pr. år for å opprettholde kvaliteten. Fødestue kan aksepteres som en faglig mulighet. Sykehus som har akuttberedskap, eller er organisert som spesialistklinikk kan eventuelt dermed ha fødestue. Den bør ha minst 40-50 fødsler pr. år, og må basere seg på streng utvelgelse. Fødestue kan ha kommunelege eller sykehuslege som oppfølgingsansvarlig lege.

Det er også definert krav til ulike typer planlagt virksomhet. Dagkirurgi og andre former for dagbehandling samt ulike poliklinikk- og rehabiliteringstiltak kan foregå flere steder uten omfattende krav til beredskap. Visse typer planlagt virksomhet, som f.eks. tyngre kirurgi, krever en beredskap som kan bli ganske høy. Prosjektgruppa peker på muligheten for at

man ved sykehus med akuttberedskap i perioder kan heve den indre beredskapen for gjennomføring av planlagte operasjoner.

Faglige krav til psykiatri og rehabilitering defineres også, samt kravene til ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste.

Prinsipper for organisering av sykehusene, for samarbeid med kommunehelsetjenesten, for rekruttering og personell disponering beskrives også.

2.5 Utvalg av modeller og prinsipper for konsekvensvurderinger

I kapittel 6 beskrives det utvalg av modeller som skal utredes, samt opplegget for konsekvensvurderinger.

Prosjektgruppa beskriver og vurderer i alt fire ulike modelltyper:

- MODELL 0 som ligger nærmest dagens situasjon, med akuttberedskap på dagens nivå og fødeavdelinger ved alle tre sykehusene.
- MODELL 1 hvor alle tre sykehusene har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.
- MODELLENE 2A, 2B og 2C hvor to av sykehusene har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling og ett av sykehusene er organisert som spesialistklinikk med evt. fødestue tilknyttet.
- MODELLENE 3A, 3B og 3C hvor ett av sykehusene har utvidet akuttberedskap med fødeavdeling. De to øvrige sykehusene har akuttberedskap og evt. fødestue tilknyttet.

Opplegget for konsekvensberegninger vurderer hver av modellene ut fra et sett av gitte forutsetninger, og på hvilken måte de ville ha gitt et tilbud til et kjent pasientvolum, situasjonen i 1995. Konsekvenser beskrives for øyeblikkelig hjelp, planlagt virksomhet, fødevirksomhet, ambulansetjeneste, sengebehov, bygnings- og utstyrsbehov, bemanningsbehov, virkninger for pasienter og pårørende og mht. totaløkonomiske virkninger.

I dette kapitlet beskrives også det sett av kriterier som modellene blir vurdert ut fra, bl. a. medisinsk faglig forsvarlighet, virkninger for pasienter, personale og kommunehelsetjenesten, organisatorisk hensiktsmessighet, ressursutnyttelse og realisme i gjennomføring.

2.6 Beskrivelse og vurdering av modellene

I kapitlene 7 til og med 14 beskrives alle de aktuelle modellene etter samme mal. Beskrivelsen viser relativt store utslag i sengebehov, behovet for ambulansetjenester, for bygninger og utstyr i de ulike modellene. Det samme gjelder behovet for personell, spesielt legespesialister hvor MODELL 1 stiller størst krav og MODELLENE 3A, 3B og 3C krever færrest nye stillinger.

Også mht. totaløkonomiske virkninger er det klare forskjeller. Ingen av modellene bruker mindre ressurser enn dagens rammer, men MODELLENE 3A, 3B og 3C relativt sett bruker mindre ressurser, samtidig som disse modellene gir en klar kvalitetsheving.

I kapittel 15 vurderes modellene ut fra det valgte sett av kriterier. Hovedtrekkene i vurderingene er:

- MODELL 0 vurderes som utilfredsstillende og ustabil når det gjelder nøkkelpersonell. Den innebærer også et for spinkelt pasientgrunnlag til å kunne gi god nok trening og rekruttere til stabile fagmiljøer. Den kan fungere inntil videre, men bare i en overgangsperiode.
- MODELL 1 vurderes som urealistisk mht. rekruttering og representerer en svært dårlig ressursutnyttelse. Den lar seg ikke realisere, og er derfor ikke egnet til å møte framtidige utfordringer.
- MODELLENE 2A, 2B og 2C vurderes også som vanskelige å rekruttere til siden de forutsetter to sykehus med utvidet akuttberedskap. De vurderes som lite fornuftige mht. ressursutnyttelse og innebærer ikke et godt nok forhold mellom volum og kvalitet.
- MODELLENE 3A, 3B og 3C vurderes som mer realistiske mht. rekruttering. De er i samsvar med overordnede føringer for utvikling av sykehusstrukturen, og gir muligheter til å heve tilbudet til befolkningen kvalitativt ut over dagens nivå. Modellen kan realiseres innen en rimelig tidsramme.

2.7 Forslag til prioritering

I kapittel 16 beskrives prosjektgruppas prioritering.

En samlet gruppe anbefaler verken MODELL 0, MODELL 1 eller MODELLENE 2A, 2B eller 2C lagt til grunn for organisering av sykehusene på Helgeland. Hovedbegrunnelsen er dels at disse modellene ikke vil kunne bestå over tid eller bygges opp rekrutteringsmessig med noen realisme. De gir ikke et fornuftig forhold mellom volum og kvalitet og representerer en lite effektiv ressursutnyttelse.

Prosjektgruppa anbefaler samstemmig at en av MODELLENE 3A, 3B eller 3C legges til grunn for framtidig samordning og organisering av sykehusene på Helgeland.

MODELL 3A innebærer at Rana har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.
MODELL 3B innebærer at Sandnessjøen har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.
MODELL 3C innebærer at Vefsn har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.

Gruppa legger særlig vekt på at modellene:

- innebærer en samlet kvalitetsheving av sykehustilbudet ut over dagens nivå, men innenfor realistiske ressursrammer.
- gir en realistisk mulighet til å rekruttere til, og beholde stabile fagmiljøer.

- gir klart bedre muligheter til funksjonsfordeling, samordning og felles ressursutnyttelse.
- gir også relativt sett den største uttellingen i form av bedre helsetilbud innenfor de totale økonomiske rammene.

I spørsmålet om hvilken av de tre anbefalte modellene som bør foretrekkes, deler prosjektgruppa seg i tre grupper som hver framholder en av modellene. Det legges særlig vekt på utgangspunktet i de nåværende fagmiljøene, muligheter til rekruttering, kommunikasjonsmessige forhold, muligheter til utbygging og virkningen av de ulike modellene for befolkningen på Sør-Helgeland.

Disse faktorene gis ulik vekt av de 3 gruppene som fremmer sine anbefalte forslag med subsidiære standpunkter.

Avslutningsvis skisserer prosjektgruppa en gjennomføringsstrategi i kapittel 17. Gruppa mener at en iverksettelse av ny modell bør kunne være fullført innen 1. januar 1999.

3 BEFOLKNINGSUTVIKLING, HELSE, SYKELIGHET OG SYKEHUSTILBUD

3.1 Befolkningsutvikling

Alderssammensetningen av befolkningen, i tillegg til den totale befolkningstallet, er den faktor som sterkest påvirker etterspørselen etter sykehustjenester. De helt unge og de eldste forbruker relativt sett mest av helsetjenestens ressurser. I et tidsperspektiv på de nærmeste 20 år vil imidlertid ikke endring i det totale innbyggertall være av en slik størrelse at det påvirker fylkeskommunens dimensjonering av sykehustilbudene. Det samme gjelder konsekvensene av utviklingen for antall personer under 16 år.

Forventet levealder for kvinner i Nordland er over 80,2 år og for menn mellom 73,3 og 74,4 år (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) 1996). Ser en bakover har forventet levealder de siste 20 år økt med omlag 2 år.

De to viktigste endringene for Helgeland er en antakelse om at antall fødsler vil reduseres med 10 prosent og at antall eldre over 80 år vil øke med 30 prosent fram mot år 2015. Endringen er størst fram til år 2000 da antall eldre over 80 år vil øke med 20 prosent, jfr Tabell 3.1. Dette vil påvirke etterspørselen etter sykehustjenester

Område	80 år og over				
	1995	2000	2005	2010	2015
Rana	1 139	1 423	1 685	1 735	1 731
Sandnessjøen	1 289	1 420	1 478	1 474	1 442
Vefsn	665	769	843	875	896
Helgeland	3 093	3 612	4 006	4 084	4 069

Tabell 3.1 Framskrivning av folkemengden på Helgeland fordelt på sykehusområde, 80 år og over. 1995-2015

3.2 Helse og sykkelighet

Sykkelighet påvirkes av flere forhold. De viktigste av disse er:

- Alderssammensetning
- Levekår i sin alminnelighet
- Livsstil
- Arv
- Rusmiddelmissbruk
- Ulykker

Det finnes idag ikke data som på en kvalifisert måte sier noe om sykkelighet på Helgeland. Situasjonen i Nordland legges derfor til grunn. Dødsfall i forhold til landet forøvrig brukes

som mål på sykkelighet. Følgende hovedtrekk er framtreddende:

- For hjertesykdom hos kvinner ligger Nordland på landsgjennomsnitt. For menn er dødeligheten høyere enn resten av landet. Dette samsvarer med forbruket av blodtrykksmedisiner for 1993 der Nordland befinner seg på den nasjonale topp (Norsk Medisinaldepot, NMD). Kolesterol som risikofaktor ligger for Nordland høyt over landsgjennomsnittet (Statens Helseundersøkelser). Blodtrykksverdiene for både kvinner og menn i Nordland ligger også over landsgjennomsnittet. Andelen av befolkningen som røyker viser samme resultat, over landsgjennomsnitt (Statens Helseundersøkelser). Dette fører også til at infarkttrisikoen, som i tillegg til ovennevnte, omfatter daglig kaffedriking, fysisk inaktivitet etc, ligger på topp nasjonalt.
- For dødsfall av slag ligger Nordland både for kvinner og menn under landsgjennomsnitt.
- For dødsfall av kreft ligger Nordland under landsgjennomsnittet for kvinner, men noe over for menn. Tall fra Kreftregisteret viser at antall krefttilfeller vil øke med 30 prosent fram mot år 2010. Dette vil ha en signifikant påvirkning på etterspørselen etter ulike typer helsetjenestetilbud på alle nivå.
- Nordland har tidligere ligget høyt i antall dødsfall i forbindelse med fødsel og i første leveår, men ligger nå på landsgjennomsnitt.
- Nordland ligger på landsgjennomsnittet når det gjelder alkoholrelaterte dødsfall både hos menn og kvinner.
- Nordland ligger også på landsgjennomsnittet når det gjelder trafikkrelaterte dødsfall og selvmord både for menn og kvinner (NSD 1996).
- Ifølge Statistisk Sentralbyrås helseundersøkelse fra 1985 vurderer nordlendingene sin helsesituasjon til å være god. Dette gjelder såvel kroniske lidelser som muskel- og skjelettlidelser. Ifølge NMD brukes det mindre betennelsesdempende medikamenter i Nordland enn landsgjennomsnittet. Det samme gjelder febernedsettende og smertestillende midler.
- Av andre spesielle forhold kan nevnes at E6 på Helgeland har høyere ulykkesfrekvens enn andre veistrekninger.

En forsiktig konklusjon er at for Nordland og dermed Helgeland, vil økningen i krefttilfeller være den faktoren som sterkest påvirker etterspørselen etter sykehustjenester. I tillegg kan dataene for hjertesykkelighet og faktorer som virker inn på dette, tyde på en økt etterspørsel, jfr infarkttrisikoen. Imidlertid vil økningen i andel av befolkningen over 80 år, jfr avsnitt 3.1, gjennomgående, men med særlig vekt på de nærmeste årene, slå kraftig ut i økt behov for sykehustjenester.

3.3 Utvikling av utstyr og metoder

Den teknologiske utvikling skjer raskt med nyvinninger innen såvel diagnostikk som behandling. Dette medfører et stadig behov for å anskaffe kostbart utstyr. Dersom budsjettene ikke tillater fornyelse i takt med utviklingen, vil sykehusene bli hengende igjen med gammel teknologi. Og dersom utstyret blir skiftet ut i samsvar med utviklingen vil en med mange små sykehusenheter få en lav utnyttelsesgrad av utstyr som krever et stort pasientgrunnlag.

De viktigste utviklingstrekkene er:

- Innen billediagnostikken er det en rivende utvikling både teknisk og diagnostisk. Ultralydapparat med doppler-teknikk er anvendelig i diagnostikken for såvel klinikere som radiologer. Datatomografi (CT) finnes ved alle sykehus i fylket, og magnettomografi (MRI) er planlagt utenom regionsykehus ved de fleste sentralsykehus. Imidlertid krever de forskjellige undersøkelser trening. Faren for at man kan få situasjoner der personellet mangler kompetanse eller at pasientgrunnlaget ikke er stort nok å utnytte utstyret godt nok, er tilstede.
- Fiberoptikken har medført utvikling av skopien, dvs innføring av skop i kroppens naturlige åpninger, slik at man både kan se og behandle sykkelige prosesser. «Kikkhulls-kirurgi» er blitt en viktig del av kirurgien. Den gir mer skånsomme inngrep, men krever også kostbart utstyr og trening. Bruk av laser er også økende.
- Utviklingen av telemedisin har medført at man kan overføre billedsignaler til kompetansesentra som kan foreta tolkninger og veiledning. Dette kompenserer noe for manglende kompetanse ved de små sykehus, spesielt innenfor billediagnostikk.
- Intensivavdelingene er etter hvert blitt preget av avansert utstyr til såvel hjerteovervåking, som kontinuerlig overvåking av andre viktige kroppsfunksjoner inklusive respiratorbehandling. Dette er viktig ved alvorlige sykdommer og skader, samt nødvendig for å redusere risikoen ved større kirurgiske inngrep i fasen etter operasjon. Slik utstyr er også nødvendig ved sykehus som skal ha fødeavdeling.
- Innen akuttmedisinen er det blitt mer tydelig at ytterligere helsegevinster i form av å redde flere liv ligger i å starte behandling før pasienten kommer til sykehus, samt forbehandle pasientene, ikke minst ved større skader, nært skadestedet slik at de tåler transport til lokalsykehus med akuttberedskap/utvidet akuttberedskap, evt sentral- eller regionsykehus.
- Større spesialisering gir også større muligheter for vellykket behandling ved mer kompliserte og alvorlige sykdommer. Dette forutsetter imidlertid et samarbeid med flere forskjellige spesialister som det ikke vil være mulig å tilby ved alle små sykehus.
- På laboratoriesiden er det en rivende utvikling der maskinelt utstyr overtar mye av det analytiske arbeid.

3.4 Dagens sykehusstilbud på Helgeland

Sykehusstilbudet på Helgeland består idag av tre lokalsykehus med akuttberedskap i indremedisin og kirurgi samt fødeavdeling. Hvert lokalsykehus dekker akuttberedskapen i de kommuner de har ansvar for.

I tillegg har sykehusene følgende spesialansvar:

- Rana sykehus har Helgelandsansvar for planlagt ortopedi.
- Vefsn sykehus har ansvaret innen nevrologi.
- Sandnessjøen sykehus har førstelinje beredskapsansvar for aktiviteten på sokkelen utenfor Helgeland.

For tiden er legespesialistdekningen i kirurgi og indremedisin rimelig bra. Vaktberedskapen ved fødeavdelingene dekkes av spesialister i generell kirurgi med lang erfaring i fødselshjelp. Sykehusene har en av følgende spesialister hver, enten fast ansatt eller innleid som vikar:

- Gynekolog
- Anestesiolog
- Radiolog

I tillegg til dette har sykehusene følgende spesialiteter:

- Rana sykehus har revmatolog.
- Vefsn sykehus har nevrologi via en avtale med Regionsykehuset i Trondheim. Sykehuset har også ambulerende øyelege i privat regi.
- Sandnessjøen sykehus utfører pacemakerimplantasjon og kontroll samt lungeundersøkelser for Vefsn og eget lokalsykehusområde. Sykehuset har over lang tid hatt et stabilt tilbud innen øre-nese-hals, men pr dags dato er denne stillingen ubesatt. I samarbeid med kommunene i området og institusjonen Helgeland rehabilitering i Sømna (HRIS) har sykehuset et utviklingsprosjekt innen rehabilitering for lokalsykehusene på Helgeland.

Alle sykehusene har psykiatritilbud. Sandnessjøen har utbygd tre filialer på Sør-Helgeland. Familieavdeling i regi av barne- og ungdomspsykiatrien startes opp ved Vefsn sykehus 1. januar 1997. Sykehuset har dessuten en avdeling i voksenpsykiatri. Psykiaterdekningen på Helgeland er svært dårlig. Prosjektet "To psykiatere ved hvert lokalsykehus i Nordland", adminstrert av Vefsn sykehus, skal sikre rekrutteringen av psykiatere.

Ut over dette får befolkningen på Helgeland dekket sine behov for sykehusstilbud ved Nordland sentralsykehus i Bodø. Behandling utenfor fylket skal, når det finnes tilbud, foregå ved Regionsykehuset i Tromsø. I tillegg brukes Namdal sykehus til deler av befolkningen på Sør-Helgeland, ialt vesentlig fra Bindal kommune.

3.4.1 Pasientstrømmer og aktivitet

Befolkningen på Helgeland får sitt sykehusstilbud på tre nivåer:

- Lokalsykehusene dekker 65-75 prosent av behovet
- Nordland sentralsykehus og sykehus utenfor Nordland dekker 15-20 prosent av behovet
- Regionsykehusnivået, inkludert landsfunksjoner, dekker det resterende.

Fordelingen av innleggelser på det enkelte sykehus på Helgeland og ved andre sykehus framgår av Tabell 3.2.

Innleggelser fra sykehusområde	Innleggelser på:				
	Helgeland	NSS	RiTø	Andre	Total
Rana	4 291	979	355	139	5 764
Sandnessjøen	3 538	727	318	332	4 915
Vefsn	1 748	494	161	442	2 845
Helgeland samlet	9 577	2 200	834	913	13 524
Antall innbyggere					78 050

Tabell 3.2 Antall innleggelser i 1995, fordelt på sykehusene på Helgeland, Nordland sentralsykehus (NSS), Regionsykehuset i Tromsø (RiTø) og andre.

Aktiviteten i form av polikliniske konsultasjoner, samt antall fødsler fordelt på institusjoner på Helgeland framgår av Tabellene 3.3 og 3.4

Pasienter fra område	Behandlet ved sykehus:				Pr 1 000 innbyggere
	Rana	Sandnessjøen	Vefsn	Sum	
Rana	16 828	274	381	17 483	52
Sandnessjøen	513	9 408	756	10 677	39
Vefsn	188	508	9 414	10 110	60
Helgeland	17 529	10 190	10 551	38 270	49
Andre	270	19	141	430	
SUM	17 799	10 209	10 692	38 700	

Tabell 3.3 Polikliniske konsultasjoner ved sykehusene på Helgeland 1995

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Rana	385	312	382	392	411	420	411	449
Sandnessjøen	207	318	274	262	247	249	208	275
Vefsn	193	204	183	203	183	210	194	167
Brønnøy	84	63	114	102	108	110	111	120
Sum	869	897	953	959	949	989	924	1011

Tabell 3.4 Antall fødte pr institusjon på Helgeland. 1980 - 1995

Nordland, inklusiv Helgeland har et sykehusforbruk, målt som innleggelser pr 1000 innbyggere, som ligger godt over landsgjennomsnittet. Dette framgår av Tabell 3.5 nedenfor.

Område	Innleggelser pr 1 000 innbyggere	Innbyggere	Pasienter
Rana	172	33 533	5 764
Sandnessjøen	179	27 497	4 915
Vefsn	167	17 020	2 845
Helgeland	173	78 050	13 524
Nordland	175		
Norge	146		

Tabell 3.5 Innleggelser pr 1 000 innbyggere. 1995.
Kilde: Samdata

Et viktig mål for aktiviteten uttrykkes gjennom den DRG- og liggetidsindeks det enkelte sykehus har. DRG-indeksen angir om sykehuset har større eller mindre ressurskrevende pasienter enn andre. 1,0 i indeks tilsier at sykehuset ligger på samme nivå som 9 referansesykehus. Liggetidsindeksen angir om sykehuset har kortere eller lengre liggetid enn andre sykehus. 1,0 i indeks tilsier at sykehuset ligger på samme nivå som landet totalt foregående år. I Tabell 3.6 vises dette for sykehusene på Helgeland. Det må imidlertid påpekes at evt. ulik registreringspraksis kan gi utslag på statistikken.

Sykehus	DRG-indeks	Liggetid- indeks	Indeks- opphold
Rana	1,02	0,90	4 516
Sandnessjøen	1,01	0,94	3 351
Vefsn	0,96	0,93	1 956

Tabell 3.6 Indeksopphold, DRG- og liggetidsindeks 1995

3.4.2 Økonomiske nøkkeltall

Sykehusene i Nordland finansieres hovedsaklig gjennom et rammebevilgningssystem som baserer seg på et sett av kriterier med folketall i nedslagsfelt som viktigste element. Sykehusenes rammebudsjetter korrigeres for behandling av pasienter på annet nivå i forhold til gjennomsnittlig forbruk i Nordland.

I tillegg til rammefinansiering har sykehusene refusjonsinntekter fra Folketrygden og enkelte andre frie inntekter, bl a på salg av tjenester til kommuner, f eks mat. Kostnadene pr behandlet pasient varierer kraftig sykehusene i mellom. På Helgeland er variasjonene som vist i Tabell 3.7 netto driftsutgifter pr indekspasient.

Sykehus	1993	1994	1995	Prosentvis endring 94/95
Rana	17 362	19 202	20 212	5.3
Sandnessjøen	20 938	24 372	25 300	3.8
Vefsn	25 303	24 923	29 688	19.1

Tabell 3.7 Netto driftsutgifter pr indekspasient. 1993-95

Et annet uttrykk for ressursbruken i de enkelte sykehusområder framgår av Tabell 3.8, som viser totale kostnader til pasientbehandling pr innbygger for de enkelte sykehusområder i Nordland.

	Eget sykehus 1995	Poli-klinikk 1995	Sentral-sykehus 1995	Gjeste-pasienter 1995	Sum 1995	Sum 1994 i 1995 kr	Endring 1994-95 Prosent
Ofoten	3 042	246	690	869	4 847	4 937	-1,8
Vesterålen	2 574	304	780	882	4 540	4 320	5,1
Lofoten	2 503	289	870	873	4 535	4 765	-4,8
Salten	2 718	270	630	551	4 169	4 121	1,2
Rana	2 722	283	650	583	4 238	4 408	-3,9
Vefsn	3 472	381	650	590	5 093	4 784	6,5
Sandnessjøen	3 080	213	590	781	4 664	4 507	3,4

Tabell 3.8 Forbruk i kroner pr. innbygger av somatiske sykehustjenester i 1994 og 1995, fordelt på sykehusområde

3.4.3 Bygninger og utstyr

Sandnessjøen sykehus var ferdigstilt i 1983, og er følgelig et nytt sykehus. I Rana pågår nå en storstilt renovering/ombygging/nybygging, slik at anlegget i løpet av 1997 vil framstå som et nytt og moderne sykehusbygg. Vefsn sykehus har slik sett den eldste bygningsmassen. Fra sykehusets side er det gitt uttrykk for nødvendigheten av bygningsmessige tilpasninger for å kunne drive mer effektivt enn idag. Som et ledd i en slik effektivisering slås medisinsk og kirurgisk avdeling sammen høsten 1996.

For Sandnessjøen sykehus er det gjort fylkestingsvedtak om makebytte med Alstahaug kommune som innebærer at nåværende sykehjemlokaler tilføres sykehuset. Vefsn kommune har på samme måte tilbudt overdragelse av Vefsn sykehjem til Vefsn sykehus. Også i Rana er det sykehjem i tilknytning til sykehuset.

På utstyrssiden er sykehusene, som de fleste andre norske lokalsykehus, relativt likt utstyrt. Alle har computertomograf og telekommunikasjonsutstyr, som gjør at en på røntgensiden er knyttet sammen i et nettverk med de andre sykehusene i Nordland og regionen.

Alle sykehusene har diverse skopi-utstyr for gastrointestinale undersøkelser og behandling. Videre har alle sykehus ecco-doppler utstyr for alminnelige hjerteundersøkelser. Alle sykehusene har også laparoskopisk utstyr. Av spesielt utstyr som ikke finnes ved alle sykehus har Sandnessjøen mammograf og bronchoskop. Rana har også bronchoskop. Sandnessjøen og Rana har fullt utstyr for øre-nese-halsfunksjon. Vefsn har utstyr for urologi og øyefunksjon. Rana har også utstyr for urologi.

3.4.4 Personellsituasjonen

Antall stillingshjemler for de enkelte yrkeskategorier framgår av Tabell 3.9 nedenfor. Forskjell i tallene mellom sykehusene for enkelte personellkategorier kan skyldes ulik registreringspraksis.

	Stillingsgruppe	Sykehus			Helge-land
		Rana	Sandnessj.	Vefsn	
Soma-tikk	Leger	27	25	20	71
	Pleiepers sengeavd, mottak og intensiv	108	84	64	256
	Beh personell, poliklinikk og dialyse	12	10	7	29
	Beh personell, med serviceavd	39	40	33	111
	Ikke-med service og støttepersonell	61	61	41	163
	Felles administrasjon og ledelse	16	11	10	37
	Totalt somatikk	263	231	174	668
Psyki-atri	Leger	3	3	4	10
	Pleiepersonell sengeposter			19	19
	Beh pers, poliklinikk/dagbehandling	23	25	18	66
	Kontorpersonell, ikke-med service	3	4	8	15
	Totalt psykiatri	29	32	49	110
Totalt	Somatikk og psykiatri	292	263	223	778

Tabell 3.9 Antall stillingshjemler i bruk, fordelt på personellkategorier 1995, inklusiv turnuskandidater, men eksklusiv lærlinger.

Tilgang på leger er den mest kritiske faktor for aktiviteten ved sykehusene. Legestillingene ved sykehusene på Helgeland er fordelt som vist i Tabell 3.10. Det gjøres oppmerksom på at tabellen viser den formelt vedtatte stillingsstrukturen, ikke antall besatte stillinger. Turnuskandidater kommer i tillegg.

Spesialitet	Rana	Sandnessj.	Vefsn	Helgeland
Anestesiologi	2	1	1	4
Barne- og ungdomspsykiatri	1	1	1	3
Barnemedisin		1		1
Fysikalsk medisin		1		1
Fødselshjelp og kvinnesykdom	1	1	1	3
Generell kirurgi	5+2	4+2	4+1	13+5
Indremedisin	5+2	5+2	4+1	14+5
Nevrologi			1	1
Psykiatri	2+1	1+1	3+2	6+4
Radiologi	2+1	2	1	6+1
Revmatologi	1			1
ØNH	1	1		2
Øye			1	1
Leger med fylkeskom tilskudd				
Øye	1			
ØNH		26/37		

Kilde: Stillingsstrukturutvalget

Tabell 3.10 Antall legestillinger, (overleger + assistentleger), pr spesialitet

Situasjonen innen medisin og kirurgi er høsten 1996 relativt god ved alle sykehusene. De store problemene har en først og fremst i barne- og ungdomspsykiatri, radiologi, gynekologi og anestesi. Her har bemanningen dels vært sviktende, dels har det vært brukt mye innleie. På andre spesialiteter som øye og nevrologi brukes ambulante ordninger fra andre sykehus. Vefsn utdanner egen nevrolog ved Regionsykehuset i Trondheim som tiltrer ved slutten av 1996 samt hudlege som tiltrer i begynnelsen av 1997.

For andre arbeidstakergrupperinger er situasjonen varierende. Det er generelt problemer med rekruttering av spesialsykepleiere og fysioterapeuter. Ut over det er situasjonen til å leve med.

3.4.5 Samarbeid mellom sykehusene

Sykehusene hadde tidligere, da det var felles sykehusstyre, omfattende administrativ kontakt. Ordningen med felles sykehusstyre ble avvirket fordi det ikke svarte til forventningene. I dag fungerer samarbeidet mellom de tre sykehusene på det administrative plan i hovedsak fra sak til sak.

I hovedsak er det samme tilfelle på faglig plan. Et unntak er det tverrfaglige samarbeid som foregår på mage/tarm-feltet mellom de tre sykehusene. Her deltar både medisinske og kirurgiske avdelinger aktivt. Likeledes er opprettet et samarbeid innen ortopedi.

Hver av sykehusene har sin AMK-sentral og egne ventelister.

3.5 Forholdet til kommunehelsetjenesten

I Vefsn lokalsykehusområde fungerer helseinstitusjonsrådet særlig godt. Kommunenes representanter er aktive og arbeidet har et konkret innhold. Også i de to andre sykehusområdene er helseinstitusjonsrådene opprettet og avvikler jevnlig møter.

I det konkrete samarbeid med kommunehelsetjenesten baserer det meste seg på kontakt i enkeltsaker. I tillegg finnes enkelte forpliktende samarbeidskontakter, f.eks knyttet til møter mellom sykehus og kommunalt hjemmebaserte tjenester eller i forbindelse med inntak. Det er ikke etablert møteplasser av faglig karakter mellom noen av yrkesgruppene.

Det er imidlertid etablert gode samarbeidsordninger innenfor rehabilitering, habilitering, psykiatri, områdepediatri, jordmorservise o a.

Forholdene innen kommunehelsetjenesten kjennetegnes forøvrig ved:

- Tjenestetilbudene for gruppen hvor etterspørselen etter sykehustjenester er størst, de eldste, er god i de fleste av de mindre kommunene. I sykehusenes vertskommuner er situasjonen mer varierende. Disse kommunene har særlig problemer med å motta utskrivingsklare pasienter.

- På personellsiden har en rekke av kommunene, både store og små, vansker med å få stabilitet i legedekningen. Dette er noe varierende i de enkelte sykehusområdene. I en situasjon med generell knapphet på helsepersonell er det i perioder vanskelig å rekruttere sykepleiere, men situasjonen er brukbar. For ergoterapeuter og fysioterapeuter er situasjonen vanskelig.
- Det er store variasjoner mellom kommunene i personelldekning, særlig for leger der det er mye gjennomtrekk, bl.a. av utenlandske leger med varierende språkforståelse.

4 MÅL FOR HELSETJENESTEN

4.1 Nasjonale mål

De nasjonale mål for helsetjenesten er beskrevet i ulike dokumenter. I denne sammenheng vil det bli tatt utgangspunkt i St.meld.nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring*. Meldingen representerer den mest oppdaterte framstilling av overordnede, nasjonale mål.

Av særlig betydning framheves følgende mål:

- Et hovedmål er god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god nok kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor.
- Befolkningen skal tilbys likeverdig helsetjenestetilbud med god tilgjengelighet og rimelig kvalitet der tilfeldige faglige forskjeller overfor likeartede tilfeller reduseres.
- Helsetjenestene skal samordnes bedre, lokalt, regionalt og statlig.
- Det er vesentlig å etablere faglig enighet om hvilke tiltak det er faglig og etisk riktig å tilby i ulike situasjoner. Nettverksamarbeid på tvers av institusjonelle, faglige og geografiske grenser er vesentlig.
- Vesentlig vekt legges på sikring og utvikling av kvaliteten på helsetjenestene.
- Prioriteringsprosesser og kriterier må videreutvikles og forbedres.
- Sykehusstrukturen må gjøres mer rasjonell med større vekt på funksjonsfordeling mellom sykehusene og faglig samarbeid med primærhelsetjenesten. Sykehusene må i større grad sees under ett og utvikle nisjefunksjoner og spesialiseringer. Dette kan innebære at enkelte sykehus må omdisponeres fra beredskap med ressurskrevende vaktteam til f.eks. planlagt behandling og rehabilitering.
- En viss størrelse på lokalsykehusenes opptaksområder, ca 50 000 innbyggere, og et visst omfang på aktiviteten ved det enkelte sykehus anses nødvendig for å sikre tilstrekkelig øvelse og nødvendig kvalitet. I denne sammenheng vises det til rapporten *Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet* (Helsedirektoratets utredningsserie 4-93) hvor det såkalte «øvelse gjør mester» prinsippet bekreftes.

I følge Regjeringens oppfølgende planskriv *Sosial- og helsepolitikken mål og virkemidler - 1995* er de generelle virkemidler for å oppnå økt samarbeid og bedre styring i helsesektoren:

- En klarere prioritering av hvem som har sterkest behov for helsetjenester på de ulike nivåer.
- Økt satsing på mål- og resultatvurderinger for å sikre effektiv styring og ressursbruk.

- Organisatoriske virkemidler for å sikre et bedret samarbeid innen helseregionene om utforming av helsetjenestene, samt å sikre god kvalitet og effektivitet i behandlingsskjedene.
- Finansieringsordninger som både ivaretar muligheten for å styre ressursene i tråd med endrede behov og lokale variasjoner, samtidig som man ivaretar nødvendig kostnadskontroll.
- Juridiske virkemidler med vekt på pasientrettigheter, helhet og sammenheng. Hele befolkningen skal, uavhengig av alder, kjønn og bosted, sikres

4.2 Regionale mål

De regionale føringer har tidligere ikke vært særlig sterke utenom de faglige tradisjoner som etter hvert har satt seg. Oppbyggingen av universitetsklinikken i Tromsø har hatt mye å si for styrkingen av sykehustjenestene i regionen og de faglige miljøene. Det har på flere felter blitt et godt samarbeid mellom ulike fagmiljø i regionen.

Også Universitetet i Tromsø har hatt en betydning, ikke minst via den kontakt man har med sykehusene i forbindelse med utplassering av medisinske studenter ved sykehusene, samt at Universitetet har stimulert og støttet endel av den forskning som har foregått ved flere sykehus i regionen. Universitetet har også opprettet akademiske stillinger ved Nordland sentralsykehus, og bruker samtlige sykehus i regionen som praksissykehus.

I 1995 har de tre nord-norske fylkeskommuner satt ned et felles politisk Helse- og sosialutvalg for å samordne spesialisthelsetjenestene, dvs sykehustjenestene, i regionen. Det faglige grunnlag for en regional helse- og sosialplan utarbeides i bredt sammensatte faggrupper knyttet til eksempelvis hjerte-karsykdommer, mage-tarmsykdommer, bevegelsesapparatets sykdommer, ikke-kirurgisk kreftbehandling, akuttmedisin, laboratorietjenester.

Endel av faginnstillingene foreligger, men det er opprettet nye fagkomiteer som etterhvert vil komme med faglige tilrådinger. Det er ikke foretatt noen politisk behandling av faginnstillingene, men de som foreligger er sendt Sosialdepartementet etter oppdrag fra statsråden. Følgende hovedpunkter står sentralt i faginnstillingene:

- Utredningene peker på at det er en dramatisk mangel på fagfolk i Helseregion 5 både ved små og store sykehus. Det er flere årsaker til dette, f.eks stor vaktbelastning og generalistsykehus med lite behandlingsvolum som føles faglig utrygt og lite tilfredsstillende. Det er generelt for få fagfolk, og for stor konkurranse om dem. Det pekes særlig på at anestesilegebemanningen er bekymringsfull ved flere sykehus i helseregionen og kritisk ved Narvik, Stokmarknes, Loføten, Sandnessjøen og Vefsn sykehus.
- Det pekes også på et manglende samsvar mellom dagens sykehusstruktur og dagens medisinske standard. I fagutredningene er det bred enighet om at akutt ortopedi, bløtdelskirurgi og fødselshjelp i fremtiden verken kan eller bør betjenes av samme kirurg. Videre understrekes det at det må bygges opp helsetilbud for gamle, dvs geriatri og for generell og mer avansert rehabilitering, samt for ortopediske og revmatiske lidelser.

- Kompetanseutvikling der primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten er viktige samarbeidspartnere, vil bli sentral for å lykkes med en raskere primærbehandling i de tilfeller der tidsfaktoren er kritisk. Som eksempel nevnes hjertestans ved hjerte-karsykdom samt livstruende skader på ett eller flere organsystemer, eks multitraumer. Det pekes også på at tidlig behandling ved akutt infarkt, blodpropp-oppløsende behandling såkalt trombolyse, bør starte utenom sykehus for å nå flere tidligere, og at kompetanse må bygges opp slik at primærlegene blir kompetente til dette. Kommunikasjonsmuligheter mellom ambulanse og sykehus, f.eks overføring av EKG, vil også kunne bidra til å heve kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet utenom sykehuset. Dersom minimumskravene til primærbehandling og transport er oppfylt, er transporttiden til neste behandlingsnivå sjelden kritisk i Helseregion 5.
- Enkelte lokalsykehus må opprustes til å kunne gi et fullverdig tilbud innen akutt indremedisin, akutt ortopedi og akutt mage-tarmkirurgi. Befolkningsgrunlaget ved et slikt akutt sykehus bør være ca 70 000. Antall sykehus med akuttkirurgisk beredskap bør reduseres. Fødeavdelinger må legges til sykehus med komplett akuttkirurgisk beredskap og må betjenes av gynekologer i vakt.

Mer detaljer om de regionale planer er tatt inn i Kapittel 1 Faglige krav, i vedlegget. Det vises til dette.

4.3 Fylkeskommunale mål

Fylkeskommunens forutsetninger er i hovedsak tatt inn i det mandat som er gitt av fylkestinget, med senere presiseringer av fylkesutvalget. Det innebærer at de samordningsmodeller som utredes og foreslås, alle skal tilfredsstillende faglige minstekrav til bemanning, kompetanse og andre kvalitetskrav. Alternativene må også være realistiske i forhold til økonomiske rammer, og mulighetene for rekruttering av kvalifisert personell.

Sykehusene på Helgeland skal samordnes i en felles organisasjon med hele Helgeland som opptaksområde, og det skal være sykehusdrift i alle dagens sykehusenheter. Disse skal dekke en tilfredsstillende akuttberedskap og fødetjeneste for befolkningen.

Utover dette skal det tas hensyn til andre vedtatte planer innen andre deler av spesialisttjenestene, bl.a. psykiatri, rehabilitering og habilitering, rusvern og ambulansetjeneste. Disse gir føringer som har betydning for helheten i tilbudene, men må evt også justeres i forhold til de modeller som utvikles i Helgelandsprosjektet.

Forholdet til kommunene skal gjennomgående legges betydelig vekt på, bl.a. for å utvikle samordningsmodeller som faglig og driftsmessig er gunstig for å skape en helhetlig tiltaks-kjede, og for bedre total ressursanvendelse.

De økonomiske rammer for prosjektet er dagens driftsramme for de tre sykehusene samlet, og evt økte inntekter som følge av endringer i finansieringsordninger, statlige overføringer, eller som skapes gjennom ny driftsmodell.

Når det gjelder aktivitetsnivået legges dagens nivå til grunn. Det forutsettes heller ikke i utgangspunktet endringer i funksjonsfordelingen mellom lokalsykehusene og Nordland

Sentralsykehus. Dette må eventuelt klarlegges gjennom utredningsarbeidet. Det er imidlertid viktig at en ny modell bedre legger til rette for riktigere prioriteringer, og større smidighet i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Det er også ønskelig at en fortsetter omlegging fra inneliggende behandling, til poliklinisk behandling og dagbehandling der dette er faglig og driftsmessig riktig, og fordelaktig for pasienten.

Større samordning mellom sykehus vil ha personalpolitiske konsekvenser som krever avklaring gjennom politiske beslutninger, og forhandlinger. For å få til gode ordninger, herunder avlønningssystemer som er tjenlig i en ny struktur, er det nødvendig med nært og kontinuerlig samarbeid og drøftinger mellom partene i arbeidslivet. Dette må prosjektarbeidet også vektlegge.

De modeller som velges skal være i henhold til nasjonale og regionale målsettinger og forutsetninger.

5 FAGLIGE KRAV OG PRINSIPPER

5.1 Faglige krav

Medisinen er idag både blitt mer og mer spesialisert og mer tverrfaglig. Der man før f.eks. kunne klare seg med enekirurgen som behersket det datidens muligheter tilsa, må man idag ha flere forskjellige spesialister som hver for seg eller i fellesskap løser problemene. Man har eksempelvis fått kirurger for mage-tarm, andre kirurger for ben og ledd, gynekologer som foretar operative forløsninger og underlivsoperasjoner hos kvinner, anestesileger, røntgenleger osv.

De faglige vurderinger i dette avsnittet bygger i tillegg til diskusjonen blant fagpersonene i Helgelandsprosjektet og på den faglige debatt som pågår i fagmiljøer over hele landet. En del av denne debatten er summert opp i utredninger som er kommet de senere år, f. eks:

- *Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi*. Del 1 og 2 (Haffnerutvalget)
- *Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet*. Helseledelse og utredningsserie 4-93 (Kvinnslanndrapporten)
- *Akuttmedisinskberedskap ved lokalsykehus*. NAVF-rapport nr. 4/92.
- *Småsykehus - framtidige oppgaver og funksjon*. Helseledelse og utredningsserie 3-91
- Sykehusstrukturutredningene fra Nordland, Vestfold og Telemark
- *Faglige krav til fødeinstitusjoner*. Rapport av 1. oktober 1996 fra en utredningsgruppe nedsatt av Statens Helsetilsyn

I vurderingene er det også tatt hensyn til de faglige utredninger som er kommet fra de regionale fagkomiteer i Helseregion 5.

Det faglige innhold spesielt vedrørende akuttfunksjonene og fødevirksomhet har vært diskutert to ganger i Spesialistrådene innen kirurgi, indremedisin og fødselshjelp i Nordland, samt i to omganger med sykehusleger, kommuneleger og annet aktuelt helsefaglig fagpersonell på Helgeland.

I kapittel 1 i vedlegget til denne rapporten er de problemstillingene en har arbeidet med beskrevet i et eget notat. I det følgende er prosjektgruppas konklusjoner gjengitt.

Den økende spesialisering er en av mange forklaringer på at legemangelen i dag er betydelig, til tross for at det aldri har vært så mange leger i Norge noen gang. Det lar seg dermed ikke gjøre å bemanne alle lokalsykehus i Norge med spesialister for å dekke alle oppgavene i henhold til de nye kvalitetskrav som kommer. Det er heller ikke tilstrekkelig antall pasienter til å ivareta den trening som er nødvendig for å holde seg faglig ajour hvis alle sykehus skal løse de samme oppgavene hver for seg.

På Helgeland er akuttfunksjonene idag fordelt prinsipielt likt kvalitativt mellom sykehusene, mens antall innleggelser pr. sykehus er forskjellig pga. ulik befolkningstetthet.

Tabell 4.1 viser at det er svært få akuttinnleggelser pr døgn på det enkelte sykehus

Sykehus	Avdeling	Akutt- innleggelser på dagtid	Akutt- innleggelser på kveldstid	Akutt- innleggelser på nattetid	Akutt- innleggelser pr døgn
Rana	Kirurgi	1,1	1,0	0,4	2,5
	Indremedisin	2,1	1,7	0,7	4,5
Vefsn	Kirurgi	0,5	0,4	0,2	1,1
	Indremedisin	1,0	1,0	0,3	2,3
Sandnessjøen	Kirurgi	0,9	0,8	0,3	2,0
	Indremedisin	1,5	1,4	0,5	3,4
SUM		7,2	6,2	2,4	15,7

Tabell 4.1 Gjennomsnittlig antall akuttinnleggelser på ulike tider av døgnet, fordelt på sykehus og avdeling. 1995

I tillegg kommer en del øyeblikkelig hjelppasienter som behandles poliklinisk. Antallet er usikkert, men det er grunn til å anta at når det gjelder kirurgi, dvs. småskader og brudd som kan behandles poliklinisk, er mesteparten på dag og kveld, mindre på natt.

Med økende krav til spesialisering og samtidig knapphet på spesialister, vil det tvinge seg frem en funksjonsfordeling der alle sykehus ikke kan ha den samme tunge akuttberedskap. Dette kan løses ved at alle sykehus har en viss akuttmedisinsk beredskap, men der ikke alle har utvidet akuttberedskap innenfor både indremedisin og kirurgi med intensivavdeling.

Alle sykehus må imidlertid kunne gi stabiliserende behandling god nok til at de pasientene som må videreføres, forsvarlig kan tåle overføring til nærmeste lokalsykehus med utvidet beredskap, eller om nødvendig til sentral- eller regionsykehus. Avstander spiller etter hvert mindre rolle, men setter samtidig krav til primærhelsetjenestens kompetanse når det gjelder akutte tilstander. En forutsetning er også at ambulansetjenesten er godt utbygget såvel medisinskfaglig som transportmessig. Det vil også være viktig med en løpende skolering av primærhelsetjenesten i akuttmedisin, noe som planene for Helseregion 5 forutsetter.

Det må forutsettes å foreligge adekvat katastrofeplan for større ulykker i sykehusenes opptaksområde. Ved større ulykker vil de små sykehusene allerede i dag ha begrensede muligheter til å håndtere flere alvorlige skader samtidig, og man må derfor i slike tilfeller alltid samarbeide både innad i fylket og innen Helseregion 5, eventuelt også med sykehus i andre helseregioner.

Ifølge det mandat som foreligger for Helgelandsprosjektet, forutsettes det at alle tre sykehusene på Helgeland må kunne gi befolkningen en tilfredsstillende hjelp ved akutt sykdom, enten alene eller i samarbeid med andre sykehus.

Avdelinger som tar imot øyeblikkelig hjelp må ha spesialistvakt. Det betyr at bakerste ledd i en vaktkjede skal være spesialist i de aktuelle fagområdene, dvs indremedisin og kirurgi. Der det er behov for anestesilege eller gynekolog for akutt hjelp, må også denne type spesialist være i vakt.

Deler av vaktøgnet kan være passiv beredskap i vaktrom på sykehuset eller hjemme. Passiv arbeidstid (vakt) bør i henhold til avtaleverket nyttes så sjelden som mulig, og ordinært ikke fordeles slik at den enkelte lege belastes oftere enn hvert fjerde døgn i gjennomsnitt ved hjemmevakt, og hvert femte døgn i gjennomsnitt ved vakt i vaktrom (tilstedevakt). Det vil kreve minimum fire stillingshjemler for hver type spesialist som skal ha vakt. Arbeidsmiljølov og avtaleverk gir imidlertid muligheter til å lage løsninger som er faglig gode nok i utviklingen fram mot faglig ideelle løsninger.

Ofte vil det gå uforholdsmessig mye spesialisttid med til passiv beredskap når et lite antall akuttinnleggelser spres på mange sykehusenheter. Er imidlertid arbeidsvolumet stort og arbeid til ubekvem tid på døgnet hyppig, kommer det regelmessig krav om sjeldnere vakt for den enkelte.

Såkalt generell beredskap eller beredskap etter plan er ikke ment for spesialistvakt der umiddelbart fram møte er nødvendig ved akutte tiltander, men mer for en faglig tilgjengelighet som ikke krever så sterk binding som vakt. F.eks. behøver en som har generell beredskap ikke melde fra hvor vedkommende er til enhver tid.

I beskrivelsene som følger er det brukt følgende benevnelser på de ulike nivåene for vaktberedskap:

- *Vakt* som betyr at vakthavende kan ha hjemmevakt.
- *Tilstedevakt*, som krever tilstedeværelse på sykehuset, men som kan bety at vakthavende kan ha hvilende vakt.
- *Aktiv tjeneste* som angir at en eller flere ansatte er i aktiv tjeneste

Dette innebærer at med de krav som etter hvert settes til ulike typer spesialister i vakt, dvs. 4-5 leger av hver type for å gi nødvendig kompetanse samt følge lovlige tjenesteplaner ved døgnkontinuerlig vakt, vil alle lokalsykehusene på Helgeland måtte øke legestaben betydelig med spesialister som verken finnes eller vil finnes i det nødvendige antall. Dagens modell for akuttberedskap vil således bli en umulighet med de faglige krav som kommer.

Prosjektgruppa har derfor valgt å differensiere kravene til den akutte beredskapen og utrede tre ulike hovednivåer for sykehusene på Helgeland.

De tre hovednivåene er:

- Lokalsykehus med utvidet akuttberedskap - som har et utvidet beredskaps- og behandlingstilbud i forhold til dagens lokalsykehus. Se nærmere omtale i avsnitt 5.1.1
- Lokalsykehus med akuttberedskap - som tar hånd om de fleste akutte tilstander som idag behandles ved lokalsykehusene. Se nærmere omtale i avsnitt 5.1.2
- Spesialistklinikk - som bare mottar akuttinnleggelser på dagtid. Se nærmere omtale i avsnitt 5.1.3

Avhengig av nivået på akuttberedskapen, må innleggende lege ta stilling til hvor den enkelte pasient skal innlegges akutt. Det bør i denne forbindelse vurderes en koordinering av akuttinnleggelsene via en felles AMK/nødmeldesentral for hele Helgeland. Likeledes vil utrykksteam, dvs. primærlege, ambulanse eller helikopter, på lik linje med dagens praksis vurdere om den enkelte innleggelse skal gå direkte til lokal-, sentral- eller regionsykehus.

5.1.1 Sykehus med utvidet akuttberedskap

Dette er en beredskap som innbefatter døgnkontinuerlig vakt i intensivmedisin, kirurgi og indremedisin ut over det som er ved sykehus med akuttberedskap, jfr avsnitt 5.1.2.

Med utvidet akuttberedskap kan man ta hånd om sykdommer som krever intensivavdeling med anestesilege i kontinuerlig vakt, samt spesialister i kirurgi og indremedisin i kontinuerlig vakt. Det kan også bli behov for ortopeder i separat spesialistvakt siden bløtdelskirurger og ortopeder vil ha forskjellig utdannelse og ikke kan erstatte hverandre. Dette er iferd med å bli innført i Norge ikke bare ved region- og sentralsykehus, men også ved enkelte lokalsykehus. Man må derfor legge opp til denne deling også på Helgeland.

Det er viktig å understreke at et sykehus med utvidet akuttberedskap innebærer en kvalitetsheving av beredskapen ut over det som idag finnes på Helgeland.

Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha følgende tilbud:

- Intensivavdeling med spesialsykepleiere i aktiv tjeneste og anestesileger i kontinuerlig vakt. De tar seg av, i samarbeid med sykehusets øvrig medisinske stab, livstruende tilstander som krever kontinuerlig overvåking av flere livsfunksjoner. Dette er nødvendig ved sykehus som driver større kirurgi, og for kritisk syke indremedisinske pasienter samt fødselskomplikasjoner som ikke overføres til sentralsykehus. Der det f eks er stor risiko for eller etablert et behov for respiratorbehandling, vil kun sykehus med utvidet akuttberedskap ha tilstrekkelig kompetanse.
- Sykehus med utvidet akuttberedskap krever også spesialsykepleiere innen anestesisykepleie og operasjonsteam i tilstedevakt. Tilstedevakt er også nødvendig innen røntgen, klinisk-kjemisk laboratorium og blodbank.
- Radiolog i vakt vil bli nødvendig der man har utvidet akuttberedskap, selv om teleradiologi utenom ordinær arbeidstid til en viss grad kan avhjelpe dagens store mangel på røntgenleger. Imidlertid vil intervensjonsradiologien kreve tilgjengelighet av radiolog også i vakt, slik at man må budsjettere ut fra dette.
- For operativ fødselshjelp er man avhengig av den infrastruktur som er ved sykehus med utvidet akuttberedskap, dvs. intensivavdeling og anestesileger i vakt. I tillegg må man ha gynekologer i vakt etter hvert som kirurgene ikke lenger har kompetanse i fødselshjelp. Dette betyr at man kun kan ha fødeavdeling ved sykehus som har utvidet akuttberedskap. Det må videre være ansatt barnelege ved sykehus med fødeavdeling.
- Ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil det naturlig nok være representert andre spesialiteter, men dette må sees i sammenheng med hvordan strukturen blir forøvrig ved Helgelandssykehusene. I en befolkning på under 80 000 må sammensetningen av spesi-

tetene forøvrig koordineres både av hensyn til behov og realistisk rekruttering. Det er - utenom kirurgi, indremedisin og intensivavdeling samt fødeavdeling - ikke tenkt kliniske avdelinger med akutfunksjoner på døgnbasis i de mindre spesialitetene. Denne service vil være på sentral- og/eller regionsykehusnivå.

- Det psykiatriske tilbudet ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil i tillegg til det tilbudet for barn, ungdom og voksne som er skissert ved spesialistklinikk, jfr avsnitt 5.1.3, og sykehus med akuttberedskap, jfr avsnitt 5.1.2, sette noe større krav til service i forbindelse med større skader, ulykker, forgiftninger, selvmordsproblematikk mv.
- Også ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil det være behov for senger til rehabilitering foruten den polikliniske utredning/behandling som vil foregå. Tilgangen på akutt-pasienter vil gjøre rehabiliteringsbehovet noe større i akutfaser, f. eks ved sykdommer i sentralnervesystemet og skader i bevegelsesapparatet. Den videre oppfølging i rehabiliteringssammenheng kan foregå også ved sykehus som ikke har utvidet akuttberedskap.

Direkte innleggelse i lokalsykehus med utvidet akuttberedskap vil være naturlig ved tilstander som primærlege vurderer så alvorlig, og der transport er forsvarlig uten stabiliserende behandling i spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap. I tillegg vil endel pasienter «sogne» til sykehus med utvidet akuttberedskap, og vil følgelig bli innlagt direkte i et slikt sykehus.

Sykehus med utvidet akuttberedskap vil for kirurgi og indremedisin spille en viktig rolle for spesialisering for såvel leger og sykepleiere som for annet personell. Det vil sannsynligvis være en fordel om det er rotasjonsordninger for personell mellom sykehus med akuttberedskap/spesialistklinikk og sykehus med utvidet akuttberedskap for å beholde kompetanse, f.eks. for kirurger.

Nedenfor er type personell og beredskapsnivå ved sykehus med utvidet akuttberedskap oppsummert.

Sykehus med utvidet akuttberedskap	
<i>Spesialister</i>	<i>Beredskap</i>
Turnuskandidat	Tilstedevakt
Kirurg, både ortoped og bløtdelskirurg	Vakt
Indremedisiner	Vakt
Anestesilege	Vakt
Radiolog	Vakt
Øvrige spesialister	Tilgjengelig på dagtid, evt. i vakt i perioder
<i>Medisinske servicefunksjoner</i>	<i>Beredskap</i>
AnestesIService	Tilstedevakt
Operasjonsservice	Tilstedevakt
Postoperativ/intensivservice	Aktiv tjeneste
Klinisk-kjemisk laboratorium\blodbank	Tilstedevakt
Røntgenservice	Tilstedevakt
<i>Fødeavdeling</i>	<i>Beredskap</i>
Gynekolog	Vakt
Barnelege	Tilgjengelig på dagtid
Jordmor	Aktiv tjeneste

5.1.2 Sykehus med akuttberedskap

Akuttberedskap er den beredskap som er nødvendig for å kunne ta hånd om de vanligste akutte tilstander i befolkningen, både der det er ønskelig med nærhet, og der det er viktig å stille rask diagnose samt komme igang med hurtig behandling.

Sykehus med akuttberedskap vil når det gjelder øyeblikkelig hjelp samarbeide med sykehus med utvidet akuttberedskap, evt. høyere nivå, og inngå som en del av det totale sykehusstilbudet på Helgeland. Der det er spesialistklinikk, se avsnitt 5.1.3., vil det også være et samarbeid med denne for de spesialiteter man ikke dekker selv.

Det vil være en fordel om leger i sykehusets vertskommune har sin legevakt, helst kombinert med observasjonssenger, i sykehuset. Dette vil kunne redusere behovet for innleggelser. En slik legevakt med observasjonssenger vil være tilsvarende som ved spesialistklinikk, se avsnitt 5.1.3. I tillegg vil man imidlertid ha akuttberedskap med mulighet til innleggelse, i sykehuset.

Sykehus med akuttberedskap vil kunne ta hånd om de fleste av dagens pasienter. Noen flere av dårlige pasienter, spesielt på kirurgisk område, vil flyttes til sykehus med utvidet akuttberedskap, se avsnitt 5.1.1., for å få det behandlingstilbud som krever et større tilbud av spesialister og hjelpefunksjoner. Det vil også gjelde akutte sykdommer der dagens lokalsykehusområde er for lite til at f.eks. den enkelte kirurg har stor nok tilgang på pasienter til å kunne ha stor nok erfaring for visse inngrep.

Sykehus med akuttberedskap vil ta imot pasienter 24 timer i døgnet og må ha nødvendige servicefunksjoner, hl.a. røntgen- og laboratorieservice, på døgnbasis for å kunne ta imot de forskjellige pasientkategorier som er skissert nedenfor.

Ved sykehus med akuttberedskap bør det være følgende tilbud:

- For medisinsk avdeling vil den være bemannet med turnuskandidat og/eller assistentlege i primærvakt og spesialist i bakvakt som nå. Man vil således ha indremedisiner med kompetanse innenfor hjerte-, lunge-, nyre-, fordøyelses-, blod- og hormonsykdommer selv om man ikke har formelle grenspesialister innenfor alle disse disipliner. Planlagte innleggelser og poliklinikk vil foregå som idag.

Følgende pasientgrupper bør overflyttes til sykehus med utvidet akuttberedskap: Respiratorpasienter, pasienter med alvorlige infeksjoner, kompliserte hjertesykdommer, alvorlig syke barn hvorav noen vil bli sendt sentralsykehus og regionsykehus.

Det er uenighet i fagmiljøet om det vil være forsvarlig å behandle pasienter med hjerteinfarkt i en avdeling uten anestesilege i vakt. Hvis man skal behandle disse pasientene i sykehus med akuttberedskap, vil man måtte opprettholde overvåkingssenhet med spesialsykepleiere. Hvis de fleste pasienter med akutt hjerteinfarkt skal innlegges ved sykehus med utvidet akuttberedskap, vil man ikke ha behov for tradisjonell hjerteovervåkingssenhet ved sykehus med akuttberedskap. Akutt hjerteinfarkt utgjør 7-8 prosent av innleggelsene. I en overvåkingssenhet vil også andre mer alvorlige tilstander kunne observeres. Hvis man

ikke har denne overvåkingsenheten, vil flere pasienter måtte sentraliseres til f.eks. sykehus med utvidet akuttberedskap.

Avhengig av hvilke kriterier en legger til grunn, vil anslagsvis 80 prosent av dagens indremedisinske pasienter kunne behandles i sykehus med akuttberedskap.

- Faglige utviklingstrekk tilsier at fremtidig kirurgisk virksomhet vil baseres på adskillelse av spesialitetene kirurgi og ortopedi/skadekirurgi. Registreringer har vist at antall pasienter på Helgeland som opereres som øyeblikkelig hjelp er svært lite, og at disse pasientene tåler stabilisering og transport før operasjon. Mange kirurgiske pasienter blir liggende til observasjon og utredning i ett til flere døgn. Med kirurg i vakt kan man unngå at de fleste av disse pasienter må sendes videre. Det anslås at ca 45 prosent av dagens kirurgiske pasienter vil kunne gis et behandlingstilbud i sykehus med akuttberedskap. Man må også regne med at pasienter som er operert annet sted, vil bli tilbakeført for postoperativ behandling ved lokalsykehus med akuttberedskap.
- Anestesisykepleier i vakt bør det være både av hensyn til medisinsk og kirurgisk avdeling. For å ivareta kirurgisk skadepoliklinikk på døgnbasis, bør det også være adekvat hjelpepersonell tilgjengelig. Anestesisykepleier kan brukes i vakt, f.eks. i mottakelsesavdeling til stabilisering av pasienter som må sendes videre til sykehus med utvidet akuttberedskap eller høyere nivå. Videre kan anestesisykepleier også benyttes som ledsager ved ambulansetransport der det måtte være nødvendig.
- Anestesilege vil det kun være på dagtid. Man vil da kunne ivareta planlagt kirurgi både som dagkirurgi og med innlagte pasienter på samme måte som ved spesialistklinikk, se avsnitt 5.1.3. Behovet for forskjellige typer kirurgi må imidlertid samordnes mellom de forskjellige sykehus på Helgeland, slik at man får både en hensiktsmessig og kvalitetssikret tjeneste. Man kan også tenke seg enkelte perioder, f.eks. i forbindelse med gjennomføring av mer omfattende og krevende planlagte operasjoner, med oppjustert indre beredskap slik at man kan foreta noe tyngre kirurgi der det er behov for det.
- Det vil være radiolog på dagtid, mens det utenom dagtid vil være radiograf i vakt. Tele-radiologi benyttes om nødvendig.
- Uten anestislege og gynekolog i vakt vil sykehus med akuttberedskap ikke kunne ha fødeavdeling, men eventuelt fødestue kombinert med barselavdeling. Se forøvrig fødestue ved spesialistklinikk og fødeomsorg, jfr avsnittene 5.1.3. og 5.1.4.
- Psykiatritilbudet ved sykehus med akuttberedskap kan opprettholdes, minst på dagens nivå. Se forøvrig beskrivelsen under spesialistklinikk, avsnitt 5.1.3. Likeså vil de somatiske tjenester ved sykehus med akuttberedskap dekke vanlige somatiske behov for de psykiatriske pasientene.
- Sykehus med akuttberedskap vil kunne ha andre spesialiteter, tilsvarende som ved spesialistklinikk. Tjenestene må imidlertid samordnes på Helgeland, med ett opptaksområde og felles ventelister for å få til en hensiktsmessig fordeling.

- Rehabiliteringsfunksjonene ved sykehus med akuttberedskap vil være tilsvarende som ved spesialistklinikkk, se avsnitt 5.1.3. Hovedvekten vil ligge på senrehabilitering. Dog vil akuttinnleggelsene ved sykehus med akuttberedskap medføre noe større pasientgrunnlag, ikke minst mht hjerneslag, med et rehabiliteringsbehov.

Sykehus med akuttberedskap vil kunne gi en god kvalitet på utdanningstilbudene på medisinsk avdeling, slik at det neppe blir problemer med godkjenning av f.eks. turnuskandidater ved et slikt sykehus. Ved kirurgisk avdeling vil godkjenning være avhengig av hvilken operativ virksomhet som foregår. For å få tilfredsstillende vaktbelastning og arbeidssituasjon for spesialistene, er man avhengig av å ha turnuskandidater, mest sannsynlig i fellesvakt for medisinsk og kirurgisk avdeling. Det må derfor legges vekt på å få et innhold i tjenesten - eventuelt ved en rotasjonsordning - med sykehus med utvidet akuttberedskap - som gjør at man kan håpe på å få tjenesten godkjent.

Nedenfor er type personell og beredskapsnivå ved sykehus med akuttberedskap oppsummert.

Sykehus med akuttberedskap	
<i>Spesialist</i>	<i>Beredskap</i>
Ass lege\turnuskandidat	Tilstedevakt
Kirurg	Vakt
Indremedisiner	Vakt
Anestesilege	Tilgjengelig på dagtid. I vakt enkelte perioder på grunn av tyngre planlagt kirurgi
Radiolog	Tilgjengelig på dagtid
Andre spesialister	Tilgjengelig på dagtid
<i>Medisinske servicefunksjoner</i>	<i>Beredskap</i>
Anestesiservice	Vakt
Operasjonsservice	Tilgjengelig på dagtid
Post-operativ service\overvåking	Aktiv tjeneste. Omfanget økes i perioder med mer omfattende planlagt kirurgi
Klinisk-kjemisk laboratorium\blodbank	Vakt
Røntgenservice	Vakt

5.1.3 Spesialistklinikkk

Spesialistklinikkens oppgaver skal hovedsaklig være diagnostikk og planlagt behandling, mens øyeblikkelig hjelpfunksjoner ikke er tenkt annet enn i begrenset omfang, og ikke på døgnbasis. Det presiseres at den vesentligste forskjell på sykehus med akuttberedskap og spesialistklinikkk er at spesialistklinikken ikke har vanlig akuttfunksjon, og utover arbeidstid ikke tar imot pasienter til innleggelse/spesialistvurdering.

Det er naturlig å bygge opp en spesialistklinikkk rundt de spesialister som allerede er ved det sykehus som tenkes omdannet til spesialistklinikkk. Pasienter som henvises til spesialistklinikken vil i større omfang enn vanlig møte spesialisten direkte med færre mellomledd. Dette vil være en kvalitetsforbedring i forhold til dagens system. Den enkelte pasient fra Helgeland

vil bli henvist til den riktige lege uavhengig av hvilket av de tradisjonelle lokalsykehusområdene vedkommende tilhører. Legene ved spesialistklinikken vil forbruke mindre tid til vaktarbeid, og således konsentrere sin aktivitet om rent spesialistarbeid.

Internt organiseres spesialistklinikken tradisjonelt med poliklinikker og sengeavdeling. Vertskommunenes kommunale legevakt bør geografisk ligge i sykehuset. Legevaktslegen skal ikke ha vakt for sykehusets pasienter, men kan benytte sykehusets utstyr og arealer.

Spesialistklinikken kan opprette en fellesavdeling som fungerer som mottakelsesavdeling, som observasjonsavdeling for kommunal legevakt, og på dagtid også som postoperativ observasjonsavdeling for dagkirurgi eller annen behandling av tilsvarende art. Spesialistklinikken bør ha hotellavdeling, og medisinske serviceavdelinger, dvs. røntgen, laboratorium, fysioterapitjeneste o.l. Det vil også være dialyseavsnitt, dvs kunstig nyre. Rehabiliteringsfunksjoner kan knyttes til spesialistklinikken.

Spesialistklinikken må forøvrig ha de nødvendige ikke-medisinske tjenester, dvs. administrative funksjoner, kjøkken, tekniske funksjoner og forsyningstjenester av forskjellig slag, tilpasset de medisinske funksjoner.

Spesialistklinikken skal ikke ha akuttberedskap for å ta imot pasienter til innleggelse som krever øyeblikkelig hjelp. Disse må henvises til sykehus med akuttberedskap eller med utvidet akuttberedskap. Pasienter kan imidlertid observeres i legevaktens og spesialistklinikken felles observasjonsavdeling der det er medisinsk forsvarlig. Legevakten kan benytte sykehusets utstyr, f.eks. røntgen. Pleiepersonalet ved observasjonsavdelingen vil være ansatt ved sykehuset.

For å ivareta den nødvendige interne vaktberedskap utenom ordinær arbeidstid, vil en beredskapsordning for sykehusets leger være nødvendig. Denne kan organiseres som en vakt- eller beredskapstjeneste på tvers av spesialitetene. Det vil derfor binde den enkelte lege sjelden, f.eks. hvert 10. døgn. Idag er hyppig vaktbelastning ved små sykehus en av grunnene til at spesialister forlater småsykehusene. Andre former for mer spesialisert beredskap kan selvsagt også vurderes.

Av hensyn til skadekirurgisk poliklinikk bør kirurgvakt frem til ca. kl. 22.00 vurderes. Anestesilege vil være tilgjengelig på dagtid når den kirurgiske virksomhet som krever narkose, spinalbedøvelse o.l. gjøres. Det er ikke forutsatt kirurgiske inngrep utover mindre kirurgi i forbindelse med småskader, etter ordinær arbeidstid.

Ved spesialistklinikken bør det være følgende tilbud:

- Indremedisinsk avdeling bør ha en fagdekning som gjør at man kan dekke de viktigste sykdomskategorier som forutsettes at man skal utrede og behandle ved lokalsykehus. Det er derfor viktig at spesialistene fordeler de ulike grener av medisinen, inklusive desentralisert kreftbehandling, faglig mellom seg. At man ikke lenger bruker så mye tid til generell indremedisinsk vaktjeneste vil frigjøre tid til viktige, men forsømte områder. Eksempler på dette er astmaskole, diabetesteam, lipidklinikk og rehabilitering av ulike sykdomstilstander. Utredning og behandling/rehabilitering av eldres sykdommer vil være et viktig område. Endoskopier, såkalt kikhullsdiagnostikk og dialyse, dvs. kunstig nyre,

inngår i tilbudet. Det antas at ca 40 prosent av dagens indremedisinske pasienter vil kunne tas mot ved en spesialistklinikk.

- Klinikken skal ha en spesialisert og effektiv dagkirurgienhet med postoperative senger og utrednings/behandlingssenger. I tillegg til innlagte og dagkirurgiske pasienter, skal klinikken ha kirurgisk poliklinikk/skadepoliklinikk. Kirurgisk avdeling vil kunne utrede et stort antall kirurgiske lidelser avhengig av den spesialistdekningen man har. Spesielt egnet vil være: Utredninger innen f.eks. blodkar/åreknutekirurgi, urinveiskirurgi og ortopedi samt endoskopiske mage-tarmundersøkelser. Gynekologiske operasjoner som ikke representerer vesentlig risiko for blødninger/reoperasjon vil være aktuelt. Dette kan gjøres i forbindelse med at gynekolog har ambulerende tjeneste ved spesialistklinikken. Det vil selvsagt være noe mindre dagkirurgiske muligheter enn i et sykehus der man utover ordinær arbeidstid har muligheter for reoperasjoner på stedet, dvs. sykehus med utvidet akuttberedskap. Imidlertid vil man ved behov kunne ha høyere beredskap innen enkelte områder som ved sykehus med akuttberedskap, se avsnitt 5.1.2. - f.eks. enkelte dager i uken eller i andre begrensede perioder hvis det er behov for noe større kirurgi som ikke naturlig bør gjøres annet sted. Det antas at ca 25 prosent av dagens kirurgiske pasienter kan tas mot ved en spesialistklinikk.
- Det vil være radiolog på dagtid, mens utenom dagtid er det radiograf i vakt til kl 22.00. Nødvendig konsulenttjeneste på vakt løses ved hjelp av teleradiologi hvis pasienten ikke sendes.
- Andre spesialister i flerpraksis, enepraksis og ambulant virksomhet, vil arbeide ved klinikken. Avhengig av behov vil det være spesialister i f.eks. øre-nese-hals, øye, revmatologi, hud, pediatri, nevrologi og gynekologi som vil ha sin virksomhet helt eller delvis ved en spesialistklinikk.
- Alvorlig syke barn skal innlegges ved sykehus med utvidet akuttberedskap, eller ved sentralsykehusets barneavdeling. Utredning og kontroll av barn med forskjellige type sykdommer kan imidlertid foregå ved spesialistklinikken poliklinikk når pediater er tilgjengelig
- Spesialistklinikken har verken anestesilege eller gynekolog i vakt, og eventuell fødevirksomhet knyttet til spesialistklinikken kan da eventuelt være fødestue. I tillegg kan man eventuelt ta imot mor og barn etter fødsel som har foregått ved fødeavdeling på Helgeland eller sentralsykehus, dvs. barselfunksjon. Se forøvrig avsnitt 5.1.4.
- Psykiatritilbudet, minst på dagens nivå, opprettholdes både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Den vesentligste del av psykiatrien krever ikke nærhet til somatisk sykehus med utvidete akuttfunksjoner. Den somatiske service som til vanlig er nødvendig for psykiatrien, vil i regelen kunne fås ved spesialistklinikk.
- Rehabiliteringsfunksjon vil være aktuelt ved spesialistklinikk særlig i relasjon til kronikere, bl.a. revmatikere, slagpasienter, lungelidelser, også som ledd i funksjonsdiagnostikk og vurdering av rehabiliteringspotensiale. For rehabiliteringstjenesten vil man trenge senger idet deler av disse tjenestene ikke kan gjennomføres poliklinisk. Servicefunksjoner

som laboratorium, røntgen, ergoterapi, fysioterpatitjenester er nødvendige også i denne sammenheng.

Det er grunn til å tro at det vil være mulig å rekruttere og beholde leger ved spesialistklinikk i hvert fall på kortere sikt. Rekruttering av spesialister/subspesialister til en fagtung spesialistklinikk uten tidskrevende vaktberedskap, vil kunne bety en kvalitetsheving.

Turnuskandidater og assistentleger vil innen et organisatorisk samordnet Helgelandssykehus kunne få en god opplæringsdel ved rotasjonstjeneste ved spesialistklinikken. Det er imidlertid foreløpig ikke avklart om man vil få godkjennelse for dette. Dette legges derfor ikke til grunn i beskrivelsen av de ulike modellene hvor spesialistklinikk inngår.

Nedenfor beskrives type personell og beredsskapsnivå ved spesialistklinikk systematisk.

Spesialistklinikk	
<i>Spesialister</i>	<i>Beredskap</i>
Kirurg	Skadepoliklinikk til kl 22. Inngår i sykehusets spesialistpool i vakt
Indremedisiner	Tilgjengelig på dagtid. Inngår i sykehusets spesialistpool i vakt
Anestesilege	Tilgjengelig på dagtid.
Radiolog	Tilgjengelig på dagtid.
Andre spesialister	Tilgjengelig på dagtid. Inngår i sykehusets spesialistpool i vakt
<i>Medisinske servicefunksjoner</i>	<i>Beredskap</i>
Anesteservice	Vakt
Operasjonsservice	Tilgjengelig på dagtid
Post-operativ service/assistanse til skadepoliklinikk	Aktiv tjeneste
Klinisk-kjemisk laboratorium\blodbank	Tilgjengelig til kl 22
Røntgenservice	Tilgjengelig til kl 22

5.1.4 Fødeomsorg

Antall fødsler på Helgeland var i 1995 1011, jfr. tabell 3.4. Perinatalutvalget har etter henvendelse fra prosjektgruppa anbefalt at det bør være kun en fødeavdeling på Helgeland. Fødeavdeling forutsetter sykehus med utvidet akuttberedskap og må i tillegg ha minst fire gynekologer ansatt for å kunne ha lovlig vaktordning.

Det er i nasjonal sammenheng angitt at fødeavdeling ved lokalsykehus bør ha 400 - 500 fødsler pr. år for at hver lege skal ha nok trening i operativ fødselshjelp, dvs. 10-15 keisersnitt og 10-15 operative vaginale forløsninger pr. lege pr. år.

I en overgangsperiode der man ikke har tilstrekkelig antall gynekologer, vil det være aktuelt med fødselkompetente kirurger som inngår i vaktordningen. Det kirurgiske og gynekologiske fagmiljø såvel i Nordland som i Norge forøvrig har liten tro på at fødselkompetente kirurger vil være realistisk som permanent ordning. Det må forøvrig være barnelege på dagtid

ved sykehus som har fødeavdeling. En nasjonal utredningsgruppe med oppgave å definere faglige krav til fødeinstitusjoner, oppnevnt av Helsetilsynet bekrefter dette i sin innstilling av 1. oktober 1996.

Perinatalutvalget har ved å kunne anbefale fødestue i Brønnøysund akseptert fødestue som en faglig mulighet. Sykehus som har akuttberedskap eller er organisert som spesialistklinikk kan eventuelt dermed ha fødestue. En fødestue bør ha minst 10 fødsler pr. år pr. jordmor, dvs. minst 40-50 fødsler pr. år. Det er imidlertid grunn til å understreke at dersom det blir to fødeavdelinger på Helgeland vil mulighetene for å kunne ha fødestue de øvrige stedene reduseres.

En fødestue vil måtte ha en streng seleksjon av fødende der minste mistanke om komplikasjoner medfører henvisning til sykehus. Jordmødrenes rolle i svangerskapsomsorgen er her sentral i samarbeid med kommunelege eller gynekolog. Ifølge rapporten fra Helsetilsynets utredningsgruppe bør fødestuer bare unntaksvis ta imot førstegangsfødende. Dette er i den videre beskrivelsen av modellene beregningsmessig lagt til grunn ved at fødestuene er forutsatt å dekke 50 prosent av det gjennomsnittlige antall fødepasienter fra hele det nåværende opptaksområdet.

Fødestuer kan ha kommunelege eller sykehuslege som oppfølgingsansvarlig lege, og vedkommende bør delta i den vaktordning som er aktuell for jordmødrene å tilkalle som nødhjelp. For fødestue i sykehus er det dermed aktuelt å ha sykehuslege som oppfølgingsansvarlig, mens kommunelege har tilsvarende funksjon for fødestue utenom sykehus. Alle fødestuer bør også ha systemansvarlig lege med ansvar for faglig veiledning og opplæring. Vedkommende må være spesialist i fødselshjelp, f.eks. ansatt ved nærmeste fødeavdeling, men behøver ikke ha sitt daglige arbeid ved fødestua.

Dersom det er to sykehus med utvidet akuttberedskap på Helgeland, er det mulig å ha fødeavdeling begge stedene, men da mest sannsynlig som overgangsordning så lenge det finnes fødselskompetente kirurger. Det er lite realistisk med to fødeavdelinger på sikt, siden det neppe er verken økonomisk fornuftlig eller ressursmessig mulig å skaffe åtte gynekologer til Helgeland.

Hvorvidt det i tillegg til en fødeavdeling på Helgeland er behov for tre fødestuer, må vurderes i lys av om fødeavdelingen får for få fødsler til å opprettholde god nok kvalitet. Med eventuelt to fødeavdelinger vil det derfor være diskutabelt om det er nok fødsler til flere fødesteder på Helgeland.

De gynekologer som er tilknyttet fødeavdeling på Helgeland, bør også ha ambulerende virksomhet ved de andre sykehus samt utadrettet virksomhet både i svangerskapsomsorg og i utredning og behandling av kvinnesykdommer. Likeledes bør også barnelegen delta i utadrettet virksomhet.

5.1.5 Planlagt virksomhet

I tillegg til akuttberedskap vil alle sykehusene ha elektiv eller planlagt virksomhet knyttet til diagnostikk, behandling og kontroll. Denne virksomhet vil ikke minst være diagnostisk, slik at de fleste pasienter får stillet diagnose som gir grunnlag for vurdering om hvor pasienten skal behandles. En stor del av de lidelser som diagnostiseres, vil kunne behandles ved alle sykehusene, mens enkelte sykdomstilstander, ikke minst der ressurskrevende kirurgi er nødvendig, vil måtte behandles på sykehus med høyere beredskap. Behovet for rehabilitering vil være økende, noe som også vil gi arbeidsoppgaver ved sykehusene som har akuttberedskap eller er organisert som spesialistklinikk.

Innen planlagt virksomhet vil det være behov for:

- Sengeavdeling for såvel diagnostikk som behandling. Visse former for planlagt virksomhet krever en indre beredskap som kan bli ganske høy, f.eks. større operasjoner med betydelig komplikasjonsrisiko. Ved sykehus med akuttberedskap og evt. ved spesialistklinikk vil det være aktuelt å heve den indre beredskapen i perioder for gjennomføring av planlagte operasjoner.
- Dagkirurgi, dvs. kirurgisk behandling som regel utført av erfaren spesialist. Dagkirurgi kan både gjøres i lokalbedøvelse og i narkose, men hvor pasienten ikke overnatter i sykehusets sengeavdeling. Etter oppvåkning kan pasienten reise hjem, eller overnatte i dertil egnet hotellavdeling ved sykehuset. Behandlingen må være godt planlagt og krever grundig informasjon til pasienten både før og etter inngrepet. Åpningstid er oftest fra f.eks. kl 07.00 til 18.00-20.00, der legene, anestesisykepleier og operasjonssykepleier er tilstede til ca kl 16.00, men pasienten er under tilsyn i sykehuset til kl 18.00-20.00 om nødvendig.
- Dagbehandling, f.eks. dialyse, cytostatika-poliklinikk, blodtransfusjoner, indremedisinsk utredning og behandling eller invasive røntgenundersøkelser som krever noen timers observasjon.
- Rehabiliteringsavsnitt med rehabiliteringsteam samt nødvendige senger til disposisjon.
- Poliklinikker, f.eks. innen gynekologi, pediatri, revmatologi, psykiatri, nevrologi, kirurgi, indremedisin mv. For spesialiteter med stort pasientgrunnlag vil poliklinikkene være faste, mens der pasientgrunnet er mindre og spesialisttilgangen er liten, vil det være aktuelt med ambulerende spesialister.

For å utnytte kapasiteten og spesialistene best mulig på Helgeland, vil det være nødvendig med felles ventelister for alle sykehusene.

Det vil, avhengig av modell, være mulig å foreta en planlagt funksjonsfordeling mellom de tre sykehusenhetene på Helgeland slik at man kan styrke f.eks. en spesialistklinikk med faste eller ambulerende planlagte aktiviteter som det er hensiktsmessig ut fra en totalvurdering å legge utenfor sykehus med akuttberedskap eller utvidet akuttberedskap.

5.1.6 Faglig funksjonsfordeling

Fordelingen av de ulike spesialitetene, herunder småspesialitetene, på sykehusenhetene må dels ta utgangspunkt i hvor de er plassert idag, dels hvor de i en framtidig modell kan utnyttes best mulig. Et sentralt punkt vil være tilbudet på infrastruktur eller støtte ved de forskjellige sykehusenhetene. Særlig gjelder dette anestesi, røntgen- og laboratorieservice.

Muligheten til å bygge ut og rekruttere til slik service vil være begrenset. Det vil derfor lett gå i retning av at det bare er ved sykehus med utvidet akuttberedskap at de ulike spesialitetene kan utnyttes fullt ut. Både sykehus med akuttberedskap og spesialistklinikk bør imidlertid kunne gi et bredt tilbud.

Metoder som ambulering, periodevis forsterking av indre beredskap og rotasjonordninger vil derfor være nødvendig, både for å sikre bredden i tilbudet og effektivitet i utnyttelsen.

5.1.7 Rehabilitering

Medisinsk rehabilitering omfatter tiltak av tverrfaglig karakter, utøvet i teamorganisering både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringsmedisin er viktig som premissleverandør innen akuttmedisin, og en aktiv bidragsyter i den medisinske diagnostiske behandlingsfase. Dette tilsier at sykehusene og helsetjenesten forøvrig må ha tilgang på rehabiliteringskompetanse uavhengig av hvilken dimensjon eller nivå den akuttmedisinske beredskap vil få.

Tjenesten skal støtte andre medisinske disipliner i sykehusene. Rehabilitering er en tjeneste som krever nær samhandling over forvaltningsnivåene, og er i tillegg en sektorovergripende tjeneste.

I hver av sykehusene bør det være en tverrfaglig basiskompetanse, organisert som team. Denne bør suppleres med differensiert fagkompetanse i forhold til hvilke pasientgrupper som skal betjenes, og i hvilket omfang.

Sykehus med akuttberedskap eller utvidet akuttberedskap bør gi tilbud om rehabilitering i akutfase, subakutfase, senrehabilitering på individnivå, i forhold til diagnostikk og kartlegging. Videre bør det drives utadrettet virksomhet, samt råd og veiledning på systemnivå. Disse sykehusene bør ha slagenhet. Ved sykehus med utvidet akuttberedskap bør det også være protesetekniker tilgjengelig. Ved spesialistklinikk vil det ikke være behov for rehabilitering i akutt og subakutt fase, eller slagenhet. Senrehabiliteringstilbud vil imidlertid være aktuelt ved spesialistklinikk.

Rehabiliteringsinstitusjoner utenfor sykehus bør tilknyttes det sykehus som samlet sett representerer det bredeste tverrfaglige miljø, og som er driftsmessig mest gunstig og hensiktsmessig.

5.1.8 Psykiatri

Fylkestinget har vedtatt en ny gjennomgang av rammeplanen for psykisk helsevern for voksne. Arbeidet er startet opp i regi av fylkeshelsesjefen og spesialistrådet i psykiatri, og gjennomføres parallelt med Helgelandsprosjektet. Et eget psykiatriprosjekt gjennomgår

psykiatrien på Helgeland. Rammeplanen for barne- og ungdomspsykiatri er også under revisjon, og samordnes med andre tjenester for barn og ungdom, spesielt barnevern. Arbeidet styres gjennom fylkeshelsesjefen i samarbeid med et felles arbeidsutvalg i barnevern og barne- og ungdomspsykiatri, og fagråd innenfor de respektive fagområder. Det er en nasjonal og fylkeskommunal strategi for å samordne tiltaksapparatet innen barnevern og barne- og ungdomspsykiatri, der det bl.a. er gjort modellforsøk i flere fylker.

Innenfor Helgeland er det for tiden ikke grunnlag for å endre på modellen med både voksen- og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ved alle sykehusenhetene. Det kan imidlertid ut fra faglige tilrådninger, stedlig kompetanse, rekruttering og befolkningsgrunnlag være behov for å fordele visse polikliniske funksjoner, eller spisskompetanse mellom poliklinikkene utover de basisfunksjoner alle poliklinikkene skal dekke. Ett eksempel vil være nevropsykologi.

Akuttinnleggelse av pasienter med psykiatriske lidelser i medisinske avdelinger vil måtte tilpasses organiseringen av akuttberedskap for somatiske lidelser.

Eksisterende psykiatriske institusjonsplasser for døgntilrettelagt behandling må inngå med funksjoner for hele Helgeland. Dette gjelder Vefsn psykiatriske senter og Ytteren psykiatriske senter i Rana. Innhold i disse, og den videre utbygging, bør tas stilling til under behandlingen av revidert handlingsplan for psykiatri.

5.1.9 Ambulanse og nødmeldevirksomhet

Ny ambulanseplan for Nordland ble vedtatt i 1995, med iverksetting 1. januar 1996. Tjenesten skal styrkes over en 5-års periode for å nå målsettingene i planen. Ambulansetjenesten vil, når den er ferdig utbygget i år 2000, tilfredsstille nasjonale og internasjonale standardkrav. Dette betyr at:

- Biler og utstyr svarer til Europeisk standard. Det er bl.a. installert hjertestartere og pulsoxymeter for måling av surstoffmetning i alle biler.
- Bilambulansene blir tomannsbetjente, enten ved eget personell eller ved faste ledsagerordninger.
- Responstiden for akuttoppdrag er to minutter ved aktiv vakt og fem minutter ved passiv vakt, jfr. ambulanseplanen.

Båtambulanse inngår som en sentral del av ambulansetjenesten på ytre Helgeland. Endringer av akuttfunksjonene mellom sykehusene vil stille økte krav til en helhetlig ambulansetjeneste, der kystbefolkningen som er avhengig av båtambulanse, ofte i tillegg til bil og fly, får like god tilgjengelighet som resten av befolkningen. Fylkeskommunen har inngått avtale om båtambulanser til 31. desember 1997. Det foreligger utkast til nye retningslinjer for båtambulanser, utsendt til høring. Ved utarbeidelse av ny plan for båtambulansetjenesten, med etterfølgende nye avtaler med utøvere, må konsekvensene av Helgelandsprosjektet innarbeides i planforutsetningene. Blant annet forutsetter forslagene i Helgelandsprosjektet at responstiden overholdes.

For ambulansebåtene legges også Europeisk standard til grunn for båter og utstyr, med unntak av defibrillator og pulsoxymeter. Responstid for båter er 20 min.

Staten har ansvar for luftambulansetjenesten med fly og helikopter, og har inngått kontrakter om denne frem til 1998. Ambulansetjenesten inngår, sammen med nødmeldetjenesten, i den samlede akuttmedisinske tjeneste.

Nødmeldetjenesten er ferdig utbygget i 1996, der også kommunikasjonsmessige svakheter i systemet er utbedret i løpet av året. Det gjenstår fortsatt opplæring og øving av personell som betjener AMK-sentralene.

For å kunne koordinere bruken av ambulansbilene effektivt, samt fordele pasienter til riktig type sykehus kan det være aktuelt med en felles AMK-sentral for Helgeland.

5.2 Prinsipper for organisering

5.2.1 Prinsipper for organisering av sykehusene

Fylkestinget har i mandatet bestemt at sykehusene skal utvikles til en felles organisasjon. Det enkelte sykehus vil da utgjøre en enhet innenfor denne organisasjonen. Samarbeid mellom sykehusenhetene må da baseres på likeverdighet innenfor felles rammer for organisasjonen. Slike felles rammer vil være personalpolitikk, vaktsystemer og andre reglementer. Samarbeidet mellom sykehusenhetene må være slik at det fremmer organisasjonens samlede mål.

Det må være et formalisert faglig samarbeid som sikrer riktig fordeling av funksjoner eller oppgaver til enhver tid. Det må ikke utvikles konkurrerende virksomhet mellom sykehusenhetene.

Det må i budsjettet for sykehusene samlet, og for den enkelte sykehusenhet lages driftsforutsetninger som legger til rette for samarbeid og utveksling av tjenester, og slik at det unngås kompliserte betalingsordninger mellom sykehusene.

5.2.2 Administrativt samarbeid og organisering

Noen av de viktigste utfordringene organiseringen skal være egnet til å håndtere er:

- Tre selvstendige og høyst forskjellige enheter som skal slås sammen og utvikles til felles bedriftskulturell enhet.
- Lange geografiske avstander. En toppleder kan f.eks. bare oppholde seg på et sted av gangen.
- Kommunikasjonsbegrensninger. Det tar tid å nå ut til alle delene av organisasjonen.

- En felles ledelse skal være bedre egnet til å takle framtid utfordringene slik de er beskrevet i denne rapporten.

Kommunikasjon og samarbeidsprosesser mellom de ulike enhetene og nivåene i organisasjonen vil være den aktiviteten som i størst grad innvirker på effektiviteten i samordningen og utviklingen av en felles bedriftskultur. Disse forholdene gjør det også helt nødvendig å se på forholdet mellom toppledelsen og det øverste ledelsesnivået på den enkelte enhet under ett som en felles, enhetlig ledelse.

Toppleidelsen må utgjøre det sterkeste samlende ledd uten at organisasjonen blir topptung. Dette kan unngås ved å bygge en organisasjon med forholdsvis flat struktur og utstrakt delegasjon. Det vil f.eks. være mer hensiktsmessig for direktøren å hente rådgivere på deltid fra linjeledelsen enn å ansette rådgivere på heltid.

Disse forhold gjør også at organisasjonen må være utpreget forandringsdyktig, lærende og raskt utviklende.

5.2.3 Forholdet mellom administrasjon og ledelse

Ledelse er bl.a. å ivareta det ansvar en er delegert fra overordnet nivå. Med ansvaret følger også nødvendig myndighet. En slik organisasjon vil kreve en aktiv utøvende lederrolle som:

- kommuniserer aktivt med hele virksomheten
- tar beslutninger
- skaffer handlingsrammer
- tilrettelegger og inspirerer.

Det er viktigere at lederen sørger for at ting skjer, enn at lederen utfører ting selv. Det viktigste for lederen blir å få fastsatt virksomhetens mål gjennom de nødvendige prosesser og å bygge en bedriftskultur som er selvlærende og selv bærende i forhold til målene.

Administrasjon er en servicefunksjon på administrativt/merkantilt område. Hovedoppgaven blir å yte administrative tjenester både for toppledelsen og de ulike enhetene forøvrig. I den nye organisasjonen kan det være hensiktsmessig å dele administrative oppgaver mellom sentrale og desentrale funksjoner.

Deler av de administrative oppgaver som følger med delegasjon av ansvar til linjeledelsen vil det være tjenlig å legge desentralt, f.eks. skrivefunksjoner og timelisteføring/kontroll. Andre funksjoner som lønnsregnskap, driftsregnskap o.l. vil det være tjenlig å sentralisere.

Administrative enheter skal ikke delegeres myndighet og ansvar over, eller på linje med linjeledelsen. Administrasjonens størrelse skal være tilpasset virksomhetens behov.

5.2.4 Stabsfunksjonenes rolle

I hovedsak er det to typer oppgaver som hører hjemme i stab. For det første vil det være behov for rådgiving til toppledelsen. Denne oppgaven kan ivaretas av fagpersoner på heltid. Den kan også fylles ved at linjeledere har oppgaven som deltidsfunksjon. Fordelen med

denne varianten er at en til enhver tid har rådgivere som er godt oppdatert med kunnskaper fra virksomheten. I tillegg unngås oppbygging av en topptung organisasjon. En viktig ulempe er at en slik deltidsfunksjon blir vanskelig å ivareta i en hektisk fagutøvelse i linjen, den kan bli for mye nedprioritert og det kan føre til tidstap og treghet i rådgivning.

Tilsvarende type rådgivningsoppgaver vil det være behov for vis a vis linjeledere, f.eks. hygienesykepleier og kvalitetsrådgiver.

Den andre gruppen av stabsoppgaver er servicefunksjoner som det er rasjonelt å samle sentralt tilknyttet toppledelsen, f.eks. økonomi-, personal- og opplæringsfunksjoner. Selv om slik funksjoner er organisatorisk tilknyttet toppledelsen skal de produsere og levere disse servicetjenestene overfor linjeledelsen på alle nivåer.

5.2.5 Budsjett og personalansvar i alle modellene

Uansett hvilken organisasjonsmodell som velges vil budsjett- og personalansvar være viktig å delegere til linjeledelsen. For det første er dette et element i å utvikle en selvdrivende og ansvarsbevisst bedriftskultur. I tillegg vil det være en egnet måte å bygge sammen en organisasjon som i utgangspunktet har i seg store avstander, både mht. geografi, bedriftskultur og størrelse.

For at en slik delegasjon ikke skal ta for mye tid fra linjeledelsen er det nødvendig med støtteapparat. Både personal- og økonomifunksjoner er det naturlig å sentralisere i stab til direktør. I tillegg vil det også være oppgaver som det er hensiktsmessig blir utført desentralt, og hvor nødvendig administrativt personell må plasseres ved de ulike enhetene til slike formål.

Det vil i tillegg være viktig å etablere regelmessige samordningsarenaer, hvor linjeledelsen i fellesskap med direktør kan håndtere situasjoner der det blir behov for å utnytte eller flytte ressurser på tvers av avdelingsgrenser. En annen viktig forutsetning er at øverste linjeledelse som får sine ansvarsområder delegert fra direktør, delegerer videre deler av dette til neste nivå av ledere i linjen.

5.2.6 Råd og utvalg

Dagens råd og utvalg - institusjonsutvalg, AMU og helseinstitusjonsråd forutsettes videreført selv om organisasjonsformen for Helgelandssykehusene endres. En viktig funksjon for rådene og utvalgene er å ivareta ansattes medbestemmelsesrett i henhold til Arbeidsmiljøloven. I tillegg skal de sørge for kontakt mellom brukere og institusjon.

Antall råd og utvalg som nevnt ovenfor må knyttes til den overordnede ledelsen. Det vil si at der det er en felles direktør, må det være ett AMU, ett institusjonsutvalg og ett helseinstitusjonsråd.

Andre råd og utvalg, som f.eks. kvalitetsutvalg, bør samordnes, eventuelt etableres i henhold til ovennevnte.

Etablering av råd og utvalg må skje i nært samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, jfr Hovedavtalens § 13 og 14.

5.2.7 Navn på det samordnede sykehuset

Med henvisning til mandatets forutsetning om å utvikle en mest mulig enhetlig sykehusorganisasjon på Helgeland bør også institusjonens navn avspeile dette. Prosjektgruppa foreslår på denne bakgrunn at den nye sykehusorganisasjonen får navnet:

- Helgelandssykehuset

De enkelte sykehusenhetene bør benevnes:

- Helgelandssykehuset, avdeling Rana
- Helgelandssykehuset, avdeling Vefsn
- Helgelandssykehuset, avdeling Sandnessjøen

5.3 Prinsipper for samarbeid med kommunehelsetjenesten

Kommunene har et lovpålagt ansvar for generelt forebyggende helsearbeid, behandling, rehabilitering og omsorg. Fylkeskommunen skal innenfor sitt ansvarsområde yte spesialisttjenester til befolkningen, og ellers bistå kommunene med informasjon, råd og veiledning, slik at kommunene blir best mulig istand til å ivareta sine oppgaver, dvs. å yte befolkningen det beste tilbud til riktig tid, og på lavest effektive omsorgsnivå.

På grunnlag av drøftinger i faglige fora med deltakelse fra kommunehelsetjenesten legger prosjektgruppa følgende prinsipper til grunn for samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten:

- Samarbeid om konkrete pasienter i forbindelse med innleggelse og utskriving. Her står bedret kommunikasjon mellom primærhelsetjeneste og sykehus om felles pasienter sentralt. Dette gjelder både raskere og bedre tilbakemeldinger fra sykehuset til primærhelsetjenesten ved utskriving og kontakt med pasientens faste lege ved innleggelse eller behandling i poliklinikk.
- Utvikling av samarbeid mellom kommunal legevakt i vertskommunene og sykehus med etablering av legevakt med observasjonssenger i sykehuset som et ledd i en bedret beredskap. Foreløpig har ikke slik forslag fått særlig oppslutning, men prosjektgruppa mener at det må arbeides videre med en konkretisering etter valg av modell, slik at de berørte parter kan vurdere spørsmålet på nytt på et mer avklart grunnlag. Prosjektgruppa ser på et slikt samarbeid som prinsipielt viktig og interessant.
- Ved reduksjon av antall fødeavdelinger på Helgeland vil spørsmålet om opprettelse av fødestuer aktualiseres. Ut fra prosjektgruppas sonderinger ser det ikke ut til at noen av kommunelegene i vertskommunene kan tenke seg å ta ansvar for fødestue lokalisert til sykehus. Det vil derfor ikke bli fremmet konkrete forslag om dette i noen av de aktuelle modellene.
- Områdefunksjoner lagt til sykehus, men med kontakt, veiledning og kompetanseutvikling overfor kommunehelsetjenesten. Dette gjelder innen områder som pediatri, geriatri, re-

habilitering, habilitering og psykiatri. Generelt vil også det forhold at en større del av kroniske problemer må tas hånd om av primærhelsetjenesten forutsetter integrerte planprosesser, bedret kontakt med sykehusene og en mer stabil primærhelsetjeneste.

- Samarbeid omkring spesielle tjenester. Det gjelder jordmortjeneste og svangerskapsomsorg, AMK-nødmeldetjeneste, legevaktsformidling og farmakologi. Også mer desentraliserte poliklinikktilbud bør inngå i et slikt samarbeid.
- Samarbeid omkring opplæring og kompetanseutvikling f.eks. knyttet til gjensidig hospitering, felles kursvirksomhet, faglige møter og utdanningsstillinger slik at sykehusene kan gi nødvendig praksis for spesialisering i allmenmedisin og samarbeid om studenter/turnuskandidater.

5.4 Prinsipper for rekruttering og personelldisponering

5.4.1 Rekrutteringsmuligheter

Det er idag vanskelig å rekruttere og beholde alle typer nøkkelpersonell. Situasjonen må karakteriseres som alvorlig. Tilsvarende trekk finnes på landsbasis, noe som gjør det vanskelig å tenke seg at man på Helgeland skal klare å løse problemene isolert. Noe synes imidlertid klart:

- Tendensen er at man vil arbeide i faglig attraktive miljøer, og med de faglige krav som stilles fremover vil miljøene bli for små med dagens struktur. En fornuftig omstrukturering og konsentrasjon av funksjoner vil derfor være av betydning.
- Mulighetene til faglig utvikling og gjennomføring av realistiske opplæringsplaner er viktig, likeså at man kan få en akseptabel arbeidssituasjon der man har kontroll med såvel arbeidstid som fritid.
- Rekrutteringsmulighetene til egne miljøer er viktig. Foruten å kunne konkurrere med andre deler av landet og med kommunehelsetjenesten må man, ikke minst for spesialistene, ha muligheter til å hospitere ved andre sykehus både på Helgeland og i regionen forøvrig. Også andre interne opplæringstiltak er vesentlige. Det vises i denne sammenheng til den vedtatte rekrutteringsplanen.
- Spesielt viktig er det at de ulike grunn- og spesial/spesialistutdanningen finnes på Helgeland slik at gjennom ulike praksisopplegg og kjennskap til miljøene kan rekruttere tilbake til Helgeland ved avsluttet utdanning. Det tenkes her både på turnuskandidater, spesialistutdanning for leger, spesialutdanning for sykepleiere og praksisdelen av grunnutdanningene for sykepleiere, fysioterapeuter, radiografer og hjelpepleiere.

5.4.2 Prinsipper for personelldisponering

Personelldisponeringen må i framtida bygge på at dette er en sykehusorganisasjon og at alle er ansatt i samme organisasjon. Også i dag er alle ansatt i fylkeskommunen, men det gjelder noe ulike ordninger mht. arbeidssted, avhengig av tilsettingstidspunkt.

Å utvikle funksjonsdyktige rotasjonsordninger f.eks. knyttet til planlagt virksomhet, poliklinikk etc vil være ønskelig for å kunne utvikle en organisasjon hvor befolkningen på Helgeland kan tilbys differensierte og kvalitetsmessige gode sykehustjenester ved bruk av de eksisterende bygnings- og utstyrmessige ressurser som idag finnes lokalisert tre steder.

Et annet viktig spørsmål som må avklares er hvorvidt det er mulig å lage ordninger hvor personell bosatt ved en av sykehusenhetene kan inngå i vaktberedskapen ved en annen enhet. En forutsetning for å sikre en kvalitetsmessig god nok vaktordning vil være at vedkommende har midlertidig tilhold nært sykehusenheten hvor vedkommende har vakt.

En forutsetning for å kunne bruke dagens bygningsmasse fornuftig er at det legges opp til ordninger med ambulante tjenester. Dette kan dreie seg om alt fra at en enkeltspesialist ambulerer, til at hele vaktteam ambulerer i forbindelse med «temauker» innen dagbehandling, eller annen virksomhet som setter store krav til volum. Dette vil også kunne ha positiv betydning med tanke på utdanningsvirksomhet.

I prinsippet må videre tilsetningsforholdet baseres på hel stillingsstørrelse selv om arbeidsgiver i en del tilfeller må tilsette i deltidstillinger, f.eks. av hensyn til turnusplaner. For en rekke yrkesgruppers del er det også ønskelig og vanlig med utstrakt bruk av deltid, i perioder av yrkeskarrieren. Dette må det tas tilbørlig hensyn til. Her kan det i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene være aktuelt å komme fram til et visst forhold mellom deltid- og heltidsarbeidende.

Av ulike grunner vil enkeltpersoner kunne reservere seg mot utstrakt grad av ambulering, arbeid på annet sted enn det som står i tilsettingsbrev etc. Dette vil kreve omfattende forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene. Her må det legges opp til ordninger som sikrer at en får utnyttet den samlede fagkompetanse som finnes på Helgeland, innenfor akseptable tariffmessige rammer.

Generelt må det derfor understrekes at alle de forhold som er berørt i dette avsnittet krever omfattende diskusjoner og en åpen dialog med tillitsvalgte på et tidlig stadium.

5.4.3 Utdanningsmessige forhold

Sykehusorganisasjonen på Helgeland, uansett innhold og organisering ved enkeltenheter, vil ha omfattende oppgaver innen formalisert utdanning for ulike grupper samt bedriftsintern kompetanseutvikling og -vedlikehold. Nøkkelen til å lykkes på dette punkt ligger i å kunne utnytte de samlede ressurser og oppgaver som blir liggende på Helgeland kombinert med bruk av moderne tele- og informasjonsteknologi. Det at deler av grunnutdanningen for sentrale faggrupper kan tas i en region øker tilbøyeligheten hos personalet til å søke seg tilbake. I en tid med knapphet på helsepersonell vil fravær av denne effekten ha katastrofal betydning for rekrutteringen.

Generelt må derfor nasjonale helse- og utdanningsmyndigheter også tilpasse utdanningsplanene til den endring i struktur og innhold som skjer i sykehusene, slik at alle fortsatt kan ha sin plass i utdanningssystemet. Skjer ikke det vil sentraliseringsspiralen ytterligere forsterkes også gjennom utdanningssystemet.

Etablering av en sykehusorganisasjon bør også kunne bidra til at alle tre enhetene beholder muligheten for å motta turnuskandidater, og at samtlige har en viss status i utdannings-sammenheng, men at dette baseres på en viss rotasjon mellom de tre avdelingene for å sikre at krav til vakttjeneste etc. blir oppfylt. På grunnlag av en henvendelse fra Helgelandsprosjektet til Statens Helsetilsyn har det imidlertid ikke foreløpig lyktes å få et klart svar på om dette kan aksepteres. En har derfor beregningsmessig forutsatt at turnuskandidater kan beholdes ved sykehus med utvidet akuttberedskap og ved sykehus med akuttberedskap, men ikke ved spesialistklinikk.

En endring av sykehusstrukturen på Helgeland slik at ikke alle sykehus har utvidet akuttberedskap vil imidlertid innebære behov for tilpasninger av utdanningsoppleggene for flere grupper. Følgende ser ut til å bli konsekvensene av slike endringer:

- Legenes spesialistutdanning innen kirurgi og indremedisin burde i hovedsak kunne gjennomføres som nå, men med bruk av flere enheter innen samme organisasjon for å få den totale kompetanse som skal utvikles. Her må en også være oppmerksom på behovet for en revisjon av utdanningsplanene slik at de er tilpasset de institusjoner og den måte en fordeler oppgaver i sykehusene på.
- Grunnutdanningen i sykepleie ser ut til å kunne benytte såvel sykehus med utvidet akuttberedskap, sykehus med akuttberedskap og spesialistklinikk som praksissted. Det samme ser ut til å være tilfelle for grunnutdanningene for fysioterapeuter, radiografer og hjelpepleiere. Endringer i sengetall vil imidlertid kunne innvirke på det konkrete opplegget.
- Spesialutdanningene i sykepleie, dvs. innen operasjons-, anesthesi-, intensiv-, pediatri- og evt. onkologifeltet, må også i fremtiden gjennomføres i et samspill med Nordland Sentralsykehus og sykehusenhetene på Helgeland. Det ser imidlertid ut til at bare sykehus med utvidet akuttberedskap vil kunne være et fullverdig utdanningssted for disse utdanningene. Likeledes vil bare sykehus med fødeavdeling kunne ta mot turnusjordmødre.

Til å ivareta det løpende og samlede behov på dette området for enhetene i sykehusorganisasjonen bør det overveies etablert en opplærings- og utviklingsenhet slik at en kan få ivaretatt det samlede behov for kompetanseutvikling og vedlikehold i den nye organisasjonen. Sannsynligvis vil dette være fornuftig også kostnadmessig ved at en får en større enhet som kan ha god nok kompetanse og kan standardisere kunnskapsformidling og utvikling. Opprettelsen av en slik enhet må sees i sammenheng med den samlede administrative struktur slik at opprettelsen ikke innebærer en samlet økning i administrative ressurser.

Som nevnt ovenfor krever endringer på dette feltet nært samarbeid med myndighetene. Disse spørsmål bør tas opp umiddelbart, med sikte på å utvikle faglig gode, men mere fleksible modeller for organisering av ulike utdanninger.

Enkelte av tiltakene vil også kreve forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene fordi det vil innebære rotasjon og pendling for enkelte arbeidstakere i deler av utdanningen.

6 UTVALG AV MODELLER OG PRINSIPPER FOR KONSEKVENSVURDERINGER

6.1 Prinsipper for utvelgelse av modeller

Mandatet for Helgelandsprosjektet gir endel prinsipper som alle relevante modeller må vurderes mot. De viktigste er:

- Befolkningen på Helgeland skal ha best mulig trygghet ved akutte tilfeller av sykdom eller skade
- Planlagt utredning/behandling skal skje innen akseptable tidsfrister og med tilstrekkelig total kvalitet
- Det skal utvikles en enhetlig sykehusorganisasjon for Helgelandsområdet
- Det skal være effektiv samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og mellom psykososiale og somatiske fagområder
- Dokumenterbar total kvalitet innenfor aksepterte normer og økonomiske rammer
- Helhetlige og stabile fagmiljøer
- En fordeling av viktige funksjoner som etter faglige kriterier ikke kan være i alle dagens sykehusenheter.

Prosjektgruppa har videre forutsatt at alle tre sykehusenheter skal bestå og gis et innhold som samlet svarer til kravene ovenfor. I løpet av utredningsarbeidet er det fra flere hold kommet til uttrykk synspunkter som peker på at man i framtiden burde konsentrere sykehusvirksomheten til ett sted på Helgeland. Argumentene som har vært framført har klar relevans og tyngde. I prosjektgruppa er det forståelse for disse synspunktene, som det imidlertid ligger klart utenfor mandatet å utrede nærmere. Prosjektgruppa vil derfor i sitt avsluttende arbeid legge forutsetningen om tre sykehusenheter i en enhetlig organisasjon til grunn.

Prosjektgruppa har valgt å ta utgangspunkt i organisering av akuttfunksjonene og fødevirksomheten som hovedprinsipp for utforming av modeller. I en samlet utredning av samordning og arbeidsfordeling vil en før eller siden måtte se på organiseringen av disse funksjonene. Prosjektgruppa har valgt å begynne med disse temaene for på den måten å kargjøre hvilke muligheter som gis til fordeling av de øvrige funksjonene.

Med henvisning til de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1 gir de ulike formene for organisering av akuttfunksjoner og fødevirksomhet følgende kombinasjoner:

- Sykehusene kan ha utvidet akuttberedskap. Sykehus som ikke har slik beredskap kan ha akuttberedskap eller være organisert som spesialistklinikk.
- Akuttfunksjoner i psykiatri forutsetter ikke sykehus med utvidet akuttberedskap innen somatikk, men kan legges til sykehus med akuttberedskap.
- Planlagt virksomhet kan foregå ved alle sykehusene. Type, virksomhet og omfang avhenger av beredskapsnivå.

- Rehabilitering kan foregå ved alle sykehusene i variende grad, avhengig av beredskapsnivå.
- Ved sykehusene kan det være fødeavdeling eller fødestue. Fødeavdeling kan bare legges til sykehus som har utvidet akuttberedskap. Det bør være minst en fødeavdeling på Helgeland. Fødestuer kan legges til sykehus med akuttberedskap eller som er organisert som spesialistklinikk.

Videre legger prosjektgruppa til grunn at alle modellene skal:

- Beskrives etter samme mal med samme disposisjon
- Beskrives mht. fordeling av øyeblikkelig hjelp-pasienter, fødepasienter, planlagt virksomhet herunder poliklinikker og dagkirurgi, rehabilitering og psykiatri.
- Vurderes mot nåværende status og arbeidsfordeling ved sykehusene. I det følgende er dette vurderingsgrunnlaget kalt BASIS, se avsnitt 6.2.1.
- Vurderes ut fra et bredt grunnlag av beregnede konsekvenser.

På denne bakgrunn anså prosjektgruppen MODELLENE 0, 1, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B og 3C som relevante i utgangspunktet. Det er viktig å understreke at det innen dette utvalget av modeller:

- ikke er tatt stilling til hvor mange steder eller hvilke steder fødevirksomhet skal foregå
- kan tenkes andre kombinasjoner, spesielt i MODELLENE 3A, 3B og 3C, hvor en for eksempel kan tenke seg ett sykehus med utvidet akuttberedskap, ett med akuttberedskap og ett organisert som spesialistklinikk.

Prosjektgruppa anbefalte i sin foreløpige rapport at :

- MODELLENE 0 og 1 ikke ble utredet videre
- MODELLENE 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, og 3C ble utredet videre.

Fylkestinget behandling i sak 74/96 av hvilke modeller som skal utredes videre, lyder:

Modellskisse 1 beskrives grundig slik at konsekvensene av dette alternativet blir en del av det samlede vurderingsgrunnlag til slutt.

Modellskisse 0 med akuttberedskap ved alle tre sykehusene, felles personal- og økonomistyring, funksjonsfordeling på spesialisttilbudene og felles venteliste, modellskissene 2(A, B, C), som bl a innebærer utvidet akuttberedskap ved to av sykehusene, og 3(A, B, C), med utvidet akuttberedskap ved ett av sykehusene, utredes fullstendig. Det samme gjøres for eventuelle kombinasjoner innenfor disse.

De aktuelle modellene er skissemessig framstilt nedenfor.

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
2B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
2C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
3B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri
3C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling ◦ Planlagt virksomhet ◦ Rehabilitering ◦ Psykiatri

6.2 Prinsipper for konsekvensberegninger

Prinsippene for konsekvensberegningene av modellene er gjengitt i sin helhet i Kapittel 3 i vedlegget. I det følgende gjengis hovedpunktene

6.2.1 Utgangspunkt i 1995 som beregningsgrunnlag, BASIS

Alle konsekvenser beregnes i forhold til driftsåret 1995 som i resten av dette dokumentet betegnes som BASIS. Dette gjelder:

- Behandlingsaktivitet hvor alle modellene forutsettes å kunne gi samme tilbud som i 1995
- Økonomi hvor alle modellene kostnadsberegnes ut fra hva de vil koste mer eller mindre i forhold til sykehusenes økonomiske driftsgrunnlag i 1995
- Bygninger, utstyr og sengekapasitet hvor alle modellene vurderes ut fra disse ressursene slik de var i 1995
- Ambulansetjenesten hvor konsekvensene i alle modellene beregnes ut fra den vedtatte ambulans planen. I forholdet til opptrappingsplanen er det valgt å bruke nivået pr. januar 1996 som sammenlikningsgrunnlag

Ideelt sett kunne det imidlertid vært ønskelig også å beregne konsekvensene ut fra mulige endringer i:

- Befolkningsmengde og sammensetning
- Forbruksnivå på sykehustjenester
- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Planlagte omstruktureringer ved sykehusene som ligger i fylkeskommunens langsiktige planlegging
- Dokumenterte mangler og udekkede behov i dagens situasjon

Ut fra den nåværende viten er det ikke foretatt noen korrigeringer i beregningsgrunnlaget mht. framtidige endringer i befolkningsmengde og sammensetning, forbruksnivå på sykehustjenester eller medisinsk og teknologisk utvikling. Det er videre forutsatt at de delene av virksomheten som var finansiert ved særskilte statsmidler i 1995 fortsetter omlag på samme nivå. Det er imidlertid særlig viktig å ta med i en vurdering og evt. prioritering av modellene hvorvidt de gir muligheter til å møte nye utfordringer og oppgaver, spesielt knyttet til økningen i antall eldre.

Når det senere i planen henvises til BASIS er det forutsetningene ovenfor som er lagt til grunn.

6.2.2 Forutsetninger for beregning av pasientstrømmer

Utgangspunktet tas i antall pasienter fra hver kommune som ble behandlet ved den enkelte avdeling ved sykehusene på Helgeland i 1995.

Ut fra beskrivelsen av de ulike modellen omfordeles pasientene til de forskjellige sykehuse-
ne. Det vil si at de ulike modellene «testes» på hva slags tilbud de ville gitt et kjent pasi-
entvolum - pasientene i 1995, dvs. i BASIS.

6.2.3 Forutsetninger for beregning av sengebehov

Utgangspunktet tas i hvilket sengebehov som var nødvendig for å kunne ta mot de aktuelle pasientene i BASIS.

Endring av sengebehovet som følge av omfordeling av pasientene i de ulike modellene be-
stemmes konkret ut fra kjente størrelser som f.eks. beleggspresenter og variasjoner over tid.

6.2.4 Forutsetninger for beregning av avdelingsstruktur og endringer i bemanning

På grunnlag av strukturen i BASIS og endringene i sengebehovet i de ulike modellene be-
skrives en avdelingsstruktur i alle modellene. Avdelings- og poststrukturen gir sammen med
kravene til beredskapsnivå grunnlag for å beregne bemanningen for de kliniske avdelingene.

Behovet for bemanning av serviceavdelingene gjøres deretter konkret som en følge bl.a.
endret aktivitet ved de kliniske avdelingene.

6.2.5 Forutsetninger for beregning av behovet for utbygging og nytt utstyr

Behovet for utbygging og nytt utstyr beregnes ut fra bl.a. dagens sengekapasitet og utstyr-
snivå vurdert mot endringene i beregnet sengebehov, avdelingsstruktur og aktivitet i de uli-
ke modellene.

6.2.6 Forutsetninger for beregning av behovet for ambulansetransport

Endring av sykehusstrukturen fører til endret behov for ambulansetransport.

Dette beregnes konkret ut fra bl.a. endret lengde på turene, endringer i antallet som må
fraktes og behov for nye biler, evt. båtambulanser.

6.2.7 Forutsetninger for de økonomiske beregningene

Det legges til grunn en rekke normfaktorer for de ulike kostnader.

Den økonomiske beregningsmodellen beregner bare marginalvirkningene, dvs. bare de for-
hold som endrer seg ved endring av struktur. Alle beregninger gjøres ut fra BASIS.

Det er videre viktig å understreke at bare primærvirkningene, eller de umiddelbare virkningene av en strukturendring beregnes. Sekundærvirkningene, f.eks. i form av en mer effektiv driftsform eller økte muligheter til å ta opp nye oppgaver, må anslås separat.

6.2.8 Andre påregnelige kostnader

I utgangspunktet, dvs. i BASIS, eksisterte det behov, utbyggingsplaner eller identifiserte problemer. Slike, allerede kjente behov, må dekkes separat og tas ikke inn i beregningsmodellen.

6.2.9 Kostnader for andre enn fylkeskommunen

Analysen begrenser seg til å beskrive den økonomiske effekten for fylkeskommunen.

Det er ikke forutsatt skjulte overveltinger på f.eks. kommunene som en følge av strukturendringene. Endel endringer i kostnader for f.eks. pårørende vil kunne forekomme. Disse er ikke tatt med i analysen.

6.3 Kommunikasjonsmessige forhold

Det er etterhvert blitt relativt god tilgjengelighet til alle de tre sykehusene for befolkningen på Helgeland. I løpet av de siste ti årene har bl a:

- Tosenveien gitt Sømna og Brønnøy fergefri forbindelse til Mosjøen
- Sjonaveien gitt fastlandsdelen av Lurøy fergefri forbindelse til Mo
- Alstens fastlandsforbindelse gitt fergefri forbindelse mellom de tre sykehusene

Men betydelige deler av befolkningen på søndre og ytre Helgeland er fremdeles avhengige av ferge(r) og/eller hurtigbåt for å komme til noen av sykehusene. Korgfjellet står fremdeles, avhengig av værforholdene, tidvis i veien for en helårig døgnåpen veiforbindelse mellom Mo og Sandnessjøen/Mosjøen.

Ut fra prioriteringene i det foreliggende forslag fra Vegdirektoratet for stamveidelen av Norsk Veg- og Vegtrafikkplan 1998-2007 (NVVP), synes det å være en rimelig mulighet for at Korgfjellproblemet i løpet av få år er eliminert ved at strekningen Osen-Korgen på E6 får 17 km ny vei hvorav nesten halvparten i tunnel. For NVVPs første 4-årsperiode (1998-2001) er prosjektet prioritert forutsatt NVVPs midtre økonomiske ramme og ferdigstilt, forutsatt NVVPs høye økonomiske ramme. Innen ferdigstillelse av E6 Osen-Korgen bør mulighetene for å finne en akseptabel «Regionflyplass Helgeland» være avklart.

Kombinasjonen ny E6 Mosjøen-Osen og ny Rv Leirosen-E6 som anbefalt av fylkestinget i mars 1996, vil gi kortere og raskere transporter mellom Sandnessjøen, Mo og Mosjøen. Særlig vil avstandskostnadene mellom Mo og Sandnessjøen gå kraftig ned. Også innen dette veisystemet står ferdig bør også «Regionflyplass Helgeland» kunne stå ferdig.

I avsnitt 3.7 i vedlegget er prosjektgruppas forutsetninger om reiseavstander og reisetid med ambulanse fra de ulike delene av Helgeland til sykehusene beskrevet i detalj. Det vises til dette.

6.4 Begrensninger

Beskrivelsen og analysen av de ulike modellene har klare begrensninger som en bør være oppmerksom på. De viktigste er:

- Analysen ser bare på de umiddelbare virkninger av en strukturendring, dvs. primærvirkningene. Sekundærvirkningene eller f.eks. samfunnsmessige totalvirkninger er vanskelig å anslå eller beregne.
- Overgangsordninger eller gjennomføringskostnader er ikke beregnet, men vil måtte anslås separat.
- En del av investeringsanslagene er usikre og bare grovt anslått.
- Kostnader ved nye tilbud, f.eks. innen rehabilitering, som en ny arbeidsfordeling mellom sykehusenhetene kan gjøre mulig, er ikke beregnet.
- Turnus- og tjenesteplaner er anslått, ikke beregnet i detalj.

6.5 Kriterier for vurdering av modellene

Alle modellene må vurderes ut fra et sett av kriterier som ligger i mandatet, målene for helsetjenesten, faglige krav og prinsipper slik de er definert i kapitlene 4 og 5.

I de følgende avsnitt er kriteriesettet systematisk framstilt. Den konkrete vurdering av modellene ut fra dette kriteriesettet foretas i kapittel 15.

6.5.1 Medisinskfaglig forsvarlighet og kvalitet

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- på alle områder hvor det er definert faglige krav for hva som er «godt nok», er i samsvar med disse kravene
- er organisert slik at de ivaretar kvalitetsutvikling og kvalitetssikring
- er i samsvar med overordnede føring mht. sykehusstruktur

6.5.2 Virkninger for pasienter og pårørende

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- gir et tilbud til pasienter og pårørende i samsvar med verdiene trygghet, likeverdighet og kvalitet
- gir et tilbud preget av lik tilgjengelighet til tjenestene
- samlet gir et kvalitativt bedre tilbud på Helgeland til befolkningen generelt og til spesielle grupper, f.eks. barn, spesielt

6.5.3 Virkninger for personalet og arbeidsmiljøet

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- tilbyr meningsfylte arbeidsoppgaver til den enkelte med vekt på faglig kvalitet og utvikling
- legger til rette for utdanning, både grunnutdanning, etterutdanning og videreutdanning
- legger til rette for et godt arbeidsmiljø

6.5.4 Virkninger for kommunehelsetjenesten

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- fremmer godt samarbeid med kommunehelsetjenesten
- legger til rette for en effektiv organisering av den samlede tiltakskjede, herunder samarbeid om akuttfunksjoner
- opprettholder gjeldende ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene

6.5.5 Organisatorisk hensiktmessighet

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- innebærer en effektiv organisering på det institusjonelle planet
- legger til rette for en god organisering av det faglige arbeidet i avdelinger, team og faglige nettverk
- fremmer tverrfaglighet

6.5.6 Ressursutnyttelse

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- kan realiseres innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon

- bidrar til en effektiv ressursutnyttelse av såvel personell som utstyr og bygninger med sikte på en best mulig behandlings- og omsorgskvalitet

6.5.7 Realisme i gjennomføring

Dette kriteriet betyr at modellene skal vurderes ut fra om de:

- kan realiseres med henblikk på å få opprettet stillinger, rekruttere og beholde det nødvendige fagpersonell
- kan realiseres utbyggingsmessig og organisatorisk innen en rimelig tidsramme, dvs. i løpet av 2 - 3 år
- er robuste overfor å møte nåværende og framtidige utfordringer, f.eks. økningen i antall eldre.

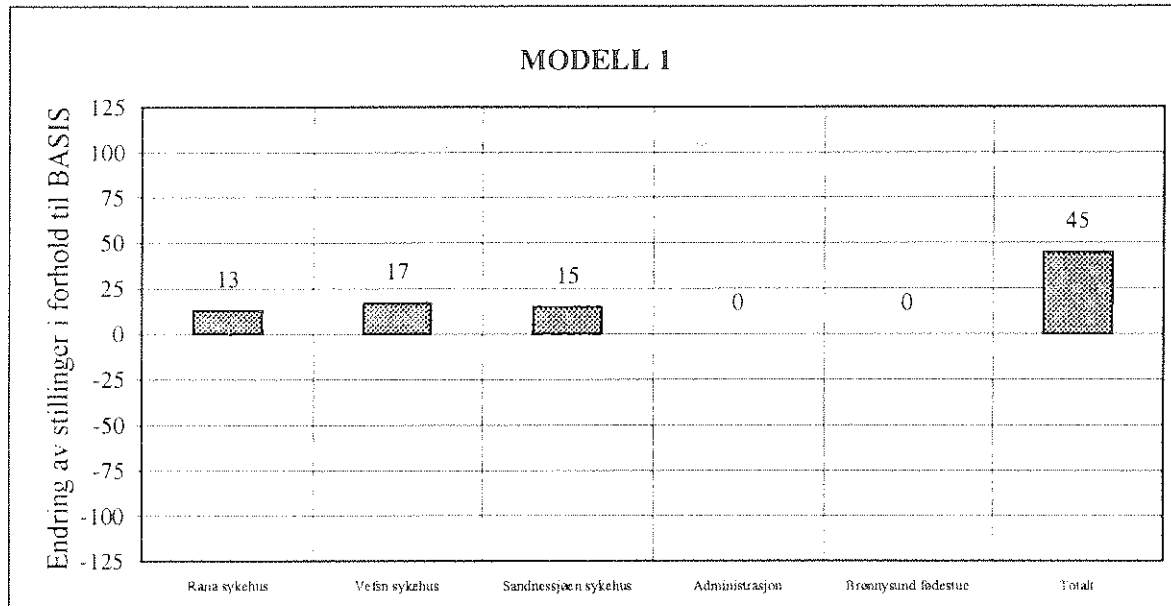
7 BESKRIVELSE AV MODELL 0

7.1 Kort beskrivelse

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det søkes opprettholdt akuttberedskap ved alle tre sykehusene. Beredskapen utformes ut fra det som det er mulig og realistisk å rekruttere. Det er heller ikke aktuelt å organisere noen av sykehusene som spesialistklinikk. Se avsnitt 7.2.
- Fødeavdelinger søkes opprettholdt ved alle sykehusene. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 7.3.
- Den planlagte virksomheten, inklusiv polikliniske tilbud og rehabilitering, fortsetter om lag med samme utforming og omfang som hittil. I forhold til BASIS skjer det liten endring i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 7.4.



8.9 Virkninger for ambulansetjenesten

Det vil ikke bli endringer i behovet for ambulansetjenester i MODELL 1 i forhold til BASIS

8.10 Organisering

8.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 1 legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle tre sykehusenhetene opprettholdes som egne budsjettenheter.
- Alle tre sykehusenhetene ledes av hver sin direktør. Avdelingsledelse for de kliniske avdelingene rapporterer til direktør ved egen sykehusenhet. Forøvrig organiseres de tre enhetene ut fra lokale behov.
- Personal- og økonomifunksjoner, evt. også medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes, legges organisatorisk til en av sykehusenhetene og leverer tjenester til de to øvrige enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

8.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Det blir ingen endring mht. organisering av kliniske avdelinger i MODELL 1 i forhold til BASIS.

8.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 1 i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelisteadministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan evt. innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

8.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil ikke bli endringer i forholdet til primærhelsetjenesten i MODELL 1 i forhold til BASIS. Felles ventelisteadministrasjon vil imidlertid kunne forenkle samarbeidet noe.

8.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil ikke bli endringer i virkninger for pasienter og pårørende i MODELL 1 i forhold til BASIS. Sykehus med utvidet akuttberedskap vil imidlertid kunne gi et faglig tilbud på et kvalitativt høyere nivå enn i BASIS, gitt at det lar seg realisere.

8.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene anslått til ca 1 million kroner.

Som vist i Tabell 8.1 nedenfor vil de årlige driftskostnadene øke med ca kr 17 200 000 i MODELL 1 i forhold til BASIS. De polikliniske inntektene framkommer i tabellen som reduserte kostnader.

	Millioner kroner
Personalkostnader	18,2
Ambulansekostnader	0,0
Polikliniske inntekter	- 1,0
Totalt	17,2

Tabell 8.1 *Endring av kostnader pr år i MODELL 1 i forhold til BASIS. Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon.*

- Det er ikke grunnlag for å foreta omfattende endringer mht fordeling av faglige funksjoner på sykehusene, se avsnitt 7.5
- Visse deler av sykehusenes administrasjon samordnes og felles ventelister innføres. Se avsnitt 7.10.

Modellen er beregningsmessig mer fullstendig beskrevet i avsnitt 4.1 i vedlegget. Nedenfor er enkelte hovedpunkter framhevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.1.

7.2 Akuttberedskap

Det vil ikke bli noen endringer i fordelingen av akuttinnleggelser i MODELL 0 i forhold til BASIS. Endringer i faglige kvalitetskrav som vil komme, og som ikke kan oppfylles ved alle tre enhetene, kan imidlertid tvinge fram en annen fordeling.

7.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter i MODELL 0 i forhold til BASIS som følge av endringer i faglige krav:

- Ved Sandnessjøen sykehus, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 6,3 pasienter. Dette innebærer en økning på årsbasis med 30 fødsler til ca 310 fødsler.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Dette innebærer en reduksjon på årsbasis med 30 fødsler til 90 fødsler.

7.4 Planlagt virksomhet

Det blir ikke grunnlag for å foreta større endringer mht planlagt virksomhet i MODELL 0 i forhold til BASIS.

7.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene i MODELL 0 i forhold til BASIS:

- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Alle sykehusene bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Funksjonen til Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS), må sees i sammenheng med dette og den samlede arbeidsdeling.

- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.
- Innen kirurgi og indremedisin kan fokusering på, og samarbeid vedrørende grenspesialiteter ved de enkelte sykehus videreutvikles. Dette gjelder f.eks. urinveissykdommer, mage-tarmsykdommer og lungesykdommer. En slik utvikling vil i det vesentlige ha virkning for poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet og ikke gi endring av den totale virksomhet ved de enkelte sykehus.

7.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 0 medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Sandnessjøen en økning på en seng.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

7.7 Virkninger for bygnings- og utstysrbehov

Det vil ikke bli noen endringer i bygnings- og utstysrbehov i MODELL 0 i forhold til BASIS.

7.8 Bemanningmessige virkninger

Det vil ikke bli noen endringer i bemanning i MODELL 0 i forhold til BASIS. Modellen kan imidlertid bli vanskelig å rekruttere til på grunn av at den gir små muligheter til å utvikle faglig sterke miljøer.

7.9 Virkninger for ambulansetjenesten

Det vil ikke bli noen endringer i virkninger for ambulansetjenesten i MODELL 0 i forhold til BASIS.

7.10 Organisering

7.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 0 legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle tre sykehusenhetene opprettholdes som egne budsjettenheter.
- Alle tre sykehusenhetene ledes av hver sin direktør. Avdelingsledelse for de kliniske avdelingene rapporterer til direktør ved egen sykehusenhet. Forøvrig organiseres enhetene etter stedlige behov.

- Personal- og økonomifunksjoner, evt. også medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes, legges organisatorisk til en av sykehusenhetene og leverer tjenester til de to øvrige enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

7.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Det blir ingen endring mht. organisering av kliniske avdelinger i MODELL 0 i forhold til BASIS.

7.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 0 i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelisteadministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan evt. innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

7.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil ikke bli noen endringer i forholdet til primærhelsetjenesten i MODELL 0 i forhold til BASIS. Felles ventelisteadministrasjon vil imidlertid kunne forenkle samarbeidet noe.

7.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil ikke bli noen endring i virkninger for pasienter og pårørende i MODELL 0 i forhold til BASIS.

7.13 Økonomiske totalvirkninger

Det vil ikke bli noen endringer i de økonomiske totalvirkninger i MODELL 0 i forhold til BASIS, med unntak av at det muligens vil være noen innsparingsgevinster som følge av felles personal- og økonomifunksjoner, evt. også som følge av felles AMK-sentral..

8 BESKRIVELSE AV MODELL 1

8.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved alle tre sykehusene. Beredskapen utformes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.1. Det er ikke aktuelt å la noen av sykehusene bli sykehus med akuttberedskap, jfr avsnitt 5.1.2, eller organisere noen av dem som spesialistklinikker, jfr avsnitt 5.1.3. Se avsnitt 8.2
- Fødeavdelinger opprettholdes ved alle sykehusene. Avdelingene bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 8.3
- I forhold til BASIS skjer det liten endring i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 8.4.
- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene. Se avsnitt 8.5

- Visse deler av sykehusenes administrasjon samordnes, og felles ventelister innføres. Se avsnitt 8.10.

Modellen er beregningsmessig mer fullstendig beskrevet i avsnitt 4.2 i vedlegget. Nedenfor er enkelte hovedpunkter framhevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.2.

8.2 Akuttberedskap

Det vil ikke bli noen endringer i fordelingen av akuttinnleggelser i MODELL 1 i forhold til BASIS. Med det samme pasientantallet som i BASIS vil imidlertid den økningen av kvaliteten som er forutsatt gi et dårlig forhold mellom volum og kvalitet og innebære en svært dårlig utnyttelse av kapasiteten.

8.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 1 i forhold til BASIS som følge av endringer i faglige krav:

- Ved Sandnessjøen sykehus, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 6,3 pasienter. Antall fødsler økes med 30 til ca 310 fødsler i året.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler i året.

8.4 Planlagt virksomhet

I MODELL 1 kan det tenkes følgende endringer i den planlagte virksomheten i forhold til BASIS:

- Sykehus med utvidet akuttberedskap vil kunne ha faglige ressurser og kapasitet til å kunne ta hånd om mer krevende oppgaver.

8.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene i MODELL 1 i forhold til BASIS:

- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Alle sykehusene bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og

råd/veiledning til kommunene. Funksjonen til Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS), må sees i sammenheng med dette og den samlede arbeidsdeling.

- Innen kirurgi og indremedisin kan fokusering på, og samarbeid vedrørende grenspesialiteter ved de enkelte sykehus videreutvikles. Dette gjelder f.eks. urinveissykdommer, mage-tarmsykdommer og lungesykdommer. En slik utvikling vil i det vesentlige ha virkning for poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet og ikke gi endring av den totale virksomhet ved de enkelte sykehus.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

8.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 1 medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Sandnessjøen sykehus en økning på en seng.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

8.7 Virkninger for bygnings- og utstyringsbehov

Det vil ikke bli noen endringer i bygningsbehov i MODELL 1 i forhold til BASIS. Den økte spesialistbemanningen som følger av de faglige kravene som er lagt til grunn vil imidlertid medføre økt utstyringsbehov. Dette er ikke lagt inn i beregningene.

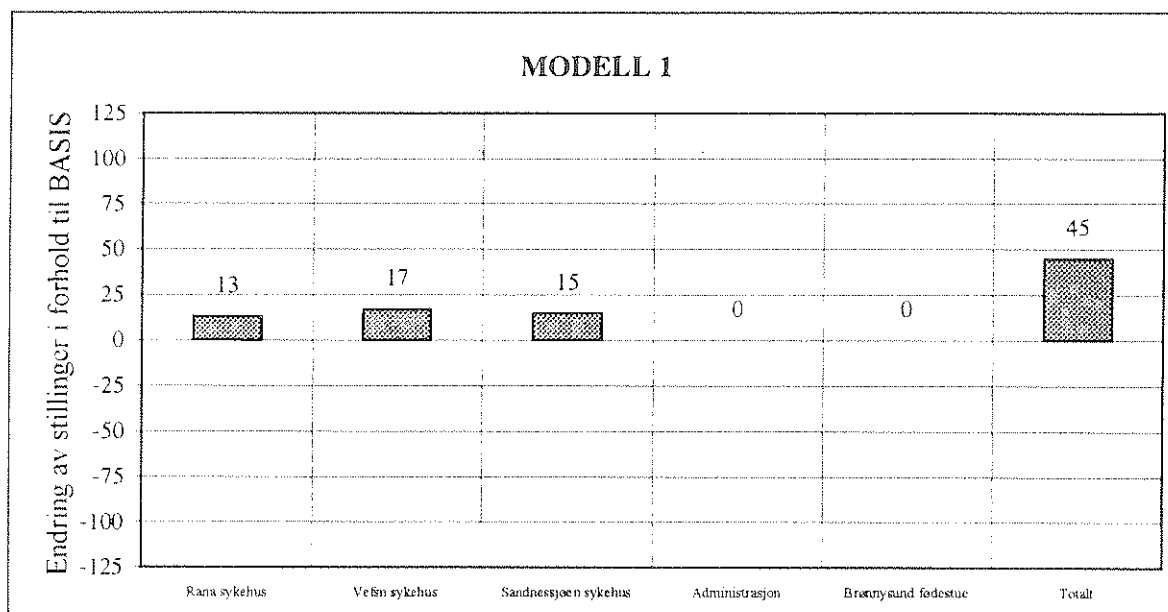
8.8 Bemanningmessige virkninger

Som følge av endrede krav til bemanning og beredskap vil MODELL 1 medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning på 13,0 stillinger.
- Ved Vefsn sykehus en økning på 17,0 stillinger.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning på 14,8 stillinger.

Samlet vil det bli et behov for ialt 44,8 flere stillinger, herav 39 legestillinger.

De bemanningmessige endringene er vist i figuren på neste side.



8.9 Virkninger for ambulansetjenesten

Det vil ikke bli endringer i behovet for ambulansetjenester i MODELL 1 i forhold til BASIS

8.10 Organisering

8.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 1 legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle tre sykehusenhetene opprettholdes som egne budsjettenheter.
- Alle tre sykehusenhetene ledes av hver sin direktør. Avdelingsledelse for de kliniske avdelingene rapporterer til direktør ved egen sykehusenhet. Forøvrig organiseres de tre enhetene ut fra lokale behov.
- Personal- og økonomifunksjoner, evt. også medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes, legges organisatorisk til en av sykehusenhetene og leverer tjenester til de to øvrige enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

8.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Det blir ingen endring mht. organisering av kliniske avdelinger i MODELL 1 i forhold til BASIS.

8.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 1 i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelisteadministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan evt. innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

8.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil ikke bli endringer i forholdet til primærhelsetjenesten i MODELL 1 i forhold til BASIS. Felles ventelisteadministrasjon vil imidlertid kunne forenkle samarbeidet noe.

8.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil ikke bli endringer i virkninger for pasienter og pårørende i MODELL 1 i forhold til BASIS. Sykehus med utvidet akuttberedskap vil imidlertid kunne gi et faglig tilbud på et kvalitativt høyere nivå enn i BASIS, gitt at det lar seg realisere.

8.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene anslått til ca 1 million kroner.

Som vist i Tabell 8.1 nedenfor vil de årlige driftskostnadene øke med ca kr 17 200 000 i MODELL 1 i forhold til BASIS. De polikliniske inntektene framkommer i tabellen som reduserte kostnader.

	Millioner kroner
Personalkostnader	18,2
Ambulansekostnader	0,0
Polikliniske inntekter	- 1,0
Totalt	17,2

Tabell 8.1 *Endring av kostnader pr år i MODELL 1 i forhold til BASIS. Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon.*

9 BESKRIVELSE AV MODELL 2A

9.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Rana og Sandnessjøen sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Vefsn sykehus organiseres som spesialistklinikk, jfr avsnitt 5.1.3. Se avsnitt 9.2.
- Fødeavdelinger opprettholdes ved et av eller begge sykehusene med utvidet akuttberedskap. Avdelingene bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved det sykehuset som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Vefsn avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 9.3.
- I forhold til BASIS skjer det en del endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 9.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene, se avsnitt 9.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 9.10

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.3 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.3.

9.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter i MODELL 2A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning fra 13,1 til 13,2 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 25,2 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,8 til 1,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 4,4 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 12,4 til 16,7 pasienter i kirurgi og fra 23,6 til 30,9 pasienter i indremedisin.

9.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 2A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødeavdeling, en økning fra 9,4 til 9,6 pasienter. Antall fødsler øker med 10 til ca 460 fødsler i året.
- Ved Vefsn sykehus, fødestue, en reduksjon fra 3,3 til 2,0 pasienter. Antall fødsler reduseres med 60 til ca 110 fødsler i året.
- Ved Sandnessjøen sykehus, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 7,4 pasienter. Antall fødsler øker med 80 til ca 360 fødsler i året.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler i året.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere en fødestue i Vefsn, vil antall fødsler ved fødeavdelingen i Sandnessjøen økes til ca 470 i året.

9.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 2A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus ingen endring, dvs. 20,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og 6,0 pasienter i indremedisin
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,6 til 0,1 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs 3,7 pasienter, i indremedisin
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 11,2 til 16,7 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter, i indremedisin.

9.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusenhetene i MODELL 2A i forhold til BASIS:

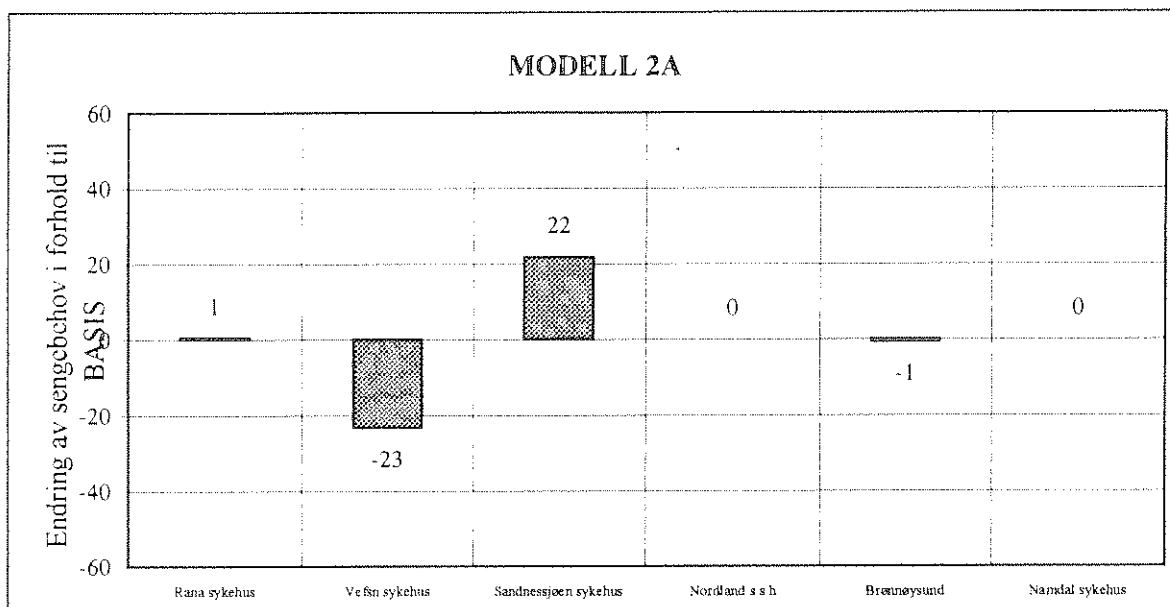
- Endel mindre spesialiteter kan tenkes samlet ved Vefsn sykehus som spesialistklinikkk.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenhengen, og sees i forhold til den totale arbeidsdelingen mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

9.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 2A medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en økning på en seng.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 23 senger.
- Ved Sandnessjøen en økning på 22 senger.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

Endringene er vist i figuren på neste side.



9.7 Virkninger for bygnings- og utstørsbehov

MODELL 2A medfører følgende endringer i bygnings- og utstørsbehov i forhold til BASIS:

- Det blir bare mindre endringer i utstørsbehov ved Sandnessjøen sykehus, ingen endring ved de to andre enhetene. Generelt vil imidlertid økningen i antall spesialister som følger av sykehus med utvidet akuttberedskap kunne medføre økt behov for utstyr.
- Det blir behov for bygningsmessige endringer ved Sandnessjøen sykehus, en del om en forutsetter nybygg, men betydelig mindre om en regner med overtakelse av sykehjemmet. Ingen behov ved de to øvrige enhetene.

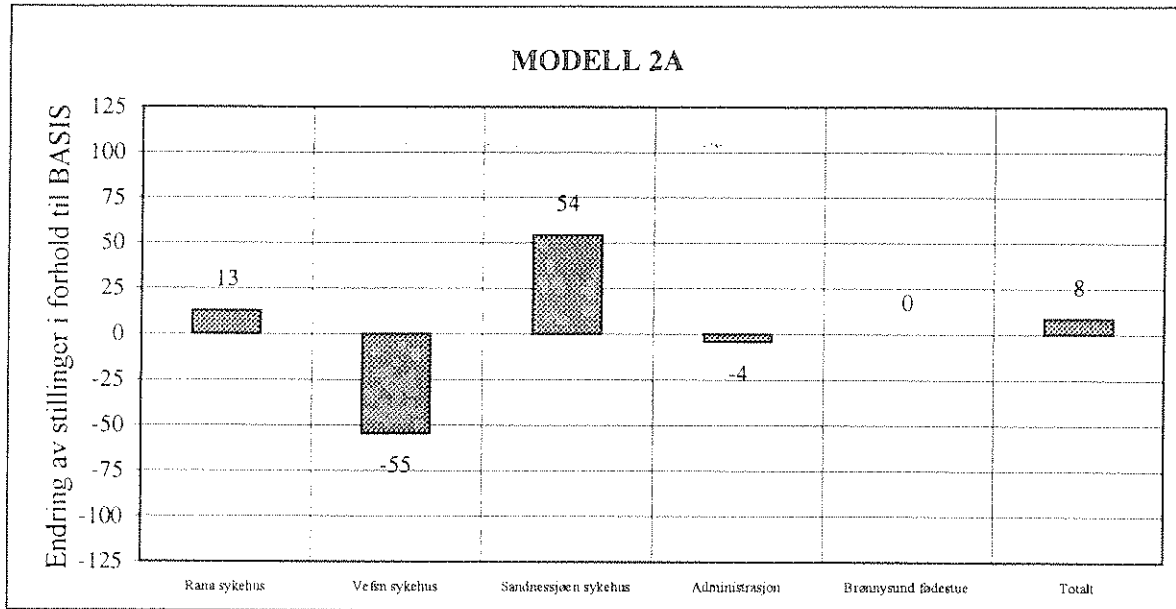
9.8 Bemanningmessige virkninger

Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 2A medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning på 12,9 stillinger, herav 11 nye legestillinger.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 54,7 stillinger, herav 6 underordnede legestillinger.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning på 54,4 stillinger, herav 18 nye legestillinger.
- I felles administrasjon en reduksjon på 4,2 stillinger.

Samlet vil det bli behov for ialt 8,4 flere stillinger.

De bemanningmessige endringene er vist i figuren på neste side.



9.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 2A vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 80 000 km, som skyldes lengre turer og ca 110 flere turer pr år.
- I gjennomsnitt vil 1,3 pasienter pr. døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for to nye ambulanserbiler
- Det vil ikke bli endringer i behovet for båttransport

9.10 Organisering

9.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 2A legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Sykehusenhetene organiseres som to budsjettenheter. Rana sykehus utgjør den ene budsjettenheten, Sandnessjøen/Vefsn den andre.
- Rana sykehus ledes av egen direktør med støtte fra sjeflege og sjefsykepleier. Avdelingsledelsen for de kliniske avdelingene rapporterer til direktøren.
- Sandnessjøen/Vefsn sykehus ledes av felles direktør, lokalisert til Sandnessjøen. Stedlig administrasjonssjefstilling opprettes ved Vefsn sykehus. Avdelingsledelsen for de faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, har ansvar for faglig koordinering og rapporterer til direktøren.

- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske service-funksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk enten til Sandnessjøen eller Rana og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

9.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus blir det ingen endringer.
- Ved Vefsn sykehus tas de kirurgiske og medisinske pasientene mot i en felles post. Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som dekker funksjonene mottak, observasjon, oppvåkning, skadepoliklinikk og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Sandnessjøen sykehus utvides de kirurgiske og medisinske syvdøgnspostene. Kombinert medisinsk/kirurgisk femdøgnspost beholdes. Det opprettes egen mottaksavdeling som dekker funksjonene mottak, observasjon, skadepoliklinikk og legevaktsentral.

9.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 2A i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelisteadministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

9.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2A i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. hvilket sykehus pasienten skal innlegges på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp, fødsler og planlagt virksomhet.
- Ved Vefsn sykehus, organisert som spesialistklinikk, forutsettes et formalisert samarbeid med kommunal legevakt, jfr avsnitt 5.1.3, om øyeblikkelig hjelp-pasienter.
- Felles ventelisteadministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

9.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2A i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For de fleste øyeblikkelig hjelp-pasienter fra Vefsn sykehus opptaksområde vil det bli en endret innleggelsespraksis ved at de i større grad blir innlagt ved et annet sykehus.
- For endel fødende fra Brønnøy og Vefsn sykehus opptaksområde vil de endrede faglige kravene samt omlegging av fødeavdelingen i Vefsn til fødestue, bety at de blir tilbudt å føde på Sandnessjøen sykehus.
- Vefsn sykehus som spesialistklinikk vil tilby polikliniske og andre tjenester til hele Helgeland.
- Med sykehus med utvidet akuttberedskap vil endel pasienter kunne tilbys behandling på Helgeland, istedenfor som idag å bli behandlet utenfor Helgelandsregionen.
- Pasientgrunnet ved de to sykehusene med utvidet akuttberedskap vil ikke gi et godt nok forhold mellom volum og kvalitet.

9.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 9.1 nedenfor vil det bli en årlig økning i driftskostnader på ca kr 6 100 000 i MODELL 2A i forhold til BASIS.

	Millioner kroner
Personalkostnader	4,3
Ambulansekostnader	1,8
Poliklin inntekter/ Kostnader ved rot ordn	0,0
Totalt	6,1

Tabell 9.1 Endring av kostnader pr år i MODELL 2A i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon

I tillegg vil det, om det forutsettes nybygg i Sandnessjøen, være et investeresbehov på ca kr 10 000 000 i bygninger og utstyr. Den mest sannsynlige løsningen er å bruke sykehjemmet, som vil gi langt lavere investeringsbehov.

Hvis en ikke får etablert fødestue i Vefsn, vil en kunne få en liten netto reduksjon av kostnaden totalt.

10 BESKRIVELSE AV MODELL 2B

10.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Vefsn og Sandnessjøen sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Rana sykehus organiseres som spesialistklinikk, jfr avsnitt 5.1.3 Se avsnitt 10.2.
- Fødeavdelinger opprettholdes ved et av eller begge sykehusene med utvidet akuttberedskap. Avdelingene bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved det av sykehusene som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Rana avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 10.3.
- I forhold til BASIS skjer det endel endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 10.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene, se avsnitt 10.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 10.10.

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.4 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lenge sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.3.

10.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter i MODELL 2B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 13,1 til 2,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 9,4 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,8 til 14,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 25,8 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 12,4 til 13,1 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 23,6 til 24,1 pasienter i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 0,5 pasienter i kirurgi/ortopedi og på 1,2 pasienter i indremedisin.

10.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 2B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødestue, en reduksjon fra 9,4 til 5,1 pasienter. Antall fødsler reduseres med 220 til ca 240 fødsler på årsbasis.
- Ved Vefsn sykehus, fødeavdeling, en økning fra 3,3 til 7,1 pasienter. Antall fødsler økes med 210 til ca 380 fødsler på årsbasis.
- Ved Sandnessjøen sykehus, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 6,6 pasienter. Antall fødsler økes med 20 til ca 290 fødsler på årsbasis.
- Ved Nordland sentralsykehus, fødeavdeling, en økning på 0,2 pasienter, noe som utgjør ca 10 fødsler på årsbasis.

- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler på årsbasis.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere fødestue i Rana, vil antall fødsler ved fødeavdelingen i Vefsn økes til ca 620 på årsbasis.

10.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 2B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 20,0 til 0,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,0 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,6 til 23,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 3,7 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 11,2 til 12,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 1,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring i indremedisin.

10.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusene i MODELL 2B i forhold til BASIS:

- Endel mindre spesialiteter kan tenkes samlet ved Rana sykehus som spesialistklinikk.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenheng, og sees i forhold til totale arbeidsdeling mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatrisprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

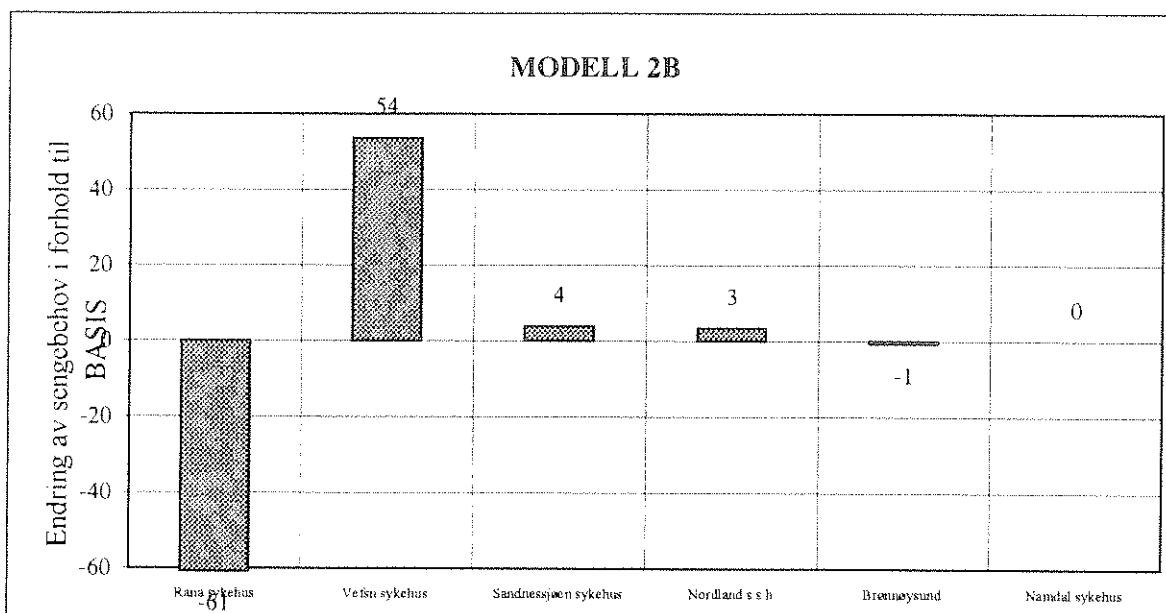
10.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 2B medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 61 senger.
- Ved Vefsn sykehus en økning på 54 senger.

- Ved Sandnessjøen en økning på 4 senger.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 3 senger.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

Endringene er vist i figuren nedenfor



10.7 Virkninger for bygnings- og utstysbehov

MODELL 2B medfører følgende endringer i bygnings- og utstysbehov i forhold til BASIS:

- Det blir bare mindre endringer i utstysbehov. Generelt vil imidlertid det økte antall spesialister som følger av sykehus med utvidet akuttberedskap kunne medføre økt utstysbehov.
- Det blir behov for bygningsmessige endringer ved Vefsn sykehus, store om en forutsetter nybygg, mindre omfattende om en overtar sykehjemmet. Ingen behov ved de to øvrige enhetene.

10.8 Bemanningmessige virkninger

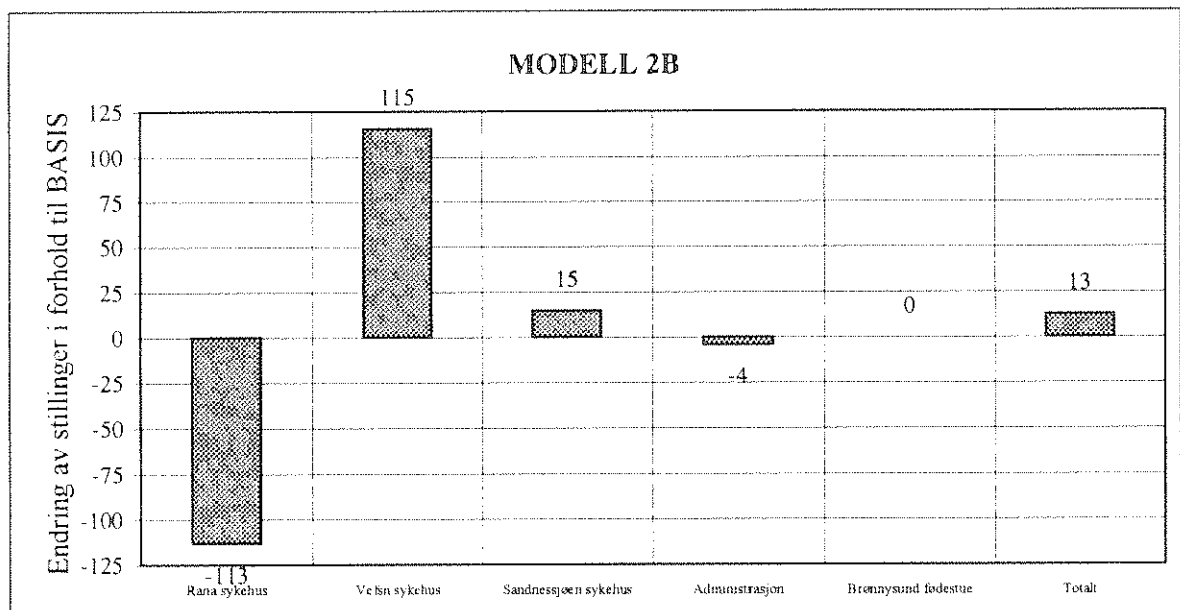
Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 2B medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 113,1 stillinger, herav 12 underordnede legestillinger.
- Ved Vefsn sykehus en økning på 115,3 stillinger, herav 23 legestillinger.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning på 14,6 stillinger, herav 13 legestillinger.

- I felles administrasjon en reduksjon på 4,2 stillinger.

Samlet vil det bli behov for ialt 12,7 flere stillinger..

De bemanningsmessige endringene er vist i figuren nedenfor.



10.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 2B vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 201 000 km, som skyldes lengre turer og ca 280 flere turer pr. år.
- I gjennomsnitt vil 4,2 pasienter pr. døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for tre nye ambulanserbiler
- Det vil ikke bli endringer i behovet for båttransport

10.10 Organisering

10.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 2B legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Sykehusenhetene organiseres som to budsjettenheter. Rana/Vefsn sykehus utgjør den ene budsjettenheten, Sandnessjøen den andre.

- Sandnessjøen sykehus ledes av egen direktør med støtte fra sjeflege og sjefsykepleier. Avdelingsledelsen for de kliniske avdelingene rapporterer til direktøren.
- Rana/Vefsn sykehus ledes av felles direktør, lokalisert til Vefsn. Stedlig administrasjonssjefstilling opprettes ved Rana sykehus. Avdelingsledelsen innen de faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, har ansvar for faglig koordinering og rapporterer til direktøren.
- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk enten til Sandnessjøen eller Vefsn og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

10.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus nedlegges femdøgnspost. Kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til felles syvdøgnspost. Intensiv og mottaksavdeling slås sammen til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning, mottak og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Vefsn sykehus utvides kirurgisk og medisinsk avdeling om til to poster hver. Intensivavdelingen utvides. Det opprettes en mottaksavdeling som dekker funksjonene mottak, observasjon og skadepoliklinikk. Fødeavdelingen utvides.
- Ved Sandnessjøen sykehus blir det ingen endringer.

10.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 2B i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelistedministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan evt. innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

10.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2B i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. til hvilket sykehus pasienten skal legges inn på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp, fødsler og planlagt virksomhet.

- Ved Rana sykehus, organisert som spesialistklinik, forutsettes et formalisert samarbeid med kommunal legevakt, jfr avsnitt 5.1.3, om øyeblikkelig hjelpasienter.
- Felles ventelisteadministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

10.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2B i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For de fleste øyeblikkelig hjelpasienter fra Rana sykehus opptaksområde vil det bli en endret innleggelsespraksis ved at de i større grad blir innlagt ved et annet sykehus.
- For endel fødende fra Brønnøy og fra Rana sykehus opptaksområde vil de endrede faglige kravene samt omlegging av fødeavdelingen i Rana til fødestue, bety at de blir tilbudt å føde henholdsvis på Sandnessjøen eller Vefsn sykehus.
- Rana sykehus som spesialistklinik vil tilby polikliniske og andre tjenester til hele Helgeland.
- Med sykehus med utvidet akuttberedskap vil endel pasienter kunne tilbys behandling på Helgeland, istedenfor som idag å bli behandlet utenfor helgelandsregionen.
- Pasientgrunnlaget ved de to sykehusene med utvidet akuttberedskap gir ikke et godt nok forhold mellom volum og kvalitet.

10.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 10.1 vil det bli en årlig økning i driftskostnader på ca kr 10 100 000 i MODELL 2B i forhold til BASIS.

Totalt kostnader	Millioner kroner
Personalkostnader	7,1
Ambulansekostnader	3,0
Pol inntekter/ kostnader rotasjonsordninger	0,0
Totalt	10,1

Tabell 10.1 Endring av kostnader i MODELL 2B i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon

I tillegg vil det, om det forutsettes nybygg i Vefsn, være et investeringsbehov på ca kr 49 000 000 i bygninger og utstyr. Den mest sannsynlige løsningen er at en gjennom en avtale med kommunen får bruke sykehjemmet, noe som vil gi et langt lavere investeringsbehov.

Hvis en ikke får etablert fødestue i Rana, vil en få en liten netto reduksjon av kostnadene totalt.

11 BESKRIVELSE AV MODELL 2C

11.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Rana og Vefsn sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Sandnessjøen sykehus organiseres som spesialistklinikk, jfr avsnitt 5.1.3. Se avsnitt 11.2.
- Fødeavdelinger opprettholdes ved et av eller begge sykehusene med utvidet akuttberedskap. Avdelingene bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved det av sykehusene som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Sandnessjøen avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 11.3.
- I forhold til BASIS skjer det en del endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 11.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene, se avsnitt 11.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 11.10

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.5 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.3.

11.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter i MODELL 2C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning fra 13,1 til 13,3 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 25,4 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,8 til 15,8 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 27,8 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 12,4 til 2,3 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 23,6 til 7,3 pasienter i indremedisin.

11.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og fødsler i MODELL 2C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødeavdeling, en økning fra 9,4 til 9,5 pasienter. Antall fødsler blir uendret med ca 450 fødsler i året.
- Ved Vefsn sykehus, fødeavdeling, en økning fra 3,3 til 6,6 pasienter. Antall fødsler doubles til ca 330 i året.
- Ved Sandnessjøen sykehus, fødestue, en reduksjon fra 5,7 til 3,0 pasienter. Antall fødsler halveres til ca 140 fødsler i året.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler på årsbasis.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere fødestue i Sandnessjøen, vil antall fødsler ved fødeavdelingen i Vefsn økes til ca 470 på årsbasis.

11.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 2C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning fra 20,0 til 20,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,0 pasienter, i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,6 til 15,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 3,7 pasienter, i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 11,2 til 0,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter i indremedisin.

11.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusene i MODELL 2C i forhold til BASIS:

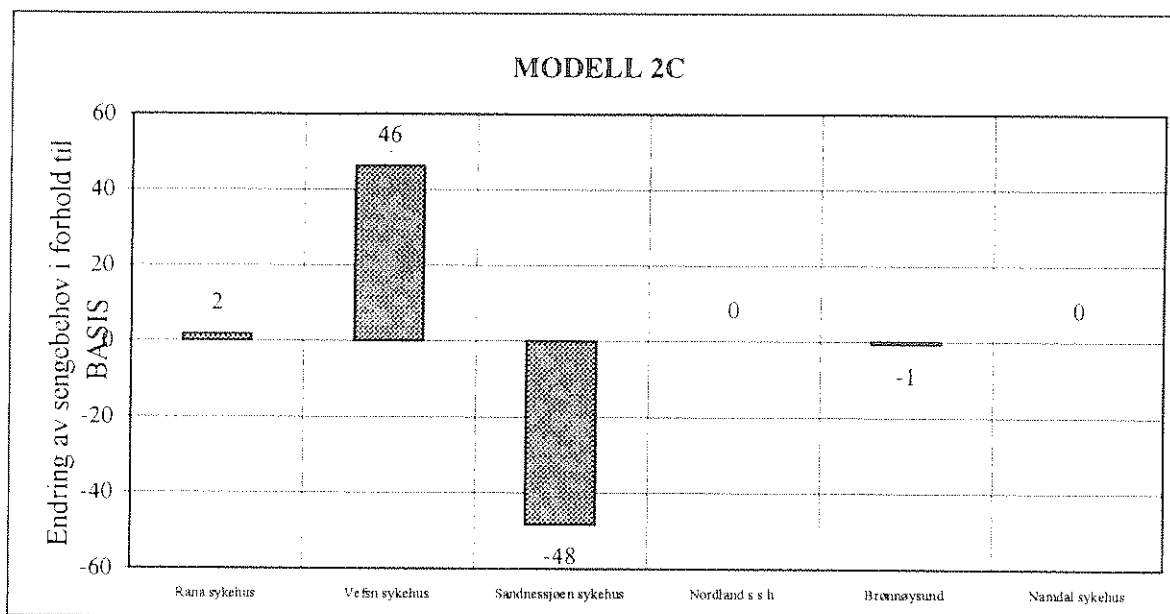
- Endel mindre spesialiteter kan tenkes samlet ved Sandnessjøen sykehus som spesialistklinik.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenhengen og sees i forhold til den totale arbeidsdelingen mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

11.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 2C medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en økning på 2 senger.
- Ved Vefsn sykehus en økning på 46 senger.
- Ved Sandnessjøen en reduksjon på 48 senger.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

Endringene er vist i figuren på neste side.



11.7 Virkninger for bygnings- og utstysrbehov

MODELL 2C medfører følgende endringer i bygnings- og utstysrbehov i forhold til BASIS:

- Det blir bare mindre endringer i utstysrbehov. Generelt vil imidlertid økning i antall spesialister som følger av sykehus med akuttberedskap kunne medføre økt utstysrbehov.
- Det blir behov for bygningsmessige endringer ved Vefsn sykehus, store om en forutsetter nybygg, mindre omfattende om en overtar sykehjemmet. Ingen behov ved de to øvrige enhetene.

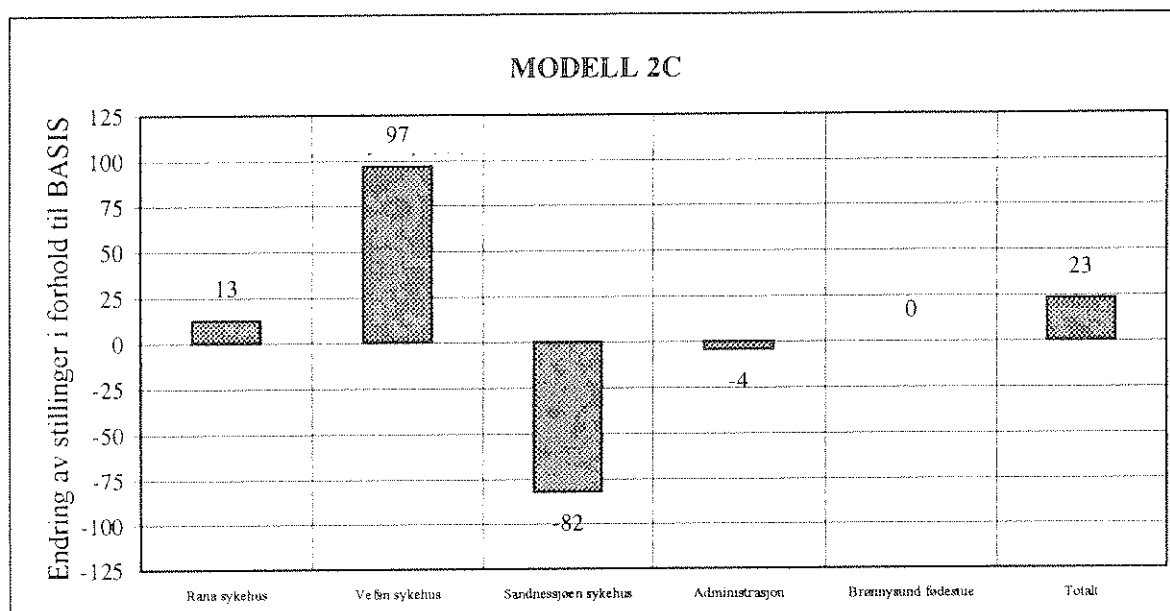
11.8 Bemanningmessige virkninger

Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 2C medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning på 12,9 stillinger, herav 11 legestillinger
- Ved Vefsn sykehus en økning på 96,8 stillinger, herav 20 legestillinger
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon på 82,1 stillinger, herav 7 underordnede legestillinger
- I felles administrasjon en reduksjon på 4,2 stillinger.

Samlet vil det bli behov for ialt 23,4 flere stillinger.

De bemanningmessige endringene er vist i figuren nedenfor.



11.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 2C vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 145 000 km, som skyldes lengre turer og ca 140 flere turer pr år.
- I gjennomsnitt vil 2,6 pasienter pr døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for to nye ambulanserbiler.
- Det vil bli en økning på ca 1 000 km i behovet for båttransport.

11.10 Organisering

11.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 2C legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Sykehusenhetene organiseres som to budsjettenheter. Rana sykehus utgjør den ene budsjettenheten, Sandnessjøen/Vefsn den andre.
- Rana sykehus ledes av egen direktør med støtte fra sjeflege og sjefsyrkepleier. Avdelingsledelsen for de kliniske avdelingene rapporterer til direktøren.
- Sandnessjøen/Vefsn sykehus ledes av felles direktør, lokalisert til Vefsn. Stedlig administrasjonsjefstilling opprettes ved Sandnessjøen sykehus. Avdelingsledelsen innen de

faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, har ansvar for faglig koordinering og rapporterer til direktøren.

- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk enten til Vefsn eller Rana og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

11.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus blir det ingen endringer.
- Ved Vefsn sykehus organiseres kirurgisk og medisinsk avdeling i fire sengeposter hvorav en organiseres som femdøgnspost. Intensivavdelingen utvides. Det opprettes en mottaksavdeling som dekker funksjonene observasjon, mottak og skadepoliklinikk.
- Ved Sandnessjøen sykehus nedlegges femdøgnposten. Kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til felles post. Intensivavdelingen gjøres om til en avdeling som dekker funksjonene mottak, observasjon, oppvåkning, skadepoliklinikk og legevaktsentral.

11.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 2C i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelistedministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral kan evt. innføres for å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

11.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2C i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. hvilket sykehus pasienten skal legges inn på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp, fødsler og planlagt virksomhet.
- Ved Sandnessjøen sykehus, organisert som spesialistklinikk, forutsettes et formalisert samarbeid med kommunal legevakt, jfr avsnitt 5.1.3, om øyeblikkelig hjelp-pasienter.
- Felles ventelistedministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

11.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 2C i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For de fleste øyeblikkelig hjelp-pasienter fra Sandnessjøen sykehus opptaksområde vil det bli en endret innleggelsespraksis ved at de i større grad blir innlagt ved Vefsn sykehus.
- For endel fødende fra Brønnøy og Sandnessjøen sykehus opptaksområde vil de endrede faglige kravene samt omlegging av fødeavdelingen i Sandnessjøen til fødestue, bety at de blir tilbudt å føde på Vefsn sykehus.
- Sandnessjøen sykehus som spesialistklinikk vil tilby polikliniske og andre tjenester til hele Helgeland.
- Med sykehus med utvidet akuttberedskap vil endel pasienter bli tilbudt behandling på Helgeland, istedenfor som idag å bli behandlet utenfor helgelandsregionen.
- Pasientgrunnlaget for de to sykehusene med utvidet akuttberedskap gir imidlertid ikke et godt nok forhold mellom volum og kvalitet.

11.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Lønelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 11.1 vil det bli en årlig økning i driftskostnadene på ca kr 8 800 000 i MODELL 2C i forhold til BASIS.

	Millioner kroner
Personalkostnader	6,7
Ambulansekostnader	2,1
Pol. inntekter/kostnader rotasjonsordninger	0,0
Totalt	8,8

Tabell 11.1 Endring av kostnader i MODELL 2C i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon

I tillegg vil det, om det forutsettes nybygg i Vefsn, være et investeringsbehov på ca kr 49 000 000 i bygninger og utstyr. Den mest sannsynlige løsningen er at en gjennom en avtale med kommunen får bruke sykehjemmet, noe som vil gi et langt lavere investeringsbehov.

Hvis en ikke får etablert fødestue i Sandnessjøen, vil en få en liten netto reduksjon av kostnadene totalt.

12 BESKRIVELSE AV MODELL 3A

12.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Rana sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Vefsn og Sandnessjøen sykehus har akuttberedskap, jfr avsnitt 5.1.2. Se avsnitt 12.2.
- Fødeavdeling opprettholdes ved Rana sykehus som har utvidet akuttberedskap. Avdelingen bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved de sykehusene som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Sandnessjøen og Vefsn avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 12.3.
- I forhold til BASIS skjer det endel endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 12.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene, se avsnitt 12.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 12.10

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.6 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.4.

12.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning fra 13,1 til 19,6 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 29,0 i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,8 til 3,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 10,0 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 12,4 til 6,7 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 23,6 til 20,8 i indremedisin.
- Ved Namdal sykehus en økning på 1,6 pasienter i kirurgi/ortopedi og på 0,7 pasienter i indremedisin.

12.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødeavdeling, en økning fra 9,4 til 12,0 pasienter. Antall fødsler øker med 160 til ca 610 fødsler på årsbasis.
- Ved Vefsn sykehus, fødestue, en reduksjon fra 3,3 til 2,1 pasienter. Antall fødsler reduseres med 60 til ca 110 fødsler på årsbasis.
- Ved Sandnessjøen sykehus, fødestue, en reduksjon fra 5,7 til 3,0 pasienter. Antall fødsler reduseres med 140 til ca 140 fødsler på årsbasis.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler på årsbasis.

- Ved Namdal sykehus, fødeavdeling, en økning på 1,9 pasienter. Antall fødsler øker med ca 60 på årsbasis.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere fødestue i Vefsn og/eller Sandnessjøen, må kapasiteten ved fødeavdelingen i Rana økes med tilsvarende volum som beskrevet for disse fødestuene.

12.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning fra 20,0 til 23,8 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,0 pasienter, i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,6 til 4,2 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 3,7 pasienter, i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 11,2 til 7,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter, i indremedisin.
- Ved Namdal sykehus en økning på 0,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen økning i indremedisin.

12.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusenhetene i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- I perioder kan den indre beredskapen ved Sandnessjøen og Vefsn sykehus styrkes slik at en større del planlagte operasjoner kan utføres ved disse sykehusene, avhengig av tilgjengelige spesialister på stedet.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenheng og sees i forhold til den totale arbeidsfordeling mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

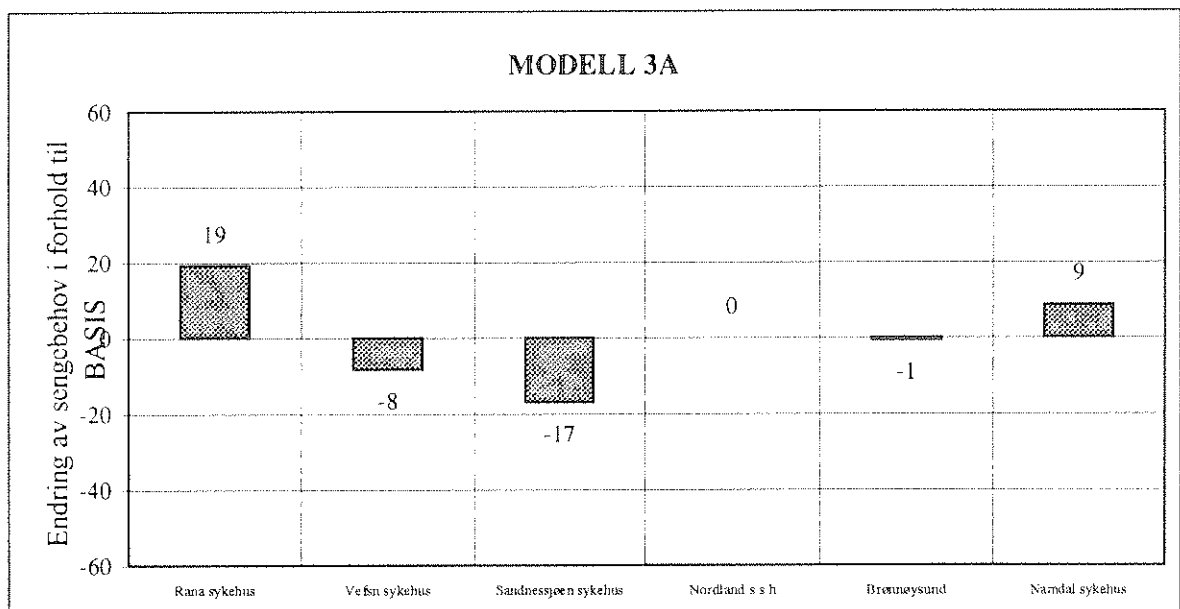
12.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 3A medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en økning på 19 senger.

- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 8 senger.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon på 17 senger.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.
- Ved Namdal sykehus en økning på 9 senger.

Endringene er vist i figuren nedenfor.



12.7 Virkninger for bygnings- og utstysbehov

MODELL 3A medfører følgende endringer i bygnings- og utstysbehov i forhold til BASIS:

- Det blir mindre endringer i behovet for utstyr. Generelt vil imidlertid økningen i antall spesialister ved sykehuset med utvidet akuttberedskap kunne medføre økt utstysbehov.
- Det blir endel behov for bygningsmessige endringer ved Rana sykehus, ingen behov ved de to øvrige enhetene.

12.8 Bemanningmessige virkninger

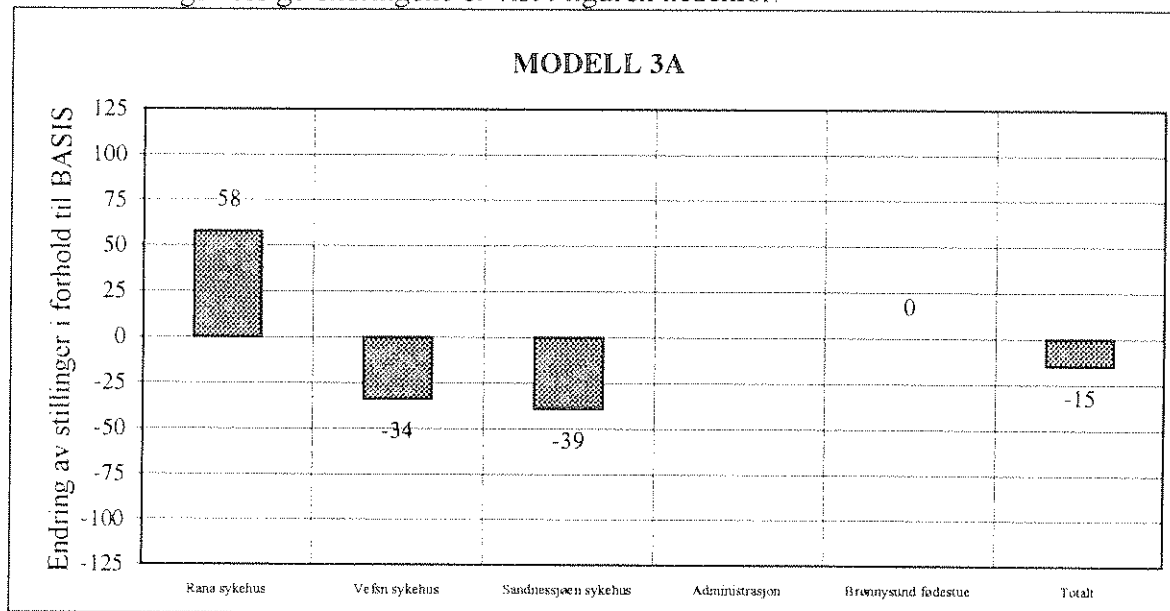
Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 3A medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en økning på 58,0 stillinger, herav 18 legestillinger.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 33,9 stillinger, herav 3 underordnede legestillinger.

- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon på 39,1 stillinger, herav 4 underordnede legestillinger.
- En reduksjon på 6,9 stillinger i felles administrasjon er innarbeidet i endringene ovenfor.

Samlet vil det bli behov for ialt 14,5 færre stillinger.

De bemanningsmessige endringene er vist i figuren nedenfor.



12.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 3A vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 173 000 km, som skyldes lengre turer og ca 350 flere turer pr. år.
- I gjennomsnitt vil 3,9 pasienter pr. døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for tre nye ambulanserbiler.
- Det vil bli en økning på ca 1 000 km i behovet for båttransport pr. år.

12.10 Organisering

12.10.1 Ledelse og administrasjon

I MODELL 3A legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle sykehusenhetene utgjør en budsjettenhet - Helgelandssykehuset.

- Helgelandssykehuset ledes av felles direktør, lokalisert til Rana. Stedlig administrasjons-sjefstilling opprettes ved alle tre sykehusenhetene. Likeledes bør det være stedlige faglige ledere på de ulike fagfelt. Det etableres en ordning med faglige rådgivere innen de faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, som på deltidbasis inngår i direktørens ledergruppe og følger opp beslutninger på vegne av direktøren.
- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske service-funksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk til Rana og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas forøvrig gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

12.10.2 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus opprettes ny syvdøgnspost. Intensivavdeling og fødeavdeling utvides.
- Ved Vefsn sykehus gjøres kirurgisk/medisinsk avdeling om til en felles post. Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som dekker funksjonene observasjon, oppvåkning, overvåking, mottak og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Sandnessjøen sykehus reduseres de kirurgiske og medisinske syvdøgnspostene. Kombinert medisinsk/kirurgisk femdøgnspost beholdes. Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som dekker funksjonene observasjon, oppvåkning, overvåking mottak og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.

12.10.3 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht ventelister og AMK-sentral i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelisteadministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral bør innføres for bl.a. å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

12.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3A i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. hvilket sykehus pasienten skal legges inn på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp-pasienter, fødsler og planlagt virksomhet.

- Felles ventelistedministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

12.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3A i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For endel pasienter fra Sør-Helgeland vil det bli en endret innleggelsespraksis ved at de i større grad benytter Namdal sykehus. For endel pasienter, både fra Sandnessjøen og Vefsn sykehus opptaksområde, vil innleggelse finne sted ved Rana sykehus.
- For endel fødende, både fra Brønnøy og fra Sandnessjøen og Vefsn opptaksområde vil de endrede faglige kravene og omgjøring av fødeavdelingene til fødestuer, bety at de blir tilbudt å føde på Rana sykehus.
- Med et tilbud om utvidet akuttberedskap vil imidlertid endel pasienter bli tilbudt behandling på Helgeland, istedenfor som idag, å bli behandlet utenfor Helgelandsregionen.

12.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 12.1 vil det bli en årlig økning i driftskostnader på ca kr 1 300 000.

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,7
Ambulansekostnader	3,0
Pol. inntekter/Kostnader rotasjonsordninger	0,0
Totalt	1,3

Tabell 12.1 Endring av kostnader i MODELL 3A i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon.

I tillegg vil det bli et investeringsbehov på ca kr 14 000 000 i bygninger og utstyr.

Hvis en ikke får etablert fødestuer i Sandnessjøen eller Vefsn, vil en få en liten netto reduksjon av kostnadene totalt.

13 BESKRIVELSE AV MODELL 3B

13.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap på dagens nivå ◦ Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spesialistklinikk ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Akuttberedskap ◦ Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utvidet akuttberedskap ◦ Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Sandnessjøen sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Vefsn og Rana sykehus har akuttberedskap, jfr 5.1.2. Se avsnitt 13.2.
- Fødeavdeling opprettholdes ved Sandnessjøen sykehus som har utvidet akuttberedskap. Avdelingen bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved de sykehusene som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Rana og Vefsn avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 13.3.
- I forhold til BASIS skjer det endel endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 13.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene. Se avsnitt 13.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 13.10

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.7 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.4.

13.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelppasienter i MODELL 3B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 13,1 til 7,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 21,3 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,8 til 3,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 10,0 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 12,4 til 20,7 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 23,6 til 29,0 pasienter i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 0,3 pasienter i kirurgi/ortopedi og på 0,2 pasienter i indremedisin.

13.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 3 B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødestue, en reduksjon fra 9,4 til 5,1 pasienter. Antall fødsler reduseres med 210 til ca 240 fødsler på årsbasis.
- Ved Vefsn sykehus, fødestue, en reduksjon fra 3,3 til 2,1 pasienter. Antall fødsler reduseres med 60 til ca 110 fødsler på årsbasis.
- Ved Sandnessjøen, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 11,6 pasienter. Antall fødsler øker med 280 til ca 560 fødsler på årsbasis.
- Ved Nordland Sentralsykehus, fødeavdeling, en økning på 0,2 pasienter, tilsvarende en økning på ca 10 fødsler på årsbasis.

- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler på årsbasis.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere fødestue i Rana og/eller Vefsn, må kapasiteten ved fødeavdelingen i Sandnessjøen økes med tilsvarende volum som beskrevet for disse fødestuene.

13.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 3B i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 20,0 til 12,8 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,0 pasienter, i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon fra 5,6 til 4,2 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 3,7 pasienter, i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning fra 11,2 til 19,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter, i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 0,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring i indremedisin.

13.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusenhetene i MODELL 3B i forhold til BASIS:

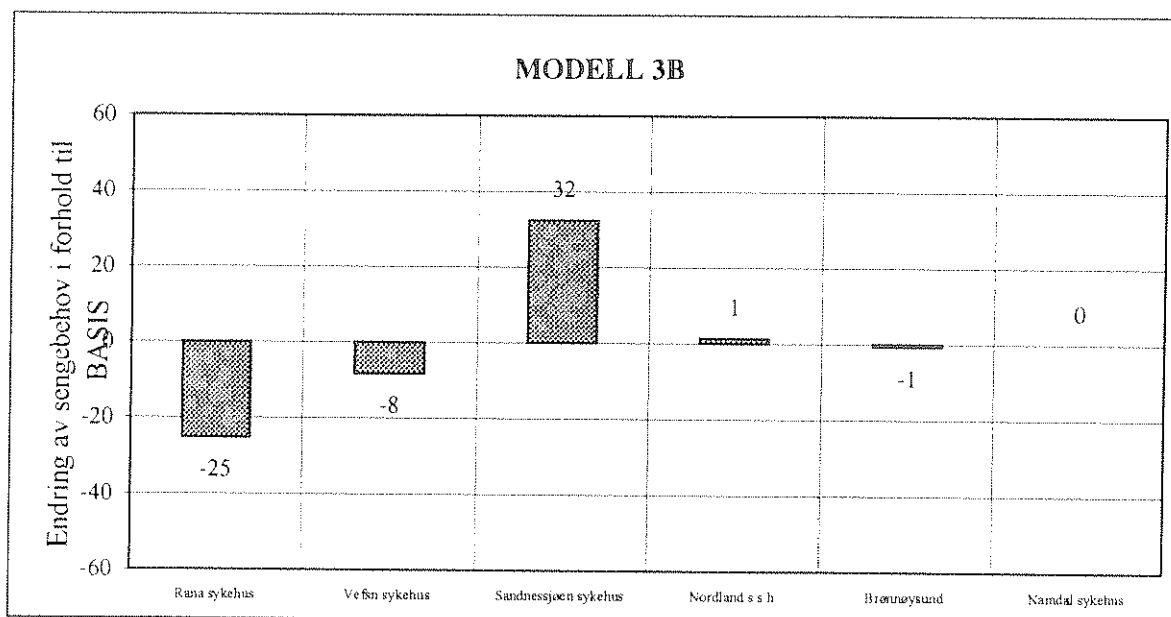
- I perioder kan den indre beredskapen ved Rana og Vefsn sykehus styrkes slik at en større del planlagte operasjoner kan utføres ved disse sykehusene, avhengig av tilgjengelige spesialister på stedet.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenheng og sees i forhold til den totale arbeidsfordeling mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

13.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 3B medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 25 senger.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 8 senger.
- Ved Sandnessjøen en økning på 32 senger.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på en seng.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

Endringene er vist i figuren nedenfor.



13.7 Virkninger for bygnings- og utstyringsbehov

MODELL 3B medfører følgende endringer i bygnings- og utstyringsbehov i forhold til BASIS:

- Det blir bare mindre endringer i utstyringsbehov. Generelt vil imidlertid økningen i antall spesialister ved sykehus med utvidet akuttberedskap kunne medføre økt utstyringsbehov.
- Det blir behov for bygningsmessige endringer ved Sandnessjøen sykehus, en del om en forutsetter nybygg, men betydelig mindre om en regner med overtakelse av sykehjemmet. Ingen behov ved de to øvrige enhetene.

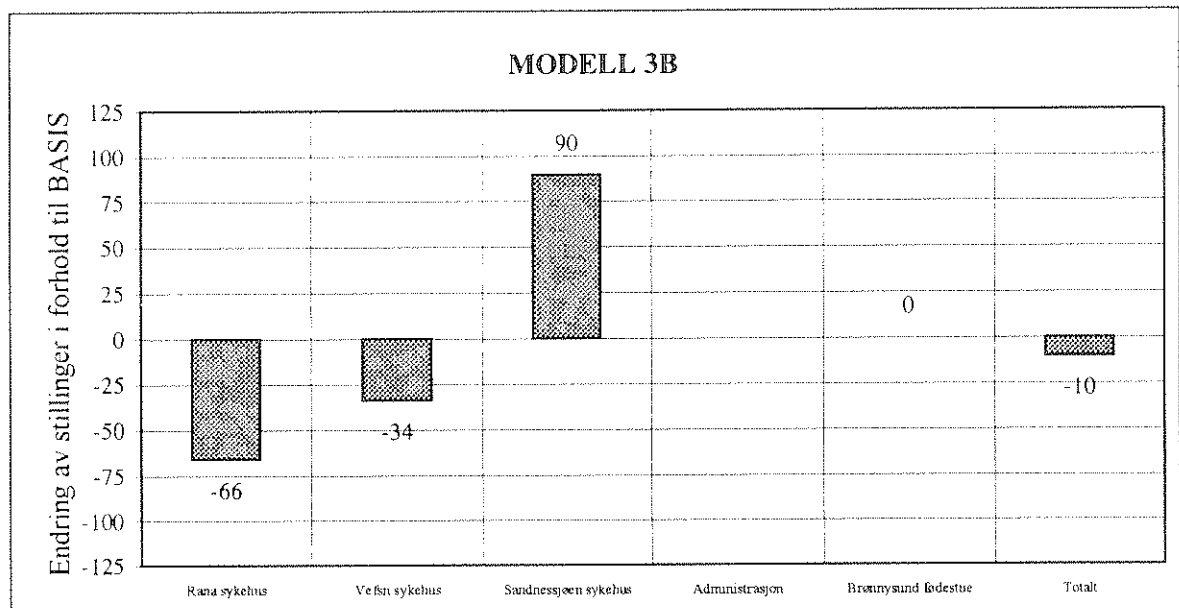
13.8 Bemanningmessige virkninger

Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 3B medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 65,9 stillinger, herav 8 underordnede legestillinger.
- Ved Vefsn sykehus en reduksjon på 33,9 stillinger, herav 3 underordnede legestillinger.
- Ved Sandnessjøen sykehus en økning på 89,5 stillinger, herav 21 legestillinger.
- En reduksjon i felles administrasjon på 6,9 stillinger er innarbeidet i endringene ovenfor.

Samlet vil det bli behov for 10,3 færre stillinger.

De bemanningmessige endringene er vist i figuren nedenfor.



13.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 3B vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 193 000 km, som skyldes lengre turer og ca 480 flere turer pr. år.
- I gjennomsnitt vil 5,1 pasienter pr. døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for tre nye ambulanserbiler.
- Det vil ikke bli endringer i behovet for båttransport.

13.10 Organisering

I MODELL 3B legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle sykehusenhetene utgjør en budsjettenhet - Helgelandssykehuset.
- Helgelandssykehuset ledes av felles direktør, lokalisert til Sandnessjøen. Stedlig administrasjonssjefstilling opprettes ved alle tre sykehusenhetene. Likeledes bør det være stedlige faglige ledere på de ulike fagfelt. Det etableres en ordning med faglige rådgivere innen de faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, som på deltidsbasis inngår i direktørens ledergruppe og følger opp beslutninger på vegne av direktøren.
- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk til Sandnessjøen og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas forøvrig gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

13.10.1 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus nedlegges femdøgnsposten. Intensivavdeling gjøres om til en enhet med funksjoner knyttet til mottak, observasjon, oppvåkning, overvåking og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Vefsn sykehus gjøres kirurgisk/medisinsk avdeling om til en felles post. Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som dekker funksjonene observasjon, oppvåkning, overvåking, mottak og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Sandnessjøen sykehus utvides de kirurgiske og medisinske syvdøgnspostene. Kombinert medisinsk/kirurgisk femdøgnspost utvides. Intensivavdelingen utvides. Det opprettes en enhet som dekker funksjonene mottak, observasjon, skadepoliklinikk AMK- og legevaktsentral. Fødeavdelingen utvides.

13.10.2 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 3A i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelistedministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral bør innføres for bl.a. å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

13.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3B i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. hvilket sykehus pasienten skal legges inn på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp-pasienter, fødsler og planlagt virksomhet.
- Felles ventelistedministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

13.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3B i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For endel pasienter fra Rana og Vefsn sykehus opptaksområde vil innleggelse finne sted ved Sandnessjøen sykehus.
- For endel fødende, både fra Brønnøy og fra Rana og Vefsn sykehus opptaksområde vil de endrede faglige kravene og omgjøring av fødeavdelingene til fødestuer, bety at de blir tilbudt å føde på Sandnessjøen sykehus.
- Med et tilbud om utvidet akuttberedskap vil imidlertid endel pasienter bli tilbudt behandling på Helgeland, istedenfor som idag, å bli behandlet utenfor Helgelandsregionen.

13.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 13.1 vil det bli en årlig økning i driftskostnader på ca kr 1 200 000.

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,9
Ambulansekostnader	3,0
Pol. inntekter/Kostnader rotasjonsordninger	0,0
Totalt	1,2

Tabell 13.1 Endring av kostnader i MODELL 3B i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon.

I tillegg vil det, om det forutsettes nybygg i Sandnessjøen, være et investeringsbehov på ca kr 14 000 000 i bygninger og utstyr. Den mest sannsynlige løsningen er å bruke sykehjemmet, som vil gi langt lavere investeringsbehov.

Hvis en ikke får etablert fødestue i Rana eller Vefsn, vil en få en liten netto reduksjon av kostnadene totalt.

14 BESKRIVELSE AV MODELL 3C

14.1 Kort beskrivelse av modellen

MODELL	Rana sykehus	Sandnessjøen sykehus	Vefsn sykehus
MODELL 0	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap på dagens nivå • Fødeavdeling
MODELL 1	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 2A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue
2B	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
2C	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialistklinikk • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling
MODELL 3A	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3B	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue
3C	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Akuttberedskap • Evt fødestue 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet akuttberedskap • Fødeavdeling

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Det forutsettes utvidet akuttberedskap ved Vefsn sykehus, jfr avsnitt 5.1.1. Sandnessjøen og Rana sykehus har akuttberedskap, jfr 5.1.2. Se avsnitt 14.2.
- Fødeavdeling opprettholdes ved Vefsn sykehus som har utvidet akuttberedskap. Avdelingen bemannes i samsvar med de faglige kravene beskrevet foran i avsnitt 5.1.4. Fødestue forutsettes beregningsmessig ved de sykehusene som ikke har fødeavdeling. Fødestue i Rana og Sandnessjøen avhenger av at en får lege til å ta det faglige ansvaret. Fødestua i Brønnøy fortsetter. Se avsnitt 14.3.
- I forhold til BASIS skjer det endel endringer i den planlagte virksomheten. Se avsnitt 14.4.

- Enkelte endringer foretas mht. faglige funksjoner ved sykehusene, se avsnitt 14.5
- Administrasjon og ledelse samordnes, felles ventelister innføres. Se avsnitt 14.10

Modellen er beregningsmessig mer utførlig beskrevet i avsnitt 4.8 i vedlegget. I det følgende er enkelte hovedpunkter beskrevet.

Det understrekes at modellen er beskrevet ut fra at den beregningsmessig skal ta hånd om samme pasientvolum som i BASIS. Videre er bare såkalte primærvirkninger, eller umiddelbare virkninger av modellen beskrevet. Sekundærvirkninger, f.eks. muligheter til å ta opp nye oppgaver eller virkninger på lengre sikt blir vurdert nærmere i avsnitt 15.4.

14.2 Akuttberedskap

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter i MODELL 3C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 13,1 til 7,0 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 25,1 til 21,3 pasienter i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,8 til 17,3 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 11,8 til 18,2 pasienter i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 12,4 til 6,7 pasienter i kirurgi/ortopedi og fra 23,6 til 20,8 i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 0,3 pasienter i kirurgi/ortopedi og på 0,2 pasienter i indremedisin.

14.3 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler i MODELL 3C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus, fødestue, en reduksjon fra 9,4 til 5,1 pasienter. Antall fødsler reduseres med 210 til ca 240 fødsler på årsbasis.
- Ved Vefsn sykehus, fødeavdeling, en økning fra 3,3 til 10,7 pasienter. Antall fødsler økes med 360 til ca 530 fødsler på årsbasis.
- Ved Sandnessjøen sykehus, fødestue, en reduksjon fra 5,7 til 3,0 pasienter. Antall fødsler reduseres med 140 til ca 140 fødsler på årsbasis.
- Ved Nordland Sentralsykehus, fødeavdeling, en økning på 0,2 pasienter, tilsvarende en økning på ca 10 fødsler på årsbasis.

- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Antall fødsler reduseres med 30 til ca 90 fødsler på årsbasis.

Hvis det ikke lar seg gjøre å etablere fødestue i Rana og/eller Sandnessjøen, må kapasiteten ved fødeavdelingen i Vefsn økes med tilsvarende volum som beskrevet for disse fødestuene.

14.4 Planlagt virksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter innen planlagt virksomhet i MODELL 3C i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon fra 20,0 til 12,8 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,0 pasienter, i indremedisin.
- Ved Vefsn sykehus en økning fra 5,6 til 15,6 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 3,7 pasienter, i indremedisin.
- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon fra 11,2 til 7,9 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen endring, dvs. 6,9 pasienter, i indremedisin.
- Ved Nordland Sentralsykehus en økning på 0,4 pasienter i kirurgi/ortopedi og ingen økning i indremedisin.

14.5 Funksjonsfordeling

Det kan tenkes følgende endringer i den faglige funksjonsfordelingen mellom sykehusenhetene i MODELL 3C i forhold til BASIS:

- I perioder kan den indre beredskapen ved Rana og Sandnessjøen sykehus styrkes slik at en større del planlagte operasjoner kan utføres ved disse sykehusene, avhengig av tilgjengelige spesialister på stedet.
- Rehabilitering kan utvikles videre med oppbygging av kompetanse og kapasitet i alle sykehusenhetene. Dette gjelder både på individ- og systemnivå. Rehabiliteringskompetanse må være tilgjengelig både innefor diagnostikk, utredning, kartlegging og rehabilitering i senfase. Sykehus med utvidet akuttberedskap bør ha slagenhet og drive med utadrettet virksomhet og råd/veiledning til kommunene. Helgeland Rehabiliterings tilknytning vurderes i denne sammenhengen og sees i forhold til den totale arbeidsfordeling mellom sykehusene.
- Som følge av det pågående psykiatriprosjektet vil det kunne bli endringer innen dette fagfeltet.

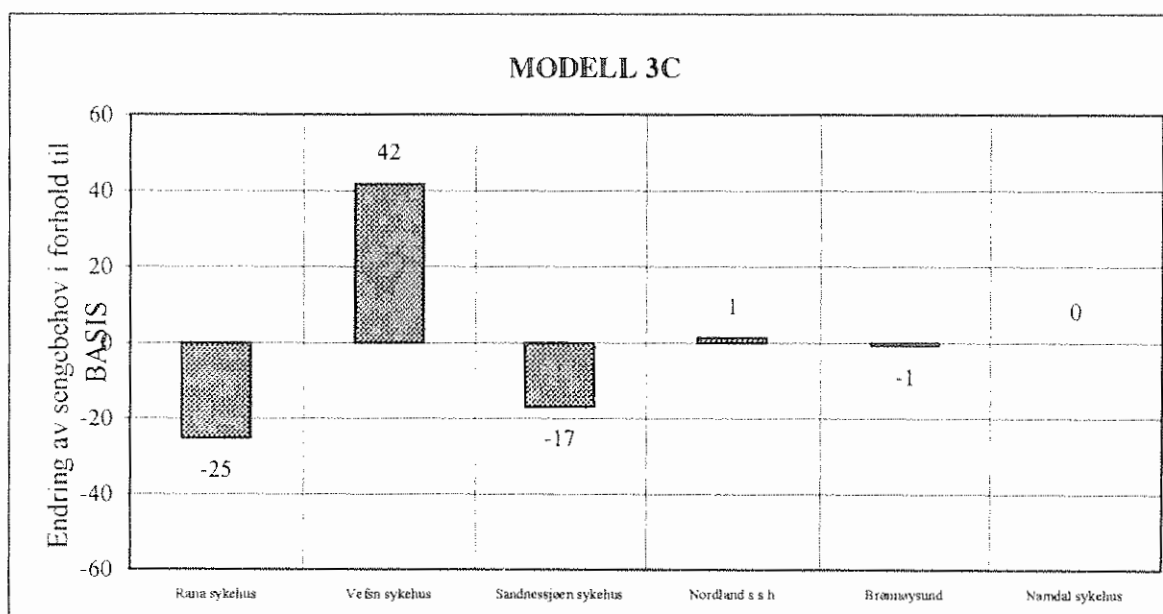
14.6 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 3C medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 25 senger.

- Ved Vefsn sykehus en økning på 42 senger.
- Ved Sandnessjøen en reduksjon på 17 senger.
- Ved Nordland sentralsykehus en økning på en seng.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

Endringene er vist i figuren nedenfor.



14.7 Virkninger for bygnings- og utstyrsbehov

MODELL 3C medfører følgende endringer i bygnings- og utstyrsbehov i forhold til BASIS:

- Det blir bare mindre endringer i utstyrsbehov. Generelt vil imidlertid økningen av spesialister ved sykehus med utvidet akuttberedskap kunne medføre økt utstyrsbehov.
- Det blir behov for bygningsmessige endringer ved Vefsn sykehus, store om en forutsetter nybygg, mindre omfattende om en overtar sykehjemmet. Ingen behov ved de to øvrige enhetene.

14.8 Bemanningmessige virkninger

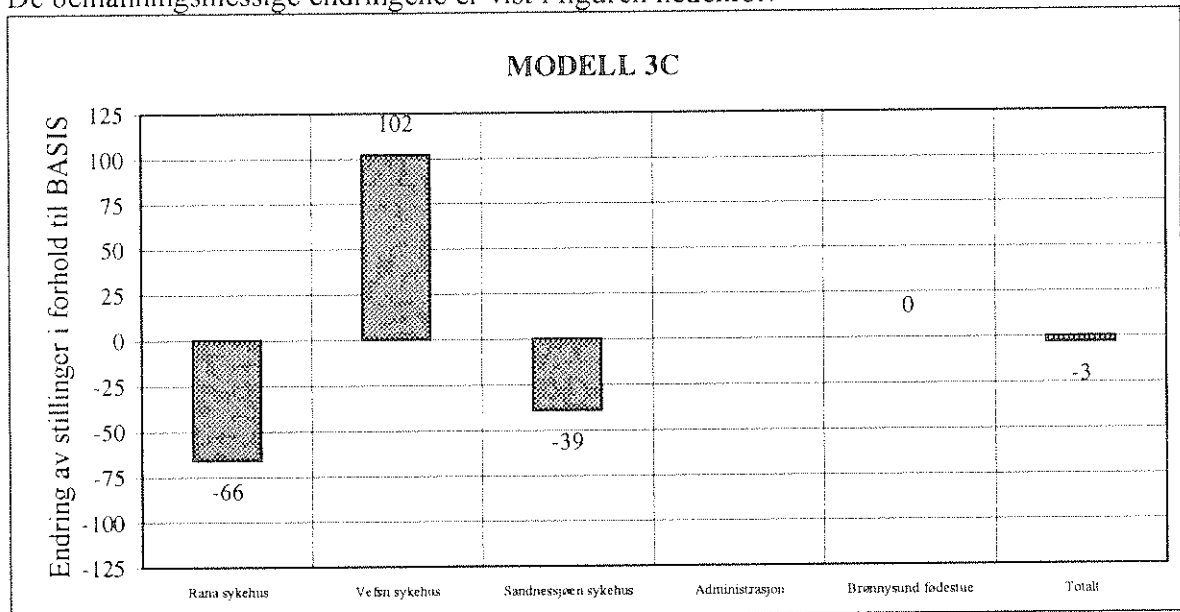
Som følge av heving av krav til bemanning og beredskap, samt endring av funksjoner vil MODELL 3C medføre følgende bemanningmessige endringer i forhold til BASIS:

- Ved Rana sykehus en reduksjon på 65,9 stillinger, herav 8 legestillinger.
- Ved Vefsn sykehus en økning på 102,0 stillinger, herav 23 legestillinger.

- Ved Sandnessjøen sykehus en reduksjon på 39,1 stillinger, herav 4 legestillinger.
- En reduksjon på 7,1 stillinger i felles administrasjon er innarbeidet i endringene ovenfor.

Samlet vil det bli behov for ialt 3,0 færre stillinger.

De bemanningsmessige endringene er vist i figuren nedenfor.



14.9 Virkninger for ambulansetjenesten

MODELL 3C vil medføre følgende endringer i behov for ambulansetjeneste i forhold til BASIS:

- Det vil bli en økning på ca 225 000 km, som skyldes lengre turer og ca 530 flere turer pr. år.
- I gjennomsnitt vil 6,5 pasienter pr. døgn legges inn ved et annet sykehus enn idag.
- Det vil bli behov for tre nye ambulansbiler.
- Det vil bare bli mindre endringer i behovet for båttransport.

14.10 Organisering

I MODELL 3C legges følgende prinsipper til grunn for overordnet ledelse og administrasjon:

- Alle sykehusenhetene utgjør en budsjettenhet - Helgelandssykehuset.
- Helgelandssykehuset ledes av felles direktør, lokalisert til Vefsn. Stedlig administrasjonssjefstilling opprettes ved alle tre sykehusenhetene. Likeledes bør det være stedlige faglige ledere på de ulike fagfelt. Det etableres en ordning med faglige rådgivere innen de

faglige hovedfelt, inklusiv det pleiefaglige, som på deltidsbasis inngår i direktørens ledergruppe og følger opp beslutninger på vegne av direktøren.

- Personal- og økonomifunksjoner, evt. medisinsk-tekniske og ikke-medisinske servicefunksjoner samordnes for alle sykehusenhetene, legges organisatorisk til Vefsn og leverer tjenester til alle enhetene.
- Koordinering på tvers av sykehusenhetene, administrativt og faglig, ivaretas forøvrig gjennom strukturerte samarbeidsarenaer og fagråd.

14.10.1 Organisering av kliniske avdelinger

Ved de ulike sykehusenhetene blir det følgende endringer i organisering av de kliniske avdelingene:

- Ved Rana sykehus nedlegges femdøgnsposten. Intensivavdeling gjøres om til en enhet med funksjoner knyttet til mottak, observasjon, oppvåkning, overvåking og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.
- Ved Vefsn sykehus organiseres de kirurgiske og medisinske avdelinger med tre syvdøgnsposter på hver avdeling. Intensivavdelingen utvides. Det opprettes en mottaksavdeling med observasjonssenger. Fødeavdelingen utvides.
- Ved Sandnessjøen sykehus reduseres de kirurgiske og medisinske syvdøgnspostene. Kombinert medisinsk/kirurgisk femdøgnspost beholdes. Intensivavdelingen gjøres om til en enhet med funksjoner knyttet til mottak, observasjon, oppvåkning, overvåking og legevaktsentral. Fødeavdelingen gjøres om til fødestue.

14.10.2 Ventelister og AMK-sentral

Det foreslås følgende endringer mht. ventelister og AMK-sentral i MODELL 3C i forhold til BASIS:

- Felles pasientadministrative systemer, herunder felles ventelistedministrasjon, innføres.
- Felles AMK-sentral bør innføres for bl.a. å effektivisere fordeling av pasienter, returtransporter og generell administrasjon av ambulanseturer.

14.11 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3C i forhold til BASIS når det gjelder forholdet til primærhelsetjenesten:

- Det vil bli nødvendig med endret innleggelsespraksis mht. hvilket sykehus pasienten skal legges inn på, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp-pasienter, fødsler og planlagt virksomhet.
- Felles ventelistedministrasjon vil kunne forenkle samarbeidet noe.

14.12 Virkninger for pasienter og pårørende

Det vil bli følgende endringer i MODELL 3C i forhold til BASIS når det gjelder virkninger for pasienter og pårørende:

- For endel pasienter fra Rana og Sandnessjøen sykehus opptaksområde vil innleggelse finne sted ved Vefsn sykehus.
- For endel fødende, både fra Brønnøy og fra Rana og Sandnessjøen sykehus opptaksområde vil de endrede faglige kravene og omgjøring av fødeavdelingene til fødestuer, bety at de blir tilbudt å føde på Vefsn sykehus.
- Med et tilbud om utvidet akuttberedskap vil imidlertid endel pasienter bli tilbudt behandling på Helgeland, istedenfor som idag, å bli behandlet utenfor Helgelandsregionen.

14.13 Økonomiske totalvirkninger

Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi tildels nye polikliniske tilbud. Legelønn er tatt med i beregningene, slik at en vil få en netto økning av de polikliniske inntektene. Denne merinntekten antas å være like stor som kostnadene til reise, opphold og kost i forbindelse med nødvendige rotasjonsordninger for nøkkelpersonell.

Som vist i Tabell 14.1 vil det bli en årlig økning i driftskostnader på ca kr 1 400 000 i MODELL 3C i forhold til BASIS.

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,8
Ambulansekostnader	3,1
Pol inntekter/Kostnader rotasjonsordninger	0,0
Totalt	1,4

Tabell 14.1 Endring av kostnader i MODELL 3C i forhold til BASIS.
Positive tall er en økning av kostnadene, negative reduksjon.

I tillegg vil det, om det forutsettes nybygg i Vefsn, være et investeringsbehov på ca kr 34 000 000 i bygninger og utstyr. Den mest sannsynlige løsningen er at en gjennom en avtale med kommunen får bruke sykehjemmet, noe som vil gi et langt lavere investeringsbehov.

Hvis en ikke får etablert fødestue i Sandnessjøen eller Rana, vil en få en liten netto reduksjon av kostnadene totalt.

15 SAMLET VURDERING AV MODELLENE

I dette kapitlet blir modellene vurdert ut fra det samme sett av vurderingskriterier, nærmere beskrevet i avsnitt 6.5.

15.1 Samlet vurdering av MODELL 0

Modellen er beskrevet i kapittel 7 i denne rapporten og i avsnitt 4.1 i vedlegget.

15.1.1 Medisinskfaglig forsvarlighet og kvalitet

Modellen kjennetegnes av svært utilfredstillende og ustabil dekning når det gjelder nøkkelpersonell, i første rekke legespesialister. Den gir dermed ikke et kvalitativt godt nok tilbud til befolkningen, verken ut fra dagens krav, og i særdeleshet ikke ut fra de krav man med sikkerhet vet vil bli lagt til grunn. Den har færre spesialister til å dekke de nødvendige vakter enn avtaleverket forutsetter og krever tildels mye innleie av vikarer.

Samtidig gir nåværende struktur og arbeidsfordeling et for spinkelt befolknings- og pasientgrunnlag til å kunne gi god nok trening og rekruttere til stabile fagmiljøer.

Den kan derfor høyden fungere som en overgangsmodell som enten må utvikles til å svare til nye kvalitetskrav eller avvikles fordi hele eller deler av systemet bryter sammen.

15.1.2 Virkninger for pasienter og pårørende

For pasienter og pårørende vil den for mange innebære et tilbud i nærheten av bosted. Som sådan vil den av mange også oppleves som en modell med vekt på trygghet og likeverd.

Stigende krav til kvalitet og større behov for å være trygg på å komme til et sykehus som har nødvendige ressurser og kompetanse vil kunne endre både pasienters og pårørendes vurdering av modellen. Spørsmålet om å komme til riktig sted vil, etterhvert for de fleste, bli viktigere enn å komme til nærmeste sted.

15.1.3 Virkninger for personalet og arbeidsmiljøet

For personalet vil betydningen av stabile og gode nok fagmiljøer med meningsfulle oppgaver telle mye. Mulighetene til utdanning og særlig etter/videreutdanning vil også vektlegges sterkt.

På sikt vil denne modellen for enkelte faggruppers vedkommende bety rekrutteringsproblemer, noe som igjen betyr usikkerhet, frustrasjoner og kanskje frafall av personell.

15.1.4 Virkninger for kommunehelsetjenesten

Denne modellen vil kunne fungere godt for kommunehelsetjenesten i den grad den kan gi et tilbud som kommunene etterspør. Det avgjørende spørsmålet er om den på noe sikt kan innfri disse forventningene. Spørsmålet om faglig kvalitet og en forutsigbarhet i samarbeidet

knyttet til stabilitet i de faglige miljøene ved sykehusene vil etterhvert kunne få stor betydning for det reelle samarbeidet. Det er berettiget tvil om denne modellen etterhvert kan tilby slike rammevilkår for samarbeidet.

15.1.5 Organisatorisk hensiktsmessighet

Den faglige og administrative strukturen vil i for liten grad drive fram samordning, felles ressursutnyttelse og gjennomgående oppfølging. Med tre såvidt like enheter vil de fleste samordningsforsøk lett medføre mer byråkrati og ekstra overbygninger.

15.1.6 Ressursutnyttelse

Med sin store grad av ressursbruk på relativt ressurskrevende vaktteam på tre steder vil denne modellen i sin grunnstruktur gi en dårlig ressursutnyttelse. For store ressurser går med til dette på grunnlag av et relativt lite antall øyeblikkelig hjelp-pasienter på vakttid.

På grunn av behov og mangler som finnes i BASIS vil MODELL 0 raskt innebære nødvendige investeringer i utstyr.

Modellen frigjør i svært liten grad ressurser som kan settes inn i planlagt virksomhet eller nye tiltak.

15.1.7 Realisme i gjennomføring

Modellen kan fungere inntil videre, men bare i en overgangsperiode.

Den vil i overskuelig framtid ikke virke attraktiv nok på visse grupper fagpersonell. Dersom det var mulig å rekruttere ville den bli en kostbar modell. Den vil heller ikke opprettholde eller utvikle kvaliteten i behandlingstilbudet på grunn av at befolkningsgrunnlaget er for lite.

15.2 Samlet vurdering av MODELL 1

Modellen er beskrevet i kapittel 8 i denne rapporten og avsnitt 4.2 i vedlegget.

15.2.1 Medisinskfaglig forsvarlighet og kvalitet

Isolert sett er modellen utformet ut fra de krav som blir lagt til grunn innen relativt kort tid. Dersom det hadde vært mulig å rekruttere til denne modellen, ville den imidlertid få en helt uforsvarlig dårlig sammenheng mellom volum og kvalitet. Pasientgrunnlaget, og dermed grunnlaget for å vedlikeholde og utvikle kompetanse, er ikke til stede. På tross av en formelt sett høy kvalitet, vil den i praksis ikke legge til rette for det. Den blir dermed urealistisk, og av den grunn heller ikke forsvarlig.

15.2.2 Virkninger for pasienter og pårørende

På grunn av manglende realisme, både med hensyn til rekruttering og mulighetene til å sikre kvalitet, vil den heller ikke kunne bli et godt tilbud til pasienter og pårørende. Den er helt illusorisk og representerer derfor heller ikke noe reelt tilbud til befolkningen.

Dette innebærer også at den heller ikke representerer en robusthet overfor kjente utfordringer, nåværende eller framtidige.

15.2.3 Virkninger for personalet og arbeidsmiljøet

Modellen vil på grunn av sin manglende realisme og dårlige sammenheng mellom volum og kvalitet ikke kunne tilby meningsfylte oppgaver til den enkelte med vekt på faglig kvalitet og utvikling.

Av disse grunner legger den heller ikke godt nok til rette for utdanning, verken grunnutdanning, etter-utdanning eller viderutdanning.

15.2.4 Virkninger for kommunehelsetjenesten

For kommunehelsetjenesten kan strukturen i modellen synes god med tre sykehus med utvidet akuttberedskap.

Den manglende realismen gjør at den imidlertid ikke legger til rette for en stabil og god organisering av den samlede tiltakskjede, verken når det gjelder akuttfunksjoner eller andre tiltak.

15.2.5 Organisatorisk hensiktsmessighet

Med sin relativt store vekt på tre likeverdige enheter med samme funksjoner vil den i liten grad fremme rasjonell arbeidsdeling. Samordningstiltak vil lett kunne innebære byråkratiske ekstratiltak uten særlige gevinster. Fellestiltak vil ikke ligge inne som en naturlig og nødvendig del av strukturen.

15.2.6 Ressursutnyttelse

Modellen representerer en svært dårlig ressursutnyttelse. Knappe og vanskelig tilgjengelige ressurser ville, dersom de var mulig å rekruttere i det omfang det her er snakk om, bli bundet opp i dyre vaktteam uten tilsvarende økning av behandlingstilbudet.

Det synes også klart at en økning av antall spesialister vil medføre økt utstysningsbehov.

Modellen krever dessuten en økning av de økonomiske rammene uten en tilsvarende påviselig mulighet til effektivitets- eller kvalitetsgevinst.

Ut fra kravet om effektiv ressursutnyttelse framstår modellen som helt meningsløs.

15.2.7 Realisme i gjennomføring

Modellen lar seg ikke realisere med henblikk på å opprette stillinger, rekruttere eller beholde det nødvendige fagpersonell. Man vil f.eks. temmelig sikkert ikke få tillatelse til opprettelse av nye legestillinger i det omfang det her er snakk om.

Modellen blir dermed heller ikke realistisk utbyggingsmessig, og er heller ikke robust overfor nåværende eller framtidige utfordringer.

15.3 Samlet vurdering av MODELLENE 2A, 2B og 2C

Modellene er beskrevet i kapitlene 9, 10 og 11 i denne rapporten og i avsnittene 4.3, 4.4 og 4.5 i vedlegget.

Selv om det på visse punkter er markerte forskjeller mellom modellene 2A, 2B og 2C, vil de bli vurdert sammen og som likeverdige. På enkelte punkter hvor de tre modellene kommer ulikt ut, vil dette bli markert særskilt.

15.3.1 Medisinskfaglig forsvarlighet og kvalitet

De faglige krav slik de er lagt til grunn i disse modellene svarer til hva som anses som medisinsk faglig forsvarlig. Det kan imidlertid diskuteres om det samlet på Helgeland er grunnlag for å utvikle to av sykehusene til sykehus med utvidet akuttberedskap. Både pasientgrunnlaget og mulighetene til å rekruttere fagpersonell i det omfang det her er tale om til to steder gjør at forholdet mellom volum og kvalitet muligens ikke blir ivaretatt godt nok.

Pasientgrunnlaget for spesialistklinikken blir også for lite til at det kan anses som forsvarlig.

15.3.2 Virkninger for pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende vil i disse modellene på to steder få et tilbud på et høyt faglig nivå. I tillegg vil spesialistklinikken gi et tilbud til hele Helgeland innenfor et bredt spekter av fagtilbud. Gitt at det lar seg gjøre å realisere tilbudet rekrutteringsmessig, vil dette samlet i utgangspunktet gi et godt tilbud. Forholdet mellom volum og kvalitet er imidlertid utilfredstillende.

Endel pasienter og pårørende vil i disse modellene få noe lenger reiseavstand til sykehus, noe avhengig av type behov for tjenester.

Imidlertid vil MODEL 2B hvor Vefsn og Sandnessjøen sykehus er sykehus med utvidet akuttberedskap og Rana sykehus er spesialistklinikk representere en svært urasjonell lokalisering spesielt sett ut fra befolkningskonsentrasjon og avstander. Sett fra pasienters og pårørendes synsvinkel vil den ikke kunne anbefales.

15.3.3 Virkninger for personalet og arbeidsmiljøet

Gitt at modellene lar seg realisere rekrutteringsmessig vil de tilby meningsfylte oppgaver til fagpersonellet. Det kan imidlertid stilles et visst spørsmålsteget ved om forholdet mellom volum og kvalitet er god nok med to sykehus med utvidet akuttberedskap.

Modellene burde kunne legge til rette for utdanning, både grunnutdanning, etterutdanning og videreutdanning. Imidlertid vil spesialistklinikken ikke kunne benyttes som opplæringssted for turnuskandidater, og trolig ikke heller for spesialister og endel av de øvrige faggruppene som trenger praksisplasser på Helgeland.

15.3.4 Virkninger for kommunehelsetjenesten

Sett fra kommunehelsetjenesten betyr i første rekke spesialistklinikken et endret samhandlingsmønster både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet. En spesialistklinikk er forutsatt å bygge på et formalisert samarbeid med vertskommunens legevakt. For øvrig må opptaksområder revurderes i lys av den nye strukturen

15.3.5 Organisatorisk hensiktsmessighet

Heller ikke disse modellene gir grunnlag for en optimal løsning på den institusjonelle organiseringen. Med to separate organisasjoner vil samordningstiltak på tvers måtte løses ved ekstra organisatoriske tiltak og lett kunne bety oppbygning av ekstraressurser for å fremme slike formål.

Den faglige organiseringen mellom det ene sykehuset med utvidet akuttberedskap og spesialistklinikken vil imidlertid kunne innebære et faglig felleskap med vekt på arbeids- og funksjonsdeling.

15.3.6 Ressursutnyttelse

Ved oppbygging av to sykehus med utvidet akuttberedskap kan det reises tvil om det er en fornuftig ressursutnyttelse av knappe personellressurser. Relativt mye tid vil bindes opp i akuttberedskap uten at forholdet mellom volum og kvalitet vil forbedres.

Økningen av antall spesialister ved sykehusene med utvidet akuttberedskap vil medføre økt utstyrsbehov.

Modellene vil også kreve økonomiske ressurser ut over dagens rammer.

15.3.7 Realisme i gjennomføring

Det kan reises tvil om modellen lar seg realisere rekrutteringsmessig. Den krever nye stillinger i et omfang som ut fra dagens knapphet på nøkkelpersonell synes vanskelig å oppnå. Ut fra kravene til et visst volum, er det også tvilsomt om det vil være mulig å realisere to miljøer som begge er attraktive nok til å skape stabile miljøer.

Av denne grunn er det også en tvil om modellene lar seg realisere utbyggingsmessig innenfor en rimelig tidsramme. På samme måte blir det grunn til å spørre om modellene blir robuste nok overfor nåværende og framtidige utfordringer.

15.4 Samlet vurdering av MODELLENE 3A, 3B og 3C

Modellene er beskrevet i kapitlene 12, 13 og 14 i denne rapporten og i avsnittene 4.6, 4.7 og 4.8 i vedlegget.

På samme måte som for de foregående modellene vil modellene 3A, 3B og 3C bli vurdert sammen. Der hvor det er markerte forskjeller i vurderingen av modellene vil dette bli kommentert separat.

15.4.1 Medisinskfaglig forsvarlighet og kvalitet

Modellene slik de er utformet svarer til de faglige kravene og er dermed medisinskfaglig forsvarlige. De vil også kunne bidra til et bedre forhold mellom volum og kvalitet, spesielt ved sykehuset med utvidet akuttberedskap.

Ved sin sterkere konsentrasjon av de faglige ressursene er disse modellene også i større grad enn de øvrige i samsvar med overordnede føringer mht. sykehusstruktur.

15.4.2 Virkninger for pasienter og pårørende

For pasienter og pårørende innebærer disse modellene samlet sett et kvalitativt bedre tilbud enn noen av dagens tilbud ved sykehusene på Helgeland. Dette betyr også at en del pasienter som i dagens situasjon må sendes ut av regionen, i disse modellene kan gis et fullverdig tilbud på Helgeland.

For endel pasienter og pårørende vil imidlertid disse modellene innebære noe lengre reiseavstand.

MODELL 3A hvor Rana sykehus har utvidet akuttberedskap vil medføre at større deler av Sør-Helgeland enn i dag vil benytte Namdal sykehus som sitt sykehus.

15.4.3 Virkninger for personalet og arbeidsmiljøet

For personalet, spesielt ved sykehuset med utvidet akuttberedskap, vil disse modellene tilby meningsfulle oppgaver til den enkelte med vekt på faglig utvikling og kvalitet. Også ved de to sykehusenhetene med akuttberedskap vil en ved fornuftig fordeling av planlagt virksomhet gi utfordrende oppgaver.

Gitt at en kan benytte sykehusene med akuttberedskap som opplæringssteder for såvel turnuskandidater som andre grupper, vil modellene legge til rette for ulike typer utdanning.

Modellene forutsetter imidlertid at visse typer nøkkelpersonell inngår i personellooper og rotasjonsordninger.

15.4.4 Virkninger for kommunehelsetjenesten

For kommunehelsetjenesten vil disse modellene innebære en viss omlegging av innleggelsesmønster og andre samhandlingsrutiner. Samlet vil imidlertid kvalitetshevingen av tilbudet gi grunnlag for en bedre organisering av en samlet tiltakskjede, bl.a. fordi det er forutsatt desentraliserte tilbud og ambulante tjenester i et større omfang.

Ved at det i disse modellene bare er mulig å ha en fødeavdeling på Helgeland vil det bli behov for at kommuneleger eller sykehusleger tar ansvar for drift av fødestuer dersom en fortsatt skal ha et desentralisert fødetilbud.

15.4.5 Organisatorisk hensiktsmessighet

I disse modellene er det mulig å organisere det samlede sykehusstilbudet i en enhetlig organisasjon med større muligheter til samordning, felles ressursutnyttelse og fordeling av ressurser.

Modellene er krevende rent organisatorisk og forutsetter en sterk og aktiv overordnet ledelse, både faglig og organisatorisk.

15.4.6 Ressursutnyttelse

Disse modellene kan realiseres stort sett innenfor de rammer som er stilt til disposisjon. Det er i denne sammenheng viktig å understreke at modellene innebærer en kvalitetsheving ut over dagens nivå, men innenfor dagens rammer.

Modellene betyr en ressursutnyttelse av utstyr, bygninger og personell som ikke binder virksomheten opp i svært krevende akuttberedskap alle stedene. Disse modellene legger derfor bedre til rette for å fordele dagens funksjoner og å ta opp nye oppgaver.

15.4.7 Realisme i gjennomføring

Av alle de aktuelle modellene er disse mest realistiske mht. å få opprettet stillinger, rekruttere og beholde fagpersonell. Dette vil kunne variere noe med hvilken av de tre modellene som velges, men er likevel et generelt trekk.

Modellene kan realiseres utbyggingsmessig og organisatorisk innen en rimelig tidsramme, dvs. i løpet av et par år.

Med sine større muligheter til å bygge opp, og opprettholde stabile fagmiljøer og sin enhetlige organisasjon vil modellene kunne bli robuste overfor nåværende og kommende utfordringer.

16 FORSLAG TIL PRIORITERING

16.1 Modeller som ikke anbefales

Ut fra beskrivelsene i kapitlene 7, 8, 9, 10 og 11 samt avsnittene 15.1, 15.2 og 15.3 vil prosjektgruppen ikke anbefale at verken MODELL 0, MODELL 1 eller MODELLENE 2A, 2B og 2C legges til grunn for organisering av sykehusene på Helgeland.

Hovedbegrunnelsen er dels at disse modellene ikke vil kunne bestå over tid eller bygges opp rekrutteringsmessig med noen realisme. De gir ikke et fornuftig forhold mellom volum og kvalitet og representerer en lite effektiv ressursutnyttelse. Modellene gir liten eller ingen fleksibilitet. Dette gjelder særlig MODELL 0 og MODELL 1.

For MODELLENE 2A, 2B og 2C gjelder særlig at de vil bli vanskelig å rekruttere til dersom en satses på to sykehus som svarer til kravene til utvidet akuttberedskap. Heller ikke forholdet mellom volum og kvalitet blir tilfredstillende i disse modellene, verken for sykehusene med utvidet akuttberedskap eller for spesialistklinikken.

For MODELL 2B legges det også avgjørende vekt på at den samlede lokalisering med to sykehus med utvidet akuttberedskap i henholdvis Vefsn og Sandnessjøen og en spesialistklinik i Rana, er helt uhensiktsmessig ut fra geografi og befolkningskonsentrasjon.

16.2 Modeller som anbefales

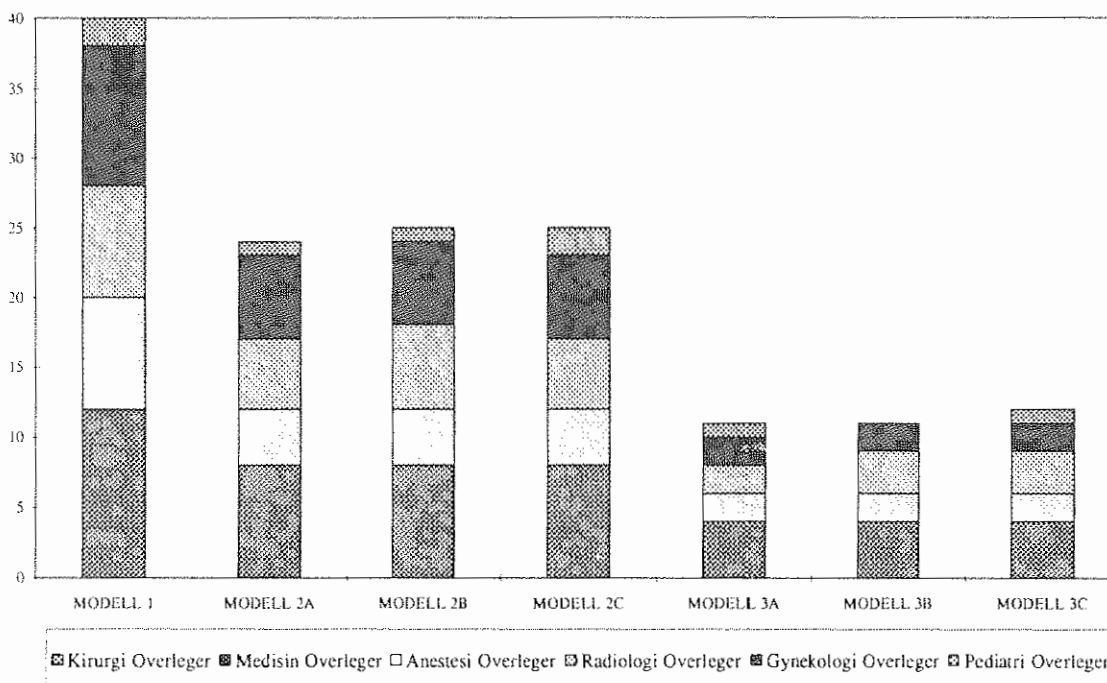
16.2.1 MODELLENE 3A, 3B og 3C

Ut fra en samlet vurdering vil prosjektgruppa anbefale at en av MODELLENE 3A, 3B eller 3C legges til grunn for den framtidige samordning og organisering av sykehusene på Helgeland. Modellene er beskrevet i kapitlene 12, 13 og 14 og i avsnitt 15.4.

Prosjektgruppa legger særlig vekt på:

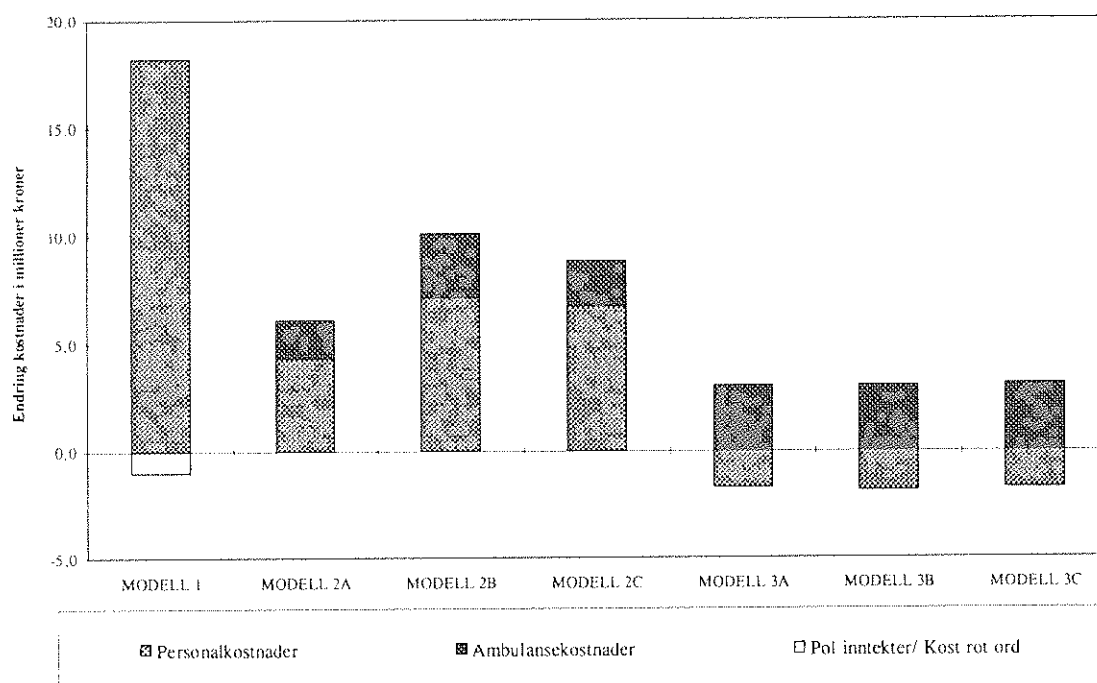
- Modellene innebærer en samlet kvalitetsheving av sykehus tilbudet på Helgeland ut over dagens nivå, men innenfor realistiske ressursrammer. Dette gjelder både akuttmedisinen hvor dagens sykehus hver for seg er for små til å kunne tilby, eller bli bygget ut til et forsvarlig nivå, og fødevirksomheten hvor kravene til fødeavdelingen innebærer en klar standardheving. Kravene til ambulansevirkosomheten, i henhold til ambulanseplanen, er i samsvar med forsvarlige faglige krav. Modellene er i forslaget til arbeidsfordeling og struktur i samsvar med både regionale og nasjonale føringer. Totalt innebærer modellene muligheter til å tilby endel pasienter behandling på Helgeland, hvor de ellers hadde måttet få slike tilbud utenfor Helgelandsregionen.
- Modellene gir en realistisk mulighet til å rekruttere til, og beholde stabile fagmiljøer. De tre modellene gir, selv med den klare kvalitetshevingen og de økte kravene til spesialisering som kommer, klart det laveste rekrutteringsbehovet av alle modellene. Se Figur 16.1 nedenfor. Det er også grunn til å påpeke at disse tre modellene innebærer relativt sett

mindre spesialisttid i vakt, noe som er en forutsetning for å kunne ta opp nye oppgaver eller gjøre mer av planlagt virksomhet. De legger til rette for spesialistutdanning og vil endog kunne innebære at flere år av tellende tjeneste i utdanningen av spesialister kan foregå på Helgeland. Endelig er det grunn til å peke på at de har et riktigere forhold mellom volum og kvalitet, noe som i seg selv har betydning for rekruttering og faglig utvikling.



Figur 16.1 Behovet for nye legespesialister i de ulike modellene

- Modellene gir klart bedre muligheter til funksjonsfordeling, samordning og felles utnytting av ressurser enn de øvrige modellene. Dette gjelder både den foreslåtte struktur, men også forslaget til organisering. Det er også særlig grunn til å peke på den fleksibilitet som er muliggjort ved at den indre beredskapen i perioder kan heves ved sykehus med akuttberedskap for å øke aktiviteten innen planlagt virksomhet. Dette vil være av stor betydning for også å møte endrede krav og muligheter gjennom tremåneders ventetidsgaranti og innsatsbasert finansiering. Denne fleksibiliteten gjelder også overfor muligheten til å ta opp nye oppgaver, eller øke aktiviteten innen de nåværende områdene. Det tenkes her særlig på psykiatri, geriatri og rehabilitering. Disse modellene er dermed mer robuste overfor nye utfordringer enn de øvrige som binder uforholdsmessig mye opp i ressurskrevende vakter.
- Modellene gir også relativt sett den største uttellingen i form av bedre helsetilbud innenfor Helgelandssykehusets totaløkonomi. Se Figur 16.2 nedenfor som sammenligner de forskjellige modellene. Det er også her grunn til å peke på den ikke ubetydelige kvalitetsheving som er bygget inn i de aktuelle modellene. Men også i forhold til framtidig økning i kvalitetskrav, f.eks. innen utstyr, vil disse modellene kunne legge til rette for en bedre fordeling av kostbare innkjøp.



Figur 16.2 *Endringer i kostnader i de ulike modellene i forhold til BASIS*

16.2.2 Overgangsordninger

For å kunne realisere en av de tre anbefalte modellene må det legges stor vekt på overgangsordningene. Dette er nødvendig både for å sikre at det nødvendige fagpersonell blir på Helgeland, og får klare perspektiver på sin framtidige plass i Helgelandssykehuset, men også for å sikre pasientbehandlingen gjennom prosessen.

Prosjektgruppa legger særlig vekt på følgende:

- Overgangsperioden bør være kortest mulig, og gjennomføres målrettet for å unngå usikkerhet og frustrasjon.
- Den enkelte ansatt må gis klar beskjed så snart som mulig om at ingen vil miste jobben, men at det vil gitt tilbud til enkelte om nye oppgaver i Helgelandssykehuset. Tidsperspektivene på en slik avklaring må også være tydelige.
- Det må arbeides med å avklare tidligst mulig hva slags faglige utfordringer og arbeidsbetingelser den enkelte vil bli tilbudt i framtidig struktur. Det bør i denne sammenheng være mulig å utforme personlige ordninger for å ivareta den enkelte.
- De enkelte sykehusenhetene må samarbeide nært i overgangsperioden, bl.a. ved fleksibel bruk av personalet ved de ulike enhetene.

16.2.3 Forslag til prioritering

Innenfor prosjektgruppas samlede vurdering av MODELLENE 3A, 3B og 3C som modeller som kan anbefales, er det ulike synspunkter på i hvilken rekkefølge de bør rangeres.

Prosjektgruppas medlemmer Mary Sørensen, Marit Abelsen og Lisbet Ann Johansen som representerer arbeidstakerorganisasjonene er enige i at bare disse tre modellene kan anbefales, men ønsker ikke å gi uttrykk for rangering av de anbefalte modellene. Bakgrunnen for dette er:

- Arbeidstakerorganisasjonene mener at det er et overordnet politisk ansvar å vedta lokaliseringen.
- Arbeidstakerorganisasjonene representerer alle ansatte i sykehusene på Helgeland. Det vil derfor være motstridende interesser og ønsker fra medlemmene, alt etter hvor de arbeider. Det vil derfor etter arbeidstakerorganisasjonenes vurdering kunne skape sterk uro og konflikt dersom representantene for de ansatte skal velge lokalisering av sykehus.

Prosjektgruppas medlemmer Tore Jo Nilsen og Svend Kibsgaard mener at MODELL 3A hvor Rana sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling bør foretrekkes. Disse medlemmene legger særlig vekt på:

- Konsekvensberegningene viser forskjeller på flere områder mellom MODELL 3A og 3B. Utslagene på kostnader og kjørte ambulansenkilometer er spesielt markert mellom disse to modellene og MODELL 3C. Tabell 4.9.1 i vedlegget viser at det er minst behov for oppbygging av aktivitet i Rana, herunder endringer av bygninger. Ved å velge enten MODELL 3B eller 3C vil flere arbeidstakere måtte bytte arbeidssted enn i MODELL 3A. Likeledes vil det være minst behov for å flytte pasienter i MODELL 3A, jfr Tabell 4.9. 4 i vedlegget. Det må være et poeng at en velger den modellen der endringene får konsekvenser for en så liten andel av befolkningen som mulig, det vil si MODELL 3A.
- Rana sykehus er det eneste som har befolkningsgrunnlag nok til å komme innenfor kriteriene for å opprettholde fødeavdeling. Opprettholdelse av en fødeavdeling i Sandnessjøen vil måtte bety at fødestua i Brønnøy må nedlegges, og antall fødsler i Vefsn reduseres. Ved valg av modell 3B eller 3C vil etter all sannsynlighet antall fødesteder på Helgeland måtte reduseres. Ved valg av MODELL 3A kan antall fødesteder opprettholdes med en fødeavdeling.
- Ortopedi er etablert med et godt og stabilt fagmiljø i Rana. Ved valg av MODELL 3B eller 3C vil dette miljøet bli avviklet. Nytt fagmiljø må bygges opp, noe som vil medføre ikke ubetydelige kostnader og rekrutteringsproblemer. Ved valg av MODELL 3A kan dagens kompetanse beholdes og videreutvikles.
- Av de fire tettstedene er Mo i Rana det desidert største med 25 000 innbyggere. Et viktig grunnlag for å rekruttere fagpersonell er størrelsen på det stedet folk skal flytte til. Befolkingskonsentrasjon påvirker kommunikasjoner, kultur og servicetilbud. Det er ikke bare en person, men en hel familie som flytter. Ofte har ektefelle/samboer høyere utdan-

ning og behov for jobb. På Mo er det siden omstillingen utviklet et variert arbeidsmarked.

- Det viktigste argumentet som har vært anført mot valg av MODELL 3A er at sørhelgelendingene, dvs. innbyggerne i Brønnøy og Sømna kommune, da vil velge Namdal sykehus som sitt sykehus. I saksutredningen til uttalelsen fra regionrådet for Sør-Helgeland hvor de anbefaler MODELL 3B dersom bare ett sykehus skal ha utvidet akuttberedskap, blir det påpekt at sørhelgelendingene fortsatt ønsker en tilknytning til Namdal. Dette samsvarer med det generelle inntrykket av at innbyggerne i Brønnøy og Sømna ikke ser det som noen ulempe eller dårlig alternativ å få sitt sykehusstilbud ved Namdal sykehus. For sørhelgelendingene er dessuten regionsykehuset i Tromsø det regionsykehuset som i avstand ligger lengst unna av alle regionsykehus i landet. Uansett hvilken modell som velges vil Brønnøy og Sømna kommuner ligge i et område langt unna sykehusstilbud. Valg av modell vil derfor neppe påvirke kvaliteten i behandlingstilbudet.

Hvis valget ikke faller på modell 3A vil modell 3C prioriteres foran modell 3B.

Kortfattet er begrunnelsen for dette som følger:

Det forutsettes en ytterligere opprusting av vei og jernbaneforbindelsen mellom Mosjøen og Mo i Rana. Det forventes at dette blir hovedferdselsåren på Helgeland i overskuelig framtid. Sandnessjøen vil derfor ligge utenfor allfarvei. Sannsynligheten for å rekruttere fagpersonell forventes å være betydelig større i Mosjøen enn i Sandnessjøen.

Prosjektgruppas medlemmer Svein Bjørnvik, Dag Stefansen, Marit Hermstad Løvlien og Tore Dahl mener at MODELL 3B hvor Sandnessjøen sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling bør foretrekkes. Disse medlemmene legger særlig vekt på:

- Befolkningen på Sør-Helgeland er et viktig grunnlag for valg av modell. Gjennom vedtak i Regionrådet for Sør-Helgeland har dette området klart valgt sykehusstilknypning sør for Korgfjellet. Ved valg av MODELL 3B kan Helgelandssykehuset bli et bedre faglig kvalitativt tilbud for området enn Namdal sykehus noengang har vært. Ved valg av MODELL 3A vil befolkningsunderlaget for Helgelandssykehuset svekkes med ca. 9.500 - 13.000 innbyggere. Dette vil gi et svakere Helgelandssykehus faglig og økonomisk, og også redusere grunnlaget i Nordland og Helseregion 5. Siden det økonomiske grunnlaget for sykehusdrift i alt vesentlig er rammeoverføringer med befolkningsmengde som hovedkriterium vil Sør-Helgeland representere ca. 30 - 40 mill. kroner i slik overføring.
- Ved å akseptere et sykehusstilbud for Sør-Helgeland i Namsos faller pasientgrunnlaget for å opprettholde tre sykehus på Helgeland bort, noe som er i strid med forutsetningene i Helgelandsprosjektet.
- Sandnessjøen sykehus har de siste ti årene klart å bygge opp et stabilt fagmiljø få utkantlokalsykehus har kunnet kopiere. Innen kirurgi og indremedisin har det uten vakanser vært full dekning i 10-15 år. Stillinger innen gynekologi, pediatri, røntgen og anestesi er idag besatt og utgjør et grunnpotensiale for videre rekruttering til et bredt fagmiljø. I tillegg til et stabilt fagmiljø på legesiden er infrastrukturen forøvrig sterkt faglig forankret. Alle stillinger, bortsett fra noen spesialiserte stillinger innen anestesi og intensiv, er

besatt. Samlet er det totale fagmiljøet en solid plattform for rask videreutvikling av sykehuset til et sykehus med utvidet akuttberedskap.

- Kirurgmiljøet ved sykehuset er stabilt og utvikles stadig innen subspecialitetene. En av de faste kirurgene vil i 1997 bli ferdig utdannet urolog, en annen sub-spesialiseres innen gastroenterologi. Våre tre faste kirurger er fødselskompetente, og har i brev til direktøren påtatt seg sammen med vår gynekolog (og pediater) å videreføre Nordlandsmodellen når det gjelder vaktansvar for fødeavdeling ved Sandnessjøen sykehus. Denne holdning og villighet er noe uvanlig ved fylkets lokalsykehus, men blir helt nødvendig inntil den av de tre institusjoner i Helgelandssykehuset som skal ha fødeavdeling blir bemannet med 4-5 gynekologer. Med den nettotilgang det er innen mangel-spesialiteten gynekologi, vil det ta mange år å bygge opp et stort nok vaktteam for enhetlig gynekologisk vakt ved fødeavdeling. Medisinsk avdeling har alle (5) spesialiststillinger besatt. Tre av overlegene er under desentralisert utdanning, henholdsvis mot subspecialitetene gastro-enterologi, lungemedisin og hjertemedisin.
- Sandnessjøen sykehusområde er det geografisk største området med langt over 50 prosent av befolkningen ikke landfast med sykehuset. For de fleste av denne befolkningen vil Vefsn og Rana være utkanter og innebære vansker knyttet til avstand, tidsfaktor, værforhold og omlasting/bytte av transporttilbud. Spesielt vil slike problemer være følsomt for barn og pårørende. Sandnessjøen er kystkommunikasjonssenter nummer en i søndre Nordland. Sykehuset har førstelinje beredskapsansvar for oljevirkomheten i området. En eventuell vekst i denne virksomheten kan gi et befolkningstilskudd på skadeutsatte arbeidsplasser.
- Avstand til fullverdig beredskap er en avgjørende faktor bak legemangelen i ytre distrikter. Distriktsnæringen i området er først og fremst fiskeri og jordbruk og disse er statistisk blant de mest skadeutsatte arbeidsplasser i Norge (20 ganger høyere enn i industri).
- Selv om Sandnessjøen er et mindre tettsted har utviklingen vist at det er fullt mulig å rekruttere godt med et slikt utgangspunkt. Sykehuset har forøvrig også rekruttert internasjonalt med meget gode resultater. Det vil forøvrig sannsynligvis være et bedre grunnlag for drift av sykehus uten utvidet akuttberedskap i et større bymiljø som Rana og Mo-sjøen enn i et mindre tettsted med lite nær befolkning.
- Fylkestinget har allerede vedtatt overtakelse av det gamle sykehuset i Sandnessjøen til sykehusformål. I tillegg vil det kun kreves mindre bygningsmessige justeringer med små investeringskostnader. Samlet vil dette gi grunnlag for en langt raskere og rimeligere etablering av Helgelandssykehuset ved valg av MODELL 3B enn ved de øvrige aktuelle modellene.

Disse medlemmene vil understreke at valget av MODELL 3B bygger på en vurdering av alle forhold sett under ett. Det viktigste argumentet for dette valget er imidlertid forholdet til Sør- Helgeland. Subsidiært vil derfor disse medlemmene av denne grunn foretrekke MODELL 3C med Vefsn sykehus som sykehuset med utvidet akuttberedskap selv om Rana sykehus har et noe sterkere fagmiljø.

Prosjektgruppas medlemmer Liv Sjøvold, Arne W. Wilskow og Hildegunn Bomnes mener at MODELL 3C hvor Vefsn sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling bør foretrekkes. Disse medlemmene legger særlig vekt på:

- Mosjøen er et trafikknutepunkt på Helgeland med E6, jernbane, havn og flyplass. Den planlagte opprusting av veinettet og storflyplass for Helgeland bekrefter sykehusets sentrale beliggenhet. I tillegg er det ferjefri forbindelse til Sør-Helgeland.
- Mosjøen er et stort tettsted i en kommune med totalt 13 600 innbyggere. Stedet har gode skoletilbud og mange og varierte arbeidsplasser. Evnen til å rekruttere personell med vekt på at ektefelle/samboer trenger jobb er gode. Offentlig sektor har et mangfold av arbeidsplasser, industrien har også mange og stabile arbeidsplasser, inkludert høyteknologi. På flere områder er funksjoner som dekker hele Helgeland lokalisert til Mosjøen av geografiske hensyn. Stedet har også gode rekrutteringsfordeler gjennom idretts-, kultur- og musikktilbud, samt naturopplevelser.
- Det ligger til rette for arealutvidelse av sykehuset. Kommunen har tilbudt overtakelse av sykehjemmet som har god sykehusstandard.
- Det er gode legeressurser med variert faglig bredde i medisinsk avdeling ved Vefsn sykehus. Fire overleger er på plass i begynnelsen av 1997, noe som er en god base for oppbygging. Grunnlaget er også godt for oppbygging av ortopedi. Sykehuset har godt utstyr og god erfaring i rutiner og prosedyrer. Nytt utstyr for urologi er i funksjon. Urolog og kirurg innen gastrofeltet er ansatt. Nevrolog er ansatt med ansvar for hele Helgeland. Personell og utstyr kan utnyttes maksimalt i samarbeid med ortoped. Vefsn har gode faglige ressurser innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Det psykiatriske senteret har også almenpsykiatrisk avdeling samt familieavdeling. Det er også god tilgang på jordmødre.
- Intensiv-, operasjons- og røntgenavdelingene er nye avdelinger med godt utstyr og rom for arealutvidelse. Blodbanken har 450 blodgivere i umiddelbar nærhet. Det er godt og nytt utstyr ved laboratoriet.

Disse medlemmene vektlegger følgende momenter i prioriteringssammenheng:

- Tjenestetilbudet til befolkningen på Sør-Helgeland.
- Størrelsen på tettstedet i rekrutteringssammenheng.
- Trafikknutepunkt og kommunikasjonsmuligheter.
- Faglige etablerte tilbud
- Arbeidsplasser.

Av disse grunnene foretrekkes MODELL 3C. Subsidiært kan disse medlemmene gå inn for MODELL 3 B med hovedvekt på hensynet til Sør-Helgeland. En forutsetning for dette subsidiære standpunktet vil imidlertid være:

- Det faglige ansvaret for Helgeland Rehabilitering knyttes til Vefsn sykehus og rehabilitering overfor kronikere tillegges sykehuset som ledd i en funksjonsfordeling.
- Nevrologi og hud blir tilleggsfunksjoner for hele Helgeland tillagt Vefsn sykehus.
- Psykiatrien blir fortsatt et satsingsområde ved sykehuset. Geriatri legges til sykehuset som nytt satsingsområde.

Prosjektgruppas medlemmer Steinar Jæger og Otto Hauglin vil i sin prioritering legge vekt på følgende momenter:

- Kravet til medisinsk kvalitet, faglige standarder, pasienttilgang og realisme i rekruttering tilsier at kun ett sykehus på Helgeland kan ha utvidet akuttberedskap.
- Hensynet til forsvarlige transportavstander både idag, og i overskuelig framtid tilsier at sykehuset med utvidet akuttberedskap kan ligge såvel i Mo i Rana, Mosjøen som i Sandnessjøen. Det vil også være mulig å bygge ut ett av sykehusene på alle disse stedene.
- Rana og Sandnessjøen har idag et noe bredere fagmiljø enn Vefsn sykehus, ikke minst på kirurgisk avdeling. Begge disse sykehusene har også fast tilsatt gynekolog. Disse sykehusene vil derfor være lettere å bygge ut til utvidet akuttberedskap enn Vefsn sykehus, rent faglig. Det vil også være lettere å etablere fødeavdeling ved Rana og Sandnessjøen sykehus enn Vefsn.
- Investeringsbehovet er en god del mindre i Rana og Sandnessjøen enn i Vefsn.
- Det antas at rekrutteringspotensialet vil være likt på alle tre stedene, selv om Rana kan ha en liten fordel ved at det kreves færre nye stillinger, samtidig som Rana er den største av vertskommunene.
- Hvis Rana sykehus får utvidet akuttberedskap er det en fare for at Sør-Helgeland, dvs. Brønnøy og Sømna i tillegg til Bindal kommune, vil bruke Namdal sykehus som lokalsykehus. Dette har også uheldige virkninger for såvel Nordland Sentralsykehus som Regionsykehuset i Tromsø, spesielt universitetsklinikkfunksjonen. Samtidig vil lokalsykehusene sør for Korgfjellet få redusert sitt opptaksområde. Det vil dermed bli diskutabelt om man fortsatt kan forsvare tre sykehusenheter på Helgeland.

Som en samlet vurdering kommer MODELL 3A og MODELL 3B bedre ut enn MODELL 3C. I valget mellom MODELL 3A og MODELL 3B legges det utslagsgivende vekt på Sør-Helgelandsproblemet.

Disse medlemmene vil derfor prioritere slik:

1. MODELL 3B hvor Sandnessjøen sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.
2. MODELL 3A hvor Rana sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.
3. MODELL 3C hvor Vefsn sykehus har utvidet akuttberedskap og fødeavdeling.

17 GJENNOMFØRINGSSTRATEGI

Dersom en velger en av MODELLENE 3A, 3B eller 3C og starter gjennomføringen umiddelbart etter et vedtak våren 1997 bør det, noe avhengig av hvilken av de tre modellene som velges, kunne være fullført en iverksettelse innen 1. januar 1999. Forskjellen mellom de tre modellene avhenger i første rekke av bygningsmessige forhold, og noe ulike muligheter til å gjennomføre den nødvendige rekruttering/endring av personalets tilknytning.

Prosjektgruppa ser ingen grunn til å skissere bestemte faser i iverksettelsen, men har et prinsipielt synspunkt på gjennomføringsstrategi:

- Et første skritt bør være å etablere den framtidige, permanente ledelse av Helgelandssykehuset. Så snart denne er etablert gis ledelsen ansvaret for å lede gjennomføring og iverksettelse, eventuelt med noe ekstra støtte uten at dette endrer på ansvarsforholdet. I denne sammenhengen bør det understrekes at den nye ledelsen i sitt arbeid må samarbeide tett med tillitsvalgte ved sykehusene.

En del forhold må utredes mer detaljert og avklares så raskt som mulig. De viktigste av disse er:

- Kartlegging av kompetanse og interesser og informasjon til ansatte som et ledd i endringer i oppgaver og evt. arbeidssted.
- Avklaring av det lokale grunnlaget for å ta faglig ansvar for evt. fødestuer.
- Igangsetting av gjennomføring av endel praktiske oppgaver som bygningsmessige endringer, utstysningskjøp etc.

Utredning og avklaring av disse forholdene kan også begrunne innsats av noe ekstraressurser, særlig med henvisning til at sykehusdriften hele gjennomføringsperioden skal pågå uavbrutt, og uten negative virkninger på behandlingskvalitet og tilbudet overfor befolkningen på Helgeland.

Helgelandssykehuset

Prosjekt for samordning av sykehusene på
Helgeland

Vedlegg til Rapport fra prosjektgruppa

1. Faglige krav
2. Pasientundersøkelsen
3. Prinsipper for konsekvensberegninger
4. Beregninger

20. november 1996

FORORD

Dette vedlegget utdyper enkelte forhold beskrevet i hovedrapporten.

Kapittel 1 utarbeidet av Steinar Jæger er en utdypning av de faglige krav beskrevet i avsnitt 5.1 i hovedrapporten.

Kapittel 2 er en oppsummering av pasientundersøkelsen som ble gjennomført i perioden 18. september til 15. oktober 1996.

Kapittel 3 gir en oversikt over alle forutsetningene som er lagt til grunn for konsekvensberegningene. Forutsetningene er oppsummert i avsnitt 6.2 i hovedrapporten.

Kapittel 4 viser konsekvensene for de ulike modellene i forhold til BASIS i tabellform. Hovedresultatene er oppsummert i hovedrapporten under hvert modellkapittel.

15. november 1996

INNHALDSFORTEGNELSE

1 FAGLIGE KRAV	7
1.1 Utdrag fra regionale innstillinger viktig for akutt-tilbudet ved sykehusene:	8
1.1.1 Gruppe for akuttmedisinsk service og beredskap	8
1.1.2 Gruppen for hjerte- og karsykdommer	9
1.1.3 Gruppen for ortopedi (ortopedisk kirurgi)	9
1.1.4 Gruppen for mage-tarmsykdommer	10
1.1.5 Gruppe for svangerskap, fødsel, nyfødtpERIODE og pediatri	10
1.1.6 Gruppe for geriatri	11
1.1.7 Gruppe for ikke-kirurgisk kreftbehandling	11
1.2 Faglige krav til fødeinstitusjoner - utredningsgruppe for Statens helsetilsyn	11
1.3 Helgelandssykehuset	12
1.4 Sykehus med utvidet akuttberedskap	12
1.4.1 Andre spesialiteter	14
1.4.2 Psykiatri	14
1.4.3 Rehabilitering	14
1.4.4 Rekruttering	14
1.5 Sykehus med akuttberedskap	14
1.5.1 Indremedisin	15
1.5.2 Kirurgi	16
1.5.3 Røntgenavdeling	16
1.5.4 Fødestue	16
1.5.5 Psykiatri	17
1.5.6 Rehabilitering	17
1.5.7 Andre spesialiteter	17
1.5.8 Rekruttering	17
1.6 Spesialistklinikk	17
1.6.1 Indremedisin	18
1.6.2 Kirurgi	19
1.6.3 Røntgenavdeling	19
1.6.4 Fødestue	19
1.6.5 Psykiatri	19
1.6.6 Rehabilitering	20
1.6.7 Andre spesialiteter	20
1.6.8 Rekruttering	20
1.7 Funksjonsfordeling mellom sykehusene	20
2 PASIENTUNDERSØKELSEN	22
2.1 Opplegg og metode	22
2.2 Datagrunnlag	22
2.3 Resultater	23
2.3.1 Innleggelser som i dag går ut fra Helgeland	23
2.3.2 Innleggelser ved kirurgisk avdeling	24

2.3.3 Innleggelser ved medisinsk avdeling	24
2.3.4 Kirurgisk poliklinikk	25
2.3.5 Medisinsk poliklinikk	25
2.4 Bruk av resultater	25
3 PRINSIPPER FOR KONSEKVENSBEREGNINGENE	27
3.1 Utgangspunkt i 1995 som beregningsgrunnlag	27
3.2 Forutsetninger for beregning av pasientstrømmer	27
3.2.1 Øyeblikkelig hjelp innenfor kirurgi og medisin	28
3.2.2 Føde	29
3.2.3 Planlagt virksomhet	30
3.3 Forutsetninger for beregning av sengebehov	30
3.4 Forutsetninger for beregning av avdelingsstruktur og endringer i bemanning	31
3.5 Beredskapskrav	33
3.5.1 Sykehus med utvidet akuttberedskap	33
3.5.2 Sykehus med akuttberedskap	33
3.5.3 Spesialistklinikk	34
3.5.4 Fødestuer	34
3.6 Forutsetninger for beregning av behovet for utbygging og nytt utstyr	35
3.7 Forutsetninger for beregning av behovet for ambulansetransport	35
3.7.1 For hvilke tjenester og enheter virkningene beregnes	35
3.7.2 Hvordan endring av antall ambulanseturer beregnes	35
3.7.3 Hvordan beregnes endring i avstand	38
3.8 Forutsetninger for de økonomiske beregningene	39
3.9 Andre påregnelige kostnader	41
3.10 Kostnader for andre enn fylkeskommunen	41
4 BEREGNINGER	43
4.1 MODELL 0	43
4.1.1 Akuttberedskap	43
4.1.2 Fødevirksomhet	43
4.1.3 Planlagt virksomhet	43
4.1.4 Virkninger for sengebehov	43
4.1.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	43
4.1.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	43
4.1.7 Bemanningmessige virkninger	43
4.1.8 Virkninger for ambulansetjenesten	43
4.1.9 Økonomiske totalvirkninger	44
4.2 MODELL 1	44
4.2.1 Akuttberedskap	44
4.2.2 Fødevirksomhet	44
4.2.3 Planlagt virksomhet	44
4.2.4 Virkninger for sengebehov	45
4.2.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	45
4.2.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	45

4.2.7 Bemanningmessige virkninger	45
4.2.8 Virkninger for ambulansetjenesten	46
4.2.9 Økonomiske totalvirkninger	47
4.3 MODELL 2A	47
4.3.1 Akuttberedskap	47
4.3.2 Fødevirksomhet	47
4.3.3 Planlagt virksomhet	48
4.3.4 Virkninger for sengebehov	48
4.3.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	48
4.3.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	49
4.3.7 Bemanningmessige virkninger	50
4.3.8 Virkninger for ambulansetjenesten	51
4.3.9 Økonomiske totalvirkninger	52
4.4 MODELL 2B	53
4.4.1 Akuttberedskap	53
4.4.2 Fødevirksomhet	53
4.4.3 Planlagt virksomhet	53
4.4.4 Virkninger for sengebehov	54
4.4.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	54
4.4.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	55
4.4.7 Bemanningmessige virkninger	56
4.4.8 Virkninger for ambulansetjenesten	57
4.4.9 Økonomiske totalvirkninger	58
4.5 MODELL 2C	58
4.5.1 Akuttberedskap	58
4.5.2 Fødevirksomhet	59
4.5.3 Planlagt virksomhet	59
4.5.4 Virkninger for sengebehov	59
4.5.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	59
4.5.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	60
4.5.7 Bemanningmessige virkninger	61
4.5.8 Virkninger for ambulansetjenesten	63
4.5.9 Økonomiske totalvirkninger	64
4.6 MODELL 3A	64
4.6.1 Akuttberedskap	64
4.6.2 Fødevirksomhet	65
4.6.3 Planlagt virksomhet	65
4.6.4 Virkninger for sengebehov	65
4.6.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	65
4.6.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	66
4.6.7 Bemanningmessige virkninger	68
4.6.8 Virkninger for ambulansetjenesten	69
4.6.9 Økonomiske totalvirkninger	70
4.7 MODELL 3B	71
4.7.1 Akuttberedskap	71
4.7.2 Fødevirksomhet	71
4.7.3 Planlagt virksomhet	71
4.7.4 Virkninger for sengebehov	72
4.7.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	72
4.7.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	73
4.7.7 Bemanningmessige virkninger	74
4.7.8 Virkninger for ambulansetjenesten	75
4.7.9 Økonomiske totalvirkninger	76

4.8 MODELL 3C	76
4.8.1 Akuttberedskap	76
4.8.2 Fødevirksomhet	77
4.8.3 Planlagt virksomhet	77
4.8.4 Virkninger for sengebehov	77
4.8.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger	77
4.8.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger	78
4.8.7 Bemanningmessige virkninger	79
4.8.8 Virkninger for ambulansetjenesten	81
4.8.9 Økonomiske totalvirkninger	82
4.9 OPPSUMMERING	83
4.9.1 Endring av sengebehov	83
4.9.2 Bygnings- og utstyrsinvesteringer	84
4.9.3 Endring av bemanningsbehov	84
4.9.4 Virkninger for ambulansetjenesten	86

1 FAGLIGE KRAV

Sykehusenes faglige standard har vært preget av den medisinske viten brukt av fagfolk fra forskjellige spesialiteter i et sykehusvesen inndelt grovt i region-, sentral- og lokalsykehus. Sykehusenes faglige tilbud har vært preget av en tid der enkeltlegens kunnskaper og ferdigheter har vært sentral, med mindre behov for samarbeid med andre spesialister og annet personell i et teamarbeid. Spesialiseringen har tidligere vært begrenset, og innenfor de store spesialitetene indremedisin og kirurgi, har den enkelte lege behersket diagnostikk og behandling av de vanligste tilstander. I forhold til dagens situasjon har det vært begrensede muligheter både hva gjelder medisinske muligheter og tilgjengelig utstyr. Sykehusenes lokalisasjon og størrelse har vært basert på datidens kommunikasjoner og tilgjengelighet for befolkningen, og det er idag liten uenighet om at man med nåtidens kommunikasjoner kunne klart seg med f.eks. ett sykehus på Helgeland.

Det har gjennom tidene vært lite skriftlige standarder, og det har på mange måter vært fritt frem for hva man kan gjøre de enkelte steder. Dette har for såvidt vært naturlig så lenge den enkelte leges egne kunnskaper har vært begrensende faktor - de fleste har nok vist et fornuftig skjønn, og kjent sin egen begrensning. Utviklingen har imidlertid medført kompliserte prosedyrer, operasjoner etc. som setter krav til såvel teamarbeid som kunnskap om nytt, avansert utstyr. Det er blitt flere leger som skal inneha relevant kompetanse og erfaring, og dette har nødvendiggjort en tydeligere definering av faglige krav. Klargjøring av faglige standarder er et hjelpemiddel til å oppnå god nok kvalitet, og medfører en nødvendig fordeling av arbeidsoppgaver både lokalt, fylkesvis, regionalt og på landsbasis for å gi en rasjonell og god spesialisthelsetjeneste.

Man har startet på topp med å definere en del lands- og flerregionale funksjoner, og de enkelte helseregioner er også i ferd med å lage regionale faglige tilrådinger, så også i helseregion 5. Det er derfor naturlig at de faglige planer for helseregion 5 har rimelig stor tyngde i planlegging av spesialisthelsetjenesten på Helgeland.

Den uttalte spesialisering som idag på godt og vondt preger spesialisthelsetjenesten, er en følge av at det i den rivende utvikling som skjer innenfor de forskjellige fagfelt, ikke er mulig å beherske ferdigheter så bredt som før med de krav som settes til kvalitet. Vi lever også i et internasjonalt samfunn der utveksling av fagfolk over landegrensene øker, og der spesialist-utdannelsen i andre land er mer oppdelt enn den er i vårt land. De spesialister vi mottar fra andre land, både i faste stillinger, og ikke minst som korttidsvikariater, har et langt smalere spektrum for sin spesialitet enn den tradisjonelle norske kirurg og medisiner. Dette vanskeliggjør kompetansen i våre sykehus som hittil har forutsatt mer bredt utdannede spesialister i oppbygging av stillingsstruktur. Vi er imidlertid på vei mot samme spesialisering som i land det er naturlig å sammenligne oss med, og dette preger kravene til fremtidig organisering av sykehusene og spesialisthelsetjenesten forøvrig.

I 1995 har de tre nordnorske fylkeskommunene satt ned et felles politisk Helse- og sosialutvalg for å samordne spesialisthelsetjenestene (sykehustjenestene) i regionen. Det faglige grunnlag for en regional helse- og sosialplan utarbeides i bredt sammensatte faggrupper fra de forskjellige deler av landsdelen.

Utredningene peker på at det er en dramatisk mangel på fagfolk i helseregion 5, dette gjelder både små og store sykehus. Det er flere årsaker til dette: vaktbelastning, generalist-sykehus med lite behandlingsvolum føles faglig utrygt og lite tilfredsstillende. Det er

generelt for få fagfolk, og for stor konkurranse om dem. Det pekes også på et manglende samsvar mellom dagens sykehusstruktur og dagens medisinske standard. I fagutredningene er det bred enighet om at akutt ortopedi, bløtkirurgi og fødselshjelp i fremtiden verken kan, eller bør betjenes av samme kirurg.

Det må bygges opp helsetilbud for gamle (geriatri), og for generell og mer avansert rehabilitering, samt for ortopediske og revmatiske lidelser.

Kompetanseutvikling der primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten er viktige samarbeidspartnere, vil bli sentral for å lykkes med en raskere primærbehandling der tidsfaktoren er kritisk. Dersom minimumskravene til primærbehandling og transport er oppfylt, vil transporttiden til neste behandlingsnivå sjelden være kritisk i helseregion 5.

Enkelte lokalsykehus må opprustes til å kunne gi et fullverdig tilbud innen akutt indremedisin, akutt ortopedi og akutt mage-tarmkirurgi. Befolkningsgrunnlaget ved et slikt akuttsykehus bør være ca. 70 000. Antall sykehus med akutt kirurgisk beredskap bør reduseres. Fødeavdelinger må legges til sykehus med komplett akuttkirurgisk beredskap og må betjenes av gynekologer i vakt.

1.1 Utdrag fra regionale innstillinger viktig for akutt-tilbudet ved sykehusene:

1.1.1 Gruppe for akuttmedisinsk service og beredskap

Avstanden mellom sykehusene i region 5 er uforandret de senere år, men ulike avstandskompenserende endringer gjør at transporttiden stadig reduseres. Bedre veinett, opprettelse av akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK-sentraler), legevaktsentraler (LV-sentraler), legebemannet ambulanshelikopter og spesielle ambulansfly har bedret betingelsene for rask og kompetent medisinsk behandling på alle nivå. Dårlig vær og lysforhold legger sterke begrensinger på bruken av helikopter, mens ambulansflyene har stor regularitet og svært få avvísninger av oppdrag pga. ugunstige vær- og lysforhold.

Akuttmedisinsk beredskap i sykehus er en tverrfaglig beredskap som inkluderer mange legespesialister, spesialsykepleiere og andre kategorier helsepersonell. Anestesilegene utgjør en liten, men viktig del av denne beredskapen. Pr. januar 1996 var anestesilegebemanningen tilfredsstillende på to sykehus i region 5 (RiTø og Harstad), bekymringsfull på fire sykehus (Kirkenes, Hammerfest, NSS og Rana) og kritisk på fem sykehus (Narvik, Stokmarknes, Lofoten, Sandnessjøen og Vefsn).

I to undersøkelser (Nordland og Østfold) har man i ettertid gjennomgått flere tusen øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Resultatene var nesten identiske: Mer enn 90% av pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp, kunne vente mer enn 8 timer på behandling uten at det førte til redusert medisinsk nytte. Indremedisinske problemstillinger, med vekt på pasienter med hjertesykdommer eldre enn 60 år utgjør hovedtyngden av pasientene som trenger rask behandling i sykehus. Langt færre (ca. 2-3%) har behov for operativ hjelp, og kan som oftest vente noe.

Akuttmedisinen har et betydelig potensiale for å hindre tidlig død og begrense helseskade. Godt dokumenterte studier har vist at enkle, tidlig igangsatte tiltak øker overlevelses-sjansene og bedrer behandlingsresultatet. Eksempelvis er dette plutselig hjertedød der behandlingen kan gis raskt, helst ikke mer enn 8-10 minutter etter at bevisstløshet har inntrådt. Likeså ved større skader på flere organsystemer (eks. trafikkulykker). Dette kan ikke oppnås uten at hele tiltakskjeden virker: førstehjelpskunnskapene i befolkningen må

være gode nok, nødmeldetjenesten må fungere slik at pasienten får behandling startet utenfor sykehus, tett fulgt av nøye planlagt transport og oppfølging i få spesialiserte akuttisykehus.

Kjernen i den akuttmedisinske tiltakskjeden i Region 5 må være en godt utbygget 1.linje-tjeneste (primærhelsetjeneste) med velutstyrte ambulanserbiler og faglig oppdatert personell, akuttmedisinsk kompetente kommuneleger og sykepleiere i kommunene!

Eksempelvis bør blodproppoppløsende behandling ved hjerteinfarkt helst starte utenom sykehus, idet den er enkel å utføre (medikament som settes inn i en vanlig blodåre (vene)). En av årsakene til at infarktpasienter sendes i hui og hast med ambulans, fly eller helikopter, er at denne behandling de fleste steder i dag har vært forbeholdt sykehus.

Gjennomføring av bedre behandling utenom sykehus og bedre transport, krever ressurser tilført primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Dette innebærer at også utplassering av «hjerte-startere» inklusive opplæring i bruk vil være sentral.

Det har også til dels vært strid om ambulanshelikopterens plassering. Det er her til dels meningsforskjeller i politisk og fagmedisinske fora. Det er også tegn som tyder på overforbruk av helikopter/fly, der vanlig ambulans ville gitt like gode medisinske resultat.

1.1.2 Gruppen for hjerte- og karsykdommer

Gruppen er i det vesentlige enig med gruppen for akuttmedisinsk beredskap m.h.t. håndtering av akutt hjertesykdom: ambulans bør rykke ut med lege og bærbart EKG-apparat og «Heart start». Hvis kriteriene er tilstede, bør blodpropp-oppløsende behandling startes i hjemmet eller ved ankomst til legevakt. Pasienten anbefales observert i 30 - 60 minutter etter avsluttet blodpropp-oppløsende behandling før start av transport til sykehus med intensivmedisinske ressurser (dvs. i vår modell til sykehus med utvidet akuttberedskap), der man har respirator-mulighet, anestesilege samt spesialist i hjertesykdommer. Dette vil kreve en skolering av primærhelsetjenesten, og det krever også kommunikasjonsutstyr slik at ambulansene er «online» sykehusavdeling for faglig oppfølging under transporten. Man antyder at fremtidens krav til kvalitet, effektivitet, utdanning og opplæring tilsier sykehusenheter med et befolkningsgrunnlag på minst 70 000 innbyggere. Dog fremhever man også at enkelte pasienter, for eksempel sykehjemspasienter selvsagt kan behandles uten sykehusinnleggelse. Dette betyr videre at det vil kunne være en viss «gråson» mellom de hjertepasienter som må til sykehus med utvidet akuttberedskap, og de som kan behandles ved en mindre intensiv institusjon.

1.1.3 Gruppen for ortopedi (ortopedisk kirurgi)

Operasjonsteknikk og utstyr forbedres stadig for alle typer inngrep. Faget har gjennomgått en rivende utvikling, og gjort det mulig å lindre mange smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet med adekvat funksjon beholdt. Kikkerørsteknikken, der man kan inispisere ledd gjennom små åpninger i huden, har vært tilgjengelig i mange år, og det har vært en rivende utvikling fra å drive ren diagnostikk til å foreta avansert leddkirurgi. En viss sentralisering vil av faglige og økonomiske grunner være nødvendig, både der det ikke er mange tilfeller av den enkelte sykdom, og der kostbart utstyr ikke tillater at alle besitter kostbar apparatur for en beskjeden bruk.

Pasientene kan inndeles i etter om diagnostikk/behandling er akutt eller planlagt. Ortopedien utgjør en stor del av det kirurgiske fagfelt. Ortopedisk kirurgi utgjør over 50% av akuttoperasjoner i en kirurgisk avdeling. Det angis at sykehus som gir akuttbehandling til ortopediske pasienter, i tillegg til kirurgisk kompetanse må ha døgnkontinuerlig beredskap av spesialist i anestesi og i røntgen, og sykehuset må ha utbygget tilfredsstillende service fra klinisk-kjemisk laboratorium og blodbank. Det er også forslag om at sykehus som behandler akutte ortopediske pasienter må ha spesialist i ortopedi tilgjengelig på døgnbasis. Det

forventes at det vil være vanskelig for den generelle kirurg å beherske ortopedisk kirurgi. Det pekes også på at Den Norske Lægeforening på landsmøtet i 1995 vedtok at ortopedi igjen skal bli egen spesialitet, slik det er i de fleste land, Skandinavia inkludert. Atskillelsen fra generell kirurgi er ikke iverksatt enda, men man er allerede flere steder i ferd med å innføre atskilte spesialistvakter i kirurgi og ortopedi, ved flere sykehus i landet, også region 5.

1.1.4 Gruppen for mage-tarmsykdommer

Pasienter med mage-tarmsykdommer representerer totalt sett den største akuttmedisinske utfordringen innen den såkalte «bløtkirurgien» (dvs. det som ikke er kirurgi på bein og ledd). Mage-tarmsykdommer krever operativ virksomhet til alle døgnets tider, og mange pasienter trenger høyt kvalifisert overvåking og utredning over flere dager, før det er mulig å avgjøre om det blir operasjon eller ikke. De mest alvorlige tilstandene må overføres til de største sykehusene. Det har vært en revolusjon i operasjonsteknikkene, både for vanlig åpen kirurgi, og ikke minst for «kikkhullskirurgien». Det er således et økende krav til den tekniske utførelse av mage-tarmkirurgien, med tilsvarende økende krav til utdanning og vedlikehold og kompetanse. Det er ikke lenger akseptabelt at kirurger som til daglig ikke stiller med mage-tarmkirurgi på sine vakter skal måtte utføre akuttkirurgi på tilstander de ikke har trening i. Dette vil prege utviklingen av utdannelsen av nye kirurger, og nyutdannede kirurger vil i mindre grad enn tidligere være i stand til å mestre flere kirurgiske grener, ei heller operativ fødselshjelp. Det anbefales å bygge opp avdelinger der det i fremtiden skal gjøres mage-tarmkirurgi med 5 kvalifiserte kirurger slik at man unngår dagens uforsvarlige sårbarhet. Sykehus hvor det skal gjøres akutt magekirurgi, må være fullverdige med tilgang på anestesileger, nødvendige laboratorietjenester og tilstrekkelig røntgenservice døgnet rundt. Gruppen er kritisk til den sporadiske virksomhet innenfor visse typer kirurgi som foregår ved de små sykehus i region 5, inklusive de 3 sykehus på Helgeland. Man foreslår at sykehus som skal drive med akutt mage-tarmkirurgi bør ha ca. 70 000 innbyggere i sitt nedslagsfelt, det vil si at det på Helgeland kun er rom for ett sykehus med denne form for kirurgi.

1.1.5 Gruppe for svangerskap, fødsel, nyfødtpperiode og pediatri

Faggruppen går inn for 2 typer fødeinstitusjoner:

1. Fødeavdelinger med døgnkontinuerlig vaktberedskap av spesialist (gynekolog). For å få akseptabel vaktbelastning og kontinuerlig drift også ved sykdom, fravær og ferier, må man ha 5 gynekologer tilsatt. I tillegg må det være tilfredsstillende anestesilegerberedskap ved sykehuset. Ved de største fødeavdelinger (RiTø og NSS) vil det være barneavdelinger, ved de andre avdelingene bør man ha barnelege ansatt, men barneavdeling er ikke nødvendig.
2. Fødestuer styrt av jordmødre, med kommunelege I som ansvarshavende og spesialister i fødselshjelp/gynekologi og barnesykdommer som konsulenter. Lavrisikofødsler i området selekteres til disse fødestuene.

Man anbefaler å omgjøre mindre fødeavdelinger til fødestuer, men det kan diskuteres om fødestuene skal flyttes ut av sykehusene. Man går inn for å opprettholde antall fødesteder i region 5. Alle kommuner bør ha en organisert ledsager- og transporttjeneste for gravide hvis transporttid til fødested er over en time. Ved overflytting mellom fødeinstitusjoner kan ofte fly eller helikopter brukes hvis det er stor grad av hast, ellers brukes bil/båt/drosje/sykebil.

Når det gjelder pediatri anbefales i Nordland ikke andre nyfødtafdelinger enn ved sentralsykehuset. Det var mindretall for å satse på områdepediatrimodellen, men det er

denne modellen man har anbefalt fra barneavdelingen ved NSS samt at den praktiseres ved Sandnessjøen sykehus.

1.1.6 Gruppe for geriatri

Det er anbefalt at det etableres områdegeriatriske team i hele landsdelen med basis i en helseinstitusjon (sykestue eller sykehus). Det er foreslått opprettet team i de forskjellige landsdeler i helseregion 5, bl.a. 2 for Helgelandsområdet (ett syd for og ett nord for Korgfjellet). Man har anbefalt en modell som i dag drives fra Lenvik kommune (Finnsnes) med henblikk på rehabiliteringsinnsats for gamle. Det medfører rehabiliteringssenger i institusjonen i et tverrfaglig miljø, der det også arbeides poliklinisk med utredning av geriatriske problemstillinger i nærmeste kommuner inklusive rådgivning for sykehjemmene. Arbeidet er utpreget tverrfaglig og ledes av lege med kompetanse i geriatri

1.1.7 Gruppe for ikke-kirurgisk kreftbehandling

Fra flere steder i landet er det positive erfaringer med ambulerende spesialist i kreftsykdommer fra regionsykehus. Dette tilbud håper man kan bli et tilbud til de fagmiljø ved lokalsykehusene som tar seg av kreftpasienter, og styrke faglig kvalitet. Man har anbefalt at det ved hvert lokalsykehus utpekes lege i overordnet stilling som skal ha ansvar for cellegiftbehandlingen ved sykehuset. Hvis det ikke er en ansvarlig overlege, vil det være vanskelig å desentralisere cellegiftbehandlingen. I tillegg anbefales å opprette onkologstilling ved Nordland Sentralsykehus.

1.2 Faglige krav til fødeinstitusjoner - utredningsgruppe for Statens helsetilsyn

En nasjonal utredningsgruppe leverte 1.10.96 en innstilling om krav til fødeinstitusjoner i Norge. Man anbefaler 3 nivåer for fødeinstitusjoner:

1. Kvinneklinikk - minst 1500 fødsler pr. år, eller dersom man mottar fødsler også fra andre områder (selekterte risikofødsler) kan antallet reduseres noe.
(I Nordland vil det kun gjelde Nordland Sentralsykehus)
2. Fødeavdeling - minst 400-500 fødsler pr. år
- vakt av fødsels- og anestesilege
- unntaksvis kirurg i vakt i en overgangsperiode
- nødvendig jordmor/operasjonsstuebemannning
- barnelege tilknyttet fødeavdelingen
3. Fødestue - minst 40 - 50 fødsler pr. år
- kontinuerlig jordmorvakt
- avklarte medisinske ansvarsforhold

Fødestuer kan ha kommunelege eller sykehuslege som oppfølgingsansvarlig lege, og vedkommende bør delta i den vaktordning som er aktuell for jordmødrene å tilkalle som nødhjelp. For fødestue i sykehus er det dermed aktuelt å ha sykehuslege som oppfølgingsansvarlig, mens kommunelege har tilsvarende funksjon for fødestue utenom sykehus. Alle fødestuer bør også ha systemansvarlig lege (dvs ansvar for faglig veiledning/opplæring) som må være spesialist i fødselshjelp, men vedkommende behøver ikke ha sitt daglige arbeid ved fødestuen (kan være ansatt f. eks. ved nærmeste fødeavdeling.)

1.3 Helgelandssykehuset

For å kunne gjennomføre en fremtidig sykehusdrift på Helgeland med 3 sykehusenheter, og samtidig holde seg til aksepterte medisinske standarder, kan man ikke bemanne alle 3 sykehus på Helgeland likt. Det vil verken være pasienter eller fagfolk nok til at alle 3 sykehus kan ha kompetanse på lik linje, ei heller når det gjelder å behandle akutte sykdommer og skader.

Vi ser derfor for oss 3 mulige typer sykehus, som det vil bli redegjort for nedenfor. Men det presiseres at disse 3 sykehus må arbeide som en faglig enhet, og ha hele Helgeland som felles opptaksområde for å kunne utnytte ressursene best, både faglig som økonomisk. Det er heller ikke til å legge skjul på at på faglig hold hadde det vært enklere og like forsvarlig å samle de alle sykehusfunksjonene på ett sted, avstandene på Helgeland til tross.

1.4 Sykehus med utvidet akuttberedskap

Sykehus med utvidet akuttberedskap har fagfolk av forskjellig slag tilgjengelig døgnekontinuerlig slik at man kan behandle de aller fleste akutte sykdommer og skader. I forhold til dagens bemanning ved de 3 Helgelandssykehusene, representerer dette en kvalitetsforbedring. Dette er en beredskap som innbefatter døgnekontinuerlig vakt i intensivmedisin, kirurgi og indremedisin ut over det som er ved sykehus med akuttberedskap. Med slik beredskap kan man ta hånd om sykdommer som krever intensivavdeling med anestesilege i kontinuerlig vakt, samt spesialister i kirurgi og indremedisin i kontinuerlig vakt. I fremtiden kan det også bli behov for ortopeder i separat spesialistvakt siden «bløtdelskirurger» og ortopeder vil ha forskjellig utdanning og ikke kan erstatte hverandre. Dette er i ferd med å bli innført i Norge ikke bare ved region- og sentralsykehus, men også enkelte lokalsykehus, og man må derfor legge opp til denne deling også på Helgeland.

Intensivavdelinger er avdelinger med anestesileger og spesialsykepleiere i kontinuerlig vakt. De tar seg av, i samarbeid med sykehusets øvrig medisinske stab, livstruende tilstander som krever kontinuerlig overvåking av flere livsfunksjoner. Dette er nødvendig ved sykehus som driver større kirurgi, og for kritisk syke indremedisinske pasienter samt fødselskomplikasjoner som ikke overføres til sentralsykehus. Bl.a. der det er stor risiko for, eller etablert behov for respiratorbehandling, vil kun sykehus med utvidet akuttberedskap ha tilstrekkelig kompetanse.

Sykehus med utvidet akuttberedskap krever også spesialsykepleiere og operasjonsteam mv. i vakt. Likeså nødvendige vaktfunksjoner m.h.t. røntgen, klinisk kjemi og blodbank.

Røntgenlege i vakt vil bli nødvendig der man har utvidet akuttberedskap, selv om teleradiologi utenom ordinær arbeidstid til en viss grad kan avhjelpe dagens store mangel på røntgenleger. Imidlertid vil intervensjonsradiologien (der røntgenlegen via røntgen- eller ultralydsutstyr foretar behandlinger) kreve tilstedeværelse av røntgenlege også på vakt, og slik at man må budsjettere ut fra at røntgenlege i vakt blir nødvendig.

For operativ fødselshjelp er man avhengige av den infrastruktur som er ved sykehus med utvidet akuttberedskap (intensivavdeling, anestesileger i vakt). I tillegg må man ha gynekologer i vakt etter hvert som kirurgene ikke lenger har kompetanse i fødselshjelp. Dette betyr at man kun kan ha fødeavdeling ved sykehus som har utvidet akuttberedskap. Det må videre være ansatt barnelege ved sykehus med fødeavdeling.

Minst ett av sykehusene på Helgeland må ha utvidet akuttberedskap. Utover noen års overgangsperiode på «dagens nivå» med generelle kirurger av «gammel type», haltende ordninger med vikarer av forskjellig slag, er det vanskelig å se for seg at man kan bemanne mer enn ett sykehus på Helgeland med utvidet akuttberedskap. Både kravet til volum og kvalitet samt rekrutteringsproblemene bestyrker dette. De krav som settes til ikke minst den enkelte kirurg for å beherske de enkelte operasjonstyper, gjør det vanskelig å tenke seg at man har volum nok til i framtiden å ha 2 like sykehus med utvidet akuttberedskap. I så fall må man regne med at de enkelte sykehus får problem med kvalitet og volum, og kanskje må sende noe mer til sentralsykehusnivå. For utdanningskandidater i kirurgi og medisin, er det sannsynlig større sjanse å få godkjent mer tjeneste på Helgeland med ett sykehus med utvidet akuttberedskap enn det vil være med flere. Små avdelinger har større sjanse for å få redusert tjenestetid som godkjennes for spesialistutdannelse for underordnede leger.

Direkte innleggelse i lokalsykehus med utvidet akuttberedskap vil være naturlig ved tilstander som primærlege vurderer så alvorlig, og der transport er forsvarlig uten stabiliserende behandling i spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap.

Sykehuset vil i tillegg til akuttfunksjonene også ha:

- Sengeavdeling for såvel diagnostikk som behandling. Visse former for planlagt virksomhet krever en indre beredskap som kan bli ganske høy, f.eks større operasjoner med betydelig komplikasjonsrisiko.
- Dagkirurgi, dvs kirurgisk behandling som regel utført av erfaren spesialist. Dagkirurgi kan både gjøres i lokalbedøvelse som i narkose, men hvor pasienten ikke overnatter i sykehusets sengeavdeling. Etter oppvåkning kan pasienten reise hjem eller overnatte i dertil egnet hotellavdeling ved sykehuset. Behandlingen må være godt planlagt og krever grundig informasjon til pasienten både før og etter inngrepet. Åpningstid er oftest fra f.eks kl 07.00 til 18.00-20.00, der legene, anestesisykepleier og operasjonssykepleier er tilstede til ca kl 16.00, men pasienten er under tilsyn i sykehuset til kl 18.00-20.00 om nødvendig.

Dagkirurgi ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil, pga. sterkere infrastruktur, kunne ta seg av noe tyngre dagkirurgi enn hva er forsvarlig ved sykehus med akuttberedskap samt spesialistklinikk. Dagkirurgisk virksomhet må imidlertid koordineres mellom de 3 sykehusene, slik at man ikke foretar uhensiktsmessige overlappinger der kvantiteten ikke er stor nok til det. Med andre ord må det en sterkere styring til, samt at Helgeland må representere et felles ventelisteområde.

- Dagbehandling, f.eks dialyse, cytostatisk poliklinikk, blodtransfusjoner, indremedisinsk utredning og behandling eller invasive røntgenundersøkelser som krever noen timers observasjon.
- Poliklinikker, f.eks innen gynekologi, pediatri, revmatologi, psykiatri, nevrologi, kirurgi, indremedisin mv. For disipliner med stort pasientgrunnlag vil poliklinikkene være faste, mens der pasientgrunnet er mindre og spesialisttilgangen liten, vil det være aktuelt med ambulerende spesialister.

For å utnytte kapasiteten og spesialistene best mulig på Helgeland, vil det sannsynligvis være nødvendig med felles ventelister for Helgelandssykehusene.

Det vil, avhengig av modellskisse, være mulig å foreta en planlagt funksjonsfordeling mellom de tre sykehusenhetene på Helgeland slik at man kan styrke f.eks en spesialistklinikk med faste eller ambulerende planlagte aktiviteter som det er hensiktsmessig ut fra en totalvurdering å legge utenfor sykehus med akuttberedskap eller utvidet akuttberedskap.

1.4.1 Andre spesialiteter

Ved sykehuset med utvidet akuttberedskap vil det naturlig nok være representert andre spesialiteter, men dette må sees i sammenheng med hvordan strukturen blir forøvrig ved Helgelandssykehusene. I en befolkning på under 80 000 må sammensetningen av spesialitetene forøvrig koordineres både av hensyn til behov og realistisk rekruttering. Det er - utenom kirurgi, indremedisin, og intensivavdeling samt evt. fødeavdeling - ikke tenkt kliniske avdelinger med akuttfunksjoner på døgnbasis i de mindre spesialitetene. Denne service vil være på sentral- og/eller regionsykehusnivå.

1.4.2 Psykiatri

Det psykiatriske tilbudet ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil i tillegg til det tilbud for barn, ungdom og voksne som er skissert ved spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap, sette noe større krav til service i forbindelse med større skader, ulykker, forgiftninger, selvmordsproblematikk mv.

1.4.3 Rehabilitering

Også ved sykehus med utvidet akuttberedskap vil det være behov for senger til rehabilitering foruten den polikliniske utredning/behandling som vil foregå. Tilgangen på akuttpasienter vil gjøre rehabiliteringsbehovet noe større i akutfaser (f.eks. sykdommer i sentralnervesystemet, skader i bevegelsesapparatet mv.), men den videre oppfølging i rehabiliteringssammenheng kan foregå også ved andre sykehus enn med utvidet akuttberedskap.

1.4.4 Rekruttering

Sykehus med utvidet akuttberedskap vil for kirurgi og indremedisin spille en viktig rolle for spesialisering for såvel leger, sykepleiere som annet personell. Det vil sannsynligvis være en fordel med rotasjonsordninger for personell ved de andre sykehus ved sykehus med utvidet akuttberedskap for å bibeholde kompetanse, eksempelvis for kirurger.

1.5 Sykehus med akuttberedskap

De tre Helgelandssykehusene har problemer med å rekruttere tilstrekkelig antall legespesialister og annet fagpersonell. Samtidig er det et lite antall akuttpasienter som behandles. Erfaringsgrunnlaget for å behandle disse pasientene, blir derfor lite. Dette taler for sentralisering av behandlingen.

Full sentralisering av akutt-tjenestene vil imidlertid medføre mange transporter over større strekninger, slik at deler av akutt-tjenesten som ikke krever sykehus med utvidet akuttberedskap, faglig lar seg behandle med noe mindre tilbud av høyspesialiserte tjenester.

Akuttberedskap er den beredskap som er nødvendig for å kunne ta hånd om de vanligste akutte tilstander i befolkningen, både der det er ønskelig med nærhet, og der det er viktig å stille rask diagnose samt å komme igang med hurtig behandling.

Sykehus med akuttberedskap vil når det gjelder øyeblikkelig hjelp samarbeide med sykehus med utvidet akuttberedskap, og inngå som en del av det totale sykehusstilbudet på Helgeland. Der det er spesialistklinikk, se nedenfor, vil det også være et samarbeid med denne for de spesialiteter man ikke dekker selv, eller som krever sykehus med utvidet akuttberedskap (evt. høyere nivå). Koordinering av akutte innleggelser på Helgeland bør derfor skje ved en felles sentral for hele området.

Det vil være en fordel om primærlegene i sykehusets vertskommune har sin legevakt, helst kombinert med observasjonssenger, i sykehuset. Dette vil kunne redusere behovet for innleggelser. En slik legevakt med observasjonssenger vil være tilsvarende som ved spesialistklinikk, men man vil ha i tillegg ha akuttberedskap i sykehuset, se nedenfor. Primærlegene skal som før ha hjemmebasert vakt, men bruke sykehusets lokaler og utstyr som legevakt.

Sykehus med akuttberedskap ligner i stor grad dagens lokalsykehus på Helgeland, og vil kunne ta hånd om de fleste av dagens pasienter. Noen flere av dårlige pasienter, spesielt på kirurgisk område, vil flyttes til sykehus med utvidet akuttberedskap (se nedenfor) for å få det behandlingstilbud som for visse sykdommer og behandlinger krever et større oppbud av spesialister og hjelpefunksjoner. Det vil også gjelde sykdommer der dagens lokalsykehusområde er for lite til at f.eks. den enkelte kirurg har stor nok tilgang på pasienter til å kunne ha stor nok erfaring for visse inngrep. Kravene i 90-årene - ikke minst pga. økende spesialisering og tekniske muligheter - er større enn de f.eks. har vært på 1980-tallet.

Sykehus med **akuttberedskap vil ta imot pasienter 24 timer i døgnet**, og må ha nødvendige servicefunksjoner (bl a. røntgenservice og laboratorieservice) på døgnbasis for å kunne ta imot de forskjellige pasientkategorier som er skissert nedenfor. At sykehuset tar imot pasienter også som akutthjelp er dets fortrinn i forhold til spesialistklinikken. Men det medfører også vakttjeneste av nødvendig personell.

1.5.1 Indremedisin

For medisinsk avdeling vil det være bemannet med turnuskandidat og/eller assistentlege i primærvakt og spesialist i bakvakt som nå. Man vil således ha indremedisiner med kompetanse innenfor hjerte-, lunge-, nyre-, fordøyelses-, blod- og hormonsykdommer selv om man ikke har formelle grenspesialister innenfor alle disse disipliner. Planlagte innleggelser og poliklinikk vil foregå som i dag.

Følgende pasientgrupper bør overflyttes til sykehus med utvidet akuttberedskap:

- Respiratorpasienter
- Pasienter med alvorlige infeksjoner
- Kompliserte hjertesykdommer
- Alvorlig syke barn (noen vil bli sendt sentralsykehus)
- Andre alvorlige tilstander

Det er uenighet i fagmiljøet om det vil være forsvarlig å behandle pasienter med hjerteinfarkt i en avdeling uten anestesilege i vakt. Hvis man skal behandle disse pasientene i sykehus med akuttberedskap, vil man måtte opprettholde overvåkingsenhet med spesialsykepleiere. Hvis de fleste pasienter med akutt hjerteinfarkt skal innlegges ved sykehus med utvidet akuttberedskap, vil man ikke ha behov for tradisjonell hjerteovervåkingsenhet ved sykehus med akuttberedskap. Akutt hjerteinfarkt utgjør 7-8% av innleggelsene. I en overvåkingsenhet vil også andre mer alvorlige tilstander kunne observeres. Hvis man ikke har denne overvåkingsenhet, vil flere pasienter måtte sentraliseres til f.eks. sykehus med utvidet akuttberedskap. I den regionale fagplan for behandling av hjerteinfarkt, tar man høyde for at

pasienter f.eks. i sykehjem ikke behøver å bli sendt uten videre til sykehus f.eks. med akutt hjerteinfarkt. En tolkning av dette sier da at enkelte pasienter med infarkt kan behandles mer lokalt, og et sykehus med akuttberedskap skulle dog kunne gi et medisinsk tilbud noe høyere enn et sykehjem.

Avhengig av hvilke kriterier en legger til grunn, vil anslagsvis 80-90% av dagens indremedisinske pasienter kunne behandles i sykehus med akuttberedskap.

Ellers vil sykehus med akuttberedskap være nokså likt spesialistklinikken m.h.t. planlagt virksomhet, f.eks. desentralisert kreftbehandling, dialysebehandling, endoskopivirksomhet.

1.5.2 Kirurgi

Faglige signaler og utviklingstrekk tilsier at fremtidig kirurgisk virksomhet skal baseres på faglig atskillelse av spesialitetene kirurgi og ortopedisk/skadekirurgi. Vi vet fra tidligere registreringer at antallet pasienter på Helgeland som opereres som øyeblikkelig hjelp er svært lite, og at disse pasientene tåler stabilisering og transport før operasjon.

Sentralisering av slik kirurgi til lokalsykehus på Helgeland med utvidet akuttberedskap vil derfor medføre få pasienttransporter. Mange kirurgiske pasienter blir liggende til observasjon og utredning i ett til flere døgn. Med kirurg i vakt kan man unngå at de fleste av disse pasienter må sendes videre. Det anslås at ca. 60 - 80% av dagens kirurgiske pasienter vil ha et behandlingstilbud i sykehus med akuttberedskap, og man må også regne med at pasienter som er operert annet sted, vil bli tilbakeført for postoperativ behandling ved lokalsykehus med akuttberedskap.

Anestesisykepleier i vakt bør det være både av hensyn til medisinsk og kirurgisk avdeling. For å ivareta kirurgisk skadepoliklinikk på døgnbasis, bør det være adekvat hjelpepersonell i vakt (f.eks. operasjonssykepleier).

Anestesilege vil det kun være på dagtid. Man vil da kunne ivareta planlagt (elektiv) kirurgi både som dagkirurgi og med innlagte pasienter på samme måte som ved spesialistklinikk. Behovet for forskjellige typer kirurgi må imidlertid samordnes mellom de forskjellige sykehus på Helgeland, slik at man får både en hensiktsmessig og kvalitetssikret tjeneste.

Den kirurgiske virksomhet forøvrig vil i prinsippet være lik den som foregår ved Spesialistklinikken, se nedenfor.

Man kan også tenke seg å ha enkelte dager i uken med mer utvidet vaktservice (kirurg/anestesisykepleier/hjelpepersonell) slik at man f.eks. kan ha noe større kirurgi disse dager med tilstrekkelig postoperativ beredskap for å møte behovet for reoperasjoner. Man vil dog ikke ha regulær intensivavdeling, slik at større kirurgi der behovet for intensivavdeling er regelmessig, må gå til sykehus med utvidet akuttberedskap.

Det blir også viktig at de enkelte enheter på Helgeland har volum tilstrekkelig for å kunne ha den kompetanse som kreves for akseptabel standard.

1.5.3 Røntgenavdeling

Det vil være røntgenlege på dagtid, mens utenom dagtid er det radiograf i vakt. Teleradiologi benyttes om nødvendig.

1.5.4 Fødestue

Uten anestesisykepleier og gynekolog i vakt vil sykehus med akuttberedskap ikke kunne ha fødeavdeling, men eventuelt fødestue med barselavdeling. Avhengig av hvor mange fødeavdelinger det blir på Helgeland, vil det også måtte vurderes om det er plass til en eller flere

fødestuer hvis det f.eks. skulle være 2 fødeavdelinger på Helgeland. Med 1 fødeavdeling på Helgeland, skulle det være fødsler nok til å opprettholde antall fødesteder.

Ansvarsforhold må avklares før man kan organisere fødestue. Det er noe skepsis blant kirurger å ha fødestue i sykehus, da man frykter at man kan bli presset til å foreta fødselshjelp som man ikke har kompetanse for.

1.5.5 Psykiatri

Psykiatritilbudet, minst på dagens nivå forutsettes opprettholdt med både voksen- og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

1.5.6 Rehabilitering

Rehabiliteringsfunksjon ved sykehus med akutfunksjon vil være tilsvarende som ved spesialistklinikk, se 5.1.1. Dog vil akuttinnleggelsene medføre noe større pasientgrunnlag - ikke minst m.h.t. hjerneslag, m.g.t. rehabiliteringsbehov.

1.5.7 Andre spesialiteter

Andre spesialister vil være i arbeid ved sykehus med akuttberedskap etter samme prinsipp som ved spesialistklinikk - enten fast eller som ambulerende spesialister. Tilbudet må imidlertid koordineres med de andre sykehusene slik at man ikke får overkapasitet noen steder, mens andre tilbud mangler.

1.5.8 Rekruttering

Sykehus med akuttberedskap vil kunne gi en god kvalitet på utdanningstilbud på medisinsk avdeling, slik at det neppe blir problemer med godkjenning her.

Ved kirurgisk avdeling vil godkjenning være avhengig av hvilken operativ virksomhet som foregår. Man vil sannsynligvis måtte søke om godkjenning av rotasjonsordninger for å få en fullverdig tjeneste. På sikt vil det være relevant å vurdere volumet av akutt hjelp.

1.6 Spesialistklinikk

Ett (eventuelt to) av sykehusene kan omgjøres til spesialistklinikk. Dette er et sykehus med sengeavdeling og hjelpefunksjoner tilnærmet som ved dagens sykehus, men med en viktig begrensning at sykehuset ikke tar i mot akutte tilstander (øyeblikkelig hjelp). Minst ett av de to øvrige sykehusene forutsettes å være lokalsykehus med utvidet akuttberedskap, men hvis det kun er en spesialistklinikk og ett sykehus med utvidet akuttberedskap, kan det tredje sykehuset ha vanlig akuttberedskap («lokalsykehus med akuttberedskap»)

Spesialistklinikkenes hovedoppgaver vil hovedsakelig være diagnostikk og planlagt behandling, mens øyeblikkelig hjelpefunksjoner ikke er tenkt rutinemessig. Dette er ikke til hinder for at man innenfor planlagt virksomhet på dagtid kan ta hånd om enkelttilfeller av akutt sykdom som måtte komme til klinikken, og som kan avklares uten å bli sendt videre.

Det vil sannsynligvis være nødvendig å bygge opp en spesialistklinikk rundt de spesialister som allerede er ved de(t) sykehus som tenkes å bli spesialistklinikk. Dette pga. at rekrutteringen ellers vil bli svært vanskelig med dagens spesialisttilgang. Det blir spesialistene som utfører det meste av legearbeidet, idet det begrenser seg hvor mye tjeneste som kan godkjennes i utdanning for underordnede leger ved avdelinger uten akutfunksjoner.

Pasienter som henvises til spesialistklinikken vil derfor i større omfang enn ved andre sykehus møte spesialisten direkte med færre mellomledd. Den enkelte pasient fra Helgeland vil bli henvist til riktig lege uavhengig av hvilket av de tradisjonelle lokalsykehusområdene

vedkommende tilhører. Legene ved spesialistklinikken vil forbruke mindre tid til vaktarbeid, og således konsentrere sin aktivitet om rent spesialistarbeid. Dette representerer spesialistklinikkenes fordel, men pasientene må få akutt hjelp ved et annet sykehus.

Internt organiseres spesialistklinikken tradisjonelt med poliklinikker og sengeavdeling. Vertskommunenes kommunale legevakt bør geografisk ligge i sykehuset. Spesialistklinikken kan opprette en fellesavdeling som fungerer som mottakelsesavdeling, observasjonsavdeling for kommunal legevakt, og på dagtid også som postoperativ observasjonsavdeling for dagkirurgi eller annen behandling av tilsvarende art. Spesialistklinikken bør ha hotellavdeling, og medisinske serviceavdelinger (røntgen, laboratorium, fysioterapitjeneste o.l.) vil være nødvendig. Det vil også være dialyseavsnitt («kunstig nyre»). Rehabiliteringsfunksjoner er naturlig å knytte til spesialistklinikken.

Spesialistklinikken må forøvrig ha de nødvendige ikke-medisinske tjenester (administrative funksjoner, kjøkken, tekniske funksjoner, forsyning av forskjellig slag etc.) som er tilpasset de medisinske funksjoner.

Spesialistklinikken skal ikke ta imot pasienter som krever øyeblikkelig hjelp, disse må henvises sykehus for akutt eller utvidet akuttberedskap. Pasienter kan imidlertid observeres i legevaktens og spesialistklinikkenes felles observasjonsavdeling der det er medisinsk forsvarlig. Legevakten kan benytte sykehusets utstyr (f.eks. røntgen). Pleiepersonalet ved observasjonsavdelingen vil være sykehusansatt.

Den kommunale legevakt vil ha lege i vakt, men det forutsettes ikke tilstedevakt i sykehuset. For å ivareta den nødvendige interne vaktberedskap som er nødvendig m.h.t. legetilsyn utenom ordinær arbeidstid, vil en generell beredskapsordning for sykehusets leger være nødvendig. Denne kan organiseres som en vakt- eller beredskapstjeneste på tvers av spesialitetene. Det vil derfor binde den enkelte lege sjelden (f.eks. hvert 10. døgn). I dag er hyppig vaktbelastning ved små sykehus en av grunnene til at spesialister forlater småsykehusene.

Andre former for mer spesialisert beredskap kan selvsagt også vurderes. Av hensyn til skadekirurgisk poliklinikk kan kirurgvakt frem til ca. kl. 22 vurderes ut fra behov.

Anestesilege vil være tilgjengelig på dagtid når den kirurgiske virksomhet som krever narkose, spinalbedøvelse o.l. gjøres. Det er ikke forutsatt kirurgiske inngrep utover mindre kirurgi ved «småskader» etter ordinær arbeidstid.

Det skal være anestesisykepleiere knyttet til spesialistklinikken, og de kan også tenkes inn i en vaktordning for hjelp i den kombinerte observasjonspost og postoperative avdeling, samtidig som de i vakt utenom dagarbeidstid kan brukes i akuttsituasjoner, også i ledsagertjenesten.

1.6.1 Indremedisin

Medisinsk avdeling bør ha en fagdekning som gjør at man kan dekke de viktigste sykdomskategorier som forutsettes at man skal utrede og behandle ved lokalsykehus. Det er derfor viktig at spesialistene fordeler de ulike grener av medisinen, inklusive desentralisert kreftbehandling, faglig mellom seg. Dette er en forutsetning for å kunne gi et kvalitativt godt tilbud. At man ikke lenger bruker så stor tid til generell indremedisinsk vaktjeneste vil frigjøre tid til viktige, men forsømte områder. Eksempler på dette er astmaskole, diabetes-team, lipidklinikk, rehabilitering av ulike sykdomstilstander. Utredning og behandling/rehabilitering av eldre er viktige områder (geriatri). Endoskopier («kikkehullsundersøkelser») og dialysebehandling (kunstig nyre) inngår i tilbudet.

1.6.2 Kirurgi

Kirurgisk avdeling vil kunne utrede et stort antall kirurgiske lidelser begrenset av den spesialistdekningen man har. Spesielt egnet vil være:

Utredninger, spesielt innen kar/varicekirurgi (blodåre/åreknutekirurgi), urinveiskirurgi (cystoskopi/ ultralyd/rtg) og ortopedi (rtg./arthroskopi/ kliniske vurderinger).

Behandling

Klinikken skal ha en spesialisert og effektiv dagkirurgienhet med postoperative senger og utrednings/behandlingsenger. I tillegg til innlagte og dagkirurgiske pasienter, skal klinikken ha kirurgisk poliklinikk/skadepoliklinikk.

Aktuelle operasjoner vil være f.eks. analkirurgi, enkel barnekirurgi (fimoser, hydroceler, brokk, testisretensjon), en rekke mindre ortopediske inngrep, hånd- og fotkirurgi, dessuten generell kirurgi av typen: varicer, brokk, mammakirurgi og scrotalkirurgi. I øvede hender vil skopkirurgi (eks. laparoskopisk galle, artroskopiske inngrep, urologisk stenfangst) være relevant. Man bør unngå arteriekirurgi, mage-tarmkirurgi, nyre-, prostata- og urinblære-kirurgi, dessuten større ortopediske inngrep.

Gynekologiske operasjoner som ikke representerer vesentlig risiko for blødninger/ reoperasjon vil være aktuelle.

Det vil selvsagt være noe mindre dagkirurgiske muligheter enn i et sykehus der man utover ordinær arbeidstid har muligheter for reoperasjoner på stedet (sykehus med utvidet akuttberedskap).

Det blir som for andre modeller viktig å se den dagkirurgiske virksomhet i sammenheng ved de tre sykehus, idet det kan tenkes at det ikke er grunnlag for at alle 3 sykehus skal drive dagkirurgisk virksomhet innenfor de samme behandlingsprosedyrer. Det er derfor viktig med Helgeland som felles opptaksområde (ett sykehusområde) med felles ventelister, og en styring av virksomheten. Styringsmodellen må gi muligheter for en slik fagstyring slik at det ikke blir alles kamp mot alle.

1.6.3 Røntgenavdeling

Det vil være røntgenlege på dagtid, mens utenom dagtid er det radiograf i vakt. Nødvendig konsulenttjeneste på vakt løses ved hjelp av teleradiologi hvis pasienten ikke sendes.

1.6.4 Fødestue

Spesialistklinikken har verken anestesilege eller gynekolog i vakt, og eventuell føde-virksomhet knyttet til spesialistklinikken vil derfor måtte være fødestue. I tillegg vil man ta mot fødende med barn etter fødsel ved fødeavdeling på Helgeland eller sentralsykehus.

I henhold til utredning fra Statens Helsetilsyn pr. 1.10.96 er det ikke avklart ansvarsforhold for fødestuer, men der det ikke er ansatt spesialist i fødselshjelp som konsulent for fødestue, bør avdelingsoverlege eller annen overlege ved samarbeidende fødeinstitusjon ha et systemansvar for rutiner, bemanningsplaner og krav til utstyr og lokaliteter. Den daglige fødselshjelp vil det være jordmødre som tar seg av. Seleksjonen til fødestuer der det ikke er sykehus med utvidet akuttberedskap inkl. fødeavdeling i nærheten, vil Statens Helsetilsyns utvalg ikke anbefale som fødested for førstegangsfødende.

Det er også kjent at kommunelegene på Helgeland ikke ønsker å ta ansvar for fødestue (bortsett fra i Brønnøysund).

1.6.5 Psykiatri

Psykiatritilbudet, minst på dagens nivå forutsettes opprettholdt med både voksen- og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

1.6.6 Rehabilitering

Rehabiliteringsfunksjon vil være aktuell ved spesialistklinikk, særlig i relasjon til kronikere (bl.a. revmatikere, slagpasienter, lungelidelser), og også som ledd i funksjonsdiagnostikk og vurdering av rehabiliteringspotensiale. For rehabiliteringstjenesten vil man trenge senger idet deler av rehabiliteringstjenestene ikke kan gjennomføres poliklinisk. Servicefunksjoner som laboratorium, røntgen, ergoterapi, fysioterapitjenester er nødvendige også i denne sammenheng. Siden spesialistklinikken ikke har akuttfunksjoner vil det bli enkelte tilstander der rehabilitering starter mens pasienten er i «akutt sykehuset», men rehabiliteringen kan videreføres for de fleste vanlige tilstander i spesialistklinikken. Dog vil det være naturlig at man for rehabiliteringsfunksjoner som det faglig ikke er grunnlag for på 3 steder på Helgeland, vurderer hvor disse skal ligge - f.eks. ved spesialistklinikk - for å gi en rimelig fordeling av arbeidsoppgaver mellom de 3 sykehusenhetene i «Helgelands-sykehuset».

1.6.7 Andre spesialiteter

Andre spesialister i flerpraksis, enepraksis og ambulant virksomhet, vil arbeide ved klinikken. Avhengig av behov vil det være spesialister i f.eks. øre-nese-hals, øye, revmatologi, hud, pediatri, nevrologi og gynekologi som vil ha sin virksomhet helt eller delvis ved en spesialistklinikk.

Akutt syke barn skal innlegges ved sykehus med utvidet akuttberedskap, eller ved sentralsykehusets barneavdeling der det er nødvendig. Utredning og kontroll av barn med forskjellige typer sykdommer kan imidlertid foregå ved spesialistklinikken poliklinikk når pediater er tilgjengelig.

1.6.8 Rekruttering

Det er grunn til å tro at det vil være mulig å rekruttere og beholde leger ved spesialistklinikk i hvert fall på kort sikt. Rekruttering av spesialister/subspesialister til en fagting spesialistklinik uten omfattende vaktberedskap der spesialisten kan disponere sin tid til utredning/ behandling av pasienter innen eget fagfelt, kan tenkes å bli lettere. I forhold til dagens skjeve forbruk av spesialistarbeidskraft med stor vekt på ressurskrevende vakter vil dette også kunne være en fordel. Fremtidige legespesialister (hvor også kvinneandelen er større enn i dag) kan kanskje tenkes å velge mindre vakttunge arbeidsplasser. Vi vet også at døgnvakter er slitsomme, og at mange leger ønsker å slippe vakter når de nærmer seg 60 år.

Rekruttering av andre yrkeskategorier er mulig mer avhengig av infrastrukturen forøvrig på stedet, selv om også mindre steder har hatt et godt rekrutteringspotensiale (eksempelvis Brønnøysundregistrene)

Turnuskandidater og assistentleger vil innen et organisatorisk samordnet Helgelandssykehus kunne få en god opplæringsdel ved rotasjonstjeneste ved spesialistklinikken. Det er foreløpig ikke avklart om man vil få godkjennelse for dette. Spesialister og annet nøkkelpersonell bør også kunne disponeres mer fritt mellom sykehusenhetene ved vakanser, temauker etc.

1.7 Funksjonsfordeling mellom sykehusene

For å utnytte både de faglige og økonomiske ressurser best mulig, er det viktig at man legger opp til fordeling av funksjoner slik at man ikke skaper overkapasitet på enkelte områder, og så har problemer med andre fagområder. Det er naturlig å ta utgangspunkt i de eksisterende spesialiteter på Helgeland, idet fagpersonene i de forskjellige spesialiststillinger er dagens ressurspersoner som man bygger spesialisthelsetjenesten på de første årene. Det blir derfor - uansett modell - viktig at man lager tillempede overgangsordninger. Overgangsordninger bør imidlertid ikke være langvarige, da det er viktig å komme til en stabil

situasjon man kan leve med og møte morgendagens krav. Eksempelvis vil man neppe kunne gå fra nåværende situasjon med 3 fødeavdelinger - med et ikke godt nok tilbud på kompetente leger til enhver tid - over til 1 fødeavdeling uten å måtte ha noen års overgangsperiode med 2 avdelinger. Det vil neppe være mulig å gå fra 3 likeverdige akutt-sykehus med noe varierende kompetanse fra dag til dag, over til ett sykehus som skal ha utvidet akuttberedskap, uten en overgang på noen få år. Man må i denne overgangsperiode basere seg på at man enda har noen kirurger av den «gamle skole», men ikke la seg forlede til å tro at man kan basere seg på dette utover et begrenset antall år. Man må derfor ikke miste det endelige mål, slik at man lokkes til å la overgangsordninger bli langvarige. Man vil da bare forskyve problemene foran seg, og kan komme i en like vanskelig situasjon som sykehusene har i dag med å rekruttere fagfolk.

Vi vil i mange år ha legemangel, og må derfor ha en struktur som gjør det faglig forsvarlig for den enkelte lege å arbeide innenfor sykehusene på Helgeland. I tillegg er det selvsagt viktig at pasientene skal være trygge på at kompetansen er riktig på det enkelte sykehus, og at det nødvendigvis gjør funksjonsfordeling - også når det gjelder akutte tilstander.

Vi må i fremtiden regne med å måtte ha utenlandske leger som arbeider i Norge, og vi må ha en faglig oppbygging av det enkelte sykehus som er tilpasset den kompetanse utenlandske spesialister har. De har oftere en «smalere» spesialkompetanse enn den «gamle» norske kirurg og indremedisiner, og kan således ikke arbeide så bredt. Den struktur vi legger opp til ivaretar også grunnlaget for dette. Det vil være blåøyd å tenke seg at man skal kunne utdanne fortidens med «generelle spesialister» i Norge for å bevare nåværende sykehus-struktur og funksjon.

2 PASIENTUNDERSØKELSEN

2.1 Opplegg og metode

Pasientundersøkelsen ble gjennomført i perioden 18. september til 15. oktober, en periode på 4 uker. Den tok for seg alle pasienter som ble innlagt eller kom til poliklinisk behandling som øyeblikkelig hjelp. Undersøkelsen gjaldt i prinsippet alle sykehussinleggelses som gjaldt helgelendinger, også de som ble sendt til sykehus utenfor Helgeland.

Skjemaet var delt i tre, en del som ble fylt ut av henvisende lege, en del som ble fylt ut i mottakelsen og en tredje som ble fylt ut på poliklinikken (polikliniske pasienter), eller av ansvarlig postlege neste dag (innlagte pasienter).

Det ble oppnevnt en faglig koordinator for hvert sykehus som har stått for informasjon, kvalitetssikring og datainnsamling. Behandlingen av anonymiserte data er blitt foretatt av konsulentfirmaet Agenda.

2.2 Datagrunnlag

Pasientundersøkelsen ble gjennomført i perioden 18. september til 15. oktober, en periode på 4 uker.

Tabell 2.5 viser hvor mange pasienter undersøkelsen bygger på

Beh nivå	Sand sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Kirurgisk avdeling	56	48	24	128
Kir poliklinikk	60	66	98	224
Med avdeling	89	65	106	260
Med poliklinikk	2	6	10	18
Vurdert i mottakelsen	1	8	78	87
Ubesvart	26	13	4	43
Totalt	234	206	320	760

Tabell 2.1 Grunnlaget for undersøkelsen

Kirurgiske ø-hjelp innleggelses	S. sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Vanlig arbeidstid hverdager	18	21	7	39
Utenfor normal arbeidstid hverdager	38	24	17	79
Tidspunkt ikke oppgitt		3		3
Totalt	56	48	24	119

Tabell 2.2 Antall kirurgiske ø-hjelpsinnleggelses fordelt på sykehus og hvorvidt innleggelsen skjedde innenfor eller utenfor normal arbeidstid på hverdager

	S sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Vanlig arbeidstid hverdager	43	48	57	148
Utenfor normal arbeidstid hverdager	17	25	114	156
Tidspunkt ikke oppgitt		1	2	7
Totalt	61	74	176	311

Tabell 2.3 Antall kirurgiske polikliniske pasienter, ø-hjelp, fordelt på sykehus og hvorvidt behandlingen skjedde innenfor eller utenfor normal arbeidstid på hverdager

Da det går fram at «bare vurdert i mottakelsen» i høy grad er poliklinisk kirurgisk er disse tatt med i tallene for kirurgisk poliklinikk.

	S. sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Vanlig arbeidstid hverdager	40	17	34	91
Utenfor normal arbeidstid hverdager	48	47	70	165
Tidspunkt ikke oppgitt	1	1	2	4
Totalt	89	65	106	260

Tabell 2.4 Antall medisinske ø-hjelpsinnleggelser fordelt på sykehus og hvorvidt innleggelsen skjedde innenfor eller utenfor normal arbeidstid på hverdager

	S. sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Vanlig arbeidstid hverdager	2	6	4	12
Utenfor normal arbeidstid hverdager			6	6
Tidspunkt ikke oppgitt				
Totalt	2	6	10	18

Tabell 2.5 Antall medisinske polikliniske pasienter, ø-hjelp, fordelt på sykehus og hvorvidt behandlingen skjedde innenfor eller utenfor normal arbeidstid på hverdager

2.3 Resultater

2.3.1 Innleggelser som i dag går ut fra Helgeland

Vi har ikke fått registreringer for innleggelser til sykehusene utenfor Helgeland.

2.3.2 Innleggelser ved kirurgisk avdeling

Kirurgi	Normal arbeidstid hverdager		Utenfor normal arbeidstid hverdager		Totalt inkl uoppgitt tidspunkt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Antall observasjoner	46		79		128	
Primærhelsetjenesten/ Poliklinisk	1	2 %	0	0 %	1	1 %
Spesialistklinikk	27	59 %	16	20 %	43	35 %
Sykehus med akuttberedskap	27	59 %	39	49 %	68	53 %

Tabell 2.6 Antall og andel kirurgiske ø-hjelpspasienter som kan tas hånd av primærhelsetjenesten eller vært poliklinisk, ved spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap

Kirurgi	Sandnessjøen		Vefsn		Rana	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Antall observasjoner	56		48		24	
Primærhelsetjenesten/ Poliklinisk	1	2 %	0	0 %	0	0 %
Spesialistklinikk	14	25 %	20	42 %	8	33 %
Sykehus med akuttberedskap	20	36 %	30	63 %	18	75 %

Tabell 2.7 Antall og andel kirurgiske ø-hjelpspasienter som kan tas hånd av primærhelsetjenesten eller vært poliklinisk, ved spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap oppdelt pr sykehus.

2.3.3 Innleggelser ved medisinsk avdeling

Indremedisin	Normal arbeidstid hverdager		Utenfor normal arbeidstid hverdager		Totalt inkl uoppgitt tidspunkt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Antall observasjoner	91		165		260	
Primærhelsetjenesten/ Poliklinisk	0	0 %	1	1 %	2	1 %
Spesialistklinikk	62	68 %	33	20 %	96	37 %
Sykehus med akuttberedskap	69	76 %	100	61 %	172	66 %

Tabell 2.8 Antall og andel medisinske ø-hjelpspasienter som kan tas hånd av primærhelsetjenesten eller vært poliklinisk, ved spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap

Indremedisin	Sandnessjøen		Vefsn		Rana	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Antall observasjoner	89		65		106	
Primærhelsetjenesten/ Poliklinisk	0	0 %	1	2 %	1	1 %
Spesialistklinikk	31	35 %	19	29 %	38	36 %
Sykehus med akuttberedskap	58	65 %	44	68 %	70	66 %

Tabell 2.9 Antall og andel medisinske ø-hjelpspasienter som kan tas hånd av primærhelsetjenesten eller vært poliklinisk, ved spesialistklinikk eller ved sykehus med akuttberedskap oppdelt pr sykehus.

2.3.4 Kirurgisk poliklinikk

I tabellen nedenfor tar vi for oss pasientene som ble tatt hånd om utenfor normal arbeidstid på hverdager.

Kirurgiske ø-hjelp poliklinikk	Fram til 22 på hverdager	Helg og hverdag etter 22	Sum
Antall totalt	73	83	156
Ville blitt sendt til annet sykehus (absolutte tall)	11	12	23
Ville blitt sendt til annet sykehus (andel)	15%	14%	15%

Tabell 2.10 Antall kirurgiske polikliniske pasienter, ø-hjelp utenfor normal arbeidstid på hverdager, antall og andel som ville bli sendt til annet sykehus fordelt på ettermiddag på hverdager og helg/hverdagsnetter

Kirurgiske ø-hjelp poliklinikk	Sand sjøen	Vefsn	Rana	Sum
Antall totalt	17	25	114	156
Ville blitt sendt til annet sykehus (absolutte tall)	4	7	12	23
Ville blitt sendt til annet sykehus (andel)	24%	28%	11%	15%

Tabell 2.11 Antall kirurgiske polikliniske pasienter, ø-hjelp utenfor normal arbeidstid på hverdager, antall og andel som ville bli sendt til annet sykehus, oppdelt pr sykehus

2.3.5 Medisinsk poliklinikk

1 av de 6 tilfellene som er registrert utenfor vanlig arbeidstid på hverdager ville bli sendt videre til annet sykehus.

2.4 Bruk av resultater

På bakgrunn av resultatene fra tabell 2.6 og 2.9 samt de forhold som er nevnt nedenfor har vi kommet fram til at sykehus med akuttberedskap og spesialistklinikk kan ta seg følgende andeler av gjennomsnittlig andel inneliggende pasienter fra nåværende sykehus nedslagsfelt:

- Etter en sjekk av bakgrunn, bl.aa bakgrunn for angivelse av intensivavdeling som nødvendig observasjonsnivå, har vi forhøyet anslagene for behandling av *indremedisinske pasienter ved akutt sykehus til 80 %* (fra 67 % i undersøkelsen) og ved *spesialistklinikk til 40 %* (fra 37 % i undersøkelsen)

-
- Vi har undersøkt antall pasienter og ikke gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter. Dette gjør at gjennomsnittlig liggetid er avgjørende. En stor del av de kirurgiske pasientene som kunne tas hånd ved spesialistklinikk eller sykehus med akuttberedskap var det ikke aktuelt å operere. Da det er sannsynlig at denne gruppen har kortere gjennomsnittlig liggetid enn de øvrige pasientene har vi redusert andelen for andelen *kirurgiske inneliggende pasienter til 45% (fra 53 % i undersøkelsen)* ved sykehus med akuttberedskap og *til 25 % (fra 35 % i undersøkelsen)* for spesialistklinikk

3 PRINSIPPER FOR KONSEKVENSBEREGNINGENE

3.1 Utgangspunkt i 1995 som beregningsgrunnlag

Alle konsekvenser beregnes i forhold til driftsåret 1995 som i resten av dette dokumentet betegnes som BASIS. Dette gjelder:

- Behandlingsaktivitet hvor alle modellene forutsettes å kunne gi samme tilbud som i 1995
- Økonomi hvor alle modellene kostnadsberegnes ut fra hva de vil koste mer eller mindre i forhold til sykehusenes økonomiske driftsgrunnlag i 1995
- Bygninger, utstyr og sengekapasitet hvor alle modellene vurderes ut fra disse ressursene slik de var i 1995, med unntak av at en har forutsatt pågående utbygging ved Rana sykehus ferdigstilt
- Ambulansetjenesten hvor konsekvensene i alle modellene beregnes ut fra den vedtatte ambulans planen. I forholdet til opptrappingsplanen er det valgt å bruke nivået pr januar 96 som sammenlikningsgrunnlag

Ideelt sett kunne det imidlertid vært ønskelig også å beregne konsekvensene ut fra mulige endringer i:

- Befolkningsmengde og sammensetning
- Forbruksnivå på sykehustjenester
- Medisinsk og teknologisk utvikling
- Planlagte omstruktureringer ved sykehusene som ligger i fylkeskommunens langsiktige planlegging
- Dokumenterte mangler og udekkede behov i dagens situasjon

Ut fra den nåværende viten er det ikke gjort korrigeringer i beregningsgrunnlaget mht framtidige endringer i befolkningsmengde og sammensetning, forbruksnivå på sykehustjenester eller medisinsk og teknologisk utvikling.

Det er videre forutsatt at de delene av virksomheten som var finansiert ved særskilte statsmidler i 1995 fortsetter omlag på samme nivå.

Når det senere i planen henvises til BASIS er det forutsetningene ovenfor som er lagt til grunn.

3.2 Forutsetninger for beregning av pasientstrømmer

Følgende forutsetninger er lagt til grunn for beregning av fordeling av pasientstrømmene i de ulike modellene:

- Utgangspunktet tas i antall pasienter fra hver kommune som ble behandlet ved den enkelte avdeling ved sykehusene på Helgeland i 1995
- Vi har forutsatt en uendret arbeidsfordeling mellom Helgelandssykehusene og øvrige sykehus med unntak av de tilfeller der geografien til sier at en benytter Bodø eller Namdal. Bedret beredskapsnivå vil kunne føre til at pasienter som i dag behandles

utenfor fylket kan gis et tilbud på Helgeland. En vurderer det imidlertid slik at manglende viten om dagens tilbud ved lokalsykehusene blant primærlegene (skyldes manglende stabil primærlegedekning) er den viktigste grunnen til at pasienter sendes ut av Helgeland i større grad enn nødvendig. Pasientundersøkelsen har ikke gitt en forventet avklaring på hvor mange pasienter økt beredskap kan bidra til å beholde på Helgeland. En har vurdert at økt beredskap kan føre til at et fåtall pasienter vil kunne få behandling på Helgeland som i dag sendes til andre sykehus, men at en mer permanent primærlegedekning antagelig vil ha større effekt.

Ut fra beskrivelsen av de ulike modellene omfordelles pasientene til de forskjellige sykehusene. Generelt legges den fordeling som beskrives i underavsnittene som følger til grunn.

3.2.1 Øyeblikkelig hjelp innenfor kirurgi og medisin

- Korteste reisevei i tid brukes som kriterium for å bestemme hvilket sykehus de ulike kommunene skal sokne til. Dog med unntak for kommunene Brønnøy og Sømna som i dag sokner til Sandnessjøen sykehus til tross for at avstanden i tid er kortere til Vefsn. Tabell 3.1 viser hvilket sykehus som vil være utvidet akutt sykehus for innbyggerne i de ulike kommunene i de ulike modellene.
- Sykehus med akuttberedskap vil ha samme nedslagsfelt som i dag.
- Spesialistklinikk antar vi vil få et snevrere nedslagsfelt. Vi antar at nedslagsfeltet her bare vil være fra områder der opphold på spesialistklinikken ikke medfører vesentlig unødig reisevei fra hjem/skadested til sykehus med utvidet akuttberedskap. I de modellene der sykehusene er spesialistklinikk vil de ha følgende nedslagsfelt:
 - Vefsn: Samme som for akutt sykehus. Vefsn, Grane og Hattfjelldal
 - Rana: Bare Hemnes og Rana.
 - Sandnessjøen: Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna
- For pasienter som ikke kan gis behandling ved spesialistklinikk eller sykehus med akuttberedskap vil pasientene bli lagt inn ved sykehus med akutt sykehus med utvidet akuttberedskap slik det går fram av tabell 3.1.

	Modell						
	0 og 1	2A	2B	2C	3A	3B	3C
Sømna	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Namdal	Sa. sj	Vefsn
Brønnøy	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Namdal	Sa. sj	Vefsn
Vega	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Vevelstad	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Herøy (N.)	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Alstahaug	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Leirfjord	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Vefsn	Vefsn	Sa. sj	Vefsn	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Grane	Vefsn	Sa. sj	Vefsn	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Hattfjelldal	Vefsn	Sa. sj	Vefsn	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Dønna	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Vefsn	Rana	Sa. sj	Vefsn
Nesna	Rana	Rana	Sa. sj	Rana	Rana	Sa. sj	Vefsn
Hømnes	Rana	Rana	Vefsn	Rana	Rana	Sa. sj	Vefsn
Rana	Rana	Rana	Vefsn	Rana	Rana	Sa. sj	Vefsn
Lurøy	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Rana	Rana	Sa. sj	Vefsn
innland	/Rana	/Rana					
Træna,	Sa. sj	Sa. sj	Sa. sj	Rana	Rana	Sa. sj	Vefsn
Lurøy øyer							
Rødøy	Rana	Rana	Bodø	Rana	Rana	Bodø	Bodø

Tabell 3.1 Hvilket sykehus vil være sykehus med utvidet akuttberedskap for hvilke kommuner i de ulike modellene

- Det forutsettes at spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap andelsmessig tar hånd om inneliggende øyeblikkelig hjelp pasienter fra nedslagsfelt definert ovenfor slik det går fram av tabell 3.2. Tallene har kommet fram på basis av pasientundersøkelsen slik det er beskrevet i kapittel 2.

	I dag			Spesialistklinikk	Sykehus med akuttberedskap
	Sandnes-sjøen	Vefsn	Rana	Alle sykehus, redusert opptaksområde	Alle sykehus
Medisin, ø-hjelp	91 %	97 %	95 %	40 %	80 %
Kirurgi, ø-hjelp	91 %	87 %	93 %	25 %	45 %

Tabell 3.2 Andel gjennomsnittlig antall pasienter fra opptaksområder som håndteres med dagens struktur, spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap oppdelt på fag, øyeblikkelig hjelp

3.2.2 Føde

- Ved omdanning av nåværende fødeavdelinger til fødestuer er det forutsatt at fødestuene dekker 50 prosent av det gjennomsnittlige antall inneliggende fødepasienter fra hele det nåværende opptaksområdet. Dette er gjort med basis i de faglige rådene gitt av utredningsgruppen nedsatt av Statens Helsetilsyn og forutsetter at fødestuene bare unntaksvis tar imot førstegangs fødende.

3.2.3 Planlagt virksomhet

- Poliklinisk virksomhet og dagkirurgi forutsettes opprettholdt på samme nivå ved de ulike sykehusene i alle modellene.
- Det forutsettes at spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap andelsmessig tar hånd om inneliggende planlagte pasienter fra *sine nåværende nedslagsfelt* slik det går fram av tabell 3.3
- Det er forutsatt at pasientene, som ikke gis tilbud ved sykehus med akuttberedskap eller ved en spesialistklinikk, vil få tilbud ved det sykehuset med utvidet akuttberedskap som ligger nærmest slik det går fram av tabell 3.1

	I dag			Spesialistklinikk	Sykehus med akuttberedskap
	Sandnes-sjøen	Vefsn	Rana	Alle sykehus	Alle sykehus
Medisin				Som i dag	Som i dag
Kirurgi	70 %	73 %	88 %	0 %	50 %

Tabell 3.3 *Andel gjennomsnittlig antall pasienter fra nåværende opptaksområder som håndteres med dagens struktur, spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap oppdelt på fag, planlagt virksomhet*

3.3 Forutsetninger for beregning av sengebehov

I beregning av sengebehovet er følgende forhold lagt til grunn for å anslå beleggsprosent:

- Ut fra variasjonene over år eller uke når det gjelder øyeblikkelig hjelp-pasienter er det ikke behov for å beregne ekstra behov for gjennomsnittlig ledig kapasitet.
- Er det i gjennomsnitt 30 pasienter ved en avdeling synes det, ut fra situasjonen på Helgeland, riktig å anta en beleggsprosent på 86 prosent for å unngå hyppig forekomst av korridorpatienter. Den ledige kapasiteten, 14 prosent ved gjennomsnittlig belegg på 30 pasienter, som skal til for å takle variasjonene i belegg og hindre hyppig forekomst av korridorpatienter avtar når avdelingens størrelse økes.

Skal en holde sjansen for å unngå overbelegg konstant gir dette en beleggsprosent på 83 prosent ved et gjennomsnittlig belegg på 20 pasienter og på 78 prosent ved et gjennomsnittlig belegg på 10 pasienter.

I tillegg er det ved beregning av sengebehov tatt hensyn til at sykehusene stenger hele eller deler av sengeavdelinger i ferier og høytider.

		BASIS, beregnet	Senger i bruk i 1995
Rana sykehus	Kirurgi/Ortopedi	43	46
	Føde	12	12
	Medisin	38	36
	Totalt	93	94
Vefsn sykehus	Kirurgi/Ortopedi	16	20
	Føde	5	5
	Medisin	20	20
	Totalt	41	45
Sandnessjøen sykehus	Kirurgi/Ortopedi	31	30
	Føde	8	7
	Medisin	37	34
	Totalt	76	71
Alle sykehus	Kirurgi/Ortopedi	90	96
	Føde	25	24
	Medisin	116	115
	Totalt	241	245

Tabell 3.4 Beregning av sengebehov i BASIS og senger i bruk i 1995

Behovet for senger for både BASIS og de ulike modellene er beregnet ut fra disse forutsetningene.

Sengebehovet slik det er beregnet i BASIS uttrykker det antall senger det var nødvendig å ta i bruk i 1995 for å kunne ta i mot de aktuelle pasientene. BASIS vil bli sammenliknet med beregnet sengebehov for hver avdeling på hvert sykehus i de ulike modellene.

Endring av sengebehovet (forskjellen mellom de ulike modellene og BASIS) vil bli brukt for å dimensjonere de ulike avdelingene ved sykehusene i de ulike modellene, både bemanningsmessig og rent fysisk.

3.4 Forutsetninger for beregning av avdelingsstruktur og endringer i bemanning

Avdelingsstruktur, bygnings- og utstyrsbehov beregnes på følgende måte:

- På grunnlag av dagens struktur og endring i sengebehovet beskrives en avdelings- og poststruktur for sykehusene i alle modellene.
- Avdelings- og poststrukturen samt kravene til beredskapsnivå er grunnlaget for å beregne bemanningen for de kliniske avdelingene.
- Endringene for bemanningen ved serviceavdelingene beregnes på bakgrunn av følgende endringer:
 - Kravene til beredskapsnivå og omfang av utrykning utenfor normal arbeidstid på hverdager
 - Endring i behovet for service fra de ulike serviceavdelingene ut fra de ulike faktorene som er beskrevet i tabell 3.5 med normal arbeidstid hverdager

- Det gjøres i utgangspunktet en konkret vurdering av bemanningen i de ulike modellene. Eksempel: Når fødeavdelingen ved Rana sykehus øker fra ca 450 til ca 600 fødsler i modell 3A er det forutsatt at det ikke fører til en økning av antall jordmødre tilstede på nattevakt
- For de funksjoner (opplistet i tabell 3.5) der organiseringen er lik i ulike modeller, men arbeidsbelastningen ulik, forutsettes det at en endring på 10 prosent i oppgaver vil gi en endring på 7,5 prosent i bemanning.
- Ved en sammenslåing av to eller tre like enheter til en, gjelder felles ledelse og administrasjon og IT, forutsettes det at den ene enheten kan klare å gjøre jobben med 75 % av den samlede bemanningen for de tre enhetene. For modell 3 variantene har vi forutsatt at administrasjon og ledelse samles ved det sykehuset som har utvidet beredskap, dog slik at de 2 andre sykehusene får en miniadministrasjon på 3,5 stillinger (en «daglig leder» og 2,5 stillinger som tar vare på personal/lønn/IT-funksjonene som krever folk på stedet) For modell 2 variantene har vi forutsatt at en slik gevinst bare kan oppnås ved en felles administrasjon av to sykehus. For modell 0 og 1 har vi ikke forutsatt at en kan oppnå besparelser innenfor felles ledelse og administrasjon.

Avdeling/funksjon	Hovedfaktorer	Tilleggsfaktorer
Skrivestue	Antall inneliggende pasienter	Polikliniske pasienter
Resepsjon/Ekspedisjon	Totalt aktivitetsnivå, dagtid	
Røntgen	Endringer i antall inneliggende pasienter. Kirurgi viktigst	2/3 av behovet er poliklinisk
Laboratorium	Endringer i antall inneliggende pasienter. Medisin viktigst	1/2 av behovet er poliklinisk
Operasjon	Antall og type operasjoner	
Fysioterapi/Rehab	Antall inneliggende pasienter	Omfanget av lunge- og ortopedipasienter, rehab behov
Kjøkken	Antall inneliggende pasienter	Antall ansatte
Teknisk	Bygningsmasse	Omfang og bruksfrekvens for utstyr
Renhold	Areal som skal vaskes	Behovet pr arealenhet

Tabell 3.5 Faktorer som styrer behovet for service fra ulike serviceavdelinger eller funksjoner på hverdager innenfor normal arbeidstid

3.5 Beredskapskrav

I kapittel 1 er beredskapsnivået beskrevet noe rundt. I iverksettelsesfasen vil en måtte detaljere innhold og beredskapsnivå mer presist, kanskje noe annerledes enn slik det er gjort i dette avsnittet.

De bemanningsmessige virkninger er beregnet ut fra de krav til beredskapsnivå som går fram av dette avsnittet.

Når det gjelder underordnede legestillinger (både turnuskandidater og assistentleger) er det når rapporten skrives meget usikkert hvorvidt, og i så fall hvor omfattende en godkjenning av tjeneste både ved spesialistklinikk og sykehus med akuttberedskap vil bli. For rekruttering til legestillinger har vi forutsatt at antall underordnede legestillinger på Helgeland samlet for de tre sykehusene er like mange for alle modellene. For sykehusene med spesialistklinikk og for sykehus med akuttberedskap har vi forutsatt et antall underordnede stillinger slik det går fram av beskrivelsene i de neste underavsnittene. Hvis restriksjonene for godkjenning ikke gjør dette mulig, vil disse underordnede legestillingene måtte overføres til sykehusene med utvidet akuttberedskap.

3.5.1 Sykehus med utvidet akuttberedskap

- Kirurg, indremedisiner, anestesilege og radiolog i vakt. Der må være minimum 4 stillingshjemler for hver type spesialist
- Deling av bløtdelskirurgi og ortopedi i to separate vaktteam, minimum 4 stillingshjemler for hver type
- Lege, 1 anestesisykepleier, 2 operasjonssykepleiere (1 kan være hjelpepleier), 1 radiograf og 1 bioingeniør tilstede på sykehuset. Tilstede kan bety på vaktrom ved liten aktivitet. I tillegg 1 anestesisykepleier i hjemnevakt.
- Sykehus med fødeavdeling må i tillegg ha gynekolog i vakt (minimum 4 stillingshjemler), samt ha ansatt barnelege.

3.5.2 Sykehus med akuttberedskap

Sykehuset får følgende endringer i forhold til dagens situasjon:

- Anestesilege på dagtid. I perioder der sykehuset utfører tung planlagt kirurgi også i vakt for å styrke den indre beredskapen. I gjennomsnitt forutsettes det vaktberedskap 2 døgn (bare hverdager) pr. uke.
- Det legges opp til toskiktet vakt på legesiden, med turnuskandidat/assistentlege i felles primærvakt. Separate spesialistvakter innenfor indremedisin og kirurgi som i dag.
- Forskjell i oppgaver i dag, og i sykehus med akuttberedskap, for enheten som i dag heter intensiv eller akutt går fram av tabellen nedenfor.

Funksjon	Endring for sykehus med akuttberedskap
Intensiv	Tas bort
Kirurgisk opp-/overvåkning	Reduseres i perioder I perioder med tyngre operasjoner like omfattende eller mer omfattende enn i dag
Medisinsk overvåkning	Reduseres
AMK	Tas bort
Legevaktsformidling (LV)	Ingen endring
Observasjonsenhet	Omfatter også pasienter som er legevaktslegens ansvar om legevakten legges til sykehus. Ny funksjon

- Operasjonspleiere i vakt bortfaller. 1 anestesisykepleier i vakt.
- Assistanse skadepoliklinikk dekkes enten av overvåkning/observasjonsenheten eller av egnet personell i hjemnevakt.

3.5.3 Spesialistklinikk

Beredskapen utenfor normal arbeidstid vil være slik:

- Kirurgisk beredskap fram til kl. 22 (skadepoliklinikk). Røntgen og lab tilgjengelig til samme tidspunkt.
- Turnuskandidater og assistentleger på dagtid under forutsetning av godkjenning av rotasjonsordning mellom sykehusene.
- Tverrfaglig vaktordning av sykehusenes spesialistpool.
- Døgnåpen kombinert oppvåkning/observasjons/mottakelse med følgende innhold i forhold til intensiv i dag.

Funksjon	Endring for spesialistklinikk
Intensiv	Tas bort
Kirurgisk opp-/overvåkning	Knyttet til dagkirurgiske pasienter, kraftig redusert
Medisinsk overvåkning	Tas bort
AMK	Tas bort
Legevaktsformidling (LV)	Ingen endring
Observasjonsenhet	Omfatter også pasienter som er legevaktslegens ansvar om legevakten legges til sykehus. Ny funksjon
Assistanse skadepoliklinikk fram til kl. 22	Dekkes i dag fra denne enheten eller fra mottakelsen

En kan også tenke seg å kombinere en eller flere av disse funksjonene med sengeavdelingen(e).

3.5.4 Fødestuer

I tråd med anbefalingene fra utvalg nedsatt av Helsetilsynet er det forutsatt følgende beredskapskrav:

- Tilstedevakt av barne(hjelpe)pleier, jordmor i vakt. (kan være hjemnevakt)

- Todelt medisinskfaglig ansvar:
 - Systemansvar ivaretas av en av gynekologene fra (en av) fødeavdelingen(e) på Helgeland
 - Det daglige oppfølgingsansvaret ivaretas av kommunelege eller lege ved sykehuset der fødestua er lokalisert

3.6 Forutsetninger for beregning av behovet for utbygging og nytt utstyr

Behovet for utbygging og nytt utstyr gjøres på bakgrunn av :

- Dagens sengekapasitet og utstyrsnivå
- Endringer i:
 - Beregnet sengebehov
 - Avdelings- og poststruktur
 - Poliklinisk aktivitet
 - Aktivitet ved serviceavdelingene

Beskrivelsen av sengekapasitet tar utgangspunktet i den sengekapasiteten som er tilgjengelig.

3.7 Forutsetninger for beregning av behovet for ambulansetransport

3.7.1 For hvilke tjenester og enheter virkningene beregnes

- Bil og båtambulansen er kjernetilbudet når det gjelder tilbringertjenesten. Luftambulansen er et supplement i situasjoner der liv og helse står på spill, og der tidsfaktoren er avgjørende. Alle konsekvenser tar derfor utgangspunkt i endringer av behov for bil- og båttransport.
- Vi forutsetter hurtigste reisemåte med bil/båt, dvs. at vi beregner bruk av ambulansebåt og ikke kombinasjon bil/ferje der dette er naturlig
- For øykommunene Vega, Dønna, Herøy og Træna vil virkningene for bilambulansene være knyttet til effekten av økt avstand fra kai til sykehus på land. Denne tjenesten vil bli utført av ambulansen på land og summert opp for ambulansen der.
- Grane kommune dekkes av ambulansene i Vefsn, Vevelstad av ambulansene i Alstahaug. Effektene summeres opp for ambulansene i Vefsn og Alstahaug.

3.7.2 Hvordan endring av antall ambulanseturer beregnes

- Endring av sykehusstrukturen vil føre til et endret behov for ambulansetransport. I tillegg til at lengden på ambulanseturene for de som allerede må reise med ambulanse endres, regnes det også med at andelen av pasientene som må transporteres med ambulanse øker med avstanden til sykehuset.

Beregningsgrunnlaget som angir andelen av øyeblikkelig hjelp- og fødepasienter som forutsettes fraktet med ambulanse er vist i tabell 3.6

Avstand i minutter	Øyeblikkelig hjelp i kirurgi og indremedisin	Føde, alle innleggelser
Inntil 30 minutter	65 %	10 %
30-60 minutter	70 %	30 %
60-120 minutter	75 %	75 %
120-180 minutter	80 %	75 %
Over 180 minutter	85 %	75 %

Tabell 3.6 Andel av øyeblikkelig hjelpspasienter og fødende som forutsettes transportert med ambulanse i forhold til avstand. Tall i prosent

- Ved lange avstander til fødeinstitusjon vil trolig de fleste fødende dra i god tid før fødsel. Det vil bli gitt tilbud om overnatting på hotellavdelingen ved sykehuset eller ved pensjonat/hotell på stedet. Det er likevel valgt å legge andelen som transporteres med ambulanse så høyt som på 75 % for å ta høyde for eventuelle alternative utgifter fylkeskommunen eventuelt må bidra med utover tilskudd til kost og forpleining som dekkes fra folketrygden.
- Det er forutsatt at ved behov for transport mellom sykehusene fraktes 90 prosent av øyeblikkelig hjelpspasienter og 100 % av de fødende med ambulanse.
- Det er forutsatt at et volum som utgjør 10% av pasientene ved sykehus med akuttberedskap og 5% av pasientene ved spesialistklinikk må overflyttes. Overflyttingen skyldes enten:
 - overflytting til sykehus med utvidet akuttberedskap på grunn av at pasientens tilstand er forverret og gjør det nødvendig med overflytting
 - overflytting fra sykehus med utvidet beredskap i de tilfeller der pasienten overføres sykehus med lavere beredskapsnivå etter at den akutte fasen er avklart.
 Dette gjelder for kirurgiske og medisinske øyeblikkelig hjelp pasienter. For fødende er det ikke lagt opp til oppdeling av opphold i føde- og barselopphold.
- Vi har beregnet hvor mange timer pr døgn en ambulanse vil være i virksomhet på grunn av «nytt ambulansebehov». I disse beregningene er det forutsatt at henting og levering av pasient totalt vil ta 30 minutter. Det vil si at hver tur er beregnet å ta den tiden det tar ut fra tabell 3.7 x 2 + 30 minutter.
- Som det går fram av punktet ovenfor forutsetter vi både når det gjelder avstand og tidsbruk at ambulansen kjøre tom tilbake. Imidlertid vil nok trolig mye av transporten fra sykehus med utvidet akuttberedskap til de øvrige sykehusene tas på returen, slik at om en tilbakefører flere pasienter til spesialistklinikk eller sykehus med akuttberedskap etter avklaring av akutte tilfeller eller barsel etter fødsel enn en har forutsatt, vil ikke ambulansebehovet øke utover det som er forutsatt.
- Det går fram av tabell 3.6 at andelen som fraktes med ambulanse er avhengig av avstand i tid. Den faktiske andelen som beregnes å benytte ambulanse er den enkelte avstand fra tabell 3.7 satt inn i tabell 3.6. Et eksempel:
 - Det framgår av tabell 3.7 at avstanden i tid mellom Leirfjord og Sandnessjøen sykehus er 15 minutter. Fra tabell 3.6 ser vi at vi har forutsatt at ved en avstand inntil

30 minutter vil 65 % av ø-hjelpspasientene og 10 % av fødepasientene fraktes med ambulanse

- Fra Leirfjord til Rana sykehus er det i følge tabell 3.7 110 minutter. Fra tabell 3.6 ser vi at vi har forutsatt at ved en avstand fra 60-120 minutter vil 85 % av ø-hjelpspasientene og 75 % av fødepasientene fraktes med ambulanse.

		Til				
		Rana sykehus	Vefsn sykehus	S.sjøen sykehus	NSS	Namdals sykehus
Fra	Sømna	255	165	185		170
	Brønnøy	240	150	160		200
	Vega	130	130	60		220
	Vevelstad	210	170	100		260
	Herøy (N.)	105	105	35		
	Alstahaug	110	70	10		
	Leirfjord	110	70	15		
	Vefsn	90	10	70		240
	Grane	125	35	105		240
	Hattfjelldal	155	65	135		250
	Dønna	105	105	35		
	Nesna	60	90	65		
	Hemnes	45	50	105		
	Rana	15	90	110		
	Lurøy innland	80	165	140		
	Lurøy øyer	150	160	90		
	Træna	150	160	90		
	Rødøy	190	260	245	190	
	Rana sykehus		90	110		305
	Vefsn sykehus	90		70		215
	S sjøen sykehus	110	70			285
	NSS					
	Namdals	305	215	285		

Tabell 3.7 Avstand i minutter for ambulanse med bil og båt inkl. ferjestrekning.

For mange av avstandene kan det være mange alternative ruter. Tids- og avstandsangivelsene der det kan være alternative ruter i tabel! 3.7 og 3.8 er basert på følgende ruter:

Sømna og Brønnøy

- Til Rana og Vefsn : Via Toserveien
- Til Sandnessjøen og Namsos: Kjøring via R 17, inkl. henholdsvis. 2 og 1 ferje (på nattetid kjøres Toserveien)

Vega

- Til Rana : Ambulansebåt til Nesna, deretter ambulansebil
- Til Vefsn: Ambulansebåt til Brønnøysund, deretter ambulansebil via Toserveien
- Til Sandnessjøen: Ambulansebåt
- Til Namsos: Ambulansebåt til Brønnøysund, deretter R 17, inkl. 1 ferje

Vevelstad

- Til Rana: Via Sandnessjøen og Hemnesberget inkl. 2 ferjer
- Til Sandnessjøen: Via Tjøtta inkl. 1 ferje
- Til Vefsn: Via Sandnessjøen inkl. 1 ferje.
På nattetid vil en bruke ambulansebåten til Tjøtta til alle sykehusene

Dønna og Herøy

- Til Rana: Ambulansebåt til Nesna, deretter ambulansebil
- Til Sandnessjøen: Ambulansebåt
- Til Vefsn: Ambulansebåt til Sandnessjøen, deretter med ambulansebil

Alstahaug og Leirfjord

- Til Rana: via Hemnesberget inkl. 1 ferje

Nesna

- Til Vefsn og Sandnessjøen: via Levang inkl. 1 ferje. Her er det aktuelt alternativt å bruke ambulansebåt.

Rana og Hemnes

- Til Sandnessjøen: Via Hemnesberget inkl. 1 ferje

Træna og Lurøy (øyene)

- Til Rana: Ambulansebåt til Nesna, deretter ambulansebil
- Til Vefsn og Sandnessjøen: Inkl. ambulansebåt til Sandnessjøen

Lurøy innland

- Til Vefsn og Sandnessjøen: via Nesna inkl. 1 ferje

Transport på strekningen mellom Mosjøen og Sandnessjøen

For transport på strekningen mellom Sandnessjøen og Mosjøen kan det bli aktuelt å bruke hurtigbåt eller ambulansebåt. Enten på denne strekningen alene, men kanskje først og fremst ved at ambulansebåten fra øydistriktene i modell 2C og 3C går direkte til Mosjøen for å unngå omlasting til ambulansebil i Sandnessjøen. Løsningen er imidlertid ikke tatt med i beregningene.

3.7.3 Hvordan beregnes endring i avstand

- Avstanden i kilometer for hver ambulansetur enten den er ny eller bare er endret i forhold til i dag, gjøres ut fra tabell 3.8. Tallene i kursiv angir grunnlaget for beregningene for båtambulansene, de øvrige for bilambulansene.

		Til					
		Rana sykehus	Vefsn sykehus	S. sjøen sykehus	NSS	Namdal sykehus	
Fra	Sørna	275	180	125		165	
	Brønnøy	260	165	95		200	
	Vega	<i>(60) 75</i>	<i>(50) 165</i>	<i>(50) 5</i>		200	
	Vevelstad	160	135	60		235	
	Herøy (N)	<i>(20) 100</i>	<i>(10) 80</i>	<i>(10) 5</i>			
	Alstahaug	100	75	10			
	Leirfjord	100	75	15			
	Vefsn	95	10	75		235	
	Grane	135	40	115		235	
	Hattfjelldal	165	70	145		225	
	Dønna	<i>(20) 80</i>	<i>(10) 85</i>	<i>(10) 10</i>			
	Nesna	70	70	40			
	Hemnes	40	55	90			
	Rana	15	95	100			
	Lurøy innland	80	135	105			
	Lurøy øyer	<i>(10) 75</i>	<i>(35) 80</i>	<i>(35) 5</i>			
	Træna	<i>(60) 70</i>	<i>(60) 75</i>	<i>(60) 0</i>			
	Rødøy	165	215	185	195		
	Rana sykehus			95	100		330
	Vefsn sykehus		95		75		235
S. sjøen sykehus		100	75			310	
NSS		245	340	345			
Namdal		330	235	310			

Tabell 3.8 Avstand for ambulanse med bil inkl. ferjestrekning. Tallene i kursiv angir avstand med ambulansebåt som kommer i tillegg

3.8 Forutsetninger for de økonomiske beregningene

Følgende prinsipper for de økonomiske beregningene vil bli lagt til grunn:

- For å kunne sammenligne de ulike modellene og vurdere begge mot BASIS forutsettes det at prisen for de ulike innsatsfaktorene er den samme. Dette er nødvendig for å forhindre at f.eks. ulikheter i innkjøpsrutiner ved det enkelte sykehus skal virke inn på sammenligningen.
- Det vil bli benyttet en marginal tilnærming, dvs. at bare de kostnader/inntekter som påvirkes av de alternative modellene beregnes. Dette er mulig ved at antall pasienter som behandles er det samme for alle modellene og at prisene på innsatsfaktorene er de samme. Administrative kostnader og pasientavhengige kostnader forutsettes også å være like i sum i alle modellene.
- Sykehusenes inntekter ved poliklinisk behandling forutsettes å være like store i sum for fylkeskommunen i alle modellene. Imidlertid vil bruken av polikliniske tjenester variere mellom sykehusene i modellene. Det vil derfor bli foretatt en vurdering av endring av omfanget ut fra det tilbud som gis ved det enkelte sykehus i den enkelte modell.

- For de tilfeller hvor vi får en endring av antall pasienter som behandles ved sykehusene på Helgeland, vil dette gjøres om til «gjestepasientkostnader/inntekter». Imidlertid bare lønnsandelen av denne gjestepasientprisen. Gjestepasientprisen er forutsatt å være 2385 kr pr. kurdøgn (lik det beløpet fylkeskommunene betaler) og lønnsandelen å være 75 %.

De vesentligste kostnadsforskjellene som varierer med modellene vil derved knytte seg til følgende forhold

- Lønnskostnader (inkl. sosiale kostnader) og fratrukket refusjoner vedr sykelønn fra folketrygden. Disse kostnadene avhenger av:
 - Hvor mange som er tilstede/type beredskap innenfor hver turnus på ulike tider av døgnet og uka.
 - Vikarer og bruk av egne ansatte ut over det avtalte, dvs. merarbeid og overtid
 - Omfang av utrykning på vakt
 - Lønnsnivå
 - Andel av arbeidstid for leger i arbeidsplaner ut over normal arbeidstid
 - Personalpolitiske retningslinjer, f. eks. oppdeling i stillingsbrøker og hvor ofte den enkelte skal jobbe i helgene
 - Rekrutteringsproblemer for nøkkelpersonell som tilsier et realistisk lønnsnivå for å møte denne situasjonen
 - Bruk av rotasjonsordninger/personellpooler som kan medføre reise-, oppholds- og kostutgifter.
- Driftskostnader knyttet til ny infrastruktur i form av vedlikehold av utstyr og bygningsavhengige kostnader som vedlikehold og oppvarming.
- Investeringskostnader knyttet til behov for ombygging/utbygging, evt. innkjøp av nytt utstyr som følge av endringer i strukturen. Kostnader for ombygging/utbygging vurderes i samarbeid med byggeteknisk ekspertise i fylkeskommunen. Investeringene beregnes, men da bygningsinvesteringene flere steder kan erstattes ved overtakelse av kommunale sykehjem, og derfor er høyst usikre, omregnes investeringene ikke til en årlig driftskostnad.
- Ambulansevirkningene beregnes i form av endring av antall turer og endret kjørelengde. Endret kjørelengde er dels avhengig av antall turer og dels avhengig av endret lengde på turene. Kostnadene (alle driftskostnader inklusive avskrivninger) er knyttet til følgende elementer med følgende kostnad pr. enhet slik det går fram av de neste to punktene.
- Budsjettet knyttet til bilambulanse bygger på en vurdering av følgende tre elementer, antall biler og type beredskap, antall turer og antall kilometer. Det finnes ingen fast formel for dette, men vi har antatt følgende kostnadsfordeling mellom de tre elementene:
 - Pr. ambulansenhet: 750 000 kr for bil døgntkontinuerlige 2-mannsbetjente ambulanser. 500 000 kr pr. bil for biler med 1 mannsbetjening.
 - Kr 200 pr. tur
 - Kr 3,05 pr. kilometer
- For båtambulanse betaler fylkeskommunen pr. kilometer, da ambulansetjenesten bare er del av driftsgrunnet. Kostnaden pr. kilometer forutsettes å være 120 kr.

- Polikliniske inntekter vurderes ut fra endringer i det enkelte sykehus tilbud i de enkelte modellene.

Disse forutsetningen betyr at vi bare ser på de direkte virkningene av endret arbeidsfordeling mellom sykehusene. For en gjennomføringsfase er det imidlertid viktig å poengtere at en i tillegg vil kunne få følgende effekter:

- *Endringer i antall innleggelser* ved en samordning av innleggelsespraksis eller ved at tilbudet blir endret i form av økt avstand
- *Endring av produktivitet*. Endring av sykehusstruktur er et ideelt tidspunkt til å forbedre eventuelle lite produktive enheter.

3.9 Andre påregnelige kostnader

I utgangspunktet eksisterte det i 1995/BASIS utbyggings/nyanskaffelsesplaner og identifiserte problemer hvor økte kostnader med varierende grad av oversiktighet kunne påregnes i de kommende årene. Slike, allerede erkjente utgiftsbehov, vil måtte påregnes dekket i de nærmeste årene, avhengig av budsjettssituasjon og prioriteringer.

Beregningen av de økonomiske konsekvenser i alle modellene omfatter imidlertid ikke kostnader til dekning av slike behov. På samme måte beregnes heller ikke hvilke investeringer som kan unngås i de ulike modellene.

3.10 Kostnader for andre enn fylkeskommunen

Analysen begrenser seg til å analysere de økonomiske effektene for fylkeskommunen.

Det fylkeskommunale sykehusstilbudet skal dekke de samme funksjoner for innbyggerne i alle kommunene. Det er forutsatt at det kommunale tilbudet ligger på samme nivå, både mht. tilbud og kostnader for alle modellene. Eneste endring er at vi forutsetter at det opprettes et tilbud om observasjonssenger i sykehus til bruk for primærlegenes pasienter og at en vil få et utvidet poliklinisk tilbud.

- Kostnadene knyttet til observasjonssengene er *forutsatt dekket av fylkeskommunen*. Da dette tilbudet i praksis bare vil bli benyttet av kommuner som lokaliserer legevakt i sykehus, bør det for å unngå en forfordeling mellom kommunene vurderes å innføre en egenandel for kommunene som benytter seg av tilbudet.
- Økte polikliniske inntekter vil føre til tilsvarende utgifter for staten

Endret sykehusstruktur på Helgeland vil imidlertid kunne føre til endringer i kostnader for pasienter, pårørende og andre forvaltningsnivåer på grunn av endring av reiseavstander. En mer spesialisert sykehusstruktur som foreslås i modell 2 og 3 med forskjellige varianter vil føre til lengere reiseavstand for en del pasienter og deres pårørende.

Når det gjelder hvor mange dette angår er det viktig å poengtere at den polikliniske behandlingen, som utgjør ca 2/3 av antall pasienter, vil forsette som i dag. Av innleggelsene

vil fra 1,3 (Modell 2A) til 6,5 pasienter (Modell 3C) pr døgn, slik det går fram av tabell 3.9 nedenfor, få et tilbud ved annet sykehus enn i dag

Modell	Antall pasienter pr døgn
2A	1,3
2B	4,2
2C	2,6
3A	3,9
3B	5,1
3C	6,5

Tabell 3.9 Antall pasienter pr døgn som får tilbud ved et annet sykehus enn i dag

Antall kontakter i form av polikliniske konsultasjoner og innleggelser ved de tre Helgelandssykehusene samlet i 1995 var ca 50 pr døgn. Dette betyr at fra 3% (Modell 2A) til 13% (Modell 3C) av antall pasientbehandlinger i form av poliklinikk eller innleggelse vil foregå ved et annet sykehus på Helgeland enn det sykehuset hvor en har fått tilbudet i dag.

I forhold til disse pasientene vil det kunne bli økte kostnader for følgende andre instanser enn for fylkeskommunen:

- Transportkostnader og eventuell kostnad for opphold (gjelder spesielt fødende) for pasienter og pårørende. En del av disse kostnadene vil den enkelte bære selv, noe vil staten måtte bære i form av tilskudd over folketrygden.
- I de tilfeller der kommunalt helsepersonell følger med ambulansen til sykehuset, vil kommunene kunne få økte kostnader knyttet til dette.

4 BEREGNINGER

4.1 MODELL 0

4.1.1 Akuttberedskap

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.1.2 Fødevirksomhet

Det vil bli følgende endringer i gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter i MODELL 0 i forhold til BASIS som følge av endringer i faglige krav:

- Ved Sandnessjøen sykehus, fødeavdeling, en økning fra 5,7 til 6,3 pasienter. Dette innebærer en økning på årsbasis med 30 fødsler til ca. 310 fødsler.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon fra 2,5 til 1,9 pasienter. Dette innebærer en reduksjon på årsbasis med 30 fødsler til 90 fødsler.

4.1.3 Planlagt virksomhet

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.1.4 Virkninger for sengebehov

I forhold til BASIS vil MODELL 0 medføre følgende endringer i sengebehov:

- Ved Sandnessjøen en økning på en seng.
- Ved fødestua i Brønnøy en reduksjon på en seng.

4.1.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.1.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS

4.1.7 Bemanningmessige virkninger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.1.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.1.9 Økonomiske totalvirkninger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 0 i forhold til BASIS.

4.2 MODELL 1

4.2.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 1	BASIS	MODELL 1
Rana sykehus	13,1	13,1	25,1	25,1
Vefsn sykehus	5,8	5,8	11,8	11,8
Sandnessjøen sykehus	12,4	12,4	23,6	23,6
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdalen	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.2.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 1 i forhold til BASIS.

4.2.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 1	BASIS	MODELL 1
Rana sykehus	9,4	9,4	450	450
Vefsn sykehus	3,3	3,3	170	170
Sandnessjøen sykehus	5,7	6,3	280	310
Nordland s s h		0,0	0	0
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.2.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 1 i forhold til BASIS.

4.2.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 1	BASIS	MODELL 1
Rana sykehus	20,0	20,0	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	5,6	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	11,2	6,9	6,9
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdalen	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.2.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 1 i forhold til BASIS.

4.2.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	0	0	0	0
Vefsn sykehus	0	0	0	0
Sandnessjøen sykehus	0	0	1	1
Nordland s s h	0	0	0	0
Brønnøysund			-1	-1
Namdalen	0	0	0	0
Alle sykehus	0	0	0	0

Tabell 4.2.4 Endring av sengebehov, MODELL 1 i forhold til BASIS.

4.2.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 1 i forhold til BASIS

4.2.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Det blir ingen endringer ved noen av sykehusene i modell 1 i forhold til BASIS

4.2.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S. sjøen sykehus	Totalt
Leger	11,0	15,0	13,0	39,0
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0,0	0,0	0,0	0,0
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	2,0	2,0	1,8	5,8
Pers, ikke med service og støtte	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	13,0	17,0	14,8	44,8

Tabell 4.2.5 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 1 i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: En vil få størst økning av antall legestillinger i Vefsn fordi en i utgangspunktet har et dårligere grunnlag for å oppnå kravene.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	Sjøen sykehus	Totalt
Leger	4900	6900	4850	16650
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0	0	0	0
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	450	600	500	1550
Pers, ikke med service og støtte	0	0	0	0
Totalt	5350	7500	5350	18200

Tabell 4.2.6 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon og sykehus, MODELL 1 i forhold til BASIS. Tusen kroner

	MODELL 0	MODELL 1	Endring
Rana sykehus	265,0	278,0	13,0
Vefsn sykehus	173,8	190,8	17,0
Sandnessjøen sykehus	231,0	245,8	14,8
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	722,5	44,8

Tabell 4.2.7 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 1 i forhold til BASIS.

	MODELL 0	MODELL 1	Endring
Rana sykehus	75700	81050	5350
Vefsn sykehus	50750	58250	7500
Sandnessjøen sykehus	69250	74600	5350
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus		0	0
Namdalen sykehus		0	0
Totalt	198250	216450	18200

Tabell 4.2.8 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 1 i forhold til BASIS. Tusen kroner

Spesielt å bemerke: Brønnøysund fødestue har i dag en minimumsbemanning i forhold til de beredskapskravene til fødestue som vi har forutsatt, slik at en reduksjon i aktivitet ikke vil føre til nedgang i antall stillinger eller lønnskostnader.

4.2.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Det blir ingen endringer for ambulansetjenesten i Modell 1 i forhold til BASIS.

4.2.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	18,2
Ambulansekostnader	0,0
Polikliniske inntekter (økning)	-1,0
Totalt	17,2

Tabell 4.2.9 Endring kostnader, MODELL 1 i forhold til BASIS. Millioner kroner.
Positive tall angir økte kostnader, negative tall angir reduserte kostnader eller økte inntekter

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud og økt utstysrsbehov. Netto økning i form av polikliniske inntekter fratrukket utgifter eks. legelønn og utstysrsinvesteringer fordelt over tid stipuleres til 1 million kroner.

4.3 MODELL 2A

4.3.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2A	BASIS	MODELL 2A
Rana sykehus	13,1	13,2	25,1	25,2
Vefsn sykehus	5,8	1,4	11,8	4,4
Sandnessjøen sykehus	12,4	16,7	23,6	30,9
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.3.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 2A i forhold til BASIS.

4.3.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 2A	BASIS	MODELL 2A
Rana sykehus	9,4	9,6	450	460
Vefsn sykehus	3,3	2,0	170	110
Sandnessjøen sykehus	5,7	7,4	280	360
Nordland s s h		0,0	0	0
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.3.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 2A i forhold til BASIS.

4.3.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2A	BASIS	MODELL 2A
Rana sykehus	20,0	20,0	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	0,1	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	16,7	6,9	6,9
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.3.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 2A i forhold til BASIS.

4.3.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	0	0	0	1
Vefsn sykehus	-13	-8	-2	-23
Sandnessjøen sykehus	12	8	2	22
Nordland s s h	0	0	0	0
Brønnøysund			-1	-1
Namdalen sykehus	0	0	0	0
Alle sykehus	-1	0	0	-2

Tabell 4.3.4 Endring av sengebehov, MODELL 2A i forhold til BASIS.

4.3.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Som følge av endringer i akuttberedskap og planlagt virksomhet blir det følgende endringer for organiseringen av de kliniske avdelingene i modell 2A.

Rana sykehus

Det blir ingen endringer

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Netto sengebehov innenfor kirurgi/medisin reduseres med ca 20 senger.
- Kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til en felles post på ca 15 senger
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som dekker funksjonene observasjon, oppvåkning, mottak, skadepoliklinikk og LK-sentral
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Sandnessjøen sykehus

Det blir følgende endringer:

- Det blir en netto økning i sengebehov på 20.
- Den kirurgiske og medisinske 7-døgnspostene utvides til ca 30 senger.
- Kombinert medisinsk/kirurgisk 5-døgns post beholdes med ca 20 senger
- Fødeavdelingen er stor nok til å takle en liten økning
- Ingen endring når det gjelder hotellavdeling. Fødende fra Hattfjelldal, Grane og Vefsn som ønsker å komme i god tid før fødsel får tilbud ved hotellavdeling ved ledig kapasitet eller ved pensjonat/hotell i Sandnessjøen.
- Det opprettes egen mottaksavdeling som forutsettes å romme observasjonssenheter, AMK sentral, LV sentral samt skadepoliklinikk
- Intensivavdelingen utvides med 3 plasser
- Operasjonsstuekapasiteten er tilstrekkelig for å takle en slik økning

4.3.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Rana sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Vefsn sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Sandnessjøen sykehus

Følgende endringer kan foretas innenfor nåværende bygningsmasse:

- Kirurgiske og medisinske poster plasseres i plan V og VI i sykehuset. Det vil ikke være behov for utstyrmessige- eller bygningsmessige investeringer
- Fødeavdelingen har tilstrekkelig kapasitet
- Mottaksavdelingen med observasjonssenger opprettes, og legges til plan II ved ambulanseinngangen. AMK sentralen flyttes fra intensivavdelingen. Bygningsmessige investeringer inkl erstatningsareal 1,8 millioner kr, utstyrsbehov på 0,5 mill kr.
- Operasjons/anestesiavdelingen er tilstrekkelig for å takle en slik økning rent rommessig, men en må foreta investeringer i anestesiutstyr med 200 000 kr. Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab, kjøkken og kantine.

Følgende behov må dekkes utenfor dagens sykehus:

- Utvidelse av intensivavdelingen med 2 rom som gir 3 plasser gjennom bygningsmessig ombygging. Bygningsinvestering på 1,2 millioner, nytt utstyr til 250 000 kr
- Administrasjon, utøket kontorbehov og areal til hotellavdeling. Den mest nærliggende løsningen er at en tar i bruk deler av sykehjemmet, når fylkeskommunen overtar det gamle sykehuset ved å gjøre et makeskifte med kommunen som overtar søsterhjemmet. Om dette ikke kan realiseres trengs 600 m² til administrasjon og kontorer, som med en kvadratmeterpris på kr. 10000 gir 6 millioner kroner i investeringer. Hvis ikke

sykehjemmet blir disponibelt vil en antagelig ikke bygge et nytt pasienthotell, men inngå avtale med pensjonat/hotell på stedet.

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	0	0	0
Vefsn sykehus	0	0	0
Sandnessjøen sykehus	9	1	10
Totalt	9	1	10

Tabell 4.3.5 Investeringsbehov, MODELL 2A i forhold til BASIS. Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene bygger på nybygg og ikke på bruk av sykehjemmet.

4.3.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S. sjøen sykehus	Totalt
Leger	11,0	-6,0	18,0	23,0
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0,0	-30,1	22,4	-7,7
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	2,0	-10,9	4,7	-4,2
Pers, ikke med service og støtte	-0,1	-7,7	9,3	1,5
Adm og felles faglig/adm ledelse				-4,2
Totalt	12,9	-54,7	54,4	8,4

Tabell 4.3.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 2A i forhold til BASIS.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S. sjøen sykehus	Totalt
Leger	4900	-4050	7300	8150
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0	-8050	6650	-1400
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	450	-3050	1300	-1300
Pers, ikke med service og støtte	-50	-1700	1650	-100
Adm og felles faglig/adm ledelse				-1050
Totalt	5300	-16850	16900	4300

Tabell 4.3.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 2A i forhold til BASIS. Tusen kroner

Spesielt å bemerke: En har for modell 2A ikke fordelt en innsparing ved sammenslåing til en administrativ enhet på sykehus, da det ikke framgår av forutsetningene hvilket sykehus en slik enhet skal legges til.

	BASIS	MODELL 2A	Endring
Rana sykehus	265,0	277,9	12,9
Vefsn sykehus	173,8	119,1	-54,7
Sandnessjøen sykehus	231,0	285,4	54,4
Administrasjon		-4,2	-4,2
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	686,1	8,4

Tabell 4.3.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 2A i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 2A	Endring
Rana sykehus	75700	81000	5300
Vefsn sykehus	50750	33900	-16850
Sandnessjøen sykehus	69250	86150	16900
Administrasjon		-1050	-1050
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus		0	0
Namdalen sykehus		0	0
Totalt	198250	202550	4300

Tabell 4.3.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 2A i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.3.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	0	0	0,0
Brønnøy	0	0	0,0
Vevelstad	0	0	0,0
Alstahaug	0	0	0,0
Vefsn	71000	110	3,3
Hattfjelldal	9000	0	0,4
Nesna	0	0	0,0
Hemnes	0	0	0,0
Rana	0	0	0,0
Lurøy innland	0	0	0,0
Totalt	80000	110	3,7

Tabell 4.3.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulanser fordelt pr utøver, MODELL 2A i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Grane kommune har ikke egen ambulansetjeneste. Behovet dekkes i dag fra Mosjøen.

Utøver	Km	Turer
Vega	0	0
Herøy/Dønna	0	0
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	0	0

Tabell 4.3.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulansse fordelt pr utøver, MODELL 2A i forhold til BASIS.

	Km i tusen	Turer	Nye enheter	1000 kr
Nye ambulanssebiler			2	1500
Endring km og turer, biler	80	110		300
Endring km, båter	0			0
Totalt	80			1800

Tabell 4.3.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 2A i forhold til BASIS. Tusen kroner.

Spesielt å bemerke: Økningen dekkes opp av 2 nye ambulanssebiler, hvorav minst 1 av disse bør legges til Mosjøen. Den andre bør eventuelt legges lengere øst, enten ved å forsterke dagens beredskap ved ambulansseenheten i Hattfjelldal eller ved å plassere en ambulanssebil i Grane.

4.3.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	4,3
Ambulanssekostnader	1,8
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	6,1

Tabell 4.3.13 Endring kostnader, MODELL 2A i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og økt utstysbehov.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger og gynekologer tidvis må tjenestegjøre både ved Vefsn og Sandnessjøen sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstysbehov fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 2A.

4.4 MODELL 2B

4.4.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2B	BASIS	MODELL 2B
Rana sykehus	13,1	2,9	25,1	9,4
Vefsn sykehus	5,8	14,9	11,8	25,8
Sandnessjøen sykehus	12,4	13,1	23,6	24,1
Nordland s s h		0,5		1,2
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.4.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 2B i forhold til BASIS.

4.4.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 2B	BASIS	MODELL 2B
Rana sykehus	9,4	5,1	450	240
Vefsn sykehus	3,3	7,1	170	380
Sandnessjøen sykehus	5,7	6,6	280	290
Nordland s s h		0,2	0	10
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.4.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 2B i forhold til BASIS.

4.4.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2B	BASIS	MODELL 2B
Rana sykehus	20,0	0,0	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	23,4	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	12,4	6,9	6,9
Nordland s s h		1,0		0,0
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.4.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 2B i forhold til BASIS.

4.4.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	-39	-17	-5	-61
Vefsn sykehus	34	15	5	54
Sandnessjøen sykehus	2	1	1	4
Nordland s s h	2	1	0	3
Brønnøysund			-1	-1
Namdal sykehus	0	0	0	0
Alle sykehus	-1	0	0	-1

Tabell 4.4.4 Endring av sengebehov, MODELL 2B i forhold til BASIS.

4.4.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Som følge av endringer i akuttberedskap og planlagt virksomhet blir det følgende endringer for organiseringen av de kliniske avdelingene i modell 2B

Rana sykehus

Det blir følgende endringer:

- Kirurgisk/medisinsk sengebehov reduseres med 56.
- 5-dagersposten nedlegges, kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til en felles 7 døgnspost på ca 24 senger
- Intensivavdelingen og mottaksavdelingen slås sammen til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning, mottak, hotell og eventuell LV sentral.
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Kirurgisk/medisinsk sengebehov økes med 49.
- Kirurgisk og medisinsk avdelinger blir avdelinger med to poster, ca 25 senger innenfor kirurgi pr. post, 18 for medisin
- Fødeavdelingen utvides fra 5 til 9 senger
- Det opprettes egen mottaksavdeling som også rommer observasjonssenger. personalet herfra assisterer ved skadepoliklinikk. Ved behov opprettes det en hotellavdeling.
- Behovet for fødende som må komme før termin, løses ved å benytte hotell/pensjonatkapasitet i byen eller pasienthotell.
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser
- Operasjonsstuekapasiteten utvides med en operasjonsstue

Sandnessjøen sykehus

Det blir ingen endringer

4.4.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Rana sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Vefsn sykehus

Følgende endres innenfor nåværende bygningsmasse:

- Fødeavdelingen utvides ved å ta i bruk tilstøtende areal
- Mottaksavdelingen opprettes i nåværende sykehus
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser gjennom å ta i bruk tilstøtende lokaler i 2. etasje Investeringer i overvåkningsutstyr anslås til ca 300.000 kr
- Operasjonsstuekapasiteten må utvides med 1 operasjonsstue, anslått kostnad kr 2 millioner. Utstyr i tillegg for 1 million kroner
- Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab (hvis liten kapasitet løses ved dette ved å ta i bruk tilstøtende areal), kjøkken og kantine. Behov for flere kontorer dekkes ved å ta i bruk deler av fløy C.

Følgende behov må dekkes utenfor dagens sykehus:

- Tre av sengepostene for kirurgiske og medisinske pasienter og eventuell hotellavdeling. Den mest nærliggende løsningen er å overta tilstøtende sykehjem fra kommunen. Alternativt vil det være behov for et nybygg på ca 2250 m² som med forutsatt pris pr kvadratmeter på kr. 20000 gir en investering på 45 millioner kr, herav 2 millioner kroner til utstyr. Hvis ikke sykehjemmet blir disponibelt vil en antagelig ikke bygge pasienthotell, men inngå avtale med pensjonat/hotell på stedet som i dag

Sandnessjøen sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	0	0	0
Vefsn sykehus	45	4	49
Sandnessjøen sykehus	0	0	0
Totalt	45	4	49

Tabell 4.4.5 Investeringsbehov, MODELL 2B i forhold til BASIS.
Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene som er meget usikre er bygget på forutsetningene om nybygg og ikke overtakelse av sykehjemmet

4.4.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	-12,0	23,0	13,0	24,0
Pl pers sengep, mottak, intensiv	-63,9	58,1	0,0	-5,8
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	-13,4	13,4	1,8	1,8
Pers, ikke med service og støtte	-23,8	20,8	-0,1	-3,1
Adm og felles faglig/adm ledelse				-4,2
Totalt	-113,1	115,3	14,7	12,7

Tabell 4.4.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 2B i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Beregnet nedgang som gjelder «personell ikke med-service ved Sandnessjøen sykehus» er en forutsatt samordningsgevinst ved IT-avdelingene.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	-6850	9750	4850	7750
Pl pers sengep, mottak, intensiv	-16450	15050	0	-1400
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	-3900	3400	500	0
Pers, ikke med service og støtte	-5100	4600	0	-500
Adm og felles faglig/adm ledelse	0			-1050
Totalt	-32300	32800	5350	4800

Tabell 4.4.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 2B i forhold til BASIS. Tusen kroner

	BASIS	MODELL 2B	Endring
Rana sykehus	265,0	151,9	-113,1
Vefsn sykehus	173,8	289,1	115,3
Sandnessjøen sykehus	231,0	245,7	14,7
Administrasjon	0,0	-4,2	-4,2
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	690,4	12,7

Tabell 4.4.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 2B i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 2B	Endring
Rana sykehus	75700	43400	-32300
Vefsn sykehus	50750	83550	32800
Sandnessjøen sykehus	69250	74600	5350
Administrasjon		-1050	-1050
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus	0	2300	2300
Namdal sykehus		0	0
Totalt	198250	205350	7100

Tabell 4.4.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 2B i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.4.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	0	0	0,0
Brønnøy	0	0	0,0
Vevelstad	0	0	0,0
Alstahaug	0	0	0,0
Vefsn	0	0	0,0
Hattfjelldal	0	0	0,0
Nesna	0	0	0,1
Hemnes	5000	0	0,1
Rana	191000	280	10,2
Lurøy innland	5000	0	0,0
Totalt	201000	280	10,4

Tabell 4.4.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulanser fordelt pr utøver, MODELL 2B i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: I dag er det to ambulanser på Mo. En av disse ambulansene må i dag alltid være i distriktet for beredskap. En utvidelse fra 2 til 5 enheter vil føre til de ekstra 3 enhetene i mye høyere grad enn bilene i dag kan være i operativ virksomhet.

	Km	Turer
Vega	0	0
Herøy/Dønna	0	0
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	0	0

Tabell 4.4.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulanser fordelt pr utøver, MODELL 2B i forhold til BASIS.

	Km i tusen	Turer	Nye enheter	1000 kr
Nye ambulanserbiler			3	2300
Endring km og turer, biler	201	280		700
Endring km, båter	0			0
Totalt	201			3000

Tabell 4.4.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 2B i forhold til BASIS. Tusen kroner.

4.4.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	7,1
Ambulanssekostnader	3,0
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	10,1

Tabell 4.4.13 Endring kostnader, MODELL 2B i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og økt utstysbehov.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger og gynekologer tidvis må tjenestegjøre både ved Vefsn og Rana sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstyrskostnader fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 2B.

4.5 MODELL 2C

4.5.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2C	BASIS	MODELL 2C
Rana sykehus	13,1	13,3	25,1	25,4
Vefsn sykehus	5,8	15,8	11,8	27,8
Sandnessjøen sykehus	12,4	2,3	23,6	7,3
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdal sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.5.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 2C i forhold til BASIS.

4.5.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 2C	BASIS	MODELL 2C
Rana sykehus	9,4	9,5	450	450
Vefsn sykehus	3,3	6,6	170	330
Sandnessjøen sykehus	5,7	3,0	280	140
Nordland s s h		0,0	0	0
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdal sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.5.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 2C i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Fødselstallene er avrundet til nærmeste hele tall, slik at summen for de ulike fødestedene for MODELL her blir 1010 mens summen er 1020.

4.5.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 2C	BASIS	MODELL 2C
Rana sykehus	20,0	20,9	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	15,9	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	0,0	6,9	6,9
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdal sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.5.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 2C i forhold til BASIS.

4.5.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	1	0	0	2
Vefsn sykehus	25	17	4	46
Sandnessjøen sykehus	-27	-18	-3	-48
Nordland s s h	0	0	0	0
Brønnøysund			-1	-1
Namdal sykehus	0	0	0	0
Alle sykehus	-1	0	0	-1

Tabell 4.5.4 Endring av sengebehov, MODELL 2C i forhold til BASIS.

4.5.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Som følge av endringer i akuttberedskap og planlagt virksomhet blir det følgende endringer for organiseringen av de kliniske avdelingene i modell 2C

Rana sykehus

Det blir ingen endringer

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehov for kirurgi/indremedisin øker med 42.
- Kirurgisk og medisinsk avdeling organiseres i fire sengeposter, hvorav en av de fire postene er 5 dagers
- Fødeavdelingen utvides fra 5 til 8 senger
- Det opprettes egen mottaksavdeling som også rommer observasjonssenger. Personalet herfra assisterer ved skadepoliklinikk. Ved behov opprettes det en hotellavdeling.
- Behovet for fødende som må komme før termin, løses ved å benytte hotell/pensjonatkapasitet i byen eller pasienthotell.
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser
- Operasjonsstuekapasiteten utvides med en operasjonsstue

Sandnessjøen sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehov for kirurgi/indremedisin reduseres med 45.
- 5 døgnsposten nedlegges, kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til en felles post på ca 23 senger, ingen endring for hotellavdelingen
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning, mottak, og eventuell LK sentral.
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

4.5.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger**Rana sykehus**

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Vefsn sykehus

Følgende endres innenfor nåværende bygningsmasse:

- Fødeavdelingen utvides ved å ta i bruk tilstøtende areal
- Mottaksavdelingen opprettes i nåværende sykehus
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser gjennom å ta i bruk tilstøtende lokaler i 2. etasje. Investeringer i overvåkningsutstyr anslås til ca 300.000 kr
- Operasjonsstuekapasiteten må utvides med 1 operasjonsstue, anslått kostnad kr 2 millioner. Utstyr for 1 million kroner
- Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab (hvis liten kapasitet løses ved dette ved å ta i bruk tilstøtende areal), kjøkken og kantine. Behov for flere kontorer dekkes ved å ta i bruk deler av fløy C.

Følgende behov må dekkes utenfor dagens sykehus:

- Tre av fire poster for kirurgiske og medisinske pasienter og eventuell hotellavdeling. Den mest nærliggende løsningen er å overta tilstøtende sykehjem fra kommunene. Alternativt vil det være behov for et nybygg på ca 2250 m² som med forutsatt pris pr kvadratmeter på 20000 gir en investering på 45 millioner kr, herav 2 millioner til utstyr. Hvis ikke sykehjemmet blir disponibelt vil en antagelig ikke bygge pasienthotell, men inngå avtale med pensjonat/hotell på stedet som i dag

Sandnessjøen sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	0	0	0
Vefsn sykehus	45	4	49
Sandnessjøen sykehus	0	0	0
Totalt	45	4	49

Tabell 4.5.5 Investeringsbehov, MODELL 2C i forhold til BASIS.
Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene er meget usikre og forutsetter nybygg og ikke overtakelse av sykehjem.

4.5.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	11,0	20,0	-7,0	24,0
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0,0	48,3	-39,9	8,4
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	2,0	10,2	-13,4	-1,2
Pers, ikke med service og støtte	-0,1	18,3	-21,8	-3,6
Adm og felles faglig/adm ledelse				-4,2
Totalt	12,9	96,8	-82,1	23,4

Tabell 4.5.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 2C i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Reduksjonen ved Rana sykehus på 0,1 stilling når det gjelder personell, ikke medisinsk service og støtte er knyttet til en forventet innsparingsgevinst ved en konsentrasjon av IT-ressursene. Dette forutsetter en konsentrasjon, mens reduksjonen er beregnet proporsjonalt ved de ulike sykehusene og inngår også som en reduksjon i bemanningene ved de 2 andre sykehusene.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	4900	8950	-5500	8350
Pl pers sengep, mottak, intensiv	0	12500	-12150	350
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	450	2450	-3800	-900
Pers, ikke med service og støtte	-50	4050	-4050	-50
Adm og felles faglig/adm ledelse				-1050
Totalt	5300	27950	-25500	6700

Tabell 4.5.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 2C i forhold til BASIS. Tusen kroner

	BASIS	MODELL 2C	Endring
Rana sykehus	265,0	277,9	12,9
Vefsn sykehus	173,8	270,6	96,8
Sandnessjøen sykehus	231,0	148,9	-82,1
Administrasjon		-4,2	-4,2
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	701,1	23,4

Tabell 4.5.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 2C i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 2C	Endring
Rana sykehus	75700	81000	5300
Vefsn sykehus	50750	78700	27950
Sandnessjøen sykehus	69250	43750	-25500
Administrasjon		-1050	-1050
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus	0	0	0
Namdalen sykehus		0	0
Totalt	198250	204950	6700

Tabell 4.5.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 2C

i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.5.8 Virkninger for ambulansetjenesten

	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	6000	0	-0,2
Brønnøy	23000	0	-0,1
Vevelstad	4000	0	0,2
Alstahaug	116000	120	4,3
Vefsn	0	0	0,0
Hattfjelldal	0	0	0,0
Nesna	3000	30	0,4
Hemnes	0	0	0,0
Rana	-1000	0	-0,1
Lurøy innland	-6000	-10	-0,7
Totalt	145000	140	3,8

Tabell 4.5.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulansse fordelt pr utøver, MODELL 2C i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Avstanden som ambulansene fra Sømna og Brønnøy kjører når større deler av pasientene skal kjøres til Vefsn i stedet for Sandnessjøen øker. Imidlertid vil tiden ambulansene vil være på veien bli redusert. Dette skyldes at distansen fra Brønnøy/Sømna til Vefsn sykehus er lengere i avstand men kortere i tid i forhold til avstanden til Sandnessjøen sykehus.

	Km	Turer
Vega	-1000	0
Herøy/Dønna	2000	20
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	1000	20

Tabell 4.5.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulansse fordelt pr utøver, MODELL 2C i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Nedgangen for ambulansebåten på Vega kommer av at vi har forutsatt at mens båten kjøres helt til Sandnessjøen sykehus i BASIS, forutsetter vi at pasientene i MODELL 2C blir fraktet til land på Sør-Helgeland og deretter Tosenveien til Vefsn sykehus.

	Km i tusen	Turer	Nye enheter	1000 kr
Nye ambulanserbiler			2	1500
Endring km og turer, biler	145	140		500
Endring km, båter	1			100
Totalt	146			2100

Tabell 4.5.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 2C i forhold til BASIS. Tusen kroner.

Spesielt å bemerke: I dag er det to ambulanser i Sandnessjøen. En av disse ambulansene må i dag alltid være i distriktet for beredskap. En utvidelse fra 2 til 4 enheter vil føre til de ekstra 2 enhetene i mye høyere grad enn bilene i dag kan være i operativ virksomhet.

4.5.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	6,7
Ambulansekostnader	2,1
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	8,8

Tabell 4.5.13 Endring kostnader, MODELL 2C i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og økt utstysbehov.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger og gynekologer tidvis må tjenestegjøre både ved Vefsn og Sandnessjøen sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstysinvesteringer fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 2C.

4.6 MODELL 3A

4.6.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3A	BASIS	MODELL 3A
Rana sykehus	13,1	19,6	25,1	29,0
Vefsn sykehus	5,8	3,4	11,8	10,0
Sandnessjøen sykehus	12,4	6,7	23,6	20,8
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdalen sykehus	0,0	1,6	0,0	0,7
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.6.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 3A i forhold til BASIS.

4.6.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 3A	BASIS	MODELL 3A
Rana sykehus	9,4	12,0	450	610
Vefsn sykehus	3,3	2,1	170	110
Sandnessjøen sykehus	5,7	3,0	280	140
Nordland s s h		0,0	0	0
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdal sykehus	0,0	1,9	0	60
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.6.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 3A i forhold til BASIS.

4.6.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3A	BASIS	MODELL 3A
Rana sykehus	20,0	23,8	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	4,2	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	7,9	6,9	6,9
Nordland s s h		0,0		0,0
Namdal sykehus	0,0	0,9	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.6.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 3A i forhold til BASIS.

4.6.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	12	4	3	19
Vefsn sykehus	-5	-2	-2	-8
Sandnessjøen sykehus	-11	-3	-3	-17
Nordland s s h	0	0	0	0
Brønnøysund			-1	-1
Namdal sykehus	4	1	3	9
Alle sykehus	1	1	1	2

Tabell 4.6.4 Endring av sengebehov, MODELL 3A i forhold til BASIS.

4.6.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Som følge av endringer i akuttberedskap og planlagt virksomhet blir det følgende endringer for organiseringen av de kliniske avdelingene i modell 3A

Rana sykehus

Det blir følgende endringer:

- Nytt sengebehov på 16 senger + hotellbehov løses ved å opprette en ny 7 døgnspost i 6 etasje.

- Fødeavdelingen utvides fra 12 til 15 senger
- Fødende som ønsker å komme i god tid før fødsel får tilbud i mottak/observasjonsenhet ved ledig kapasitet eller ved pensjonat/hotell i byen.
- Mottak som også rommer observasjonsenhet, AMK sentral, LV sentral samt skadepoliklinikk må ikke utvides
- Intensivavdelingen utvides med 2 plasser
- Operasjonsstue- og røntgenkapasiteten er tilstrekkelig for å takle en slik økning

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet innenfor kirurgi/indremedisin reduseres med 7
- Kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til en felles post på ca 30 senger
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning, overvåkning og LV sentral.
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Sandnessjøen sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet innenfor kirurgi/indremedisin reduseres med 14
- Nåværende struktur med to 7 dagers og en 5 dagerspost for både medisinske og kirurgiske pasienter beholdes. Antall senger ved de to 7 -dagers postene reduseres med totalt ca 14.
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning og eventuell LV sentral.
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

4.6.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Rana sykehus

Følgende investeringsbehov kan løses innenfor sykehuset når dagens utbygging er ferdig:

- Plassbehovet knyttet til sengeavdelinger løses ved å tilbakeføre 6 etasje som sengepost. Ombyggingskostnader totalt vil trolig være ca 6 mill kr (meget usikkert) i bygningsinvesteringer og 1 millioner (meget usikkert) kr i utstyr
- Fødeavdelingen må utvides ved omrokking innenfor etasjen. Grovt anslag på intern omrokking på 2 millioner kroner i bygningskostnader.
- Det bør være 3 rene operasjonsstuer noe som krever at en av dagens skiftestuer flyttes innenfor slusen. Antatt ombyggingskostnad ca 500 000. (Meget usikkert) Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab, kjøkken og kantine.

Følgende må bygges som nybygg

- Erstatningsareal for 6 etasje og behov for flere kontorer løses ved påbygg av brakkebygg, og vil koste ca 3,8 millioner kroner.

Vefsn sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyr- eller bygningsmessige investeringer

Sandnessjøen sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyr- eller bygningsmessige investeringer

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	12	2	14
Vefsn sykehus	0	0	0
Sandnessjøen sykehus	0	0	0
Totalt	12	2	14

Tabell 4.6.5 Investeringsbehov, MODELL 3A i forhold til BASIS.
Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene er usikre

4.6.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	18,0	-3,0	-4,0	11,0
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	18,2	-14,7	-10,9	-7,4
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	5,0	-5,7	-6,5	-7,2
Pers, ikke med service og støtte	8,8	-4,0	-9,3	-4,5
Adm og felles faglig/adm ledelse	8,0	-6,5	-8,4	-6,9
Totalt	58,0	-33,9	-39,1	-15,0

Tabell 4.6.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 3A i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Nedgangen når det gjelder pleiepersonell ved sengeavdelingene ved Sandnessjøen sykehus er beskjedne fordi en forventer å måtte opprettholde dagens organisering av sengeavdelinger.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	7550	-1350	-2450	3750
Pf pers sengep, mottak, intensiv	4600	-4200	-5450	-5050
Pf pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	1350	-1650	-1750	-2050
Pers, ikke med service og støtte	1950	-900	-1850	-800
Adm og felles faglig/adm ledelse	1850	-1450	-1950	-1550
Totalt	17300	-9550	-13450	-5700

Tabell 4.6.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 3A i forhold til BASIS. Tusen kroner

Spesielt å bemerke: I stedet for en nedgang av antall stillinger for sengepostene ved Sandnessjøen sykehus kan en forvente en drastisk nedgang i bruk av vikarer når arbeidspresset avtar som i modell 3A.

	BASIS	MODELL 3A	Endring
Rana sykehus	265,0	323,0	58,0
Vefsn sykehus	173,8	139,9	-33,9
Sandnessjøen sykehus	231,0	191,9	-39,1
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	663,2	-14,5

Tabell 4.6.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 3A i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 3A	Endring
Rana sykehus	75700	93000	17300
Vefsn sykehus	50750	41200	-9550
Sandnessjøen sykehus	69250	55800	-13450
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus		0	0
Namdalen sykehus		4000	4000
Totalt	198250	196550	-1700

Tabell 4.6.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 3A i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.6.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	2000	0	-0,2
Brønnøy	18000	10	1,0
Vevelstad	3000	0	0,3
Alstahaug	60000	-160	2,5
Vefsn	56000	130	4,5
Hattfjelldal	6000	0	0,5
Nesna	29000	370	4,1
Hemnes	0	0	0,2
Rana	0	0	0,0
Lurøy innland	-1000	0	-0,3
Totalt	173000	350	12,7

Tabell 4.6.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulanse fordelt pr utøver, MODELL 3A i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Nedgangen i antall turer i Sandnessjøen og økningen i Nesna skyldes at vi forutsetter at pasientene fra Vega, Dønna, Herøy, Træna og øyene i Lurøy fraktes med båt til Nesna, og deretter med bil til Rana sykehus.

	Km	Turer
Vega	0	0
Herøy/Dønna	1000	20
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	1000	20

Tabell 4.6.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulanse fordelt pr utøver, MODELL 3A i forhold til BASIS.

	Km i tusen	Turer Nye enheter	1000 kr
Nye ambulansebiler		3	2300
Endring km og turer, biler	173	350	600
Endring km, båter	1		100
Totalt	174		3000

Tabell 4.6.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 3A i forhold til BASIS. Tusen kroner.

Spesielt å bemerke: I dag er det to ambulanser i Mosjøen og i Sandnessjøen og en på Nesna. En av ambulansene må i dag alltid være i sitt distrikt for beredskap. En utvidelse med 3 enheter kombinert med en koordinering fra en felles AMK-sentral vil føre til at bilene i mye høyere grad enn bilene i dag kan være i operativ virksomhet.

4.6.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,7
Ambulansekostnader	3,0
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	1,3

Tabell 4.6.13 Endring kostnader, MODELL 3A i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og et økt behov for utstyrsinvesteringer.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger, kirurger og gynekologer tildels må tjenestegjøre ved flere sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstyrsinvesteringer fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 3A.

4.7 MODELL 3B

4.7.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3B	BASIS	MODELL 3B
Rana sykehus	13,1	7,0	25,1	21,3
Vefsn sykehus	5,8	3,4	11,8	10,0
Sandnessjøen sykehus	12,4	20,7	23,6	29,0
Nordland s s h		0,3		0,2
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.7.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 3B i forhold til BASIS.

4.7.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 3B	BASIS	MODELL 3B
Rana sykehus	9,4	5,1	450	240
Vefsn sykehus	3,3	2,1	170	110
Sandnessjøen sykehus	5,7	11,6	280	560
Nordland s s h		0,2	0	10
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.7.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter og antall fødsler, MODELL 3B i forhold til BASIS.

4.7.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3B	BASIS	MODELL 3B
Rana sykehus	20,0	12,8	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	4,2	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	19,4	6,9	6,9
Nordland s s h		0,4		0,0
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.7.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 3B i forhold til BASIS.

4.7.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	-16	-4	-5	-25
Vefsn sykehus	-5	-2	-2	-8
Sandnessjøen sykehus	20	6	7	32
Nordland s s h	1	0	0	1
Brønnøysund			-1	-1
Namdalen sykehus	0	0	0	0
Alle sykehus	0	0	0	-1

Tabell 4.7.4 Endring av sengebehov, MODELL 3B i forhold til BASIS.

4.7.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Rana sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet reduseres med 20 senger innenfor kirurgi/indremedisin
- 5 dagers posten nedlegges
- Mottak og intensivenhet slås sammen til en enhet,
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet innenfor kirurgi/indremedisin reduseres med 7
- Kirurgisk/medisinsk avdeling gjøres om til en felles post på ca 30 senger
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning, overvåkning og LV sentral
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Sandnessjøen sykehus

Det blir følgende endringer:

- Det blir en netto økning på 26 senger innenfor kirurgi og indremedisin
- Det opprettes en ny kirurgisk sengepost, medisinsk sengepost utvides med 3 senger
- Kombinert medisinsk/kirurgisk 5-dagers post utvides med 4 senger til 24.
- Fødeavdelingen utvides fra 8 til 14 senger
- Fødende som ønsker å komme i god tid før fødsel får tilbud ved hotellavdeling ved ledig kapasitet eller ved pensjonat/hotell i Sandnessjøen.
- Mottak opprettes som egen avdeling. Avdelingen forutsettes også å romme observasjonsenhet, AMK sentral, LV sentral samt skadepoliklinikk
- Intensivavdelingen utvides med 3 plasser
- Operasjonsstue-, røntgen og labkapasiteten er tilstrekkelig for å takle en slik økning

4.7.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Rana sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Vefsn sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Sandnessjøen sykehus

Følgende endringer kan foretas innenfor nåværende bygningsmasse:

- Kirurgiske og medisinsk poster plasseres i plan V og VI i sykehuset. Det vil ikke være behov for utstyrmessige- eller bygningsmessige investeringer
- Fødeavdelingen utvides ved å ta i bruk noen rom som i dag er i bruk som kontorer
- Mottaksavdelingen med observasjonssenger opprettes, og legges til plan II ved ambulanserinngangen. AMK sentralen flyttes fra intensivavdelingen. Bygningsmessige investeringer inkl erstatningsareal 1,8 millioner kr, utstyrsbehov på 0,5 mill kr.
- Operasjons/anestesiavdelingen er tilstrekkelig for å takle en slik økning rent rommessig, men en må foreta investeringer i anestesiutstyr med 200 000 kr. Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab, kjøkken og kantine.

Følgende behov må dekkes utenfor dagens sykehus:

- Utvidelse av intensivavdelingen med 2 rom som gir 3 plasser gjennom bygningsmessig ombygging. Bygningsinvestering på 1,2 millioner, nytt utstyr til 250 000 kr
- Administrasjon, utøket kontorbehov, erstatningskontorer og areal til hotellavdeling kan løses på to ulike måter. Den mest nærliggende løsningen er at en tar i bruk deler av sykehjemmet når fylkeskommunen overtar det gamle sykehuset ved å gjøre et makeskifte med kommunen som overtar søsterhjemmet. Om dette ikke kan realiseres trengs ca 1000 m² til administrasjon og kontorer, som med en kvadratmeterpris på 10000 gir 10 millioner kroner i investeringer. Hvis ikke sykehjemmet blir disponibelt vil en antagelig ikke bygge et nytt pasienthotell, men inngå avtale med pensjonat/hotell på stedet.

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	0	0	0
Vefsn sykehus	0	0	0
Sandnessjøen sykehus	13	1	14
Totalt	13	1	14

Tabell 4.7.5 Investeringsbehov, MODELL 3B i forhold til BASIS.
Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene forutsetter nybygg og ikke overtakelse av sykehjemmet.

4.7.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	-8,0	-3,0	21,0	10,0
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	-28,1	-14,7	36,4	-6,4
Pl pers. poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers, med service	-6,9	-5,7	5,3	-7,3
Pers. ikke med service og støtte	-10,2	-4,0	14,5	0,3
Adm og felles faglig/adm ledelse	-12,7	-6,5	12,3	-6,9
Totalt	-65,9	-33,9	89,5	-10,3

Tabell 4.7.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 3B i forhold til BASIS.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	Sjøen sykehus	Totalt
Leger	-3350	-1350	7650	2950
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	-7550	-4200	10600	-1150
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	-2300	-1650	1400	-2550
Pers, ikke med service og støtte	-2200	-900	2700	-400
Adm og felles faglig/adm ledelse	-3000	-1450	2850	-1600
Totalt	-18400	-9550	25200	-2750

Tabell 4.7.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 3B i forhold til BASIS. Tusen kroner

	BASIS	MODELL 3B	Endring
Rana sykehus	265,0	199,1	-65,9
Vefsn sykehus	173,8	139,9	-33,9
Sandnessjøen sykehus	231,0	320,5	89,5
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	668,1	-9,6

Tabell 4.7.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 3B i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 3B	Endring
Rana sykehus	75700	57300	-18400
Vefsn sykehus	50750	41200	-9550
Sandnessjøen sykehus	69250	94450	25200
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus	0	900	900
Namdalen sykehus	0	0	0
Totalt	198250	196400	-1850

Tabell 4.7.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 3B i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.7.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	0	0	0,0
Brønnøy	0	0	0,0
Vevelstad	0	0	0,0
Alstahaug	0	0	0,0
Vefsn	43000	130	3,5
Hattfjelldal	5000	0	0,4
Nesna	-1000	0	-0,1
Hemnes	12000	20	1,6
Rana	132000	330	11,0
Lurøy innland	2000	0	0,0
Totalt	193000	480	16,4

Tabell 4.7.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulansse fordelt pr utøver, MODELL 3B i forhold til BASIS.

	Km	Turer
Vega	0	0
Herøy/Dønna	0	0
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	0	0

Tabell 4.7.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulansse fordelt pr utøver, MODELL 3B i forhold til BASIS.

	Km i tusen	Turer	Nye enheter	1000 kr
Nye ambulansbiler			3	2300
Endring km og turer, biler	193	480		700
Endring km, båter	0			0
Totalt	193			3000

Tabell 4.7.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 3B i forhold til BASIS. Tusen kroner.

Spesielt å bemerke. I dag er det to ambulanser i Mosjøen og på Mo. En av ambulansene må i dag alltid være i sitt distriktet for beredskap. En utvidelse med 3 enheter kombinert med en koordinering fra en felles AMK-sentral vil føre til at bilene i mye høyere grad enn i dag kan være i operativ virksomhet.

4.7.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,9
Ambulansekostnader	3,0
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	1,2

Tabell 4.7.13 Endring kostnader, MODELL 3B i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og føre til økt behov for utstyrsinvesteringer.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger, kirurger og gynekologer tildels må tjenestegjøre ved flere sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstyrsinvesteringer fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 3B.

4.8 MODELL 3C

4.8.1 Akuttberedskap

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3C	BASIS	MODELL 3C
Rana sykehus	13,1	7,0	25,1	21,3
Vefsn sykehus	5,8	17,3	11,8	18,2
Sandnessjøen sykehus	12,4	6,7	23,6	20,8
Nordland s s h		0,3		0,2
Namdalen sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	31,4	31,4	60,5	60,5

Tabell 4.8.1 Gjennomsnittlig antall inneliggende øyeblikkelig hjelp-pasienter, MODELL 3C i forhold til BASIS.

4.8.2 Fødevirksomhet

	Fødepasienter		Fødsler	
	BASIS	MODELL 3C	BASIS	MODELL 3C
Rana sykehus	9,4	5,1	450	240
Vefsn sykehus	3,3	10,7	170	530
Sandnessjøen sykehus	5,7	3,0	280	140
Nordland s s h		0,2	0	10
Brønnøysund	2,5	1,9	120	90
Namdal sykehus	0,0	0,0	0	0
Totalt	20,9	20,9	1020	1020

Tabell 4.8.2 Gjennomsnittlig antall inneliggende fødepasienter, MODELL 3C i forhold til BASIS.

4.8.3 Planlagt virksomhet

	Kirurgi/ortopedi		Indremedisin	
	BASIS	MODELL 3C	BASIS	MODELL 3C
Rana sykehus	20,0	12,8	6,0	6,0
Vefsn sykehus	5,6	15,6	3,7	3,7
Sandnessjøen sykehus	11,2	7,9	6,9	6,9
Nordland s s h		0,4		0,0
Namdal sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	36,8	36,8	16,7	16,7

Tabell 4.8.3 Gjennomsnittlig antall inneliggende pasienter, planlagt virksomhet, MODELL 3C i forhold til BASIS.

4.8.4 Virkninger for sengebehov

	Kirurgi/Ortopedi	Medisin	Føde	Totalt
Rana sykehus	-16	-4	-5	-25
Vefsn sykehus	26	7	9	42
Sandnessjøen sykehus	-11	-3	-3	-17
Nordland s s h	1	0	0	1
Brønnøysund			-1	-1
Namdal sykehus	0	0	0	0
Alle sykehus	0	0	0	0

Tabell 4.8.4 Endring av sengebehov, MODELL 3C i forhold til BASIS.

4.8.5 Virkninger for organisering av kliniske avdelinger

Som følge av endringer i akuttberedskap og planlagt virksomhet blir det følgende endringer for organiseringen av de kliniske avdelingene i modell 3C

Rana sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet reduseres med 20 senger innenfor kirurgi/indremedisin

- 5 dagers posten nedlegges
- Mottak og intensivenhet slås sammen til en enhet,
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

Vefsn sykehus

Det blir følgende endringer:

- Sengebehovet økes med 33 senger innenfor kirurgi/indremedisin
- Kirurgisk og medisinsk avdeling organiseres som tre 7 døgnposter på ca 23 senger hver, en størrelse som er tilpasset bygningsstrukturen i sykehjemmet
- Fødeavdelingen utvides fra 5 til 13 senger
- Det opprettes en egen mottaksavdeling som også rommer obeservasjonssenger samt assisterer ved skadepoliklinikk
- Ved behov opprettes det en egen hotellavdeling. Behovet for fødende som må komme før termin, løses ved å benytte pasienthotellet eller hotell/pensjonatkapasitet i byen.
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser
- Operasjonsstuekapasiteten må utvides med en operasjonsstue

Sandnessjøen sykehus

Det blir følgende endringer:

- Nåværende struktur med to 7 dagers og en 5 dagerspost for både medisinske og kirurgiske pasienter beholdes. Antall senger ved de to 7 -dagers postene reduseres med totalt ca 14.
- Intensivavdelingen gjøres om til en enhet som kombinerer funksjonene observasjon, oppvåkning og eventuell LV sentral.
- Fødeavdelingen gjøres om til fødestue

4.8.6 Bygnings- og utstyrmessige virkninger

Rana sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstyrs- eller bygningsmessige investeringer

Vefsn sykehus

Følgende endres innenfor nåværende bygningsmasse:

- Fødeavdelingen utvides ved å ta i bruk tilstøtende areal
- Mottaksavdelingen opprettes i nåværende sykehus
- Intensivavdelingen utvides fra 10 til 12 plasser gjennom å ta i bruk tilstøtende lokaler i 2 etasje Investeringer i overvåkningsutstyr anslås til ca 300.000 kr
- Operasjonsstuekapasiteten må utvides med 1 operasjonsstue, anslått kostnad kr 2 millioner. 1 million kroner i utstyr
- Areal er tilstrekkelig for fysioterapi, røntgen, lab (hvis liten kapasitet løses ved dette ved å ta i bruk tilstøtende areal), kjøkken og kantine. Behov for flere kontorer dekkes ved å ta i bruk deler av fløy C.

Følgende behov må dekkes utenfor dagens sykehus:

- To av tre kirurgiske og medisinsk poster og eventuell hotellavdeling. Den mest nærliggende løsningen er å overta tilstøtende sykehjem fra kommunene. Alternativt vil det være behov for et nybygg på ca 1500 m² som med forutsatt pris pr kvadratmeter på 20000 gir en investering på 30 millioner kr, herav 2 millioner kroner i utstyr. Hvis ikke sykehjemmet blir disponibelt vil en antagelig ikke bygge pasienthotell, men inngå avtale med pensjonat/hotell på stedet som i dag

Sandnessjøen sykehus

Modellen fører ikke til behov for utstørs- eller bygningsmessige investeringer

Samlede investeringer

	Bygning	Utstyr	Totalt
Rana sykehus	0	0	0
Vefsn sykehus	30	4	34
Sandnessjøen sykehus	0	0	0
Totalt	30	4	34

Tabell 4.8.5 Investeringsbehov, MODELL 3C i forhold til BASIS.
Millioner kroner

Spesielt å bemerke: Anslagene er usikre og forutsetter nybygg og ikke overtakelse av sykehjemmet.

4.8.7 Bemanningmessige virkninger

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	-8,0	23,0	-4,0	11,0
Pl pers sengep, mottak, intensiv	-28,1	38,2	-10,9	-0,8
Pl pers, poliklinikk	0,0	0,0	0,0	0,0
Beh pers. med service	-6,9	9,0	-6,5	-4,4
Pers, ikke med service og støtte	-10,2	17,8	-9,3	-1,7
Adm og felles faglig/adm ledelse	-12,7	14,0	-8,4	-7,1
Totalt	-65,9	102,0	-39,1	-3,0

Tabell 4.8.6 Endring av antall stillinger fordelt på funksjon, MODELL 3C i forhold til BASIS.

Spesielt å bemerke: Nedgangen når det gjelder pleiepersonell ved sengeavdelingene ved Sandnessjøen sykehus er beskjedne fordi en forventer å måtte opprettholde dagens organisering av sengeavdelinger.

	Rana sykehus	Vefsn sykehus	S sjøen sykehus	Totalt
Leger	-3350	9550	-2450	3750
Pl pers sengep, mottak, intensiv	-7550	10150	-5450	-2850
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0
Beh pers, med service	-2300	2200	-1750	-1850
Pers, ikke med service og støtte	-2200	4000	-1850	-50
Adm og felles faglig/adm ledelse	-3000	3300	-1950	-1650
Totalt	-18400	29200	-13450	-2650

Tabell 4.8.7 Endring lønnskostnader fordelt på funksjon, MODELL 3C i forhold til BASIS. Tusen kroner

Spesielt å bemerke. I stedet for en nedgang av antall stillinger for sengepostene ved Sandnessjøen sykehus kan en forvente en drastisk nedgang i bruk av vikarer når arbeidspresset avtar som i modell 3C.

	BASIS	MODELL 3C	Endring
Rana sykehus	265,0	199,1	-65,9
Vefsn sykehus	173,8	275,8	102,0
Sandnessjøen sykehus	231,0	191,9	-39,1
Brønnøysund fødestue	8,0	8,0	0,0
Totalt	677,7	675,4	-2,3

Tabell 4.8.8 Endring av antall stillinger fordelt på institusjon, MODELL 3C i forhold til BASIS.

	BASIS	MODELL 3C	Endring
Rana sykehus	75700	57300	-18400
Vefsn sykehus	50750	79950	29200
Sandnessjøen sykehus	69250	55800	-13450
Brønnøysund fødestue	2550	2550	0
Nordland sentralsykehus		900	900
Namdalen sykehus		0	0
Totalt	198250	196500	-1750

Tabell 4.8.9 Endring lønnskostnader fordelt på institusjon, MODELL 3C i forhold til BASIS. Tusen kroner

4.8.8 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	Kilometer	Turer	Timer pr døgn
Sømna	3000	0	-0,2
Brønnøy	9000	0	-0,1
Vevelstad	2000	0	0,2
Alstahaug	78000	200	5,0
Vefsn	0	0	0,0
Hattfjelldal	0	0	0,0
Nesna	0	0	0,1
Hemnes	2000	0	0,3
Rana	125000	330	8,9
Lurøy innland	6000	0	0,3
Totalt	225000	530	14,4

Tabell 4.8.10 Endring antall kilometer, turer og gjennomsnittlig antall timer pr døgn, bilambulansse fordelt pr utøver, MODELL 3C i forhold til BASIS.

	Km	Turer
Vega	-1000	0
Herøy/Dønna	1000	20
Træna, Lurøy øyer	0	0
Totalt	0	20

Tabell 4.8.11 Endring antall kilometer og turer, båtambulansse fordelt pr utøver, MODELL 3C i forhold til BASIS.

	Km i tusen	Turer	Nye enheter	1000 kr
Nye ambulansbiler			3	2300
Endring km og turer, biler	225	530		800
Endring km, båter	0			0
Totalt	225			3100

Tabell 4.8.12 Endring ambulanssekostnader basert på endring av antall kilometer, turer og ambulanser, MODELL 3C i forhold til BASIS. Tusen kroner.

Spesielt å bemerke: I dag er det to ambulanser i Sandnessjøen, Mosjøen og på Mo. En av ambulansene må i dag alltid være i sitt distriktet for beredskap. En utvidelse med 3 enheter kombinert med en koordinering fra en felles AMK-sentral vil føre til at bilene i mye høyere enn i dag kan være i operativ virksomhet.

4.8.9 Økonomiske totalvirkninger

	Millioner kroner
Personalkostnader	-1,8
Ambulansekostnader	3,1
Pol inntekter/ Kost rot ord	0,0
Totalt	1,4

Tabell 4.8.13 Endring kostnader, MODELL 3C i forhold til BASIS. Millioner kroner.

Spesielt å bemerke: Flere kirurger, gynekologer og barneleger vil gi til dels nye polikliniske tilbud som vil gi en netto økning av de polikliniske inntektene og ut økt utstysbehov.

Modellen vil måtte medføre at enkelte underordnede leger (under forutsetning av godkjenning), anestesileger, kirurger og gynekologer tildels må tjenestegjøre ved flere sykehus.

Kostnadene vedr reiseutgifter og opphold ved en slik rotasjonsordning og en netto økning av polikliniske inntekter fratrukket andre kostnader enn lønn til spesialister og utstysinvesteringer fordelt over tid har vi vurdert til å være like store i modell 3C.

4.9 OPPSUMMERING

Alle tallene er sammenliknet med BASIS. Er de positive betyr det at det for den aktuelle modellen er større enn i BASIS, negative mindre enn i BASIS

4.9.1 Endring av sengebehov

		MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Rana sykehus	Kirurgi/Ortopedi	0	0	-39	1	12	-16	-16
	Medisin	0	0	-17	0	4	-4	-4
	Føde	0	0	-5	0	3	-5	-5
	Totalt	0	1	-61	2	19	-25	-25
Vefsn sy. hus	Kirurgi/Ortopedi	0	-13	34	25	-5	-5	26
	Medisin	0	-8	15	17	-2	-2	7
	Føde	0	-2	5	4	-2	-2	9
	Totalt	0	-23	54	46	-8	-8	42
S sjøen s.h	Kirurgi/Ortopedi	0	12	2	-27	-11	20	-11
	Medisin	0	8	1	-18	-3	6	-3
	Føde	1	2	1	-3	-3	7	-3
	Totalt	1	22	4	-48	-17	32	-17
NSS, endring	Kirurgi/Ortopedi	0	0	2	0	0	1	1
	Medisin	0	0	1	0	0	0	0
	Føde	0	0	0	0	0	0	0
	Totalt	0	0	3	0	0	1	1
Brønnøysund	Føde	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Namdal, endr.	Kirurgi/Ortopedi	0	0	0	0	4	0	0
	Medisin	0	0	0	0	1	0	0
	Føde	0	0	0	0	3	0	0
	Totalt	0	0	0	0	9	0	0
Alle sykehus	Kirurgi/Ortopedi	0	-1	-1	-1	1	0	0
	Medisin	0	0	0	0	1	0	0
	Føde	0	0	0	0	1	0	0
Alle sykehus	Totalt	0	-2	-1	-1	2	-1	0

Tabell 4.9.1 Endring av sengebehov i forhold til BASIS

4.9.2 Bygnings- og utstyrsinvesteringer

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Rana sykehus	0	0	0	0	14	0	0
Vefsn sykehus	0	0	49	49	0	0	34
S sjøen sykehus	0	10	0	0	0	14	0
Totalt	0	10	49	49	14	14	34

Tabell 4.9.2 Investeringer i tillegg til BASIS. Millioner kroner

Beregningene forutsetter nybygg. Følgende forhold gjør andre løsninger mer aktuelle:

- Det er uavhengig av strukturarbeidet gjort vedtak om et makeskifte mellom Alstahaug kommune og fylkeskommunen, der fylkeskommunen overtar sykehjemmet som ligger i flukt med sykehuset og kommunen overtar søsterhjemmet. Investeringene vil bli betydelig mindre for alternativ 2A og 3B om dette blir realisert.
- Vefsn kommune har kommet med et utspill om å la fylkeskommunen overta sykehjemmet som ligger i flukt med sykehuset. En slik løsning vil antagelig gjøre investeringsbehovet ved Vefsn sykehus i alternativene 2B, 2C og 3C betydelig mindre.

4.9.3 Endring av bemanningsbehov

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Leger	39	23	24	24	11	10	11
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0	-8	-6	8	-7	-6	-1
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0	0	0	0
Beh pers, med service	6	-4	2	-1	-7	-7	-4
Pers, ikke med service og støtte	0	2	-3	-4	-5	0	-2
Adm og felles faglig/adm ledelse	0	-4	-4	-4	-7	-7	-7
Totalt	45	8	13	23	-15	-10	-3

Tabell 4.9.3 Endring av antall stillinger i forhold til BASIS, fordelt på funksjon.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Kir/med Turnuskand	0	0	0	0	0	0	0
Kirurgi ass leger	0	0	0	0	0	0	0
Medisin ass leger	0	0	0	0	0	0	0
Anestesi ass leger	-1	-1	-1	-1	0	-1	-1
Kirurgi Overleger	12	8	8	8	4	4	4
Medisin Overleger	0	0	0	0	0	0	0
Anestesi Overleger	8	4	4	4	2	2	2
Radiologi Overleger	8	5	6	5	2	3	3
Gynekologi Overleger	10	6	6	6	2	2	2
Pediatri Overleger	2	1	1	2	1	0	1

Tabell 4.9.4 Endring av antall legestillinger i forhold til BASIS, fordelt på type.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Leger	16650	8150	7750	8350	3750	2950	3750
Pl. pers sengep, mottak, intensiv	0	-1400	-1400	350	-5050	-1150	-2850
Pl pers, poliklinikk	0	0	0	0	0	0	0
Beh pers, med service	1550	-1300	0	-900	-2050	-2550	-1850
Pers, ikke med service og støtte	0	-100	-500	-50	-800	-400	-50
Adm og felles faglig/adm ledelse	0	-1050	-1050	-1050	-1550	-1600	-1650
Totalt	18200	4300	4800	6700	-5700	-2750	-2650

Tabell 4.9.5 Endring lønnskostnader i 1000 kr i forhold til BASIS, fordelt på funksjon.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Rana sykehus	13	13	-113	13	58	-66	-66
Vefsn sykehus	17	-55	115	97	-34	-34	102
Sandnessjøen sykehus	15	54	15	-82	-39	90	-39
Administrasjon og ledelse	0	-4	-4	-4			
Brønnøysund fødestue	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	45	8	13	23	-15	-10	-3

Tabell 4.9.6 Endring av antall stillinger i forhold til BASIS, fordelt på institusjon (for alternativene 2A, 2B og 2C er ikke administrasjon og ledelse fordelt pr institusjon).

Legg merke til endring av antall stillinger på grunn av omgjøring til felles administrasjon og ledelse i tabell 4.9.5 og lønnskostnader i tabell 4.9.6 ikke er fordelt på sykehusene for alternativene 1, 2A, 2B og 2C, men plassert i en egen kategori. Dessuten at en vil få samme effekt i alternativ 0.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Rana sykehus	5350	5300	-32300	5300	17300	-18400	-18400
Vefsn sykehus	7500	-16850	32800	27950	-9550	-9550	29200
Sandnessjøen sykehus	5350	16900	5350	-25500	-13450	25200	-13450
Administrasjon og ledelse	0	-1050	-1050	-1050			
Brønnøysund fødestue	0	0	0	0	0	0	0
Nordland sentralsykehus	0	0	2300	0	0	900	900
Namdal sykehus	0	0	0	0	4000	0	0
Totalt	18200	4300	7100	6700	-1700	-1850	-1750

Tabell 4.9.7 Endring lønnskostnader i 1000 kr i forhold til BASIS, fordelt pr institusjon

Endringene i tabell 4.9.7 som gjelder Nordland Sentralsykehus og Namdal sykehus er beregnet ut fra lønnsandelen knyttet til gjestepasientprisen slik det er redegjort for i kap 3.

4.9.4 Virkninger for ambulansetjenesten

Utøver	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Sømna	0	0	0	6000	2000	0	3000
Brønnøy	0	0	0	23000	18000	0	9000
Vevelstad	0	0	0	4000	3000	0	2000
Alstahaug	0	0	0	116000	60000	0	78000
Vefsn	0	71000	0	0	56000	43000	0
Hattfjelldal	0	9000	0	0	6000	5000	0
Nesna	0	0	0	3000	29000	-1000	0
Hemnes	0	0	5000	0	0	12000	2000
Rana	0	0	191000	-1000	0	132000	125000
Lurøy	0	0	5000	-6000	-1000	2000	6000
Totalt	0	80000	201000	145000	173000	193000	225000

Tabell 4.9.8 Endring av antall kilometer med bilambulans i forhold til BASIS, oppsummert pr utøver.

Alle tallene i tabell 4.9.8-9 er avrundet til nærmeste tusen.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Vega	0	0	0	-1000	0	0	-1000
Herøy/Dønna	0	0	0	2000	1000	0	1000
Træna/Lurøy	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	0	0	0	1000	1000	0	0

Tabell 4.9.9 Endring av antall kilometer med båtambulans i forhold til BASIS, oppsummert pr utøver.

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Nye ambulanserbiler	0	2	3	2	3	3	3

Tabell 4.9.10 Endring av antall 2 mannsbetjente døgnambulanser (bil) i forhold til BASIS

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Nye ambulanserbiler	0	1500	2300	1500	2300	2300	2300
Endring km og turer, biler	0	300	700	500	600	700	800
Endring km, båter	0	0	0	100	100	0	0
Totalt	0	1800	3000	2100	3000	3000	3100

Tabell 4.9.11 Endring ambulanssekostnader i 1000 kr i forhold til BASIS

	MODELL 1	MODELL 2A	MODELL 2B	MODELL 2C	MODELL 3A	MODELL 3B	MODELL 3C
Personalkostnader	18,2	4,3	7,1	6,7	-1,7	-1,9	-1,8
Ambulansekostnader	0,0	1,8	3,0	2,1	3,0	3,0	3,1
Pol inntekter/ Kost rot ord	-1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totalt	17,2	6,1	10,1	8,8	1,3	1,2	1,4

Tabell 4.9.12 Endring totale kostnader i millioner kr i forhold til BASIS

