

## Styresak 89/2010: Handlingsplan for intensivmedisin Helse Nord RHF

Møtedato: 13.12.10

Møtested: Telefon

### Innledning

Styreleder har på kort varsel innkalt til et styremøte for å behandle styresaken om Handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord RHF. Saken ble oversendt styret 08.12.10 (jfr. styresak 134/2010).

Denne saken skal behandles av styret i Helse Nord RHF 14.12.10 der innstillingen fra den regionale administrasjonen er Helgelandssykehuset Mo i Rana på intensivnivå 2.

Styreleder har bedt administrasjonen om å utarbeide et saksframlegg med tilrådning til styremøtet basert på tilgjengelig underlagsmateriale. Dette er utført med svært kort tidsfrist.

### Oppdragsdokumentet

Oppdragsdokumentet 2010 fra Helse Nord RHF angir det siste styringskravet hva angår Helgelandssykehuset HF og intensivmedisin. Her står det:

*"Gi tilrådning for å avklare nivådelingen innen intensivmedisin i foretaket"*

Helse Nord RHF's bestilling til Helgelandssykehuset HF er en tilrådning. Helse Nord RHF tar med andre ord den endelige beslutningen slik det er gjort for de øvrige helseforetakene.

Det er ikke tidligere gitt en administrativ tilrådning fra helseforetaket i påvente av andre fagavklaringer som traume, kreftkirurgi og føde (jfr. styresak 36/2008 og 27/2010). I denne saken gis den administrative tilrådingen til helseforetakets styre.

### Vedtaksalternativene

Det vises til tidligere styrevedtak i Helse Nord RHF (jfr. styresak 90/2008) og drøftingsprotokoll med foretakstillitsvalgte i Helgelandssykehuset HF 08.12.10 (se vedlegg A) som kan danne grunnlag for følgende vedtaksalternativ:

Styret i Helgelandssykehuset tilrår overfor Helse Nord RHF å

- A. behandle saken uten ytterligere tilrådning fra helseforetaket
- B. utsette saken med vekt på ytterligere konsekvensvurderinger
- C. likestille Mo i Rana og Sandnessjøen på intensivnivå 2
- D. velge Mo i Rana på intensivnivå 2
- E. velge Sandnessjøen på intensivnivå 2

Helse Nord RHF's vedtak er at det skal være ett sykehus i hvert helseforetak på intensivnivå 2. Alle foretakstillitsvalgte – med ett unntak – ønsker ikke å utsette saken og støtter Helse Nord RHF's innstilling, men to sykehus på nivå 2 er det foretrukne dersom det er mulig.

## Vurderingen

Foretaksdirektøren må i saksbehandlingen forholde seg til – uansett egen oppfatning og innspill fra foretakstillitsvalgte – vedtakene fra Helse Nord RHF om ett sykehus i hvert helseforetak på intensivnivå 2.

Noen nøkkeltall for Helgelandssykehuset HF:

Helgelandssykehuset HF 2009	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Totalt
Opptaksområde	33 035	16 288	26 422	75 745
Somatikk DRG-poeng	6 070	2 575	4 673	13 318
hvorav kirurgi (inkl. gyn/føde)	3 980	890	2 229	7 099
Somatikk poliklinikk	27 862	21 940	22 073	71 875
hvorav kirurgi (inkl. gyn/føde)	15 467	8 116	7 030	30 613
Fødsler	387	69	265	770
Røntgenundersøkelser	33 868	15 288	22 650	71 806
Laboratorieanalyser	578 276	290 431	310 000	1 178 707
Faste årsverk	414	295	356	1 167

Foretaksdirektøren har lagt følgende kriterier til grunn i en totalvurdering:

- Total pasientaktivitet
- Kirurgisk pasientaktivitet (bløtdelskirurgi, ortopedi og tarmkreftkirurgi)
- Innsamlede intensivdata
- Total bemanning
- Spesialistbemanning sykepleiere/leger
- Framtidige rekrutteringsmuligheter
- Dokumentert omstillingsevne
- Dokumentert økonomistyringsevne
- Pasienttilbudets tilgjengelighet

Helgelandssykehuset Mo i Rana scorer i sum høyest på disse kriteriene. Foretaksdirektørens totalvurdering og tilrådning er derfor støtte til administrasjonen i Helse Nord RHF's innstilling til styremøtet.

Foretaksdirektøren viser også til den vedlagte saksutredningen i denne saken som begrunner og dokumenterer tilrådingen (se vedlegg B).

### VEDTAKSFORSLAG:

Styret i Helgelandssykehuset HF støtter administrasjonen i Helse Nord RHF sin innstilling i styresak 134/2010 og tilrår overfor styret i Helse Nord RHF å velge Helgelandssykehuset Mo i Rana på intensivnivå 2.

Jan Erik Furunes  
Foretaksdirektør

Saksbehandlere: Foretaksdirektør Jan Erik Furunes og medisinsk direktør Fred A. Mürer

Vedlegg A: Drøftingsprotokoll  
Vedlegg B: Saksutredning

## Vedlegg A: Drøftingsprotokoll



### DRØFTINGSPROTOKOLL

Onsdag den 8. desember 2010 ble det avholdt drøftinger mellom Helgelandssykehuset HF og foretakstillitsvalgte.

Sted.: Meyergården  
Tilstede:

Grete Morberg, NETF  
Lisbeth Ann Johansen, NSF  
Elsa Lillegård, Delta  
Truls W. Nilssen, DNLF  
Elsa Enge, Fagforbundet  
Eirik Holand, NPF  
Linn Bjørnådal, Forskerforbundet

Jan Erik Furunes, foretaksdirektør  
Fred A. Mürer, medisinsk dir  
Venche Abel, avd. dir MSJ  
Per Martin Knutsen, avd. dir Mo  
Randi Erlandsen, splf-/infosjef  
Tore Enga, pers.-og org.sjef  
Rachel Berg, pers. rådgiver

Jim Roger Fagerdal, Hovedverneombud

### INTENSIVSAKEN

De tillitsvalgte hadde følgende synspunkter på Helse Nords innstilling:

NSF: Saken må konsekvensvurderes nærmere før beslutning fattes. Inntil det er gjort må nåværende organisering av intensivfunksjonene beholdes.

DNLF, Fagforbundet, Delta, NETF, Forskerforbundet: Ønsker ikke å utsette saken. Enig i Helse Nords innstilling. Dersom det er mulig med nivå 2 på to av sykehusene i foretaket ville det være å foretrekke.

Generelt:

Samtlige organisasjoner vil samtidig gjøre oppmerksom på at det er stor uenighet om lokaliseringsspørsmålet i samtlige organisasjoner

For Helgelandssykehuset HF



For organisasjonene



## **Vedlegg B: Saksutredning**

## **Saksutredning - Handlingsplan for intensivmedisin Helse Nord RHF – oppfølging i Helgelandssykehuset.**

Saken omhandler oppfølging av Helse Nord RHF's handlingsplan for intensivmedisin i Helgelandssykehuset.

Helse Nord RHF har i styresak 90-2008 vedtatt innføring av nivådeling av intensivvirksomheten i regionen i tråd med handlingsplan avgitt 31.01.08. Implementeringen av dette vedtaket i Helgelandssykehuset har vært avventet i påvente av avklaring av øvrige lokalsykehusfunksjoner.

### **Historikk**

Handlingsplan for intensivmedisin som ble avgitt 31.01.2008, ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styresak 90-2008 den 23. september 2008. Hovedmålet med handlingsplanen er å sikre best mulig kvalitet på behandlingen av de alvorligst syke pasientene og gi pasientene en trygghet for at det finnes et intensivtilbud innen rekkevidde i de enkelte helseforetak. Handlingsplanen er fulgt opp i Oppdragsdokument for helseforetakene i årene 2009 og 2010. Handlingsplanen legger opp til en nivådeling av enhetene, og plassering på nivå ble vedtatt for alle helseforetak i 2008 med unntak av Helgelandssykehuset HF, som ble bedt om å avklare plassering av sykehusene på nivå 1 og 2 etter en prosess med registrering av intensivdata i et år. Vedtaket i saken forutsatte at det skulle være kun ett sykehus med intensivnivå 2 i hvert helseforetak.

I rapporten fra arbeidsgruppen som foreslo nivådeling og differensiering av behandling av de alvorligst syke pasientene, og i styrets vedtak av 23. september 2008 gis følgende avgrensning av de tre nivåer:

#### *Nivå 1:*

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

#### *Nivå 2:*

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

#### *Nivå 3:*

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

Basert på tall over kapasitetsutnyttelse og pasientvolum for de ulike enhetene foreslo Handlingsplanen følgende nivådeling av enhetene i Helse Nord:

Tabell 7: Forslag til nivå inndeling av sykehusene i Helse Nord

Sykehus	1	2	3A	3B
Kirkenes	X			
Hammerfest		X		
UNN				X
Harstad		X		
Narvik	X			
Stokmarknes	X			
Lofoten	X			
Bodø			X	
Mo i Rana		X		
Sandnessjøen	X			
Mosjøen	X			

Rapporten anså imidlertid at hvorvidt nivå 2 enheten ved Helgelandssykehuset HF skal ligge i Mo i Rana eller i Sandnessjøen, anses å være et beslutningsansvar for Helgelandssykehuset HF

I saksframlegget RHF-styresak 90-2008 heter det:

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

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

I Helgelandssykehuset har saken vært undergitt følgende saksbehandling:

HF-styresak 36/2008: Handlingsplan for intensivmedisin der styret gjorde bl.a. følgende vedtak:

*Intensivfunksjonene slik de i dag fungerer i Helgelandssykehuset, i Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen videreføres til registrering av data som nevnt ovenfor har pågått minst 1 år. Styret ber administrasjonen påse at det da blir gjennomført en faglig revisjon av virksomheten ved enhetene.*

*Fremtidig intensivfunksjon skal klarlegges på bakgrunn av revisjon av virksomheten ved intensivavdelingene i Helgelandssykehuset, nasjonale og regional utredninger innen lokalsykehusstrategi, fødselsomsorg og kirurgi, og gjennomføringen av tiltaksarbeid i helseforetaket, samt tilgang på kompetent personell.*

Revisjon av virksomheten med data fra 2008 og 2009 forelå fra faggruppen akutt 04.05 2010 (vedlagt) Faggruppen tar ikke stilling til hvilken av intensivavdelingene som skal være nivå 2-avdeling hvis Helse Nord- styrets vedtak skal implementeres, og sier i sine konklusjoner:

*Avdelingene har mange oppgaver i tillegg til intensivpasienter. Avdelingene er kostnadseffektive. Avdelingene har relativt høy andel intensivsykepleiere. Avdelingene leverte i 2009 data til Norsk intensivregister. Avdelingen på Mo brukes i betydelig grad som buffer for andre avdelinger. Dette interfererer med tolkning med data som innsendes til NIR. Faggruppe akutt har tatt kontakt med og invitert inn ekstern kompetanse for å gjennomgå registreringen slik at man unngår at dataene påvirkes slik i framtiden.*

*Faggruppe akutt ønsker tydelig å signalisere at en eventuell sentralisering av intensivmedisin må sees i sammenheng med pågående funksjonsfordeling av traumer og tykktarmskreftkirurgi. Det vil være feil å legge disse to funksjonene til et sykehus som ikke har nivå 2 intensivmedisin.*

*Faggruppe akutt ønsker å fokusere på betydningen av at det tas hensyn til transport- og logistikkmessige forhold. Forhold som regularitet i luftambulansetjenesten og om man har transportmessig kapasitet i landveis transport må belyses. En god og tilgjengelig følgetjeneste med spesialsykepleier og anestesilege for lengre landveis transport av disse pasientene må planlegges organisatorisk og økonomisk.*

Rapporten har ikke vært viderebehandlet i påvente av avklaring av øvrige lokalsykehusfunksjoner, (traumebehandling, kreftkirurgi og fødselsomsorg), som har vært sett på som en forutsetning for iverksettelsen av handlingsplan intensivmedisin.

HF-styresak 27/2010 Lokalsykehusfunksjoner konkluderte med at Helseforetaket vil ikke foreta noen grep ift. intensivfunksjoner eller fødeinstitusjoner før avklaringer fra Helse Nord foreligger.

Det er foreløpig uvisst når det kan gjøres beslutninger knyttet til fødselsomsorg. Det foreligger nå saksfremlegg til styret i Helse Nord RHF mtp. beslutning vedr. behandling av traumepasienter og funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk- og endetarm. Innstilling til vedtak i disse sakene gir ikke føringer for funksjonsfordeling mellom sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen på disse områdene. Når det nå imidlertid vil foreligge beslutning i disse fagsakene, er det riktig at Helse Nord RHF tar beslutning for å oppfylle sitt tidligere vedtak vedr organisering av intensivvirksomheten, nemlig at det skal være én nivå-2 avdeling i intensivmedisin, også i Helgelandssykehuset.

I forkant av drøftingsmøte med konserntillitsvalgte har administrasjonen besvart overfor Helse Nord problemstillinger reist fra konserntillitsvalgte og også oversendt faggruppens gjennomgang av intensivdata 2008 – 2009. Administrasjonen har hittil ikke kommet med tilråding i saken.



## Kriterier for totalvurdering

### Opptaksområde/aktivitet

Opptaksområdene for sykehusenhetene i helseforetaket fremgår av tabellen nedenfor. Mo i Rana har et primært opptaksområde som er ca. 25 % større enn Sandnessjøen

Mo i Rana dekker akutt og elektiv ortopedi for hele Helgeland (ekskl Bindal). Størstedelen av innleggelsestrengende bløtdelskirurgi fra Mosjøen-området, går til Sandnessjøen.

Aktivitet innen somatikk fremgår av tabellene nedenfor. Den kirurgiske virksomheten er vesentlig større i Mo i Rana enn i Sandnessjøen. En stor del av dette skyldes ortopedi, men oversikt over tarmkirurgiske inngrep og operasjoner for tykktarmskreft viser høyest aktivitet i Mo i Rana. De ortopediske pasientene blir imidlertid eldre, med økt hyppighet av tillegglidelser og medikamentbruk og postoperativ intensivbehandling er aktuelt i økende grad for denne pasientgruppen.

Helgelandssykehuset HF Aktivitet og ansatte 2009	Mo i Rana	Mosjøen	Sandnessjøen	Fellesområde	Totalt
<b>Opptaksområde</b>	33 035	16 288	26 422		75 745
Somatikk DRG-poeng	6 070	2 575	4 673	-	13 318
<b>hvorav kirurgi (inkl. gyn/føde)</b>	<b>3 980</b>	<b>890</b>	<b>2 229</b>	-	<b>7 099</b>
Somatikk poliklinikk	27 862	21 940	22 073	-	71 875
<b>hvorav kirurgi (inkl. gyn/føde)</b>	<b>15 467</b>	<b>8 116</b>	<b>7 030</b>		<b>30 613</b>
Fødsler	387	69	265	49	770
Røntgenundersøkelser	33 868	15 288	22 650	-	71 806
Laboratorieanalyser	578 276	290 431	310 000	-	1 178 707
Faste årsverk	414	295	356	102	1 167

Oversikt over tarmkirurgiske prosedyrer / inngrep

		2008	2009	Pr Okt 2010
Mo i Rana	Kir. prosedyrer fordøyelsessyst	478	462	408
	Reseksjon av tarm (JFB)	49	38	46
Sandnessjøen	Kir. prosedyrer fordøyelsessyst	379	313	370
	Reseksjon av tarm (JFB)	27	45	23

Oversikt over utførte operasjoner for tykktarmskreft i helseforetaket

	2008	2009	Pr juli 2010
Mo i Rana	25	18	20
Sandnessjøen	12	18	7

### Data fra intensivavdelingene 2008 – 2009

Det vises til gjennomgang av intensivvirksomhetene i Helgelandssykehuset 2008 og 2009, datert 04.05.2010 foretatt av faggruppen akutt, (vedlegg 1).

Bruk av respirasjonsstøtte (respiratorbehandling) fremgår av tabellen

	Sandnessjøen 2009	Sandnessjøen 2008	Mo i Rana 2009	Mo i Rana 2008	Mosjøen 2009	Mosjøen 2008
Antall pasienter	37	47	72	55	60	85
Antall respirator døgn	177	175	106,7	165,5	55,9	70,2
Gj.snitt liggetid	4,8	3,7	1,67	3,01	1,22	1,71

Mo i Rana har flere pasienter behandlet med respirator, mens Sandnessjøen har flere respiratordøgn pga gjennomsnittlig lengre liggetid på respirator.

### Medisinsk utstyr

Begge intensivavdelingene i Mo i Rana og Sandnessjøen har 4 respiratorer (supplert ifb. med svineinfluensaepidemien) og PICCO-utstyr (avansert overvåkning).

Mo i Rana har utstyr for PRISMA-behandling (nyrestøttende behandling) og anestesilege med kompetanse på slik behandling. Man har hittil avventet oppstart med slik behandling av hensyn til oppgavefordeling ift. Nordlandssykehuset, men dette kan startes opp ved formell beslutning om nivå 2-funksjon.

### Bemanning/fagmiljø

Som det fremgår av aktivitetstabellen foran er det høyest antall årsverk i Mo i Rana. Tabellene under viser fordelingen på leger og spesialsykepleiere innen somatikk.

Helgelandssykehus et HF Somatikk og psykiatri 2010	Legespesialis ter - faste stillinger			
	Mo i Rana		Sandnes sjøen	
	Overleger	Ass.leger	Overleger	Ass.leger
Medisin	4	5	4	5
Kirurgi	4	3	4	4
Gynekologi/føde	4	1	1	1
Anestesi	3	1	3	0
Radiologi	4	1	2	0
Ortopedi	4	1	0	0
Pediatri	1	0	2	0
FMR	0	0	3	0
ØNH	0	0	3	0
Reumatologi	2	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>10</b>

### Anestesileger

Mo i Rana har 3 overlege-hjemler (alle besatt) i anesthesiologi + 1 stilling for lege i spesialisering, (besatt). Avdelingen den eneste på Helgeland som er godkjent som utdanningsavdeling i anesthesiologi for 1 1/2 år, men søker nå om 2 år etter anbefaling fra spesialitetskomiteen. En 4. overlege er under tilsetting av hensyn til vaksystemet og i påvente av hjemmel.

Sandnessjøen har 3 overlegehjemler, (alle besatt), ca 1/2 stilling brukes ift palliasjon.

Helgelandssykehus et HF Somatikk og psykiatri 2010	Spesialpsykepleiere - faste stillinger			
	Mo i Rana		Sandnes sjøen	
	Ordinært	Tillegg	Ordinært	Tillegg
Intensiv	18	3	12	3
Operasjon	17	0	10	0
Jordmødre	13	1	9	1
Anestesi	12	0	7	2
Kreft	3	0	1	0
Diabetes	3	0	1	0
Lunge	1	0	0	0
Urologi	0	0	1	0
Pediatri	0	0	1	0
Hygiene	0	0	1	0
Geriatrici	0	0	1	0
<b>Totalt</b>	<b>67</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>6</b>

Tillegg: Sykepleiere med denne spesialkompetansen på andre avdelinger

## Sykepleierbemanning ved intensivavdelingene 2009

	Antall hjemler	Andel spesialsykepleiere
Rana	21,25	70 %
Sandnessjøen	20,80	50 %
Mosjøen	22,20	65 %

## Innleie 2009

	Sandnessjøen 2009	Sandnessjøen 2008	Mo i Rana 2009	Mo i Rana 2008	Mosjøen 2009	Mosjøen 2008
Antall timer	5399	9017	4437	5870	1772	2921

Som det fremgår av tabellene er antall sykepleierhjemler omtrent likt, mens Mo i Rana har høyere andel spesialsykepleiere. Bruk av innleide vikarer er mindre i Mo i Rana enn i Sandnessjøen, tas til uttrykk for større stabilitet på personalet i Mo i Rana.

**Framtidige rekrutteringsmuligheter**

Faktorer av betydning for rekrutteringssituasjonen:

- Virksomhetens aktivitet
- Fagmiljøets størrelse og bredde
- Byens størrelse
- Variasjon i næringsliv/arbeidsmarked
- Sentrale kommunikasjoner
- Utdanningsmiljø
- Kulturliv

Ift. til disse faktorene bedømmes Mo i Rana å ha et fortrinn framfor Sandnessjøen

**Dokumentert omstillingsevne**

Helseforetaket har forsøkt å modernisere pasientbehandlingen gjennom å vri aktiviteten fra døgn til dag – fra seng til stol. Helgeland har hatt det høyeste nivået på sykehusforbruk og spesielt Ytre-Helgeland. I Mo i Rana er det avvirket 16 senger. I Sandnessjøen er det avvirket 17 senger. Omstillingen i Mo i Rana forløp uten særlig støy og ingen avisoverskrifter. Omstillingen i Sandnessjøen forløp med mye støy og mange avisoverskrifter med ansatte involvert. Mo i Rana har utnyttet omstillingen til å etablere Helseparken Rana som er nasjonalt kjent. Mo i Rana har derfor også blitt utpekt som ett av fem pilotsykehus i Norge og er den første nasjonale innovasjonspiloten i Norge. To helseministre har gitt honnør til arbeidet som er utført.

**Dokumentert økonomistyringsevne**

Det vises til tabellen under:

Helgelandsykehuset HF Resultat (hele 1.000)	Regnskap 2002	Regnskap 2003	Regnskap 2004	Regnskap 2005	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Regnskap 2008	Regnskap 2009	Regnskap 2002-2009
Mo i Rana	-7 075	-3 318	1 631	-1 501	-214	-403	217	411	-10 252
Mosjøen	447	-2 849	-1 504	950	-2 821	-11 440	-5 958	-2 683	-25 858
Sandnessjøen	-2 042	-20 554	-15 762	-16 663	-9 503	-13 260	-7 240	-8 442	-93 466
Fellesområde	-6 013	-17 207	-19 246	-25 819	-57 161	-4 359	-11 854	-8 522	-150 182
Totalt	-14 683	-43 928	-34 881	-43 033	-69 699	-29 462	-24 835	-19 236	-279 757

### **Pasienttilbudets tilgjengelighet**

Hvis innstillingen i RHF-styresak 133-2010 vedr regionalt traumesystem blir fulgt, skal kirurgiske øyeblikkelig hjelp-funksjoner og mottak av traumepasienter fortsette som før, uavhengig av intensivnivå. Sykehus med intensivavdeling nivå 1 skal kunne behandle flertallet av de pasientkategoriene som behandles der i dag. Dessuten skal de kunne legge en pasient på respirator (inntil 3 døgn), stabilisere og evt. overføre til et høyere nivå.

Værmessig tilgjengelighet kan være av betydning ved overflytting av pasienter fra nivå 1 til nivå 2-avdeling, men både sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana vil kunne ha Nordlandssykehuset som alternativ. Hvis ikke intensivavdeling nivå 2 legges til Mo i Rana vil det være et argument for å flytte ambulanshelikopteret fra Brønnøysund til Mo i Rana, for å sikre luftambulanseressurser til indre Helgeland i dårlig vær.

Vedlegg:

- Faggruppe akutt – Gjennomgang av intensivvirksomhetene i Helgelandssykehuset 2008 og 2009

Medisinsk direktør

Vår ref.:  
Som

Arkivnr.:

Sted/Dato:  
Sandnessjøen 04.05.2010

## Gjennomgang intensivvirksomhetene i Helgelandssykehuset 2008 og 2009.

### Organisatorisk plassering av intensivavdelingene

*Mo i Rana:* Organisatorisk en del av akuttmedisinsk avdeling. Avdelingsleder i 100% stilling. Det vil fremgå av rapporten at intensivavdelingen er en betydelig buffer for andre avdelinger ved at de har innlagt et stort antall indremedisinske og kirurgiske pasienter som normalt ligger på sengeposter.

*Mosjøen:* Organisatorisk en del av medisinsk avdeling. Organisatorisk og klinisk samdrevet med FAM. Avdelingsleder i 100%.

*Sandnessjøen:* Organisatorisk en del av akuttmedisinsk avdeling. Avdelingen er også organisatorisk ansvarlig for AMK og akuttmottak (fra mai 2009). Avdelingsleder i 100% stilling.

Alle 3 avdelingene ivaretar i tillegg postoperative/recoverypasienter og hjerteovervåkningspasienter slik at et meget høyt antall pasienter utenom intensivpasienter ligger på disse avdelingene.

### Bemanning

Tabell 1

	Antall hjemler	Andel spesialsykepleiere
Rana	21,25	70 %
Sandnessjøen	20,80	50 %
Mosjøen	22,20	65 %

### Innleie

Tabell 2

Antall timer	Sandnessjøen 2009	Sandnessjøen 2008	Mo i Rana 2009	Mo i Rana 2008	Mosjøen 2009	Mosjøen 2008
	5399	9017	4437	5870	1772	2921

Tabellen viser innleie ved de ulike enhetene de 2 siste årene. Den markerte nedgangen i Sandnessjøen er et resultat av gjennomført tiltaksarbeid for å redusere overtid.

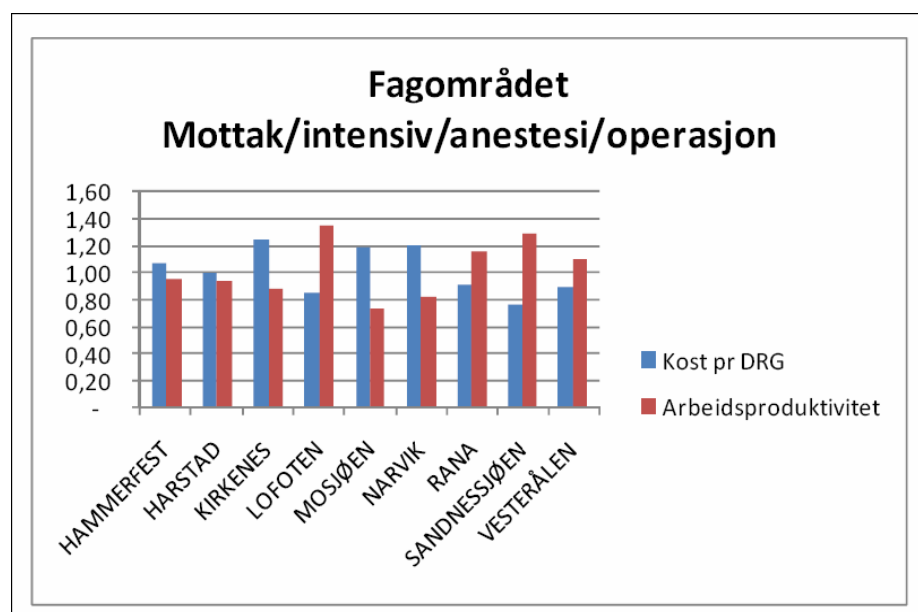
## Økonomi

Tabell 3 viser netto regnskapstall for intensivavdelingene for årene 2009 og 2008

	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen (Intensiv/Fam)
2009	15,7 mill.	15,1 mill.	14,4 mill.*
2008	16,9 mill.	14,6 mill.	10,1 mill

Økningen i Mosjøen er pga sammenslåing med FAM slik at det i realiteten har vært en effektivisering her

Stemlandrapporten 2008 viser at avdelingene drives effektivt. I 2009 er det blitt samlokalisering av FAM/intensiv i Mosjøen noe som ytterligere har effektivisert denne avdelingen



Figur 1. Fra Stemlandrapporten 2008

## Pasientkarakteristika-intensivregistrering.

Sykehusene har i 2008 og 2009 registrert intensivvirksomheten i henhold til kriterier fra Norsk Intensivregister. Sykehusene har levert data til NIR i 2009 (Sandnessjøen leverte også i 2008). Tabell 4 viser sentrale pasientkarakteristika for avdelingene som også er sammenlignet med nasjonale tall for 2008.

	Sandnessjøen 2009	Sandnessjøen 2008	Mo i Rana 2009	Mo i Rana 2008	Mosjøen 2009	Mosjøen 2008	Nasjonale Tall 2008
Antall intensivopphold	168	222	616	612	275	284	
Antall pasienter	143	199	529	541	222	248	
Alder (snitt/median)	68,7/ 71,8	66,7/ 70,5	65,09/ 70,85	62,51/ 68,58	60,88/ 68,12	61,6/ 65,78	64,2/69,0
Andel over 85 år	13,8 %	16 %	13,15 %	11,5 %			6,7 % (Alle sykehus kategorier.)
Andel kvinner	44 %	45 %	43 %	44,5 %			44%
Andel pasienter med liggetid over 7 døgn	8,9 %	6,1 %	2,4 %	3,7 %			11,6 %
Andel pasienter med liggetid over 14 døgn	2,3 %	1,5 %	0,65 %	0,65 %			4,3 %
Andel pasienter med	0	0,5 %	0 %	0,32 %			0,9 %

liggetid over 30 døgn							
Andel respirasjonsstøtte	21,4 %	21 %	11,7 %	13,9 %			33,9 %
SAPS II(snitt/median)	34,75	36,5/ 33	27,75/ 26	26,53/ 24	28,57/ 24	30,09/ 26	37,8/36.
Intensivmortalitet	11.1	10,7 %	5,29 %	6,26 %	6,76 %	6,45 %	14,6 %
Sykehusmortalitet	19.44	22,1 %	9,83 %	11,5 %	9,91 %	8,87 %	17,3 %
Liggetid(snitt/median)	3,04/ 1,78	2,72/ 1,67	2,22/ 1,68	2,36/ 1,67	2,5/ 1,81	2,37/ 1,67	3,6/1,9

Tabell 4: *Pasientkarakteristika alle "ekte" intensivpasienter i henhold til NIR sine definisjoner. Tallene er sammenliknet med tall fra "Årsrapport 2008 (NIR)". For andel over 85 år og for SAPS II er NIR-tallet for alle sykehus, de øvrige er NIR-tallene spesifikt for lokalsykehus.*

#### Kommentarer til tabell 3

*Mo i Rana:* Avdelingen har et svært høyt antall pasienter (over dobbelt så mange som intensivavdelingen i Bodø). Årsaken er at avdelingen har mange postoperative og indremedisinske pasienter, som på andre sykehus ikke blir behandlet og pleiet på intensivavdelingen. Dette gjør at det blir vanskelig og tolke dataene sammenliknet med de andre 2 sykehusene på Helgeland og nasjonale tall.

*Sandnessjøen:* Pasientene ved intensivavdelingen i Sandnessjøen avviker ikke vesentlig fra de øvrige lokalsykehus som har sendt data til NIR for 2008. Man har et relativt høyt antall eldre, i likhet med andre lokalsykehus.

*Mosjøen:* Avdelingen har en litt lavere SAPS/NEMS enn gjennomsnittet for lokalsykehusene som leverer data til NIR. Dette gjenspeiler seg i de øvrige dataene. Årsaken kan også her være at antall pasienter er høyt og at man intensivregistrerer andre pasienter enn reelle intensivpasienter.

#### Respirasjonsstøtte

	Sandnessjøen 2009	Sandnessjøen 2008	Mo i Rana* 2009	Mo i Rana* 2008	Mosjøen 2009	Mosjøen 2008
Antall pasienter	37	47	72	55	60	85
Antall respirator døgn	177	175	106,7	165,5	55,9	70,2
Gj.snitt liggetid	4,8	3,7	1,67	3,01	1,22	1,71

\*Det påpekes at de pasienter som behandles i akuttmottaket med f.eks C-pap eller annen respirasjonsstøtte i påvente av flytransport til for eksempel UNN eller som dør under behandling i avdeling ikke blir registrert i NIR. Dette utgjør ikke et stort antall pasienter.

#### Avanserte intervensjoner

	Sandnessjøen	Mo i Rana	Mosjøen
2009 - Trakeostomier	6	Utføres	Utføres ikke
2008 - Trakeostomier	4	Utføres ikke	Utføres ikke
2009 – PiCCO monitorering	21	4	Utføres ikke
2008 – PiCCO monitorering	Utføres ikke	2	Utføres ikke
2009 – Terapeutisk hypotermi	3	2	2
2008 – Terapeutisk hypotermi	3	4	Utføres

## Oppsummering/konklusjoner

Avdelingene har mange oppgaver i tillegg til intensivpasienter. Avdelingene er kostnadseffektive. Avdelingene har relativt høy andel intensivsykepleiere. Avdelingene leverte i 2009 data til Norsk intensivregister. Avdelingen på Mo brukes i betydelig grad som buffer for andre avdelinger. Dette interfererer med tolkning med data som innsendes til NIR. Faggruppe akutt har tatt kontakt med og invitert inn ekstern kompetanse for å gjennomgå registreringen slik at man unngår at dataene påvirkes slik i framtiden.

Faggruppe akutt ønsker tydelig å signalisere at en eventuell sentralisering av intensivmedisin må sees i sammenheng med pågående funksjonsfordeling av traumer og tykktarmskreftkirurgi. Det vil være feil å legge disse to funksjonene til et sykehus som ikke har nivå 2 intensivmedisin.

Faggruppe akutt ønsker å fokusere på betydningen av at det taes hensyn til transport- og logistikkmessige forhold. Forhold som regularitet i luftambulansetjenesten og om man har transportmessig kapasitet i landveis transport må belyses. En god og tilgjengelig følgetjeneste med spesialsykepleier og anestesilege for lengre landveis transport av disse pasientene må planlegges organisatorisk og økonomisk.

Svein Arne Monsen  
Leder, Faggruppe akutt