

**SINTEF Helse**

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:
Teknobyen innovasjonssenter
Abels gt 5
7030 TrondheimTelefon: 73 59 03 00
Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Hovedfunksjonsprogram for UNN Narvik

FORFATTER(E)

Marte Lauvsnes

OPPDRAGSGIVER(E)

UNN HF

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
	Åpen	Gina Marie Johansen	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen		60H038.30	78, 4
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
100324 mla HFP UNN Narvik.doc		Asmund Myrbostad	Knut Bergsland
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
	2010-10-04	Britt Venner	

SAMMENDRAG

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Tidligfaseplanlegging	Early phase planning
GRUPPE 2	Hovedfunksjonsprogram	
EGENVALGTE	Lokalsykehus	District hospital

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	6
2	Bakgrunn	9
2.1	Beskrivelse av dagens virksomhet	9
3	Prosess og organisering av arbeidet	12
3.1	Planprosessen	12
3.2	Organisasjons- og styringsmodell.....	13
3.3	Arbeidsgruppen.....	14
3.4	Ressursgrupper.....	15
3.5	Samarbeid med kommunene i planleggingen	15
4	Målsetting og forutsetninger	15
4.1	Sykehusets målsetting.....	15
4.2	Målsetting for utarbeidelse av HFP for UNN Narvik.....	16
4.3	Presisering av målene	16
4.4	Utredning av alternative drifts- og løsningsmodeller	17
4.5	Grunnlagsdokumenter.....	18
5	Metode	21
5.1	Datauttrekk.....	21
5.2	Metode for beregning av fremtidig aktivitet, kapasitet og areal.....	22
5.2.1	Pasientforløp	23
5.2.2	Aktivitetstall.....	25
5.2.3	Endring, omstilling/fremskriving.....	25
5.2.4	Illustrasjon av pasientforløpet.....	26
5.2.5	Forbruksrater	26
5.2.6	Faktorer som påvirker aktivitetsgrunlaget.....	27
5.2.7	Demografisk fremskriving	27
5.2.8	Endring av opptaksområder	28
5.2.9	Kapasitets- og arealberegninger.....	28
6	Dagens aktivitets- og kapasitetsdata	29
6.1	Somatikk	29
6.1.1	Døgn- og dagopphold.....	29
6.1.2	Poliklinikk	30
6.1.3	Operasjon	31
6.1.4	Radiologi	32
6.1.5	Laboratorier.....	33
6.2	Oppsummert kapasiteter somatikk, UNN HF	34
6.3	Psykisk helsevern.....	34
6.3.1	Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner	34
6.3.2	Kapasiteter	35
6.4	Rus	36
6.4.1	Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner	36
6.4.2	Kapasiteter rus.....	37
6.5	Bemanning somatikk, psykisk helsevern og rus	37
6.6	Primærhelsetjenesten	38

7	Beregning av fremtidig aktivitet og kapasitet til 2020	38
7.1	Aktivitetsberegning, somatikk	38
7.1.1	Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste	39
7.1.2	Overføring til observasjonsenhet	40
7.1.3	Overføring til pasienthotell	40
7.1.4	Fra døgn- til dagopphold	41
7.1.5	Generell reduksjon i liggetid	41
7.1.6	Nye tilbud, overføring til andre sykehus	41
7.1.7	Demografisk fremskriving	42
7.1.8	Epidemiologisk utvikling	43
7.1.9	Forventninger, forbruk og etterspørsel	43
7.1.10	Private tilbydere	44
7.1.11	Oppsummert effekt av endringer, omstilling	45
7.2	Beregning av fremtidig kapasitet, somatikk	46
7.2.1	Sammenligning utnyttelsesgrader med andre prosjekt	46
7.2.2	Kapasitetsbehov døgnplasser, scenario 1	46
7.2.3	Kapasitetsbehov døgnplasser, scenario 2	48
7.2.4	Alternative kapasitetsberegninger for døgnplasser UNN Narvik	48
7.2.5	Kapasitetsbehov poliklinikker og dagplasser somatikk, operasjon og radiologi	50
7.3	Fremtidig aktivitet, psykisk helsevern	52
7.3.1	Fra døgn- til dagopphold	52
7.3.2	Bruk av pasienthotell	52
7.3.3	Teknologisk utvikling	52
7.4	Fremtidig kapasitet, psykisk helsevern	52
7.5	Fremtidig aktivitet, tverrfaglig, spesialisert rusomsorg	53
7.5.1	Opptapping av tjenestetilbudet	53
7.5.2	Fra døgn- til dagbehandling	53
7.5.3	Bruk av pasienthotell	53
7.5.4	Private tilbydere	54
7.5.5	Behandlingsmetoder og spesielle behov	54
7.6	Fremtidig kapasitet, rus	54
7.7	Samlet kapasitetsbehov pasienthotell somatikk, psykiatri og rus	54
7.8	Kapasitetsbehov primærhelsetjeneste	55
7.9	Kapasiteter kontorer, møterom og undervisning	56
7.10	Kapasiteter garderober	57
7.11	Andre faktorer som påvirker dimensjoneringen	57
7.12	Endring fra dagens virksomhet til kapasitetsberegning i idéfasen og konseptfasen	57
8	Beskrivelse av driftsmodell og funksjonsområder i nytt sykehus.....	59
8.1	Samlokalisert eller integrert lokalsykehus for somatikk, rus, psykiatri og primærhelsetjeneste	59
8.2	Døgnplasser	61
8.2.1	Sammenligning med andre prosjekt, rus og psykisk helsevern	62
8.3	Poliklinikk, dagområder og spesiallaboratorier	63
8.4	Akuttmottak, ambulansestasjon, legevakt og observasjon	64
8.5	Føde/barsel	65
8.6	Operasjon, sterilhåndtering og oppvåkning	65
8.7	Apotek og legemiddelhåndtering	65
8.8	Laboratorier	66
8.9	Radiologi	66
8.10	Rehabilitering, aktivisering, fysio- og ergoterapi	66

8.11	Kontorer og møterom.....	66
8.12	Undervisning og forskning	67
8.13	Pasientservice og miljøterapi	67
8.14	Personalservice	68
8.15	Kjøkken, vareforsyning og avfallshåndtering.....	68
8.16	Renhold, drift og vedlikehold	68
8.17	Medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler	68
8.18	Kommunale tjenester	69
8.19	Utomhusfunksjoner.....	69
9	Vurdering av alternativene	69
9.1	Kvalitet.....	70
9.2	Driftsøkonomi	70
9.3	Investeringskostnader	71
9.4	Fleksibilitet	71
9.5	Oppsummert vurdering av alternativene.....	71
10	Nærhetsbehov	72
11	Fleksibilitet og endringsevne	73
12	Spesielle bygningsmessige behov.....	73
12.1	Design	73
12.2	Bygningsteknikk og tekniske løsninger	74
13	Beregnet arealbehov UNN Narvik	74
13.1	Romprogram alternativ 1, integrering rus, psykisk helsevern og somatikk	75
14	Sammenligning av arealer	77
14.1	Totalt areal sammenlignet med dagens areal	78
15	Konsekvenser for kompetanse, drift og bemanning	78
16	Videre planlegging.....	79

TABELLER

Tabell 5	Endring, omstilling, effekt i prosent for pasientforløpsgruppe ICD 10 S10-S99	25
Tabell 6	Faktorer som påvirker aktivitetsgrunnlaget.....	27
Tabell 7	Gruppering av ICD10-diagnosekoder for pasientforløp ved UNN Tromsø 2007, sortert etter antall liggedager	29
Tabell 8	Antall liggedager for utskrivingsklare pasienter 2007 – 2009 UNN HF	30
Tabell 9	Polikliniske konsultasjoner 2007, fordelt på ICD10-grupper	31
Tabell 10	Operasjoner UNN Narvik 2008 (eks januar) fordelt på fagområde	32
Tabell 11	Aktivitetstall radiologi UNN Narvik 2008, fordelt på modaliteter	33
Tabell 12	Oppsummert kapasiteter somatikk 2009	34
Tabell 13	Aktivitetsdata psykisk helsevern Ofoten DPS	35
Tabell 14	Aktivitet rus 2007 – 2008 Helse Nord, fordelt på institusjoner	36
Tabell 15	Alders- og kjønnsfordeling pasienter innlagt i Nordlandsklinikken i 2009	37
Tabell 16	Bostedstilknytning for pasienter i Nordlandsklinikken i 2009.....	37
Tabell 17	Antall ansatte med kontorbehov i dag, somatikk, psykisk helsevern og rus.....	38
Tabell 18	Antall liggedager for utskrivingsklare pasienter per 1 000 innbyggere fordelt på kommuner i UNN HF's opptaksområde	40
Tabell 20	Befolkningsutvikling opptaksområde UNN Narvik 2009-2030, fordelt på kommuner	42
Tabell 19	Beregnet kapasitetsbehov for Midt-Troms-kommunene, som ”Sonjatunkommunene”, 2007	42
Tabell 21	Utvikling i antall eldre 2009 – 2030 i UNN Narviks opptaksområde.....	43

Tabell 22 Aktivitet private tilbydere UNN HF 2007 – 2008, fordelt på behandlingssted	44
Tabell 23 Oppsummert aktivitetsendringer alle pasientforløpsgrupper, somatikk	45
Tabell 24 Sammenligning av utnyttelsesgrader i nye sykehusprosjekter.....	46
Tabell 25 Beregnet kapasitetsbehov somatikk, fordelt på pasientforløpsgrupper.....	47
Tabell 26 Sammenligning av alternativ aktivitets- og kapasitetsberegning, døgnplasser, somatikk, UNN Narvik	49
Tabell 27 Kliniske spesiallaboratorier UNN Narvik 2020.....	50
Tabell 28 Beregnet kapasitetsbehov operasjonsstuer UNN Narvik	51
Tabell 29 Beregnet kapasitet pasienthotell.....	55
Tabell 30 Antall stillinger UNN Narvik med behov for kontorplasser	56
Tabell 31 Kapasitet døgnplasser somatikk, psykiatri og rus 2009 – 2020, fordelt på oppholdstyper	58
Tabell 32 Beregnet kapasitet Idéfasen.....	58
Tabell 33 Integrrert modell.....	60
Tabell 34 Samlokalisert modell.....	61
Tabell 35 Sammenligning av arealfaktorer i nye sykehusprosjekter.....	75
Tabell 36 Romprogram alternativ 1, integrert modell, UNN Narvik	76
Tabell 38 Sammenligning romprogram HFP, romprogrammet idéfasen og romprogram i DFP for NLSH Vesterålen	77
Tabell 39 Sammenligning av programmert areal UNN Narvik og dagens bruttoareal i Håkvik og Sykehushaugen	78

FIGURER

Figur 1 Kommunene i UNN HF's opptaksområde.....	9
Figur 2 Organisasjonskart for Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN)	10
Figur 4 Overordnet planleggingsmodell for UNN Narvik og UNN A-fløy	12
Figur 3 Faser og beslutningspunkter i tidligfaseplanlegging av sykehus.....	12
Figur 5 Organisasjonskart for konseptfasen UNN Narvik	13
Figur 6 Modell for helhetlig planlegging UNN HF	21
Figur 7 Planleggingsmodell for UNN Narvik	23
Figur 8 Illustrasjon Pasientforløp Skader i ekstremiteter/buk.....	26
Figur 9 Sammenligning gjennomsnittlig operasjonsstuetid UNN HF	32
Figur 10 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient, psykisk helsevern Ofoten DPS 2008.....	35
Figur 11 Illustrasjon av integrert virksomhetsmodell for UNN Narvik	60
Figur 12 Alternativ 1 Sengeområder/boenheter	62
Figur 13 Alternativ 2 Samlokalisert modell	64

1 Sammendrag

Hovedfunksjonsprogram (HFP) for UNN Narvik inngår som en del av konseptfasen for bygging av nytt lokalsykehus i Narvik. Idéfaserapporten ble ferdigstilt i 2008. I etterkant av idéfasen er det i tillegg til somatikk og psykisk helsevern også besluttet å inkludere virksomheten ved Nordlandsklinikken (tverrfaglig spesialisert rusomsorg) i prosjektet. "Samhandlingsreformen" som har blitt introdusert i etterkant av idéfasen gir også noen føringer som endrer dimensjoneringsgrunnlaget fra idéfasen.

I idéfasen er det besluttet at det skal bygges nytt sykehus, og 0-alternativet er derfor ikke drøftet i dette HFP. Det er også i oppstart av konseptfasen besluttet at nytt sykehus skal lokaliseres på Furumoen i Narvik ved siden av et av kommunens sykehjem.

Totalt programmert areal i idéfasen var 9 148 m² netto, mens det i dette HFP er programmert med 13 332 m² netto, dvs. en økning på 4 184 m² netto, i hovedsak på grunn av at rus er tatt inn som en del av prosjektet. Utbygging av et nytt lokalsykehus i Narvik gir en unik mulighet til å samle tjenestetilbudet innenfor somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og primærhelsetjeneste.

Dagens virksomhet innenfor somatikk, rus og psykisk helsevern har i dag 26 500 m² brutto, fordelt på 5-6 lokasjoner i og omkring Narvik. Dersom man forutsetter en brutto/netto faktor på 1,95 for de samlede funksjonene vil det utgjøre ca. 26 000 m² brutto i nytt sykehus på Furumoen, inkl en andel kommunale funksjoner (utgjør ca 440 m²). Det legges i tillegg til rette for en ekspansjon av kommunale funksjoner innenfor helse- og sosialtjenesten tilsvarende 2-3 000 m² brutto.

UNN HF har en klinikkstruktur som sikrer en utnyttelse av kapasitet og personell på tvers av lokasjoner. Det er viktig å se den samlede ressursen opp imot et fremtidig behov for spesialisthelsetjenester. Planleggingen har derfor tatt utgangspunkt i en samlet fremskriving med demografisk utvikling, omstilling og endringsmuligheter. Med dette utgangspunktet er det satt opp ulike scenarier for fremtidig kapasitetsbehov. For somatikk er det i Narvik tatt utgangspunkt i dagens opptaksområde på ca 26-27 000 innbyggere. Det forventes at dette forblir omtrent uendret fram mot 2030. Gruppen eldre øker imidlertid, og det skjer en endring i strukturen ved at Narvik by får en samlet økning mens de omkringliggende kommunene får en reduksjon i totalt antall innbyggere. For UNN Tromsøs opptaksområde er det imidlertid forventet en befolkningsøkning på ca 13 % frem mot 2030, og en betydelig økning i antall eldre. Det betyr at det er nødvendig å se samlet på det fremtidige kapasitetsbehovet.

Ved bruk av en analysemodell der pasientgrunnlaget innenfor somatikk er knyttet til diagnosegrupper, er det foretatt en vurdering av effektivisering og endringer av det enkelte pasientforløpet. Det er i tillegg lagt på en ren demografisk fremskriving for alle grupper knyttet til den enkelte pasientrecord. Omstilling og endringer knyttes til endring i oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (ref. Samhandlingsreformens intensjoner), omstilling fra døgn-til dagopphold og bruk av pasienthotell, generell reduksjon i gjennomsnittlig liggetid og bruk av observasjonsplasser for å redusere antall innleggelser. I tillegg er det for enkelte grupper lagt til en økning ut over demografisk utvikling samt en vurdering av grupper der det forventes ytterligere sentralisering av behandlingstilbudet. Dette er fortatt for somatiske pasienter i både UNN Narvik og UNN Tromsø.

Det er gjort beregninger av ulike scenarier for somatikk der videre planlegging baseres på dagens opptaksområde for UNN Narvik og med en omstilling og demografisk fremskriving. Med en

planleggingshorisont til 2020 og en effektvisering og omstilling i både Narvik og Tromsø ser det ut til at Tromsø, forutsatt bygging av et nytt pasienthotell, vil ha en tilstrekkelig kapasitet på somatiske døgnplasser. Det kan imidlertid bli økt behov for døgnplasser i Tromsø fram mot 2025 og 2030, og det kan da bli behov for å flytte deler av opptaksområdet fra Tromsø til Narvik, og derved økes kapasitetsbehovet i Narvik. Tar man Midt-Troms-kommunene inn i Narviks opptaksområde, kan behovet for døgnplasser øke med 20-25 i UNN Narvik. Dette behovet kan imidlertid justeres dersom man utnytter Harstads kapasitet. En oppgavefordeling ved for eksempel endring i kirurgisk beredskap, kan for eksempel gi et redusert behov på ca. 7-8 døgnplasser i Narvik (ref. Idéfaserapporten). I skisseprosjektet legges det inn en fleksibilitet i Narvik til å kunne bygge ut ytterligere 15-20 døgnplasser ut over romprogrammets 44 ordinære døgnplasser for somatikk.

For UNN Narvik medfører fremskrivingen en beregnet aktivitet på 3 331 døgnopphold og 15 128 liggedager i 2020. Dette er en reduksjon med ca 11 %, dvs. 400 døgnopphold og 1 900 liggedager, men samtidig en økning i antall dagopphold med ca. 60 %, dvs. 880 fra 1 436 til 2 317.

For psykisk helsevern og rus er ikke data så gode at de gir grunnlag for en tilsvarende beregning som for somatikk. Begge områdene er i en opptrappingsperiode der etterspørselen har vært høyere enn tjenestetilbudet. Det er forutsatt en aktivitet og kapasitet som tilsvarer dagens nivå i det fremtidige sykehuset. Det planlegges 15 døgnplasser for psykisk helsevern, mens rus planlegges med 24 døgnplasser. De har til sammen i tillegg 12 døgnplasser med skjermingsmulighet og 6 plasser i pasienthotell eller hybelleiligheter. Innenfor rusomsorgen er det et udekket behov i Helse Nord, der en stor andel har opphold i institusjoner utenfor foretakene.

Med bakgrunn i dagens opptaksområde og effekten av fremskrivingen, er det lagt til grunn et fremtidig estimert behov for 44 ordinære somatiske døgnplasser i UNN Narvik og med en mulighet for senere utvidelse med 15-20 døgnplasser. 44 døgnplasser er en reduksjon med 13 fra dagens nivå. I tillegg er det planlagt 5 tunge overvåkingsplasser, det vil si den samme kapasiteten som i dagens intensivenhet og i tråd med Helse Nord's anbefalinger.

Det planlegges pasienthotell (som ikke finnes i dag) med totalt 22 plasser, og som i det fremtidige sykehuset foreslås felles for somatikk, rus og psykisk helsevern. Hotellenheten blir på totalt 20 plasser på grunn av at to hybelleiligheter lokaliseres nært sengeområdene for rus og psykisk helsevern.

Det planlegges også 6 observasjonsplasser i tilknytting til felles akuttmottak (FAM). Observasjonsplassene vil være felles for somatikk, psykisk helsevern, rus og primærhelsetjeneste.

Det forutsettes noe økning i aktivitet innenfor diagnostikk og behandling i forhold til dagens virksomhet. Dette er i første rekke innenfor poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet slik at man kan redusere omfang av reiser for pasienter. Fornyning i radiologiutstyr, økt poliklinisk kapasitet og høy grad av dagkirurgisk virksomhet og ambulerende av spesialisert fra Tromsø, vil gi et kvalitetsmessig godt tilbud for befolkningen, reduksjon i reisekostnader og en buffer for kapasiteten i Tromsø. Dette sees i sammenheng med UNNs samlede behov for diagnostikk- og behandlingsskapasitet, og det er derfor lagt inn en relativt lav utnyttelsesgrad for å ha en fleksibilitet for endring i virksomheten.

Med en samling av somatikk, psykisk helsevern, rus og primærhelsetjeneste på Furumoen i Narvik legges det til rette både for faglig samarbeid og utvikling og felles ressursutnyttelse. I HFP er det drøftet to alternative løsningsmodeller. I det første alternativet ligger enhetene samlokalisert på samme tomt, men der det ikke nødvendigvis benyttes felles areal og funksjoner. I det andre

alternativet er det en integrert modell der det er en sterkere grad av nærhet. Den integrerte løsningen gir et arealbehov som er ca 800 m² lavere enn den samlokaliserte. Den integrerte modellen er anbefalt som løsning fra fagpersonell, brukergrupper og styringsgruppen, og legges derfor til grunn for skisseprosjektets løsninger. Det er en del utfordringer med den integrerte modellen som knyttes til de ulike pasientgruppene. Det er kort liggetid og lite mobilitet for somatiske pasienter, mens pasienter innenfor rus og psykisk helsevern har lengre opphold, og har behov for å unytte utearealer. I tillegg er det også behov for en sterk grad av kontroll for en del av disse pasientene.

Narvik kommune har i dag et sykehjem lokalisert på Furumoen. Ved å legge et sykehus inntil det eksisterende sykehjemmet gir det noen muligheter for å utvikle samhandlingstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er en forutsetning at man i tillegg til det eksisterende sykehjemmet legger til rette for felles funksjoner i sykehuset, slik som felles akuttmottak (FAM) med observasjonsplasser og lærings- og mestringssenter (LMS). I tillegg avsettes det ca 2-3 000 m² brutto på tomta, slik at det er mulig å bygge for eksempel en felles intermediærenhet eller andre funksjoner innenfor helse- og sosialsektoren. En lokalisering med direkte atkomst mellom sykehus og sykehjem gir også muligheter for å utnytte funksjoner og areal i sykehjemmet felles, slik som produksjonskjøkken og kapell.

Et nytt lokalsykehus i Narvik gir unike muligheter for å effektivisere intensjonene og målene i Samhandlingsreformen gjennom et nært samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg oppfyller modellen intensjonen i Lokalsykehusrapporten med samlokalisering av tjenestetilbud for pasienter innenfor rus, somatikk og psykisk helsevern. Slik muliggjør man et helhetlig tjenestetilbud og god utnyttelse av de samlede ressursene. Det gir gode muligheter for et nært og tilgjengelig helsetjenestetilbud for befolkningen, der både forebygging og behandling vil være fokusområder. Dette forutsetter også en prosess med kompetanse- og organisasjonsutvikling og avklaringer av ansvar og økonomi.

2 Bakgrunn

Styret i UNN HF og Helse Nord RHF har ved godkjenning av Idéfaserapporten datert 2008-02-20 lagt grunnlaget for oppstart av konseptfasen for planlegging av nytt sykehus for UNN Narvik. I ”Veileder for tidligfaseplanlegging” representerer dette overgangen fra idéfasen til konseptfasen (beslutningspunkt B2).

Det er lagt vekt på at Helse Nord RHF må gjøre prioriteringer av aktuelle prosjekter innenfor sine tilgjengelige investeringsmidler. Det er parallelt igangsatt konseptfaseutredninger ved UNN Tromsø (A-fløy) og nytt sykehus Kirkenes. Det er ønskelig at alle prosjektene kommer til behandling samtidig og med et sammenlignbart beslutningsgrunnlag.

Bakgrunn for å igangsette et utbyggingsprosjekt for UNN Narvik er:

- *Dagens sykehus er lite tilrettelagt for effektiv og fremtidsrettet sykehusdrift, spesielt med tanke på en lokalsykehusfunksjon i nært samarbeid med kommunale helsetjenester*
- *Det er bygningsmasse som er lite egnet til å få synergier ut av en samlokalisering og integrering av rus, psykisk helsevern og somatikk*
- *Dårlig logistikk og få muligheter til å samordne funksjoner for å oppnå hensiktsmessige bemanningsløsninger*
- *Dårlig bygningsmessig og teknisk standard*

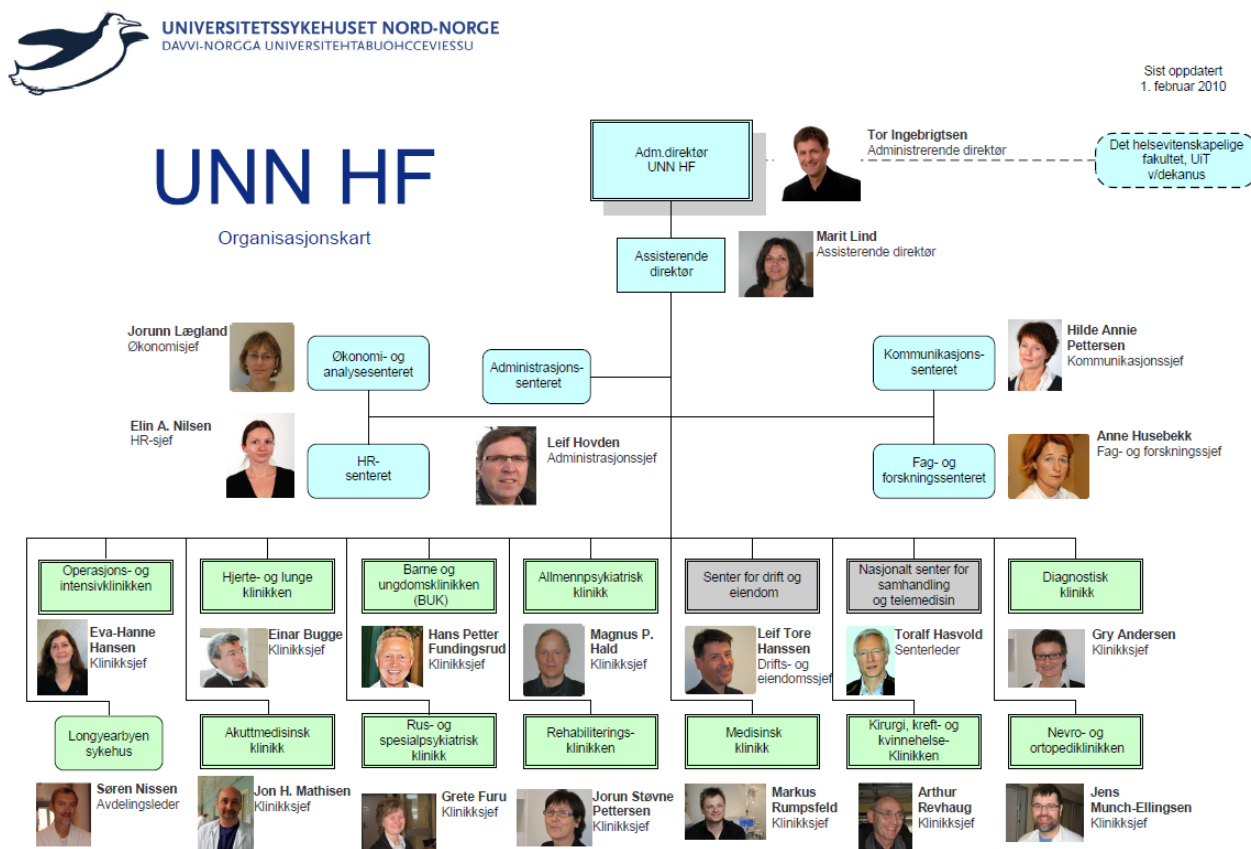
2.1 Beskrivelse av dagens virksomhet

Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø tilbyr spesialistfunksjoner til hele Nord-Norge og har lokalsykehusfunksjoner for en befolkning på ca 120 000 innbyggere i sitt opptaksområde. Sykehusene i Harstad og Narvik er lokalsykehus med opptaksområde på hhv 34 500 og 26 700 innbyggere. Helseforetaket har også ansvar for Longyearbyen sykehus på Svalbard og ambulansestasjonene i Troms og Nordre Nordland.



Figur 1 Kommunene i UNN HF's opptaksområde

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er organisert i en klinikkstruktur der kompetanse, kapasitet og ledelse er organisert på tvers av de 3 somatiske sykehusenhetene UNN Tromsø, UNN Harstad og UNN Narvik. Den klinikkvise organiseringen sikrer en gjennomgående ledelse for å styre pasientstrømmer, kvalitet og ressurser på en best mulig måte. Organisasjonskartet under viser dagens klinikk- og lederstruktur.



Figur 2 Organisasjonskart for Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN)

UNN HF har et nært samarbeid med Universitetet i Tromsø og Høgskolene i Narvik og Harstad om utdanning av helsepersonell. Ved UNN Tromsø har sykehus og universitet integrerte funksjoner i dagens bygningsmasse. Kompetansesenter rus (KoRus) Nord er organisert under UNN HF og samlokalisert med høgskolen i Narvik.

UNN Narviks lokalsykehusområde innenfor somatikk omfatter kommunene Narvik, Gratangen, Lavangen, Salangen, Ballangen, Evenes og deler av Tysfjord. UNN HF har i tillegg til sykehusfunksjon for psykisk helsevern i Tromsø 5 DPS-er som deler lokalsykehusfunksjonene mellom seg. I tillegg har Nordlandsklinikken et regionalt ansvar for koordinering av tjenestetilbudet for tverrfaglig, spesialisert rusomsorg.

Somatikk

UNN HF er organisert i en tverrgående klinikkstruktur, der det tilbys spesialisthelsetjenester innenfor følgende somatiske fagområder i Narvik: Generell kirurgi, ortopedi, ØNH (ambulant virksomhet) og indremedisin. Sykehuset har gynekologisk tilbud og fødeavdeling. Det er ambulant tilbud innen rehabilitering. Sykehuset har full beredskap for generell kirurgi, ortopedi, gynekologi og føde.

Den somatiske virksomheten på lokalsykehusnivå foregår i sykehuset som er lokalisert på "Sykehusaugen" i Narvik.

Psykisk helsevern

Senter for Psykisk helse Ofoten er et distriktpsykiatrisk senter med ansvar for det allmenne psykiske helsevern for barn, ungdom og voksne i samsvar med nasjonale retningslinjer og veiledere. Dette innebærer å gi tilbud om utredning, diagnostikk og behandling til befolkningen i opptaksområdet. Dette skjer i nært samarbeid med kommunale tjenester og annen spesialisthelsetjeneste.

Senteret består av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), døgnenhet, dagenhet og psykiatrisk beredskapsteam. Det drives ambulansetjenester i forhold til kommunene fra samtlige enheter. Enhetene er i dag lokalisert på i Håkvik og på Sykehusaugen.

BUP driver utredning, diagnostikk og behandling overfor barn og ungdom med psykiske problemer. VOP driver utredning, diagnostikk og behandling overfor polikliniske og innlagte pasienter. Dagenheten gir tilbud om poliklinisk gruppebehandling. Døgnenheten er en allmennpsykiatrisk sengepost.

DPS har ansvar for å ta hånd om pasienter innefor rusomsorg på lokalsykehusnivå. Det er i første rekke polikliniske konsultasjoner.

Inntaksteamet tar hånd om elektive innleggelser.

UNN Tromsø (Åsgård) innehar akuttpsykiatriske funksjoner. DPS-ene skal ha en del av akuttansvaret, og det er etablert et akutteam som er i døgnberedskap. Psykiatrisk beredskapsteam er et ambulansetjenestetilbud (akutt-team) med utvidet åpningstid.

Man søker nå om å kunne forvalte tvang innenfor 72 timer i DPS. Det forutsetter en felles vaktordning mellom sykehus (Åsgård) og DPS-er via telestudio. Slik kan man unngå overflytting til sykehus av pasienter med forventet kortvarig opphold.

Rus

Nordlandsklinikken er en av landets eldste rusinstitusjoner (bygget på 60-tallet) og lokalisert i Håkvik sør for Narvik (regionfunksjon). Det drives individuelt tilpasset behandling av alle typer rusmiddelavhengighet. Oppholdslengden er av såkalt intermediær lengde, dvs. inntil 6 måneder. De fleste har opphold på 6-8 uker.

Hovedmålet med behandlingen er å hjelpe pasienten til å mestre livet uten et ødeleggende rusmiddelbruk. Rusproblemer er ofte sammenvevd med annen problematikk av medisinsk, psykisk eller sosial art som samtidig trengs å vies oppmerksomhet og som stiller krav til utformingen av den enkeltes behandling.

Koordineringsenheten v/ Kompetansesenter rus, Nord-Norge er lokalisert ved Høgskolen i Narvik. Koordineringsenheten hovedoppgaver er å koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF. Dette gjelder behandlingsplasser både ved offentlige tiltak og private tiltak som har avtale med et helseforetak, og det gjelder plasser i og utenfor regionen.

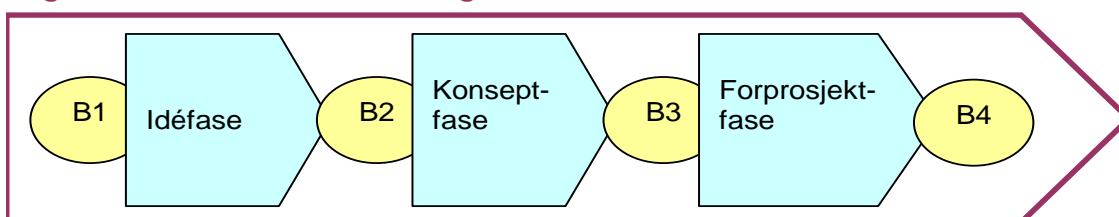
3 Prosess og organisering av arbeidet

3.1 Planprosessen

Planlegging av nytt sykehus i Narvik følger planprosessen beskrevet i ”Veileder for tidligfaseplanlegging” utgitt av Helsedirektoratet. Idéfasen ble gjennomført i 2007 og beskrives i Idéfaserapporten for nytt sykehus i Narvik, datert 20.02.2008. Dette danner grunnlaget for beslutning om igangsetting av konseptfasen (B2).

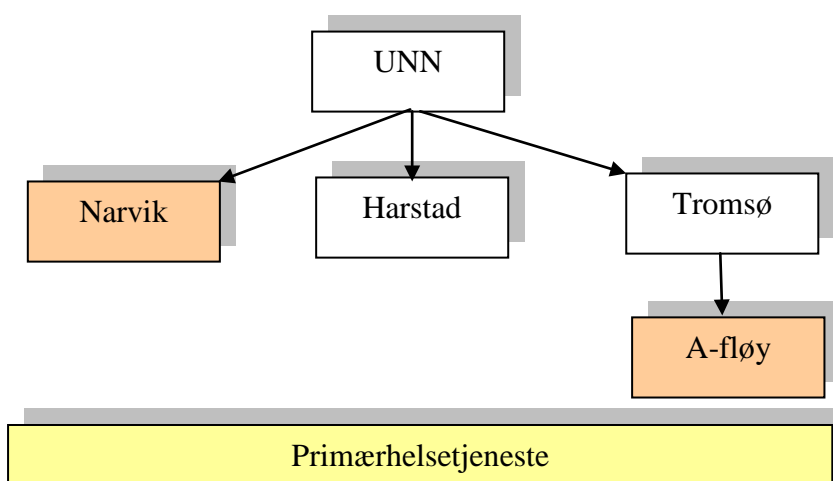
Utarbeidelse av hovedfunksjonsprogram (HFP) for UNN Narvik er en av flere delutredninger i konseptfasen, som skal munne ut i en konseptrapport som legges fram for beslutning (B3) i juni 2010.

Figur 1. Hovedelementene i tidligfasen



Figur 3 Faser og beslutningspunkter i tidligfaseplanlegging av sykehus

planleggingen skal skje etter en helhetlig modell og med pasientforløp som metode for beregning av dimensjoneringsgrunnlaget. En helhetlig modell omfatter å vurdere aktivitet for alle sykehusene under ett, dvs. Narvik, Tromsø og Harstad. Det skal også gjøres vurderinger av grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for å se på effekter av eventuelle endringer i oppgavefordeling, jfr. ”Samhandlingsreformen”.



Figur 4 Overordnet planleggingsmodell for UNN Narvik og UNN A-fløy

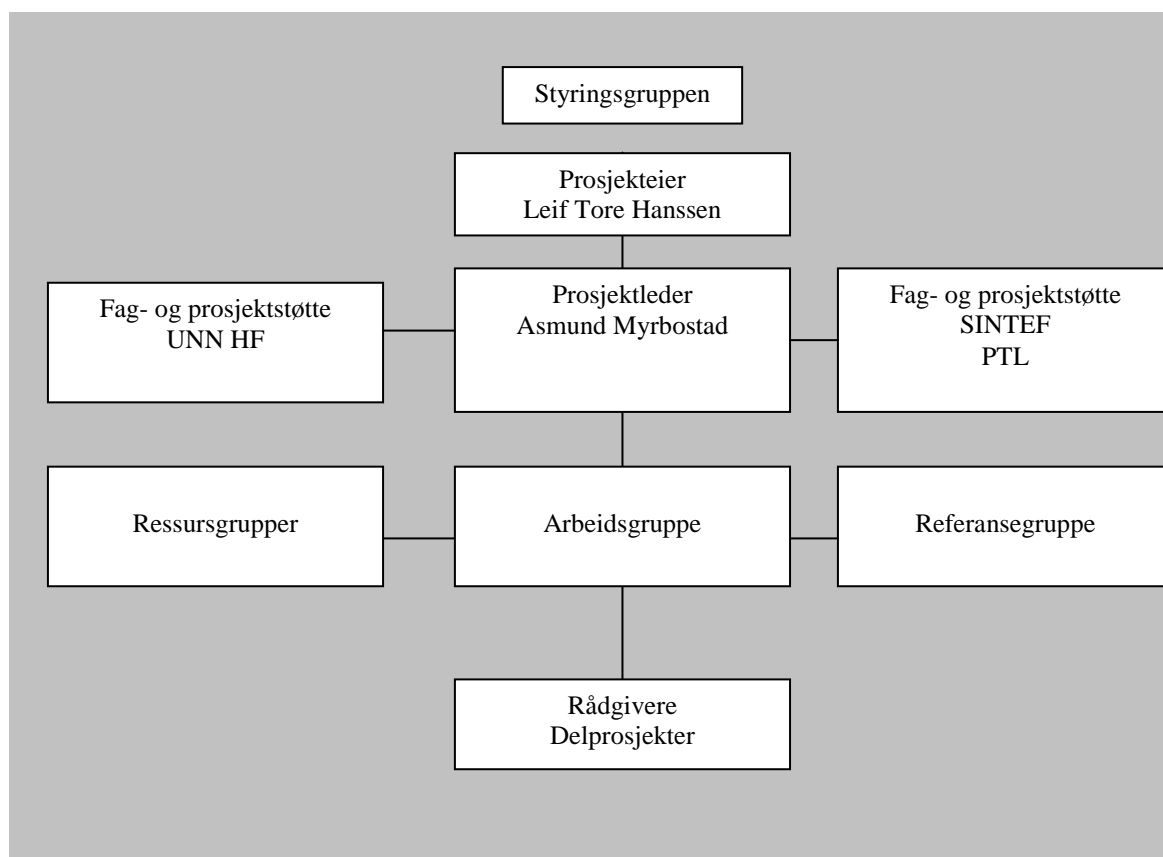
Ved å bruke et slikt overordnet perspektiv, løftes også en del av de prinsipielle diskusjonene rundt dimensjonering av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten til styrenivå i HF og RHF. I tillegg legges det til rette for strategiske diskusjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

3.2 Organisasjons- og styringsmodell

For konseptfasene for UNN Narvik og UNN A-fløy er det oppnevnt egne styringsgrupper og arbeidsgrupper, mens prosjektledelsen er felles. Dette gir mulighet både for lokal forankring i utvikling av løsningene samtidig som samordning mellom prosjektene ivaretas. Begge prosjektene har et parallelt løp og skal legges fram for beslutning samtidig.

Tabell 1 Styringsgruppen for konseptfase UNN Narvik

Navn	Stilling	Arbeidssted
Tor Ingebrigtsen	Adm. dir	UNN Tromsø
Marit Lind	Ass.dir	UNN Tromsø
Toril Agnete Larsen	Førstelektor	UiT
Tor-Arne Haug	Dir. forretningsutvikling	Helse Nord RHF
Finn Henry Hansen	Direktør	Helse Nord RHF
Leif Tore Hanssen	Sjef drift og eiendom	UNN Tromsø
Jon Arne Østvik	Medlem brukerutvalget	
Tore Nysæter	Varaordfører	Narvik kommune
Inger Linaker	Pleie- og omsorgsleder	Bardu kommune
Arhur Revhaug	Klinikkssjef	UNN Tromsø K3K klinikken
Jon Harr	Anestesilege	UNN Narvik
Øystein Nymoen	Avdelingsleder	UNN Narvik
Tove Elisabeth Svee	Konserntillitsvalgt	UNN Tromsø



Figur 5 Organisasjonskart for konseptfasen UNN Narvik

3.3 Arbeidsgruppen

Det er etablert en felles arbeidsgruppe for gjennomføring av HFP og SPR. Gruppen er oppnevnt av sykehusets ledelse og sammensatt av fagpersonell/ansatte i sykehuset, ansatte i primærhelsetjenesten og brukerrepresentanter.

I arbeidsgruppen er det oppnevnt brukerrepresentanter for somatikk, rus og psykisk helsevern. UNN Narvik skal planlegges som et anlegg der funksjonsområdene er integrert. Brukernes beskrivelser av behov når det gjelder omgivelser og de muligheter og eventuelle begrensninger integrering av funksjonene kan ha, vil få betydning i den videre planleggingen.

Arbeidsgruppen har i perioden juni 2009 til februar 2010 hatt 6 møter inklusiv oppstartsmøtet. I etterkant av disse møtene har det vært en integrert prosess mellom programmering og prosjektering der nye forutsetninger og løsninger er drøftet.

Tabell 2 Arbeidsgruppens medlemmer

Navn	Stilling	Arbeidssted
Kari Fagermo Wold	Brukerkoordinator/Sykepleiefaglig rådgiver	FFS
Brit Arntzen	Sykepleier	Amb. Team rehab./geriatri
David Nystad	Lege	Anestesi
Astrid Schønning	Sykepleier	Intensiv/Akutt
Hans-Erik Pedersen	Sykepleier/HVO	
Kari Fiske	Jordmor	Føde
Knut Østvik	Enhetsleder	Nordlandsklinikken
Mats Dahl	Enhetsleder/fysioterapeut	Fysioterapi
May-Britt Jensen	Sykepleier/TV	
Tor Grimeland	Seksjonsleder	Allmennpsykiatrisk klinikk
Torggrim Oddvar Vorren (tom møte 2)	Overlege	Radiologisk avdeling
Jan Ole Frantzen (fra møte 4)	Overlege	Radiologisk avdeling
Øivind Irtun	Overlege	Kirurgisk avdeling
Asbjørn Larsen	Brukerrepresentant	RIO
Ingrid Aspevik Havnø	Brukerrepresentant	Brukerrådet/elderådet
Lise Annett Bachmann	Brukerrepresentant	Mental Helse
Lene Stene Salberg	Kommuneoverlege	Narvik kommune
Grete Feragen	Avdelingsleder	Narvik kommune
Åse Berit Vrenne	Dekan	Høgskolen i Narvik

Kari Fagermo Wold har vært brukerkoordinator med ansvar for innkalling og organisering av møter i arbeidsgruppen, koordinering av spørsmål fra medlemmer i arbeidsgruppen, oppdatert og vedlikeholdt logg for uavklarte spørsmål samt distribusjon av informasjon til ansatte og andre interessenter.

For å fokusere på de muligheter og utfordringer som ligger i en integrering eller samlokalisering mellom rus, somatikk, psykisk helsevern og kommunale funksjoner i et lokalsykehus ble det arrangert en workshop med eksterne bidragsyttere i Tromsø 9.mars 2010. Workshop'en samlet deltakere fra arbeidsgruppen, styringsgruppen, Helseledersenteret, Universitetet i Stavanger og OSO/NST. Hovedkonklusjonene fra workshop'en var at det ligger store muligheter for det nye lokalsykehuset i Narvik med en integrering på tvers av fagområder og forvaltningsnivå for å øke kvalitet innenfor pasientbehandling og faglig utvikling. Det ligger også drifts- og investeringsøkonomiske gevinster i en integrering. I Hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF er det beskrevet behov for nettopp en slik organisering i lokalsykehusene.

I forbindelse med arbeidsgruppemøtet i september 2010 ble det gjennomført en studietur til Trondheim for arbeidsgruppen med presentasjoner og befaringer på Trondheimsklinikken (rus), Øya Helsehus og St Olavs Hospital.

3.4 Ressursgrupper

I mandatet for konseptfasen for UNN Narvik er det lagt vekt på at planleggingen skal sees i sammenheng med det samlede kapasitetsbehovet for UNN HF. Konseptfasen og HFP for UNN Narvik gjennomføres parallelt med UNN A-fløy, og for planlegging av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov legges pasientforløp til grunn. For å sikre et felles utgangspunkt for sammensetning av pasientforløpsgrupper og øvrige dimensjonerende føringer for funksjonsfordeling, opptaksområder og krav til omstilling, er det etablert et felles, overordnet sett av planforutsetninger. Disse er utarbeidet gjennom to møter i en ressursgruppe før oppstart av arbeidsmøtene i arbeidsgruppa for HFP. Ressursgruppen består av ledergruppa for UNN HF.

Universitet i Tromsø og Høgskolen i Narvik er representert i planleggingen gjennom deltakelse i arbeidsgruppen. Det har i tillegg vært møte med Høgskolen i Narvik, sykepleierutdanningen, for å drøfte fremtidige behov når det gjelder utdanning, undervisning og forskning.

3.5 Samarbeid med kommunene i planleggingen

Oppgavefordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er en viktig forutsening for dimensjoneringen av UNN Narvik, og det er derfor forutsatt et nært samarbeid med de kommuner som påvirkes av disse endringene. Narvik kommune er representert i arbeidsgruppen og styringsgruppen. Det har vært egne møter med representanter fra Narvik kommune i arbeidet med HFP for å diskutere planer og forutsetninger og for å høre mer om hvilke strategier Narvik kommune arbeider med når det gjelder helsetjenester som kan ha tilknytting og grensesnitt imot spesialisthelsetjenesten. Det har også vært møter der man har diskutert funksjonsområder som kan være felles eller samlokalisert for spesialist- og primærhelsetjeneste, dimensjonerende forutsetninger og ulike løsninger for funksjonene.

Gjennom samarbeid med Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) er avholdt møter med et flertall av kommunene i opptaksområdet for å innhente informasjon om hvilke tiltak som planlegges igangsatt i kommunene for å imøtekomme Samhandlingsreformens utfordringer. I den videre planprosessen er det viktig å ha god kommunikasjon med alle kommuner i nedslagsfeltet for UNN Narvik, slik at man får drøftet konsekvensen av de forutsetninger som legges inn i dimensjonering av sykehuset.

4 Målsetting og forutsetninger

4.1 Sykehusets målsetting

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Universitetssykehuset er landsdelens helsefaglige spydspiss og skal være ledende nasjonalt innenfor utvalgte fagområder. Samtidig er UNN HF lokalsykehus for Troms og deler av Nordland, med alle funksjoner som nasjonale myndigheter tillegger lokalsykehus i Norge.

For UNN Narvik er det formulert følgende målsetting:

”UNN HF Narvik skal sikre befolkningen i Ofoten fullt ut dekkende spesialisttilbud med diagnostikk, behandling og rehabilitering, i samarbeid med kommunehelsestjenesten og andre sykehus. Sykehuset skal være et trygt og godt alternativ for å dekke behovet for kvalitative og helhetlige spesialisthelsetjenester.”

Dessuten skal UNN Narvik organiseres ut fra 6 hovedsøyler:

- *En utadrettet behandlingsfilosofi.*
- *Respekt for pasienten og godt arbeidsmiljø for ansatte.*
- *Kompetansebasert trygghetsbase.*
- *Tett samarbeid mellom UNN Narvik, primærhelsetjenesten, Høgskolen i Narvik, Universitetet i Tromsø og andre relevante utdanninger for helsepersonell*
- *Fleksibilitet og endringsvillighet.*
- *Samhandling mellom psykisk helsevern, rus og somatikk*

4.2 Målsetting for utarbeidelse av HFP for UNN Narvik

HFP for UNN Narvik følger veileder for HFP¹ utarbeidet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging.

HFP beskriver, på grunnlag av målsettinger og forutsetninger, forslag til kapasitet og arealbruk for flere alternative løsninger på et overordnet nivå. HFP bygger på strategiske føringer om lokalsykehusets rolle i forhold til andre sykehus i helseforetaket og primærhelsetjenesten.

HFP bygger på idéfaserapporten og gir en overordnet beskrivelse av sykehuset som helhet, funksjonsenhetene innenfor utbyggingsprosjektet og forbindelsen mellom disse. Idéfaserapporten var utarbeidet i februar 2008, og det er gitt noen nye føringer og forutsetninger som det må tas hensyn til i den videre planleggingen av UNN Narvik:

- Aktivitetsgrunnlaget for fremskriving og kapasitetsberegninger er endret fra 2005 til 2007
- Pasientforløp skal legges til grunn for aktivitetsberegning og fremskriving
- Fremskrivingshorisont er endret fra 2012/2015 til 2020
- Det er innhentet nye oppdaterte data for befolkningsutvikling fra SSB
- Rus skal inkluderes
- Det skal være en helhetlig planlegging av hele UNN HF
- Man skal vise scenarier for endring av opptaksområde
- Effekter av samhandlingsreformen skal inkluderes i beregningene

HFP beskriver driftsmodellen for og organisering av virksomheten, beskriver alternative løsninger for realisering av målsettingene for UNN HF og prosjektet og er grunnlag for funksjonsprogrammering, skisseprosjekt, utstyrsplanlegging, person- og vareflytanalyse og driftsøkonomiske konsekvensanalyser. Det vil også gi opphav til og grunnlag for egne delprosjekter innenfor organisasjonsutvikling.

4.3 Presisering av målene

Målformuleringene og mandatet for prosjektet samt ledergruppens utdypinger (vedlegg 1) gir rammer for styring og innretning av prosjektet, herunder grunnlag for valg av alternative løsninger

¹ Veileder for Hovedfunksjonsprogram i sykehusprosjekter – Konseptfasen, januar 2008, Kompetansenettverk for sykehusplanlegging

både for driftskonsept og fysisk utbygging. De gir også rammene for vurdering om prosjektet, gjennom de rammer, forutsener og løsninger som velges, vil bidra til måloppnåelse.

På grunnlag av målformuleringene og mandatet kan målene og planforutsetningene som har betydning for HFP UNN Narvik presiseres og avgrenses på følgende måte:

Planlegging og utbyggingen skal bidra til å:

- etablere et lokalsykehus som samlokaliserer og integrerer somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- lokalisere sykehuset slik at atkomsten fra Indre Troms (nordfra) blir god
- ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for drift av lokalsykehus
- oppfylle Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) sin rolle som lokalsykehus for det definerte opptaksområdet
- ivareta fremtidige kapasitetsbehov i UNN HF på en helhetlig måte og sees i sammenheng med tilgjengelig kapasitet ved UNN Harstad og UNN Tromsø

Det forutsettes følgende krav til en fremtidig virksomhetsmodell og løsning i HFP for UNN Narvik:

- pasientforløp og UNN HFs nye klinikkorganisering skal legges til grunn
- arbeidsdelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten endres i henhold til samhandlingsreformen
- det legges til rette for å utvikle en generell undervisnings- og forskningsarena som legger spesielt godt til rette for slike aktiviteter rettet inn mot samhandling og helsetjenesteforskning
- det legges til rette for at telemedisinske og moderne teknologiske løsninger som kan understøtte samhandling tas i bruk fullt ut

Disse kravene vil komme til uttrykk gjennom utvikling og utbygging av et nytt sykehus i Narvik.

4.4 Utredning av alternative drifts- og løsningsmodeller

Veileder for Tidligfaseplanlegging forutsetter at man i beslutningsgrunnlaget har utredet flere alternative løsninger og at en anbefalt løsning utvikles til et detaljeringsnivå som gir tilstrekkelig sikkerhet for videreføring av prosjektet.

Det ene alternativet skal omfatte et 0-alternativ som i praksis innebærer at sykehuset drives uten at utbyggingsplanene realiseres, men at de forutsetninger om endringer og utvikling også gjelder for dette alternativet. Basert på analyser som ble gjennomført i idéfasen, er det i beslutningen om oppstart av konseptfasen vedtatt at Narvik skal planlegges som nybygg. 0-alternativet er dermed ikke et aktuelt alternativ å beskrive nærmere i HFP. 0-alternativet vil imidlertid bli belyst i konseptfaserapporten.

I målsettingene og mandatet for prosjektet ligger det føringer som peker på muligheter for alternative konsepter.

Planlegging av UNN Narvik tar utgangspunkt i et overordnet perspektiv der konsekvensen for UNN HF som helhet og UNN Narvik spesielt legges inn som grunnlag for dimensjoneringen.

I HFP for UNN Narvik er det lagt frem 2 scenarier for aktivitetsfremskrivning:

- Scenario 1 (hovedscenariet) er med utgangspunkt i dagens aktivitet, med dagens opptaksområde, effektivisert og fremskrevet til 2020.

- Scenario 2 viser det samme som scenario 1, men med et tillegg for effekten av flytting av opptaksområdet til også å involvere 4 kommuner i Midt-Troms. Dette scenariet vil kun vises som kapasitet og en differanse fra scenario 1 for å synliggjøre et eventuelt behov for kapasitetsøkning.

For hovedscenariet er det utredet to alternativer som beskriver grader av integrering av funksjonsområdene for somatikk, rus og psykisk helsevern.

- Alternativ 1: Integrering av somatikk, psykisk helsevern og rus
- Alternativ 2: Samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rus

Alternativ 1 betyr i sterkere grad bruk av felles funksjonsområder og rom mellom fagområdene. enn i alternativ 2

4.5 Grunnlagsdokumenter

Tabell 3 Grunnlagsdokumenter for HFP UNN Narvik

<i>Dato/år</i>	<i>Tittel</i>	<i>Utarbeidet av</i>	<i>Kommentar</i>
Rapporter, plandokumenter om utbygging			
Februar 2008	Idéskisse for planlegging av Nytt sykehus i Narvik og revidert HFP Nytt sykehus i Vesterålen	SINTEF	
Nasjonale rapporter og utredninger			
2007-2008	Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011	HOD	<i>Lokalsykehusene kan ta 50-70 % av pasientene som legges inn for akutt behandling til etterbehandling/rehabilitering. Det skal finnes opplæringstilbud (LMS) for pasienter i lokalsykehus. I samarbeid og ikke konkurranse med primærhelsetjenesten</i>
Juni 2009	St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen	HOD	
2009	St.meld nr.12 (2008-2009) "En gledelig bgivenhet"	HOD	<i>Faglige krav vedr fødselsomsorgen Inndelingen i tre nivåer av fødeinstitusjoner (kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue) opprettholdes. Nåværende tallgrenser oppheves og erstattes av kvalitetskrav til fødeinstitusjoner.</i>
Mars 2007	Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede	Arbeidsgrupper rapport, HOD	<i>Lokalsykehusetjenester skal konsentreres om de store sykdomsgruppene. Det legges vekt på behandlingsskjeder, arbeidsdeling mellom sykehus og samhandling mellom nivåene. Etablering av FAM. Samlokalisering DPS og lokalsykehus. Ta ibruk observasjonssenger. Øvrige roller: Fokus på rask diagnostikk, indremedisinsk døgntilbud, kjemoterapi, dialyse, rehabilitering, lærings- og mestringscenter. Fødselsomsorgen tilpasses faglige retningslinjer (minimum 400 fødsler pr år ved fødeavdelinger) Differensiering mellom lokalsykehus med akuttberedskap og lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner. Helseforetakene bør bruke finansieringssystemet for å styrke lokalsykehusene.</i>
Juli 2007	Planlegging av lokalsykehus – regionale premisser	Notat fra Helse Nord RHF til UNN HF og Nordlandssykehuset HF	<i>Akuttmottak planlegges i samarbeid med interkommunal legevakt som FAM. FAM må ha stort akuttrom med videokonferansemulighet, akutte kirurgiske inngrep og mulighet for enkel billeddiagnostikk. Observasjonssenger felles for sykehus og primærhelsetjeneste. CT i umiddelbar</i>

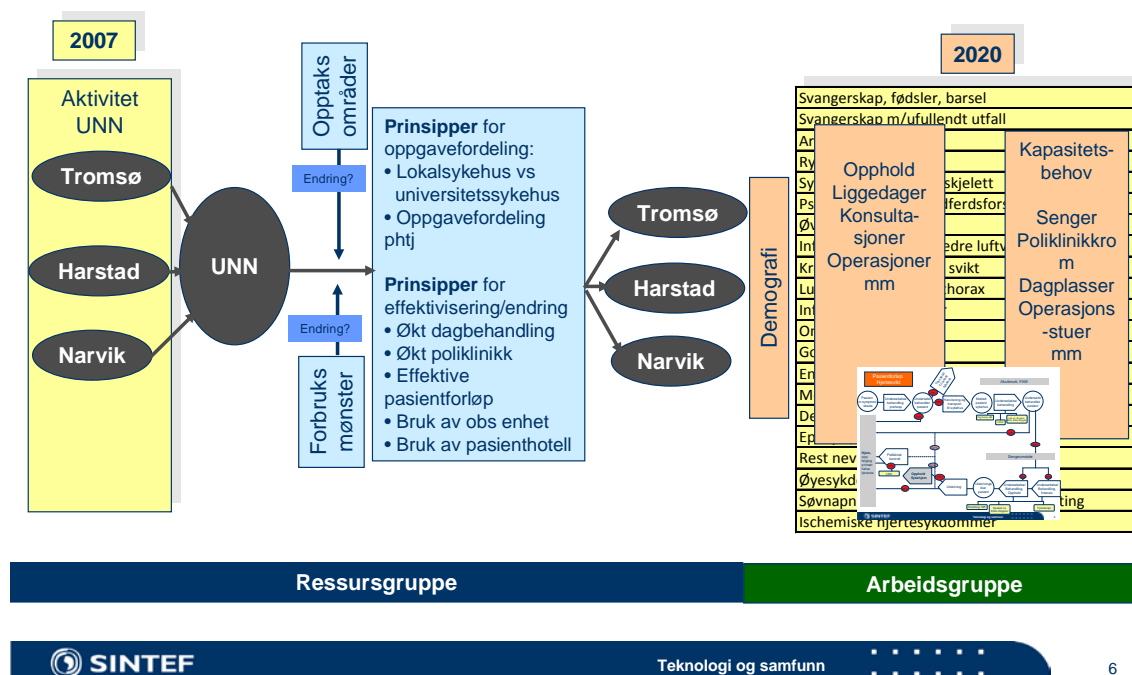
			<i>nærhet til FAM. Samlokalisering med ambulansestasjon. Tilrettelegging for MR i nye bygg. Sengeområder på ca 25 senger og sengetun. Felles sengeområder for medisin og kirurgi. Det bør vurderes hotelltilbud i tilknytning til en dagbehandlingssenhet.</i>
2008	Nasjonalt klientkartlegging – rapport for 2008	SIRUS	<i>Rapportering fra SIRUS (den årlige aktivitetsrapporteringen overføres fra 2010 til NPR på lik linje med somatikk og psykiatri): 70 % menn og 30 % kvinner søker behandling. 73 % var uten beskjefligelse som arbeid eller utdanning. Vanligste rusproblem hos søkere er alkohol eller heroinbruk. 70 % rapporterer å ha eller ha hatt alvorlig angst eller depresjon</i>
2007	Traumesystem i Norge	De regionale helseforetakene	<i>Ett traumesenter med ansvar for regionenes traumepasienter. Fire nivåer. Prehospital del, akutt sykehus, traumesentra og rehabiliteringssykehus Akutt sykehus: Aktivering av akuttrom, operasjonsstue og røntgen innen 15 minutt.</i>
2006	Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen	SHDir	<i>Veileder for DPS'er. Opptaksområde for DPS 30-75 000 innbyggere I utgangspunktet var behovet for døgnplasser beregnet til 6 per 10 000 voksne uinnbyggere. Dette vil reduseres ved mer bruk av polikliniske behandlingstilbud samt gode tilbud i kommunene.</i>
2006	Evalueringsprosjekt av rusreformen	Iris	<i>Oppdrag fra Helse- og sosialdir. Evaluering av rusreformen som ble iverksatt i 2004.</i>
Faglige handlingsplaner, retningslinjer, anbefalinger Helse Nord RHF			
Nov. 2009	Forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020	Helse Nord RHF	<i>I hvert helseforetak skal det være minst ett lokalsykehus med akuttkirurgisk (og føde) beredskap. Ved minst ett av lokalsykehusene i HF'et skal det være ortopedisk vaktberedskap. Flertall for full akuttkirurgisk beredskap ved lokalsykehusene. Mindretallet mener det kan være tilpasset kirurgisk beredskap. Det opprettes poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved alle lokalsykehus.</i>
Mars 2008	Smittevernplan 2008 – 2011	Helse Nord RHF	
Januar 2008	Handlingsplan for intensivmedisin	Helse Nord RHF	<i>Foreslått fremtidig kapasitet: Harstad: 2 intensiv/6 TOV Narvik: 5 TOV (+ mulighet for 1 respirator) Tromsø: 15 intensiv/32 TOV</i>
2007	Riktig nært og helhetlig – Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelbruk i Helse Nord 2007 - 2010	Helse Nord RHF	
2007	Handlingsplan for diabetes 2008-2013	Helse Nord RHF	<i>Diabetes sentralteam og diabetes fotteam opprettes i Bodø og Tromsø. UNN Narvik må etablere diabetesteam med diabetesansvarlig lege i fast stilling. Det må opprettes stilling for klinisk ernæringsfysiolog (25 %) og diabetessykepleier (100 %).</i>
2007	Tjenestetilbudet til barn i Helse Nord	Rapport fra arbeidsgruppe, Helse Nord RHF	
Mars 2007	Regional handlingsplan i revmatologi 2008-2013	Helse Nord RHF	

Nov.2006	Retningslinjer for henvisning til PCI ved akutt koronart syndrom i Helse Nord	Helse Nord RHF	
juni 2005	Faglige retningslinjer for behandling av hjerneslag i Helse Nord	Fagråd for hjerneslag behandling i Helse Nord RHF	
Juni 2005	Tiltaksplan psykisk helsevern 2005 - 2015	Helse Nord RHF	
mai 2004	Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010	Helse Nord RHF	<i>Senger for rehabilitering skal være i Harstad, Tromsø og Kirkenes</i>
februar 2004	Handlingsplan for geriatri 2004-2010	Helse Nord RHF	<i>Pasienter som defineres som geriatriske pasienter samles i eget avsnitt/sengeenhet. Ca 15 % av sengene avsettes til dette formålet. Hvert sykehus bør ha 8-10 senger i en slagenhet (avhengig av sykehusets størrelse). Harstad skal ha geriatrisk enhet. Narvik skal ha utdanningsstilling i geriatri. Områdegeriatrisk virksomhet.</i>

5 Metode

HFP for UNN Narvik og UNN A-fløy skal planlegges etter en helhetlig modell der det tas hensyn til den samlede virksomheten, avgrensning mellom aktiviteten på de tre lokasjonene og imot primærhelsetjenesten. Illustrasjonen under viser i hovedtrekk arbeidsprosessen for gjennomføring av HFP, der ressursgruppen har lagt noen føringer for planleggingen og arbeidsgruppene for hhv UNN Narvik og UNN A-fløy, som bistår i den praktiske gjennomføring av planleggingen.

Helhetlig planleggingsmodell for UNN



Figur 6 Modell for helhetlig planlegging UNN HF

5.1 Datauttrekk

Data for somatikk 2007 er hentet fra SKDE ved UNN. Noe data er også supplert direkte fra økonomi- og analyseavdelingen ved UNN og noen enkeltavdelinger har bidratt med data for f.eks. radiologi, laboratorier, operasjoner og bemanning. Tabellen under viser at det for UNN Narviks del er lite forskjell mellom aktiviteten i 2007 og 2008. 2007- data gir dermed et like godt grunnlag for analysene som 2008-data. Dette fremgår av tabell 5.1.

Tabell 4 Døgnopphold, utvikling UNN HF, 2007 - 2008

Døgnopphold, utvikling UNN HF									
	Døgnopphold		Endring, antall	Dagbehandling		Endring, antall	Poliklinikk		Endring, antall
	2007	2008	2007-2008	2007	2008	2007-2008	2007	2008	2007-2008
Narvik	3958	4020	62	1436	1513	77	24712	24657	-55
Harstad	7340	6504	-836	4451	4108	-343	44338	42573	-1765
Tromsø	26788	26723	-65	21894	19460	-2434	120384	127921	7537

Kapasitetsdata er innhentet fra det enkelte sykehus.

5.2 Metode for beregning av fremtidig aktivitet, kapasitet og areal

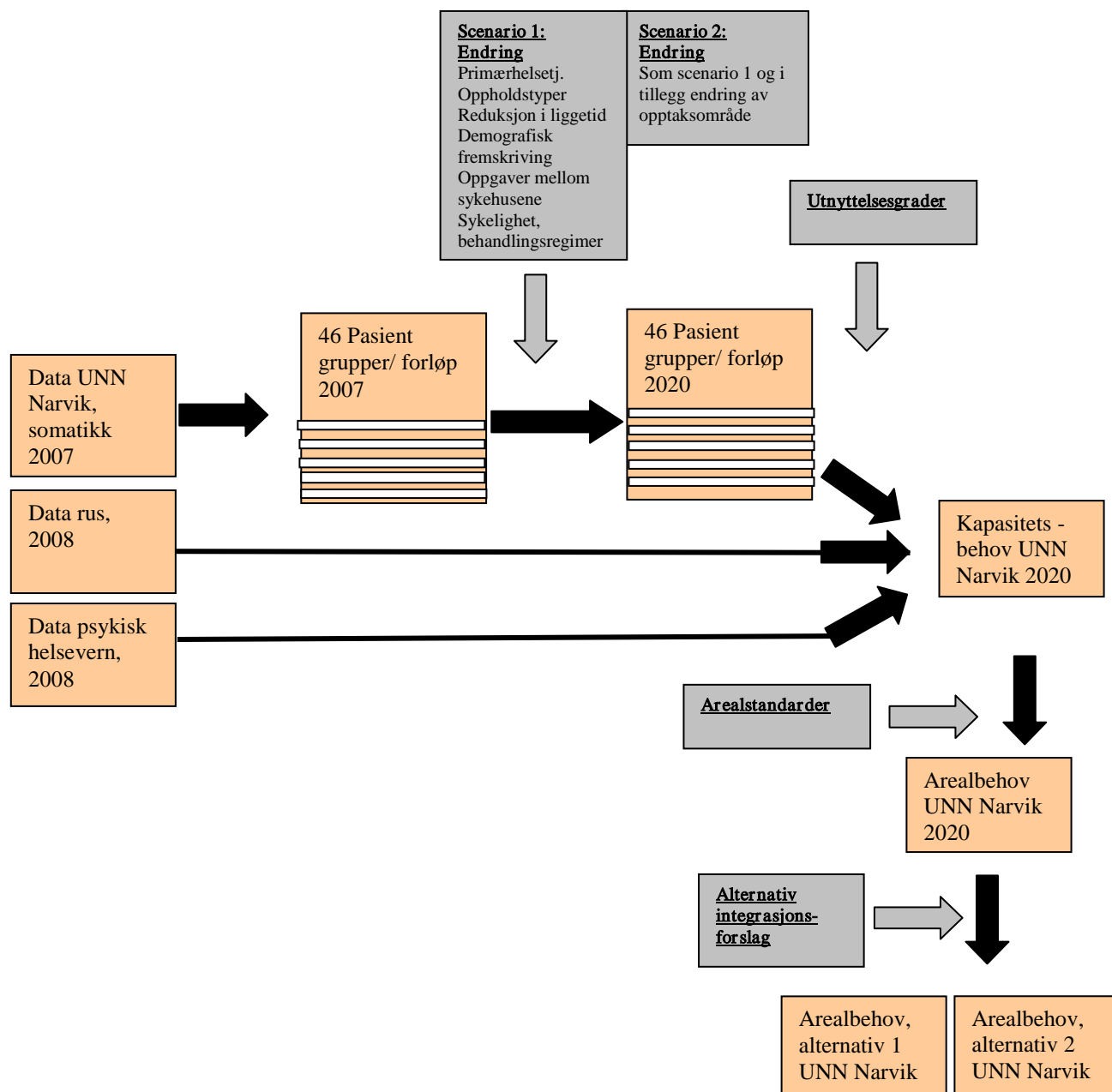
For å komme fram til et dimensjoneringsgrunnlag for UNN Narvik er det tatt utgangspunkt i dagens aktivitet i foretaket. Det er så foretatt en vurdering av forbruksmønster for innbyggerne i kommunene i opptaksområdet for å vurdere potensialet for oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er benyttet en planleggingsmetode som er utviklet gjennom et forskningsprosjekt² der dagens aktivitet legges inn i basisåret (her 2007). Det korrigeres deretter for:

- endring av oppgaver mellom primær- og spesialisthelsetjenesten,
- endring av oppholdstyper i sykehus (pasienthotell, dagopphold og observasjonsenhet i stedet for opphold i ordinære sengeområder)
- effektivisering av forløpet internt i sykehuset
- fremskriving i henhold til demografisk utvikling
- eventuelle endringer i oppgavefordeling mellom sykehusene i helseforetaket
- endringer som skyldes økt sykkelighet eller endringer i behandlingsregimer

Aktivitetsdata blir så oppsummert og ved bruk av utnyttelsesgrader (som i nye sykehusprosjekter) kan kapasitets- og arealbehov for 2020 beregnes.

² Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester, Forskningsrådet 2007-2010



Figur 7 Planleggingsmodell for UNN Narvik

For UNN Narvik vil det foreligge 2 alternative forslag til løsninger som knyttes til grad av integrering av funksjoner mellom somatikk, psykisk helsevern og rus.

HFP for UNN A-fløy og UNN Narvik skal planlegges etter en helhetlig modell der det tas hensyn til den samlede virksomheten, avgrensning mellom aktiviteten på de tre lokasjonene og imot primærhelsetjenesten. Figur 5 viser hovedtrekkene i arbeidsprosessen for gjennomføring av HFP, der ressursgruppen har lagt noen føringer for planleggingen og arbeidsgruppene for hhv UNN A-fløy og UNN Narvik bistår i den praktiske gjennomføring av planleggingen.

5.2.1 Pasientforløp

Ved å benytte pasientforløp som grunnlag for dimensjonering av sykehus, vil man kunne gjøre analyser av dagens og fremtidig pasientflyt, vurdere potensialer for omstilling og visualisering av aktiviteten knyttet til pasientgrupper og ikke til avdelingsstruktur, slik man oftest gjør i planlegging av sykehus.

Pasientforløp benyttes for mange ulike formål; utarbeidelse av prosedyrer, standardisering av pasientforløp, kvalitetsindikatorer osv. Utgangspunkt for metoden som er benyttet i HFP er et nylig gjennomført forskningsprosjekt der tema er pasientforløp som grunnlag for dimensjonering av helsebygg. Gjennom arbeidet er pasienter gruppert, sammenlignet på tvers av sykehus, og illustrert i form av flyt før, under og etter sykehusopphold. Man har sett på potensialer for omstilling og effektivisering, gjort fremskriving i henhold til demografisk utvikling, og vurdert konsekvenser av epidemiologisk endringer. Alt med hensikt å komme fram til kapasitetsbehov for de ulike pasientgruppene i sykehus. Gjennom utviklingen av en regnemodell gis det også mulighet til å se på konsekvenser for primærhelsetjenesten, arealberegninger og vurderinger av konsekvenser for bygg.

I arbeidet med HFP for A-fløya har det vært en overordnet gjennomgang av all aktivitet for hele UNN Tromsø og hovedfokus på de gruppene som påvirker dimensjoneringen i størst grad (høyest antall liggedager).

Gruppering av pasientforløpene for HFP i UNN HF:

- 46 pasientgrupper
- Gruppering av pasienter ut i fra ICD-10 koder
- Pasienter i gruppe med like behov
- Noen små og spesifikke grupper, noen store grupper og restgrupper
- Hovedfokus vil være på grupper som har mange innleggelser og/eller mange liggedager og grupper der man antar at aktiviteten har stor betydning for bygg/infrastruktur
- ICD 10 er utskrivingsdiagnose, og har ikke informasjon om pasientenes innleggelsestilstand

En nærmere beskrivelse av pasientforløpene finnes i vedlegg 1.

I disse beregningene er det også foretatt beregning av effekten av endring i opptaksområder.

Når det gjelder dimensjonering av poliklinikker, operasjon, radiologi og laboratorier, er det i tillegg til den informasjon og de data som kommer fra pasientforløpsanalysene gjort egen analyse bare knyttet til den spesifikke virksomheten.

Pasientforløpsmodellen som benyttes som grunnlag for å beregne effektivisering/omstilling og demografisk fremskriving for pasientene i UNN Narvik omfatter 46 diagnosegrupper (se tabell 20) for somatikk. Den samme metodikken er ikke utviklet for psykisk helsevern og rus på grunn av at det ikke er data tilgjengelig på samme måte for disse områdene. I dette kapitlet beskrives det mer detaljert fire pasientforløp for somatikk, samt en beskrivelse av et generelt pasientforløp for rus og ett for psykisk helsevern. For somatikk er det valgt de fire forløpene som har høyest antall opphold og liggedager. De øvrige pasientforløp med prosentvis endring finnes i vedlegg 3 i form av et Excel regneark.

5.2.1.1 Eksempel på pasientforløp: Pasienter med skader i ekstremiteter og buk

Denne gruppen omhandler pasienter med lårhalsbrudd, øvrige brudd- kontusjonsskader (ICD10 kode S10-S99). Den inneholder ikke pasienter med hodeskader, brann- og etskader og multitraumer.

5.2.2 Aktivitetstall

Tabell 5 Aktivitetstall ICD10-gruppe S10-S99. Skader i ekstremiteter og buk, UNN Narvik 2007

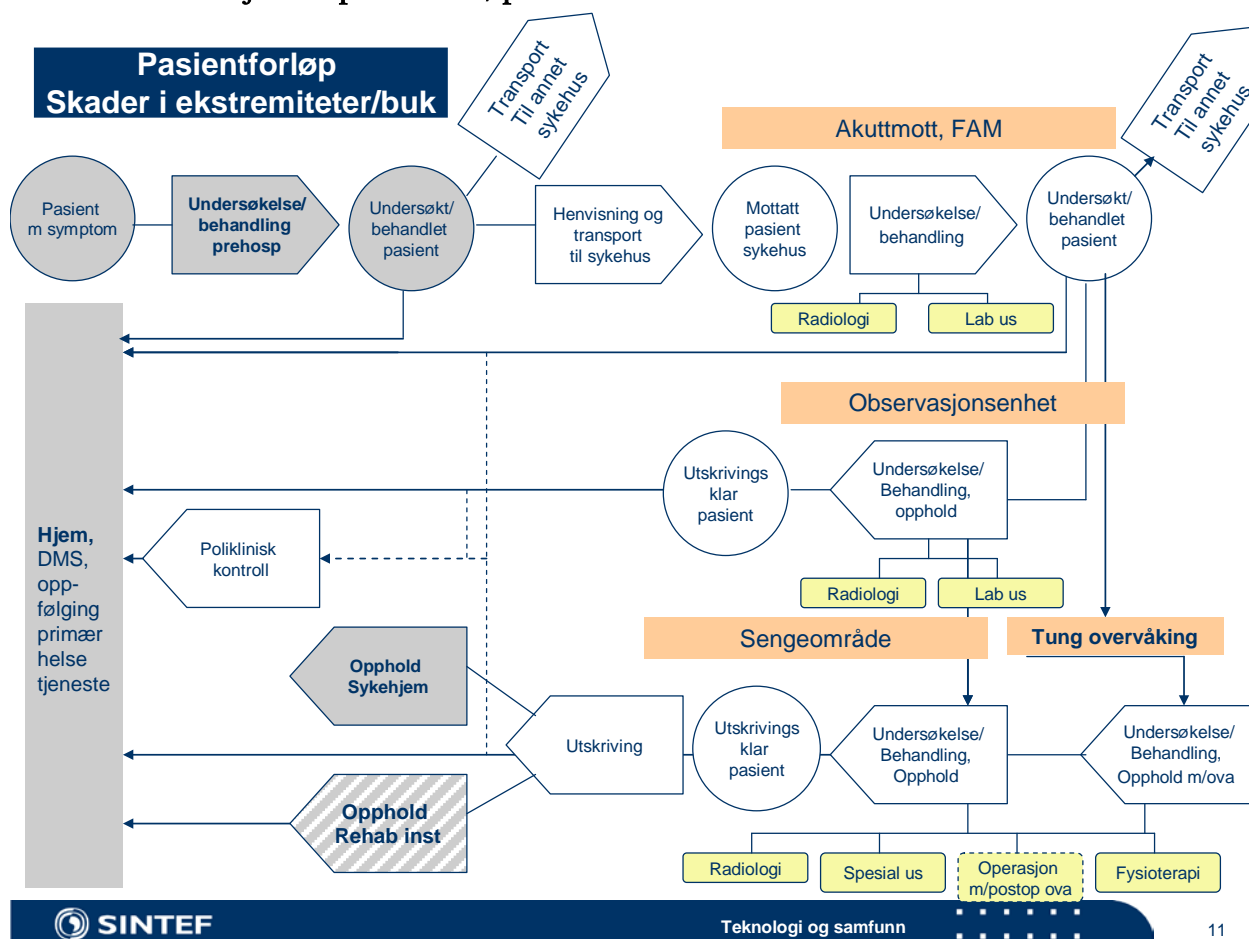
Nr	ICD10 kode	Diagnosegruppe	Antall opphold	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Gj snitt liggetid	Ant øhj heldøgn innl	% øhj av alle heldøgns opphold	Kir DRG	% Kir DRG av alle heldøgns opphold	Ant dag opphold
38	S10-S99	Skader ekstremiteter/buk	294	277	1479	5,3	271	98	145	52	17

5.2.3 Endring, omstilling/fremskriving

Tabell 1 Endring, omstilling, effekt i prosent for pasientforløpsgruppe ICD 10 S10-S99

Endring	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Antall dagopphold	Kommentarer
Overføring til primærhelsetjenesten	0 %	20 %	0 %	Tidlig utskrivning til phtj.
Overføring til observasjonsenhet	10 %	10 %	0 %	
Fra observasjonsenhet til innleggelse		20 %		
Overføring til pasienthotell	0 %	0 %		
Fra døgn- til dagopphold	0 %	0 %	0 %	
Til pasienthotell for dagopphold	0 %	0 %	0 %	
Generell reduksjon i liggetid	0 %	10 %	0 %	
Endring i demografisk utvikling	9 %	8 %	- 6 %	
Nye tilbud/overføring andre sykehus	0 %	0 %	0 %	
Overføring til overvåking	0 %	3 %	0 %	
Endring før og etter omstilling, fremskriving	26	- 286	-1	
Gjennomsnittlig liggetid etter omstilling, fremskriving	3,9 døgn			

5.2.4 Illustrasjon av pasientforløpet



Figur 8 Illustrasjon Pasientforløp Skader i ekstremiteter/buk

5.2.5 Forbruksrater

Befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester påvirker aktivitet og kapasitetsbehovet i stor grad. Erfaringsmessig er det stor forskjell mellom byer (spesielt vertskommuner for sykehus) og kommuner i distriktene. Tiltak i kommunene i form av distriktsmedisinske senter, intermediærenheter osv påvirker også aktivitetsnivået i sykehusene. For å ha en referanse til diskusjonene omkring omstilling og effektivisering er det gjort en analyse av forbruksrater for somatikk ved UNN HF.

Bruken av sykehus tjenester varierer med kjønn og alder. Det er derfor gjort en kjønns- og aldersjustering. I analysen har vi sett på forbruk av døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Det er gjennomført tre analyser av forbruksmønstre:

- 1) gjennomsnittlig forbruk for landet generelt unntatt Helse Nord
- 2) gjennomsnittlig forbruk i land- og bykommunene innad i UNN HF med det laveste forbruket.
- 3) gjennomsnittlig forbruk for befolkningen i Nord-Troms, dvs. kommunene Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen (som sokner til Sonjatun helsesenter)

Det er ikke foretatt en direkte beregning av endring i forbruksrater for det enkelte pasientforløp, men endring i forbruksmønstre benyttes som en referanse for omstillingspotensialet.

5.2.6 Faktorer som påvirker aktivitetsgrunnlaget

Det er ulike faktorer som påvirker aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten og derved også kapasitetsbehovet. For somatikk i spesialisthelsetjenesten finnes et sikkert tallgrunnlag. Det er utviklet verktøy for å demonstrere effektene av faktorenes påvirkning av aktiviteten i pasientforløpene over tid. Innenfor rus og psykisk helsevern er både tallunderlaget og metodene usikre, slik at metoden ikke er direkte overførbart til disse fagfeltene.

Tabell 6 viser faktorene der det er fortatt beregning av endringer for hvert av pasientforløpene. I tillegg til disse endringene kommer den demografiske fremskrivingen som beskrevet i kapittel 5.2.7.

Tabell 2 Faktorer som påvirker aktivitetsgrunnlaget

Endring	Kommentar
Samhandlingstiltak med og overføring til primærhelsetjenesten	Tidlig utskriving av pasienter til hjem, DMS, intermediær eller liknende. Unngå innleggelse ved styrking av phtj.
Overføring til observasjonsenhet	Innleggelse i obs enhet i stedet for ordinært sengeområde. I hovedsak øhj. pasienter som i dag har 0-3 dg gj snitt liggetid. Oppholdstid gj snitt 1 døgn.
Fra observasjonsenhet til innleggelse	Ca 20 % av pas som kommer til obs enhet legges inn i ordinært sengeområde
Overføring til pasienthotell	Innleggelse i pasienthotellplasser i stedet for ordinære senger. Gjelder f.eks. barselkvinner og pasienter som kan greie seg selv, men som må ha nærhet til hjelp fra helsepersonell ved behov.
Fra døgn- til dagopphold	Dagopphold i stedet for innleggelse gjelder hovedsak elektive pasienter som i dag har 0-3 dg gj snitt liggetid.
Til pasienthotell for dagopphold	En andel av de pasientene som får dagopphold i stedet for heldøgns opphold har behov for å ha opphold i pasienthotellplasser. 1 døgn.
Generell reduksjon i liggetid	Det er lagt inn en generell forutsetning om 5 % reduksjon i antall liggedager ved reduksjon i intern ventetid og standardiserte forløp
Nye tilbud/overføring andre sykehus	Økning i aktivitet som følge av epidemiologiske eller behandlingsmessige endringer ut over konsekvensen av demografisk utvikling. Reduksjon i aktivitet som følge av overføring av pasienter til annet sykehus.

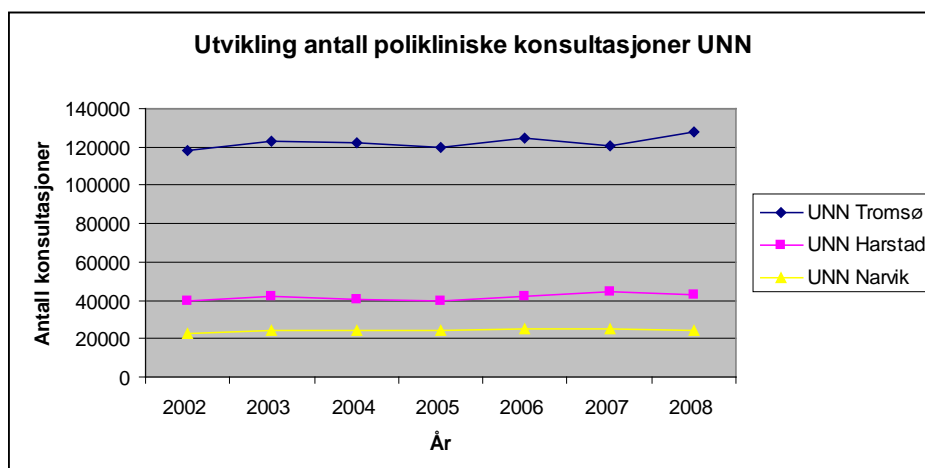
I beregning av fremtidig aktivitets- og kapasitetsbehov i UNN er alle disse faktorene vektet for samtlige 46 pasientforløp. En prosentvis endring i forhold til hver av disse faktorene er gjengitt i et Excelark (vedlegg 4).

5.2.7 Demografisk fremskriving

I fremskriving av virksomheten ved UNN HF fra 2007 til 2020 er det benyttet forventet befolkningsutvikling fra SSB alternativ MMMM, knyttet til pasientdata fra 2007. Det gir en endring som relaterer seg direkte til dagens forbruksmønster, men som tar med den effekt dette forbruksmønsteret vil ha når befolknings sammensetningen endres (dvs. med økt antall eldre).

For beregning av operasjonskapasitet er det tatt utgangspunkt i virksomheten i 2008. Demografisk fremskriving beregnes å være lik demografisk fremskriving av opphold med kirurgisk DRG.

For polikliniske konsultasjoner er det tatt utgangspunkt i de siste års utvikling, der det er i underkant av 10 % økning i antall konsultasjoner fra 2002 til 2008. Det er ingen indikasjoner for at det vil bli økt forbruk ut over økningen i antall eldre. Demografisk fremskriving av dagens polikliniske aktivitet regnes derfor lik 10 % økning. Det vil være forventninger til at antall kontroller reduseres og at en del av denne aktiviteten overføres til primærhelsetjenesten. Ut ifra dette legges det inn en antatt økning i polikliniske konsultasjoner i UNN Narvik på 5 % ut over demografisk fremskriving (til sammen 15 %) frem mot 2020.



5.1 Utvikling antall polikliniske konsultasjoner UNN HF i perioden 2002 til 2008

5.2.8 Endring av opptaksområder

Dersom man gjennom beregning av det samlede dimensjoneringsgrunnlaget i UNN HF kommer til at kapasiteten ved UNN Tromsø blir lavere enn behovet, vil et mulig scenario være å flytte opptaksgrensene for lokalsykehusfunksjonene, slik at Narvik og evt. Harstad får en større andel av aktiviteten.

Scenario 1 viser aktiviteten fra dagens opptaksområde for UNN Narvik effektivisert og fremskrevet, mens scenario 2 viser effekten av en flytting av opptaksområdet til å gjelde 60 % av lokalsykehuspasientene fra kommunene Sørreisa, Lenvik, Bardu og Målselv. I den videre beregning av kapasitet og areal er scenario 1 hovedalternativet, mens det vises til behov for kapasitet og areal dersom scenario 2 realiseres (Se kapittel 7.2).

5.2.9 Kapasitets- og arealberegninger

For beregning av kapasitet og areal er det benyttet utnyttelsesgrader og arealstandarder som for nye sykehusprosjekter. Disse er tilpasset virksomhetens type og størrelse.

6 Dagens aktivitets- og kapasitetsdata

6.1 Somatikk

6.1.1 Døgn- og dagopphold

Ved UNN Narvik var det i 2007 totalt ca 3 740 døgnopphold og 17 000 liggedager. Gjennomsnittlig liggetid var på 4,6 døgn. Pasienter med diagnoser innenfor ICD10-hovedgrupper I og J (lungesykdommer og sykdommer i sirkulasjonsorganene) utgjorde i overkant av 30 % av liggedagene og ICD10 gruppe S og T (skader og forgiftninger) utgjorde i underkant av 13 % av alle liggedagene.

86 % av døgnoppholdene var registrert som øyeblikkelig hjelp, og ca 20 % av alle døgnopphold hadde en kirurgisk DRG (dvs. operasjonsstuekrevene prosedyre). Det var totalt ca 1 400 dagopphold i 2007. Dialyse og kjemoterapi utgjorde i 2007 overkant av halvparten av dagoppholdene.

Tabell 3 Gruppering av ICD10-diagnosekoder for pasientforløp ved UNN Tromsø 2007, sortert etter antall liggedager

Nr	ICD10 kode	Diagnosegruppe	Antall opphold	Antall heldøgns opphold	Antall ligge dager	Gj snitt liggetid
38	S10-S99	Skader ekstremiteter/buk	277	277	1479	5,3
12	C	Ondartede svulster	210	143	1259	8,8
28	K Rest	Rest sykdommer i mage/tarm	276	253	1088	4,3
25	I Rest	Sykdommer i sirkulasjonsorg.	237	237	1067	4,5
1	O10-O99, Z37-Z39	Svangerskap, fødsler, barsel	460	311	1029	3,3
8	J09-J18, J20-J22	Influenza, infeksjon nedre luftveier	162	162	944	5,8
21	I20-I25	Iskemiske hjertesykdommer	290	214	907	4,2
33	N Rest	Sykdommer i urin og kjønnsorgan	130	129	783	6,1
11	A00-B99	Infeksjonssykdommer	116	116	778	6,7
23	I60-I69	Hjernekar sykdommer (slag)	76	76	758	10,0
3	M15-M19	Artroser	117	117	642	5,5
9	J40-J47, J60-J70, J95-J99	Kronisk og akutt resp. svikt	80	77	636	8,3
22	I50, I26	Hjertesvikt	78	60	625	10,4
26	K80-K86	Gallesten, galleblærebetennelse	99	99	544	5,5
13	D	Godartede svulster	100	100	527	5,3
42	RestT	Rest skader/forgiftninger	71	71	472	6,6
14	E00-E90	Endokrine sykdommer	86	86	395	4,6
5	M Rest, G560	Sykdommer i muskel-skjelett	101	98	326	3,3
6	F00-F09, F20-F99	Psykiske lidelser og adferdsforst.	31	31	260	8,4
36	R Rest	sykd., tegn unormale kliniske funn	190	170	258	1,5
46	Z Rest	Faktorer som har betydning for helsetilst.	85	85	234	2,8
32	N70-N98	Sykdommer i kvinnelig kjønnsorgan	67	67	208	3,1
7	J00-J06, J30-J39, H60-H-95	Øvre luftveier	105	105	196	1,9
17	G40-G46	Epilepsi/hodepine	89	66	173	2,6
4	M40-M54	Rygg	75	45	156	3,5
18	G48-G99	Rest nevrologi	16	16	149	9,3
30	N40-N51	Sykdommer i mannlige kjønnsorgan	63	33	136	4,1
27	K40-K45	Brokk	54	43	132	3,1
37	S00-S09	Hodeskader(commotier med mer)	106	99	126	1,3
41	T40-T65, F10-F19	Intox	112	86	119	1,4
35	R10-R19	Sykd., tegn abdomen	76	74	108	1,5
16	G10-G37	Degenerative neurologiske sykdommer	148	12	89	7,4
20	G47, R06	Søvnapne, søvnforstyrrelser, munnpusting	93	69	86	1,2
10	J80-J84, J85-J94	Lungeødem/pneumothorax	17	11	78	7,1
29	L00-L99	Hudsykdommer	22	21	69	3,3
43	Z50	Rehabilitering	4	4	61	15,3
34	P00-Q99	Sykd. i perinatale og medf. misdann.	10	10	31	3,1
2	O00-O09	Svangerskap m/ufullendt utfall	35	18	26	1,4
44	Z51	Kjemoterapi	24	24	26	1,1
40	T20-T35	Brann-, etse-, frostskeer	11	11	10	0,9
15	G00-G09	Menigitter, encefalitter	2	2	8	4,0
31	N60-N64	Sykdommer i bryst	6	2	8	4,0
24	I83	Åreknuter	5	5	6	1,2
39	T00-T14	Multitraumer	502	2	3	1,5
45	Z 49	Dialyse	250	2	3	0,0
19	H00-H59	Øyesykdommer	12	1	1	1,0
Totalt				3.740	17019	4,6

UNN HF hadde i 2009 over 7 000 liggedøgn for utskrivingsklare pasienter, hvorav ca 2 000 var ved sykehuset i Narvik. Dette utgjør et kapasitetsbehov på 23 døgnplasser (ved 85 % utnyttelse). I perioden 2007 til 2009 finner vi en reduksjon på til sammen 18 %.

Tabell 4 Antall liggedager for utskrivingsklare pasienter 2007 – 2009 UNN HF

Oppsummert antall utskrivingsklare pasienter				
	liggedager 2007	liggedager 2008	liggedager 2009	%-vis endring 2007- 2009
Narvik	1702	2185	1967	15,6
Harstad	1537	1405	1094	-28,8
Tromsø	5676	5126	4249	-25,1
Totalt	8915	8716	7310	-18,0

I UNN Narvik er det totalt 57 ordinære døgnplasser og 5 intensivplasser. Det er i tillegg 2 observasjonsplasser i Felles akuttmottak (FAM). Dvs. total kapasitet på døgnplasser på 64. Et beregnet behov ut ifra dagens aktivitet (dvs. liggedager i 2007, se tabellen over), med en forutsetning om 85 % utnyttelse, gir et kapasitetsbehov på 55 døgnplasser. Årsaken til forskjellen mellom kapasitetsbehov og reell kapasitet kan være bygningsmessige begrensninger for å kunne utnytte døgnplasser fleksibelt.

6.1.2 Poliklinikk

Det var i 2007 ca 25 000 polikliniske konsultasjoner ved UNN Narvik. Et beregnet kapasitetsbehov er, forutsatt 220 dager per år/6 timer per dag og i gjennomsnitt 45 minutt per undersøkelse, 14-15 undersøkelsesrom. Det er i dag 9 undersøkelsesrom for poliklinisk virksomhet, dvs en underkapasitet på 5-6 rom. Beregningen forutsetter en fleksibel bruk av rom mellom fagområder

Tabell 5 Polikliniske konsultasjoner 2007, fordelt på ICD10-grupper

ICD10 kode	Diagnosegruppe	Polikl. Konsult 2007
I50, I26	Hjertesvikt	55
S10-S99	Skader ekstremiteter/buk	1650
T40-T65, F10	Intox	13
J40-J47, J60-	Kronisk og akutt resp. Svikt	263
O00-O09	Svangerskap m ufullendt utfall	79
R10-R19	Sykd., tegn abdomen	380
J09-J18, J20-	Influensa, infeksjon nedre luftveier	62
S00-S09	Hodeskader (commotioer med mer)	124
O10-O99, Z31	Svangerskap, fødsler, barsel	275
I20-I25	Iskemiske hjertesykdommer	160
A00-B99	Infeksjonssykdommer	154
T Rest	Rest skader/forgiftninger	209
T00-T14	Multitraumer	38
T20-T35	Brann-, etse-, frostskaader	75
F00-F09, F20-	Psykiske lidelser og atferdsforst	72
N Rest	Sykdommer i urin- og kjønnsorg	183
I60-I69	Hjernerksykdommer (slag)	24
J80-J84, J85-	Lungeødem/pneumothorax	8
K Rest	Rest sykdommer i mage/tarm	761
I Rest	Sykdommer i sirkulasjonsorg	844
N40-N51	Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	132
L00-L99	Hudsykdommer	6634
M Rest, G560	Sykdommer i muskel- skjelett	767
R Rest	Sykd., tegn unormale kliniske funn	407
C	Ondartede svulster	400
D	Godartede svulster	593
K80-K86	Gallesten, galleblæbetennelse	42
E00-E90	Endokrine sykdommer	153
G48-G99	Sykdommer i nervesystemet	42
M40-M54	Rygg	113
Z50	Rehabilitering	1
Z Rest	Faktorer som har betydning for helsetils	8137
H00-H59	Øyesykdommer	15
G47, R06	Søvnapne, søvnforstyrrelser, munnpusting	25
G00-G09	Meningitter, encefalitter	0
M15-M19	Artroser	155
N70-N98	Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	1038
Z51	Kjemoterapi, blodoverføring	23
J00-J06, J30-	Øvre luftveislid.	217
K40-K45	Brokk	90
N60-N64	Sykdommer i bryst	47
P00-Q99	Sykd. i perinatale. Og medf misdann.	76
G40-G46	Epilepsi/hodepine	37
G10-G37	Degenerative nevrologiske sykd.	27
I83	Åreknuter	89
Z 49	Dialyse	0
		24689

6.1.3 Operasjon

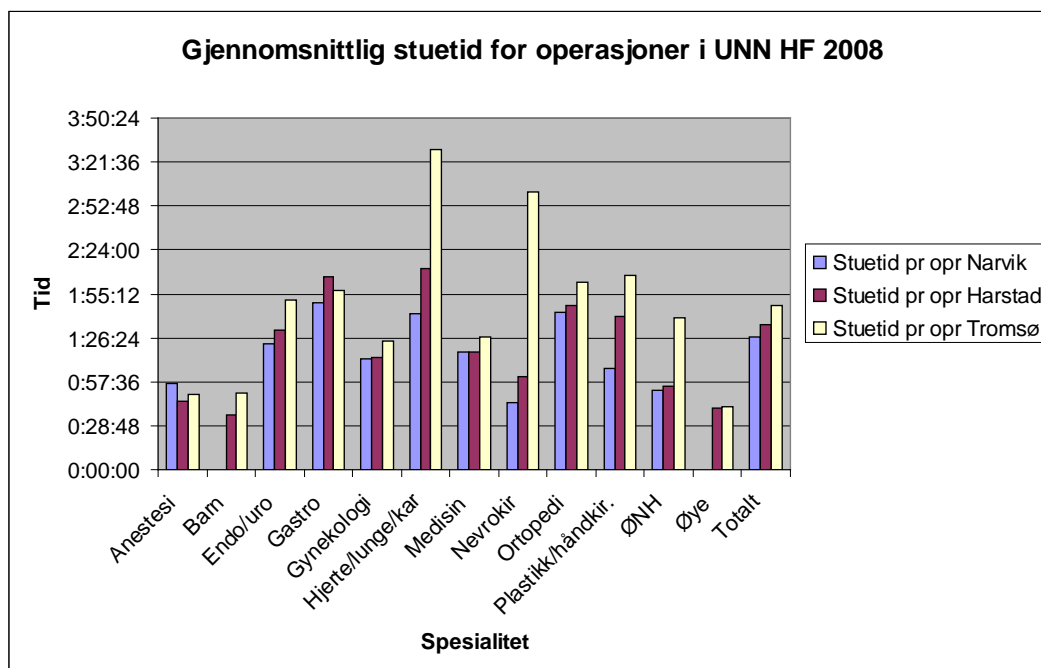
Det var i 2008 (ekskl. januar) registrert totalt ca 20 000 operasjoner ved UNN HF. Ca 10 % av disse ble utført ved UNN Narvik, dvs. 1 938 operasjoner, hvorav 834 operasjoner for innlagte og 1 104 dagkirurgiske og polikliniske operasjoner.

Ca 20 % av operasjonene ved Narvik var utført som øyeblikkelig hjelp. Det samme gjelder Harstad, mens i Tromsø var det ca 26 % øyeblikkelig hjelp-operasjoner. For Narvik betyr det i gjennomsnitt ca 1,1 øyeblikkelig hjelp operasjon per dag. 20 % av disse var registrert som polikliniske/dagkirurgiske øyeblikkelig hjelp-operasjoner. Dette betyr at det er en relativt lav øyeblikkelig hjelp-aktivitet, og at det meste av den kirurgiske aktiviteten foregår på dagtid.

Tabell 6 Operasjoner UNN Narvik 2008 (eks januar) fordelt på fagområde

Oppsummert operasjoner Narvik 2008 (eks januar)												
	Heldøgn	Dagbehandling	Poliklinisk dagbehandling	Poliklinisk konsult	Totalt	Antall øhj opr.	% andel øhj	Knivtid	Knivtid pr opr	Stuetid	Stuetid pr opr	
Anestesi	70	13	26	1	110	6	5,5	41:51:00	0:22:50	103:59:00	0:56:43	
Endo/uro	76	0	126	3	205	17	8,3	128:46:00	0:37:41	280:31:00	1:22:06	
Gastro	198	8	149	13	368	90	24,5	348:53:00	0:56:53	670:05:00	1:49:15	
Gynekologi	121	0	202	18	341	63	18,5	163:45:00	0:28:49	412:42:00	1:12:37	
Hjerte/lunge/kar	16	0	50	2	68	8	11,8	57:17:00	0:50:33	116:04:00	1:42:25	
Medisin	25	0	18	3	46	19	41,3	27:39:00	0:36:04	59:15:00	1:17:17	
Nevrokir	0	0	13	0	13	0	0,0	02:05	0:09:37	09:32	0:44:00	
Ortopedi	261	0	245	43	549	194	35,3	404:37:00	0:44:13	945:57:00	1:43:23	
Plastikk/håndkir.	16	0	41	6	63	15	23,8	25:57:00	0:24:43	69:47:00	1:06:28	
ØNH	51	0	122	2	175	0	0,0	41:59:00	0:14:24	150:31:00	0:51:36	
Totalt	834	21	992	91	1938	412	21,3	1242:49:00	0:38:29	2818:23:00	1:27:15	

Tabell 10 viser en gjennomsnittlig ”knivtid” på ca 40 minutt og ”stuetid” på ca 1,5 time. Gjennomsnittlig ”stuetid” varierer mellom de tre sykehusene. Dette skyldes i hovedsak ulik virksomhet i operasjonstyper på lokal- og regionsykehusnivå. Harstad som også er lokalsykehus har imidlertid jevnt over lengre ”stuetid” enn Narvik.


Figur 9 Sammenligning gjennomsnittlig operasjonsstuetid UNN HF

6.1.4 Radiologi

Det ble ved UNN HF gjennomført 183 960 radiologiske undersøkelser³ i 2008. 30 % av undersøkelsene ble utført på inneliggende pasienter. I Narvik ble det utført 15 600 undersøkelser, noe som er en reduksjon i antallet i forhold til idéfasens tallgrunnlag.

³ Undersøkelser er lik Norako koder. Ett pasientoppmøte representerer i gjennomsnitt 1,6 Norako kode.

Tabell 7 Aktivitetstall radiologi UNN Narvik 2008, fordelt på modaliteter

Antall Radiologi undersøkelser UNN HF 2008			
	Totalt antall us pr år	Antall us innlagte pr år	Antall us polikl. pr år
UNN Narvik			
Skjelett/Thorax	9960	2988	6972
Gjennomlysning	240	72	168
CT	3900	1170	2730
Ultralyd	1500	450	1050
Totalt	15600	4680	10920

Med et befolkningsgrunnlag på ca 26 700 innbyggere, utgjør forbruket nesten 0,6 undersøkelse per innbygger per år. Det er en nedgang i antall undersøkelser de siste årene og tallet ansees som lavt sammenlignbart med andre sykehus, ref rapport om dimensjonering av radiologiske avdelinger⁴ utarbeidet av Kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Nytt østfoldsykehus planlegges til sammenligning med en beregnet aktivitet på ca 1,3 undersøkelser per innbygger.

Noe av årsaken kan ligge i at utstyret har vært dårlig, og at Narvik ikke har MR, men sender pasienter til MR-undersøkelser i Bodø og Tromsø. Det ble i 2009 utført 1 990 MR-undersøkelser på pasienter fra Narvikområdet i andre sykehus.

Det er vedtatt installering av mammografilaboratorium og etablering av brystdiagnostisk senter som en satellitt av brystdiagnostisk senter i Tromsø. Det vil ha det samme kvalitative tilbudet som i Tromsø. Mammografiscreening er tilbud for alle kvinner mellom 50 og 69 år. Dette erstatter dagens løsning med mammografibuss. Det tas bilder i Narvik som tolkes i Tromsø. Ved funn gjøres det etterundersøkelser i Tromsø med ultralyd, klinisk undersøkelse og prøver med patolog - såkalt fast track. Dette utgjør ca 3 % av dem som screenes. Kapasitetsbehov for screening er ca 1 500 kvinner per år.

I tillegg til screening skal det gjøres klinisk mammografi etter henvisning fra fastlege eller for kvinner med en problemstilling (risikogrupper, annet). Ved klinisk mammografi skal det alltid gjøres vurdering av radiolog av hva henvisningen gjelder over linje fra Tromsø. Dette gjelder for enkle problemer på de dagene man har brystradiolog tilgjengelig. Det skal unngås at pasient sendes til Tromsø.

6.1.5 Laboratorier

Laboratoriet i UNN Narvik utfører undersøkelser innenfor medisinsk biokjemi. Det er også blodbank ved sykehuset.

Det er 17 ansatte, og det er minimum 5 samtidig på dagtid (mellom 5-7), 1-2 på kveld og 1 på natt.

60 % av prøvene er eksterne tilsendt fra primærlegene.

Legevakta har et eget laboratorium som analyserer prøver selv.

⁴ "Forhold som påvirker faglig innhold og dimensjonering av nye sykehusprosjekt", KNS, november 2002

6.2 Oppsummert kapasiteter somatikk, UNN HF

Tabell 8 Oppsummert kapasiteter somatikk 2009

Oversikt, kapasiteter UNN, 2009				
	UNN Narvik	UNN Harstad	UNN Tromsø	
Normalsenger	57	110	390	NB! Ikke senger i bruk, men faktisk, fysiske sengeplasser (kapasitet)
Pasienthotellplasser	0	15	110	Tromsø: 32 + 78 (=maxplass 110 plasser), 89 rom
Intensivplasser	5	9	16	Tromsø: Inkl hjertekir oppvåkning
Neonatal (kuvøse) plasser	1	1	7	Tromsø har mulighet for inntil 9 plasser
Tunge overvåkingsplasser	0	i ant. int.s	19	F.eks hjerteovervåking, nevrokir oervåking osv
Postoperative overvåkingsplasser	5	8	24	Kan evt graderes "lett" postop ova og "tung" postop ova
Observasjonsplasser	2	0	14	Tilknyttet akuttmottak. Tromsø: Tilrettelagt for 16
Fødestuer	2	2	4	
Operasjonsstuer	4	7	21	
Skiftestuer (som brukes til operasjonsvirksomhet)	1	0	2	
Radiologrom	6	8	19	Kun 4 radiologrom er operative i dag i Narvik
Poliklinikkrom	9	51	140	Genrelle undersøkelsesrom og konsultasjonsrom
Dagplasser, medisin inkl dialyse	3	10	24	Både lokalisert i sengeposter, poliklinikker og rene dagenheter
Antall dagplasser, dagkirurgi	8	18	25	Dagplasser (ikke postop overvåking) tilknyttet dagkirurgi
Spesialrom	6	8	40	F.eks endoskopilab., EEG, EKKO, lungefys.,sol/bad

Tabellen over viser en oppsummering av antall ”kapasitetsbærende” rom i UNN HF, fordelt på de tre sykehusene, basert på situasjonen i 2009.

6.3 Psykisk helsevern

Målet for tilbudet innen psykisk helsevern er å unngå innleggelse. Psykisk helsevern kan i noen grad bruke hotellsenger i stedet for innleggelser. Det er ønskelig å øke pasientens tid i egen bolig. Dette forutsetter god samhandling med kommunene. Pasienter som kommer til akutt innleggelse kommer til felles akuttmottak for rus, psykisk helsevern og somatikk. Det bør være god skjerming og tilrettelagt med plass for pårørende, eventuelt for politieskorte.

Dersom det er aktuelt med forvaltning av tvang er det behov for tilgang på legetjenester. Det er ønskelig å kunne få til ordninger for å holde pasientene i inntil 48 timer i DPS for å slippe å sende pasienten til sykehus. Telemedisinske løsninger kan evt. være en mulighet.

Det vil alltid være noen som trenger vanlig innleggelse. Poliklinikk/hotell kommer i tillegg til sengene (kan ikke reduseres/erstattes). Mange pasienter har lange reiser. Ved bruk av hotell kan de delta i andre aktiviteter etter poliklinisk behandling.

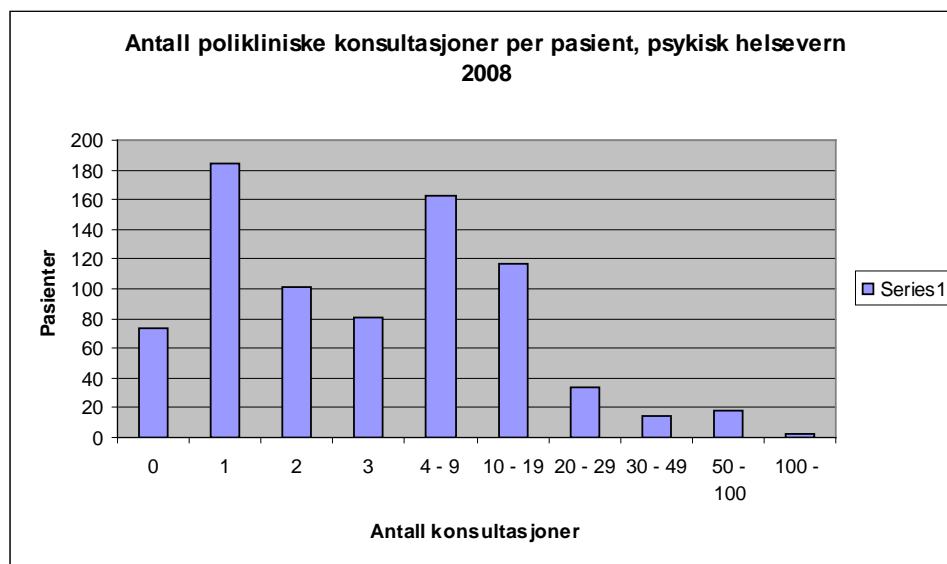
6.3.1 Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner

Pasienter innen psykisk helsevern kommer i første rekke (72 %) fra Narvik kommune. De øvrige 28 % fordeler seg i hovedsak i området rundt Narvik, Harstad og de nærmeste kommunene sør og nord for Narvik. I tillegg til forbruk av spesialisthelsetjenester i Narvik er det også en del pasienter som får akutt innleggelse enten i Tromsø eller i Bodø.

Tabell 9 Aktivitetsdata psykisk helsevern Ofoten DPS

Pasientflyt psykisk helsevern 2008 Narvik		
Kommune	Antall pasienter	Prosent
Narvik	570	72,2
Ballangen	44	5,6
Tysfjord	40	5,1
Lødingen	24	3,0
Evenes	21	2,7
Hamarøy	18	2,3
Tjeldsund	14	1,8
Gratangen	13	1,6
Harstad	5	0,6
Salangen	3	0,4
Oslo	3	0,4
Vestvågøy	3	0,4
Andøy	3	0,4
Skånland	3	0,4
Bardu	3	0,4
Lavangen	1	0,1
Andre	21	0,1
Totalt	789	

Av de 789 pasientene har ca 10 % døgnopphold


Figur 10 Antall polikliniske konsultasjoner per pasient, psykisk helsevern Ofoten DPS 2008

Ca 23 % av de 789 pasientene har én konsultasjon, mens ca 76 % har 0-9 konsultasjoner.

6.3.2 Kapasiteter

Det er i dag 15 døgnplasser i Ofoten DPS i Håkvik. Kapasitet i psykisk helsevern er i stor grad knyttet til tilgjengelig behandlerkapasitet. Poliklinikkdelen i DPS Ofoten skal økes til 20-25 stillinger i løpet av 2010, inkludert ambulant virksomhet. Aktiviteten vil ligge på ca 600 konsultasjoner per år per behandler, der alle jobber med poliklinisk individualterapi, samt for- og ettervern i døgnenheten. En betydelig del av virksomheten er også knyttet til indirekte konsultasjoner, dvs veiledning av primærhelsetjenesten, telefonoppfølging med mer.

Psykisk helsevern Ofotens bygg i Håkvik består ett hovedbygg og en paviljong med en bygningsmasse på til sammen ca 3 800 m² brutto.

6.4 Rus

Nordlandsklinikken har ingen akuttinnleggelser. Disse skjer i lokalsykehuset (DPS). Ut over tvang er det bare elektive innleggelser. Utredning før innleggelse i rusinstitusjon skal foregå på DPS/lokalsykehus for deretter å henvises til regionnivå for innleggelse.

Pasienter som kommer til akutt behandling for rusproblemer har ofte somatiske problemstillinger som først må avklares/behandles (intox). Disse pasientene havner på en medisinsk enhet/observasjonsenhet inntil den medisinske problemstillingen er avklart.

Tung avrusing må skje på skjermet enhet. Noen kan komme rett på åpen avdeling. Skjermet enhet tar all innleggelse under tvang. Gravide kvinner er blant pasienter som kan innlegges under tvang og kan komme til å bo i enheten over lang tid.

Normalt går det to uker til utredning/diagnostikk som fører til en behandlingsplan som følges og evalueres. Det er viktig å holde kontakt med nettverket utenfor. Utskriving skjer i samråd med dette nettverket.

Behandlingen forutsetter at man er på en institusjon på døgnbasis. Terapeutiske virkemidler/tiltak hele dagen. En typisk dag i rusbehandling

Behandlingen er avhengig av gode kommunale tjenester som følger opp den enkelte pasient. Det forutsetter god samhandling med lokalsykehuset. Ruspasienter som overføres til hjem kan følges opp av DPS som backup for kommunen.

6.4.1 Døgnopphold og polikliniske konsultasjoner

Tabell 10 Aktivitet rus 2007 – 2008 Helse Nord, fordelt på institusjoner

Behandlingssted	Avtalte døgnplasser		Innleggelser		Oppholdsdøgn		Polikliniske konsultasjoner		Årsverk		Pasienter 3112 - tvang	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Nordlandsklinikken	27	27	192	190	5740	5460	0	0	73,3	56,4	16	13
Færingen terapeutiske samfunn	32	32	26	26	6512	6512	703	703	25,7	21,8	13	13
Rustjenesten (LARI Nord)	0	0	0	0	0	0	2073	4100	42,8	47,3	0	0
Tromsklinikken	27	17	215	214	5642	5682	2241	2631	62,0	48,1	12	18
Finnmarksklinikken	12	12	59	87	3373	4587	49	12	16,7	16,7	7	8
Klinikk Nord AS	12	12	46	41	4060	4337	0	0	6,0	6,8	12	12
Sigma Nord AS	48	52	252	305	17167	17651	0	0	15,6	30	35	45
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	8	8	11	15	3194	4183	0	0	15,0	15,5	8	10
Totalt Helse Nord	166	160	801	878	45688	48412	5066	7446	257,1	242,6	103	119

Aktivitetstallene for Helse Nord RHF viser en økning i antall innleggelser og oppholdsdøgn, spesielt i Finnmark. Nordlandsklinikken i Håkvik ved Narvik har hatt en svak reduksjon i aktivitet. Både Nordlandsklinikken og Tromsklinikken har hatt en reduksjon i antall årsverk fra 2007 til 2008. Nordlandsklinikken har ingen poliklinisk aktivitet, men Tromsklinikken i 2008 hadde ca 2 600 konsultasjoner.

Nordlandsklinikken har i dag ventetid på 18 uker for avrusing og 25 uker for døgn-korttidsbehandling.

Nordlandsklinikken og Tromsklinikken hadde ca 25-30 døgn i gjennomsnitt per opphold, mens Finnmarkskollektivet og Færingen hadde ca 250-300 døgn i gjennomsnitt.

For Nordlandsklinikken var 171 pasienter innlagt i 2009. Av disse var 29 % kvinner. Det var 63 pasienter som kom til poliklinisk konsultasjon.

Tabell 11 Alders- og kjønnsfordeling pasienter innlagt i Nordlandsklinikken i 2009

Aldersfordelingen for menn og kvinner- døgnpasienter			
	Aldersgruppe	%	N
Mann	20-29 år	23	28
	30-39 år	17	21
	40-49 år	31	38
	50-59 år	21	26
	60-69 år	7	9
	Total	100	122
Kvinne	20-29 år	22	11
	30-39 år	22	11
	40-49 år	24	12
	50-59 år	22	11
	60-69 år	8	4
	Total	100	49

De fleste pasientene i Nordlandsklinikken i 2009 kom fra UNN HF og Nordlandssykehuset HF's opptaksområder. Tabellen under viser både polikliniske og innlagte pasienter fordelt på HF-område.

Tabell 12 Bostedstilknytning for pasienter i Nordlandsklinikken i 2009

Bostedstilknytning	N	%
Innlandet HF-område	1	0,5
St. Olavs Hospital HF-område	1	0,5
Helgeland HF-område	27	14
Nordland HF-område	71	36
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	83	43
Finnmark HF-område	12	6
Ukjent	1	
Totalt	196	

6.4.2 Kapasiteter rus

I Nordlandsklinikken er det 24 døgnplasser og 3 skjermingsplasser. Dette utvides i 2010 til 22 ordinære døgnplasser og 8 skjermingsplasser. Ut over disse døgnplassene er det i UNN HF 40 plasser lokalisert til Åsgård i Tromsø, dvs. totalt 70 døgnplasser i UNN HF.

Nordlandsklinikkens bygg i Håkvik består av et hovedbygg, en hytte og tre garasjer med en bygningsmasse på til sammen ca 4 000 m² brutto.

6.5 Bemanning somatikk, psykisk helsevern og rus

I UNN Narvik, somatikk er det i dag totalt 550 ansatte. Dette danner grunnlaget for dimensjonering av garderober og kantineplasser. Tabellen under viser antall ansatte med behov for kontorplasser.

Tabell 13 Antall ansatte med kontorbehov idag, somatikk, psykisk helsevern og rus

	Antall ansatte	Kommentar
Leger, psykologer, spesialsykepleiere, sosionom, fysio med mer	Somatikk: Totalt 77 Leger: 22 Sykepl/bioing/rdiag/fysio/rehab/geriatri/habilitering: 33 Psykiatri: 22 VOP + 7 ambulant team 12 BUP Rus: 22 behandlere KoRus: 23 Totalt: 151	For ambulante leger legger vi til noen flex kontorplasser LMS er medregnet i funksjonsområdet VOP, BUP og rus er medregnet i poliklinikker/behandlerkontorer
Turnusleger	Somatikk: 12	
Studenter	Max 25 samtidig	Legestudenter, spl stud
Ledere (leger, sykepleiere, fysio/ergo og andre)	Somatikk: 6 Psykiatri: 4 Rus: 4 Totalt: 14	Ikke avd spl eller tilsvarende – disse kontorene er innenfor arealrammen til funksjonsområdene. Ikke teknisk avd, apotek, lager, med tek., disse har også kontorplasser i funksjonsområdene
Kontorpersonell (resepsjon, ekspedisjoner, skrivestuer, kjørekontor mm)	Somatikk: 30 Psykiatri: 6 Rus: 6 Totalt: 42	Merkantilt i poliklinikker, felles skrivetjeneste. Somatikk har 10-12 i skrivetjeneste.

6.6 Primærhelsetjenesten

Narvik kommune har totalt 208 plasser for heldøgns omsorg. For 2 år siden var det kun langtidsplasser, men nå er 9 av disse korttidsplasser i sykehjem hvorav 2 er for rehabilitering. Dette skal økes til 18 korttidsplasser hvorav 4 til rehabilitering på sykehjemmet på Furumoen (på samme område som lokaliseringen av det nye sykehuset).

Furumoen sykehjem har 108 plasser hvorav 8 plasser er skjermede plasser for demente.

Det finnes palliative plasser i Bjerkvik og det planlegges nå en palliativ enhet i Narvik kommune knyttet til sykehjem med spesiell kompetanse. En del sykehjems plasser er omgjort til omsorgsboliger.

Legevakten i Narvik (som er lokalisert i sykehuset) tar imot ca 9 500 pasienter per år. De fleste er oppmøter i legevakten. Dette gir i snitt 26 pasienter pr døgn. I helgene er det litt flere pr døgn, mens i ukedagene noe færre. Dette pga åpningstid 15.30-08.00 hverdager og hele døgnet i helger.

7 Beregning av fremtidig aktivitet og kapasitet til 2020

7.1 Aktivitetsberegning, somatikk

For å beregne fremtidig aktivitet er det gjennomført en beregning knyttet til pasientforløp og inndeling av pasientene i diagnosegrupper. I tillegg til disse endringene kommer demografisk utvikling. Endringene som er foretatt er oppsummert i tabell 20, og den totale oversikten med prosentvise endringer for hvert forløp finnes i vedlegg 3.

7.1.1 Oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste

Stortingsmelding nr.47 (2008-2009), "Samhandlingsreformen", gir føringer som kan få betydelig effekt på beregning av dimensjoneringsgrunnlaget for spesialisthelsetjenesten. Ved at man nå har fokus på å styrke primærhelsetjenesten slik at en større del av diagnostikk og behandling kan utføres der, vil det påvirke kapasitetsbehov, kompetanse og organisering i spesialisthelsetjenesten. Dette er en trend som også finnes i øvrige europeiske land, og som drives både av hensyn til kostnader og kapasitet knyttet til utfordringen som veksten i fremtidig antall eldre gir.

Organisering av tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten vil påvirke befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester. Mange kommuner har valgt å etablere kommunale eller interkommunale tjenestetilbud som gir en reduksjon i forbruk av sykehusforbruk. Dette er ofte tjenestetilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og er omtalt i "Samhandlingsreformen". De tiltak som settes inn i kommunene vil være ulike om det gjelder en bykommune eller en liten distriktskommune.

I Nordreisa kommune er Sonjatun helsesenter etablert som et samhandlingstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for befolkningen i området (Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen). De har et bredt tilbud av tjenester slik som radiologi, sykestue og observasjonsplasser, rehabiliteringsplasser med mer, og forbruksmønsteret av sykehustjenester for innbyggerne i dette området er svært lavt sammenlignet med andre kommuner i UNN HF's opptaksområde (se vedlegg 2). Det kan også være andre faktorer som virker inn, slik som stabil legebemannning i primærhelsetjenesten, lang reisevei og befolkningens forventninger til tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester.

Dersom man forutsetter at det er mulig å bygge opp kompetanse, kapasitet, rutiner og styre pasientstrømmene slik at primærhelsetjenesten kan ivareta en større del av diagnostikk, behandling og pleie enn det de gjør i dag, vil dette få betydning for dimensjonering av sykehusene. For UNN HF vil en "Sonjatuneffekt" applisert på alle kommuner bety et redusert kapasitetsbehov på 91 senger i sykehusene.

Antall registrerte døgn for utskrivingsklare pasienter i sykehusene er en indikator for om sosial- og helsetjenestene i kommunene dekker behovet disse pasientene har for oppfølging og tilbud. Tabell 18 viser stor forskjell mellom kommunene når det gjelder antall liggedager for utskrivingsklare pasienter. For kommunene i UNN Narviks opptaksområde utgjorde antall liggedager for utskrivingsklare i 2008 1 956 døgn, noe som tilsvarer ca 6-7 senger. Selv om det kan være variasjoner fra år til år, skiller noen kommuner seg ut med langt flere liggedager for utskrivingsklare pasienter enn de øvrige.

Tabell 14 Antall liggedager for utskrivingsklare pasienter per 1 000 innbyggere fordelt på kommuner i UNN HF's opptaksområde

Oppsummering utskrivingsklare pasienter					
Kommune	Antall innbyggere 2009	Antall døgn utskrivingsklare 2007	Antall døgn utskrivingsklare 2008	Antall døgn utskrivingsklare 2009	Ant døgn utskrivingsklare/1000 innb 2009
1854 BALLANGEN	2623	217	156	502	191
1919 GRATANGEN	1151	58	97	181	157
1924 MÅLSELV	6490	206	173	698	108
1931 LENVIK	11207	960	893	730	65
1917 IBESTAD	1440	52	36	93	65
1805 NARVIK	18348	1232	1555	1109	60
1851 LØDINGEN	2242	171	148	134	60
1913 SKÅNLAND	2841	69	251	111	39
1902 TROMSØ	66513	3147	2762	2550	38
1925 SØRREISA	3360	372	114	120	36
1936 KARLSØY	2383	150	92	78	33
1923 SALANGEN	2203	93	131	64	29
1920 LAVANGEN	1023	29	17	27	26
1852 TJELDSUND	1333	46	34	35	26
1933 BALSFJORD	5497	56	200	128	23
1853 EVENES	1345	72	30	27	20
1901 HARSTAD	23126	874	538	411	18
1927 TRANØY	1537	147	82	26	17
1911 KVÆFJORD	3032	7	41	50	16
1926 DYRØY	1221	31	0	17	14
1922 BARDU	3981	50	56	41	10
1938 LYNGEN	3166	54	13	25	8
1942 NORDREISA	4694	39	49	37	8
1941 SKJERVØY	2897	0	18	22	8
1929 BERG	942	11	8	5	5
1928 TORSKEN	916	25	12	4	4
1943 KVÆNANGEN	1330	12	0	4	3
1939 STORFJORD	1869	0	65	4	2
1850 TYSFJORD		25	19	45	

Ut ifra overordnede føringer i "Samhandlingsreformen" og kunnskap om effekter av oppbygging av tjenestetilbud i primærhelsetjenesten vil det være et potensial for å overføre deler av aktiviteten i UNN Narvik til primærhelsetjenesten. Effekten av dette er vist i pasientforløpsmodellen.

7.1.2 Overføring til observasjonsenhet

Pasienter som får opphold i observasjonsenhet i FAM i stedet for ordinære sengeområder er pasienter som kommer til sykehuset som øyeblikkelig hjelp, med forventet kort opphold og/eller uklar diagnose. Det kan for eksempel være pasienter med commotio, mindre skader, intox, brystmerter, tungpust, magesmerter med mer. I observasjonsenheten vil det være lett tilgang til diagnostisk utstyr og personell med kompetanse på diagnostisering, rask iverksettelse av behandling og med gode rutiner for kommunikasjon med primærhelsetjenesten og andre sykehus. Mange av disse pasientene vil være i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenestens kompetanse- og ansvarsområde. Det vil være god tilgang på telemedisinsk kommunikasjon.

20 % av pasientene som legges inn i observasjonsenheten forutsettes overført til ordinære sengeområder. De resterende skrives rett ut til hjemmet eller til andre institusjoner.

7.1.3 Overføring til pasienthotell

Pasienthotell i et lokalsykehus vil være langt mindre enn i et stort sykehus. Det er imidlertid mulig å legge til rette for en del av sengeområdene som pasienthotell der pasienter som ikke trenger overvåking og pleie kan bo mens de er til diagnostikk og behandling (evt fødsel). Det gjelder både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus.

I beregningene vil en prosent andel innenfor pasientgruppene ha opphold i pasienthotell i stedet for ordinært sengeområde. I tillegg vil det også være en del av dagpasientene som har behov for en overnatting i pasienthotell.

7.1.4 Fra døgn- til dagopphold

Dagopphold i stedet for innleggelse gjelder hovedsak elektive pasienter som i dag har 0-3 dagers gjennomsnittlig liggetid.

7.1.5 Generell reduksjon i liggetid

Det vil kunne forutsettes en forventet generell reduksjon i liggetid på 5 % knyttet til mer effektive arbeidsprosesser og mindre ventetid internt (for eksempel ved innføring av effektive pasientforløp og Lean).

7.1.6 Nye tilbud, overføring til andre sykehus

Nye tilbud styrer også etterspørselen, slik at et "riktig" forbruk av spesialisthelsetjenester ikke nødvendigvis bare er knyttet til befolkningens behov. Dette skaper usikkerhet omkring dimensjoneringsgrunnlaget. Utviklingen de siste årene i spesialisthelsetjenesten har i stor grad vært rettet inne imot diagnostikk og behandling i poliklinikker og dagbehandling med nye og mer avanserte spesialundersøkelser.

Sentralisering av avansert behandling og diagnostikk er en klar nasjonal tendens. Eksempler er kreftkirurgi og behandling av hjerteinfarkt. Samtidig skjer også en desentralisering av diagnostikk til primærhelsetjenesten, prehospitale tjenester og lokalsykehusene. Både kommunikasjons- og transportmuligheter påvirker dette, slik som overføring av røntgenbilder fra distriktsmedisinske senter og EKG fra ambulanser til universitetssykehuset, men også bedre utbygget veinett, fly- og helikopterforbindelser.

Det forutsettes ingen vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehusene i UNN HF. Ved å styre ressursene samlet, vil man kunne styre den elektive virksomheten i en viss grad. Dersom man velger å endre kirurgisk beredskap vil dette få relativt liten betydning for kapasitetsberegninger for sykehusene. I idéfasen for UNN Narvik ble det gjort beregninger som viste at det vil være behov for 6-7 færre senger i Narvik dersom man valgte en modell med tilpasset kirurgisk beredskap. Det planlegges nå for full kirurgisk beredskap i Narvik.

En styring av den elektive kirurgiske virksomheten er mulig dersom man legger til rette for kapasitetsendringer. Det kan være aktuelt dersom kapasiteten i Tromsø ikke er tilstrekkelig til å dekke behovet, og man må overføre noe av denne virksomheten til Narvik eller Harstad. Det er imidlertid viktig med kontinuitet for å bygge opp og opprettholde kompetanse for disse tilbudene der de skal utføres.

Endring i opptaksområde er også et tiltak som gjør at man kan styre pasientstrømmene til Narvik og Harstad dersom kapasiteten i Tromsø blir for lav. Det gjelder i første rekke lokalsykehuspasientene som i hovedsak innlegges som øyeblikkelig hjelp. Ett scenario som vil bli vurdert her er effektene på kapasitetsbehov er dersom man flytter opptaksområdet for Midt-Troms- kommunene til Harstad og Narvik i stedet for Tromsø.

Midt-Troms kommunene utgjør Bardu, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Lenvik, Torsken og Berg. For disse kommunene vil også Troms Militære sykehus og Finnsnes DMS innvirke på forbruksmønster og derved også pasientstrømmene.

Dersom man forutsetter en endring i forbruksmønster som tilsvarende ”Sonjatunkommunene” vil effekten av å overføre alle lokalsykehuspasientene (70 % av pasientene) i Midt-Troms til Narvik og Harstad utgjøre et kapasitetsbehov på 37 senger, slik det er vist i tabell 19. Dersom for eksempel 60 % av disse skal til Narvik, blir det et økt kapasitetsbehov i Narvik på 22 senger ved dagens aktivitetstall (gitt en utnyttelsesgrad på 85 %).

Tabell 15 Beregnet kapasitetsbehov for Midt-Troms-kommunene, som ”Sonjatunkommunene”, 2007

Midt-Troms kommunene som Sonjatun, liggedager 2007							
Kommune	Ant innb.	Rate 2008	Sonjatunrate	Diff.	Liggedg	Liggedg Sonjatun	Diff liggedg.
Bardu	3981	697	663	34	2775	2639	135
Målselv	6490	815	663	152	5289	4303	986
Sørreisa	3360	1030	663	367	3461	2228	1233
Lenvik	11207	1050	663	387	11767	7430	4337
Totalt	25038				23292	16600	6692
Beregnet antall senger befolkningen i Midt-Troms området, 85% utn					75	54	22
Andel lokalsykehuspas 70%, 85% utnytt.					53	37	15

Befolkningens og fastlegenes preferanser og fritt sykehusvalg er også viktige faktorer som påvirker muligheten til å styre pasientstrømmene.

7.1.7 Demografisk fremskriving

7.1.7.1 Befolkningsutvikling i UNN HF og i UNN Narviks opptaksområder

Tabell 16 Befolkningsutvikling opptaksområde UNN Narvik 2009-2030, fordelt på kommuner

Utvikling innbyggertall opptaksområde UNN Narvik							
	2009	2015	2020	2025	2030	Endring antall 2009- 2030	%-vis endring 2009-2030
1805 Narvik	18348	18446	18592	18812	19033	685	3,7
1853 Evenes	1345	1234	1147	1069	1002	-343	-25,5
1854 Ballangen	2623	2528	2476	2439	2408	-215	-8,2
1919 Gratanger	1151	1053	988	929	885	-266	-23,1
1920 Lavangen	1023	988	961	959	949	-74	-7,2
1923 Salangen	2203	2244	2282	2324	2344	141	6,4
Totalt	26693	26493	26446	26532	26621	-72	-0,3

Samlet sett er det ingen endring i antall innbyggere i området, men strukturen endrer seg slik som for resten av landet. De minste kommunene får en reduksjon i antall innbyggere og bykommunene øker.

Tabell 21 viser at gruppen over 70 år vokser fra 13,5 til 19 % av den totale befolkningen fra 2009 til 2030. Det gir en samlet økning på 1 460 personer > 70 år (ca 40 % økning) i Narviks opptaksområde. Den største økningen kommer i de minste kommunene. Kombinert med en befolkningsreduksjon i disse kommunene, vil forholdet mellom antall eldre og den yngre del av befolkningen bli betydelig forskjøvet.

Tabell 17 Utvikling i antall eldre 2009 – 2030 i UNN Narviks opptaksområde

Utvikling ratio innbyggere over og under 70 år, opptaksområde UNN Narvik								
	< 70 år 2009	> 70 år 2009	Totalt 2009	< 70 år 2030	> 70 år 2030	Totalt 2030	% > 70 år 2009	% > 70 år 2030
Narvik	16000	2348	18348	15661	3372	19033	12,8	17,7
Evenes	1135	210	1345	688	314	1002	15,6	31,3
Ballangen	2233	390	2623	1868	540	2408	14,9	22,4
Gratangen	934	217	1151	659	226	885	18,9	25,5
Lavangen	838	185	1023	774	175	949	18,1	18,4
Salangen	1958	245	2203	1916	428	2344	11,1	18,3
Totalt	23098	3595	26693	21566	5055	26621	13,5	19,0

For gruppen psykisk helsevern reduseres antall liggedager og opphold dersom man legger demografisk utvikling til grunn. Dette er hovedsakelig på grunn av at en stor del av disse er innefor aldersgruppene opp til 49 år. Det er derfor ingen årsaker som skulle tilsi en økning på grunn av "eldrebølgen". Dersom det blir vesentlige endringer mht en økning i behov for opphold for den eldre aldersgruppen ut over det den demografiske utviklingen vil tilsi, vil det endre dimensjoneringsgrunnlaget.

For polikliniske konsultasjoner er det tatt utgangspunkt i de siste års utvikling, med i underkant av 10 % økning i antall konsultasjoner fra 2002 til 2008. Det er ingen indikasjoner for at det vil bli økt forbruk ut over økningen i antall eldre. Demografisk fremskriving av dagens polikliniske aktivitet utgjør 10 % økning. Det vil være forventninger til at antall kontroller reduseres og at en del av denne aktiviteten overføres til primærhelsetjenesten. Ut ifra dette legges det inn en antatt økning i polikliniske konsultasjoner i UNN Tromsø på kun 5 % ut over demografisk fremskriving (til sammen 15 %) frem mot 2020.

7.1.8 Epidemiologisk utvikling

Mye av utviklingen behov for helsetjenester er knyttet til alderssammensetningen av befolkningen. Ut over dette kan det komme endringer som har sammenheng med befolkningens sykkelighet eller friskhet. Kreft, muskel- og skjelettlidelser og psykiske sykdommer er beskrevet som sykdommer som vil øke med stigende alder og også med befolkningens levesett. Her vil forebyggende tiltak kunne påvirke incidensen. Dette er imidlertid faktorer forbundet med stor usikkerhet og kan virke både reduserende og økende på kapasitetsbehovet.

I fremskriving av aktivitet for UNN Narvik er det kun lagt til effekten av den demografiske utviklingen i beregningene, med unntak av effekten på to av gruppene; dialyse og kjemoterapi. Disse får hhv 30 og 20 % økning i dagbehandling ut over den demografiske veksten. Bakgrunnen er en forventet økning i behandlingsintensitet og nye metoder, samt en større andel eldre som på grunn av alder og sammensatt sykdomsbilde ikke kan gjennomføre større operative inngrep. For dialysepasienter kan imidlertid bildet endre seg ved at det skjer en økning i hjemmedialyse. Det er derfor viktig å legge inn en stor grad av fleksibilitet spesielt i funksjonsområder med utstrakt medisinsk dagbehandling.

7.1.9 Forventninger, forbruk og etterspørsel

Det har vært en sterk økning de siste årene i befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester uten at man har hatt en økt sykkelighet eller endring mht flere eldre. Dette indikerer høyere forventninger og flere muligheter.

Dette er en usikkerhetsfaktor i fremtidig dimensjonering som det er vanskelig å tallfeste, og som er en av årsakene til at man i planlegging av sykehus bør legge inn en høy grad av fleksibilitet. Det er spesielt innenfor diagnostikk- og behandlingsarealene man har sett utviklingen har vært

størst, og for somatikk er denne spesielt knyttet til poliklinikker, spesiallaboratorier og operasjonsområder.

7.1.10 Private tilbydere

Private tjenesteytere bidrar med tilbud innen klinisk diagnostikk og behandling. For Narvik er det få private tilbud tilgjengelig i Narvik, men en del innbyggere fra Narviks opptaksområde får tilbud i private klinikker i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen. Tabellen under viser at for pasienter fra Narviks opptaksområde er det Klinikk Stokkan som er mest i bruk. Dette er i hovedsak ortopedi, og en styrking av ortopedisk virksomhet i Narvik kan medføre at disse pasientene kan bli behandlet i UNN.

Tabell 18 Aktivitet private tilbydere UNN HF 2007 – 2008, fordelt på behandlingssted

Behandlingssted	2007			2008		
	Harstad	Narvik	Tromsø	Harstad	Narvik	Tromsø
Klinikk Stokkan Tromsø	18	25	365	31	39	457
Feiringklinikken	37	23	22	38	13	8
Ishavsklinikken	0	0	0	4	0	121
Glittreklinikken	11	8	18	9	4	22
Bergen kirurgiske sykehus	6	8	7	7	16	12
Aleris Oslo	8	6	8	5	12	12
Klinikk Stokkan Trondh	0	0	5	0	7	14
Colosseum Oslo	4	0	4	0	0	11
Aleris Trondheim	7	0	0	0	0	4
Volvat medisinske senter	0	0	4	5	0	4
Norsk idrettsmedisinsk inst	0	0	5	0	0	0
Moxness-klinikken	0	0	5	0	0	0
Totalt	97	76	446	103	99	667

I tillegg til aktiviteten som er gjengitt i tabell 22 kommer bruk av private opptreningsinstitusjoner. Det er imidlertid en utfordring at pasienter i opptreningsinstitusjoner per i dag må være selvhjulpne, og slik sett i praksis kunne bo hjemme og komme til dagrehabilitering.

Integrering av funksjonsområdene somatikk, psykisk helsevern og rus vil kunne påvirke dimensjonering av sykehuset. Integrering ligger som forutsetning i enkelte nye sykehusprosjekter, og målsettingen er å kunne utnytte felles kompetanse, kapasiteter og øvrige ressurser. Den nye "Lokalsykehusrapporten" konkluderer med at lokalsykehus skal inneholde tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus, men den gir ingen føringer om fysisk integrering.

7.1.10.1 Servicefunksjoner

Eventuelle kjøp av støttefunksjoner som kjøkken-, vaskeritjenester, renholds- og vedlikeholdstjenester vil påvirke dimensjoneringen. Narvik sykehus har i dag ikke eget kjøkken, men mottar pasientmat fra produksjonskjøkkenet ved Furumoen sykehjem.

Vaskeritjenester, renholds- og vedlikeholdstjenester påvirker også dimensjoneringen.

Det er i økende omfang blitt behov for bruk av behandlingshjelpemidler for pasienter, der spesialisthelsetjenesten står som ansvarlig for å distribuere og vedlikeholde utstyret. Narvik har i dag ikke en egen enhet for behandlingshjelpemidler. Pasienter som har behov for behandlingshjelpemidler får dette fra sykehuset i Harstad. Dersom utviklingen innen bruk av

behandlingshjelpemidler øker mye som følge av at flere pasienter behandles hjemme, kan det eventuelt bli aktuelt med en egen enhet for dette i Narvik.

7.1.11 Oppsummert effekt av endringer, omstilling

Etter at alle endringer/omstillinger og demografisk fremskriving er beregnet vil antall dagopphold innenfor somatikk øke med over 60 %. Samtidig er antall døgnopphold og liggedager forutsatt redusert med 11 % slik tabellen 23 viser.

Tabell 19 Oppsummert aktivitetsendringer alle pasientforløpsgrupper, somatikk

Diagnosegruppe	Aktivitetstall før omstilling/effektivisering og fremskriving 2007			Aktivitetstall etter omstilling/effektivisering og fremskriving 2020		
	Døgn opphold	Ligge dager	Dag opphold	Døgn opphold	Ligge dager	Dag opphold
Skader ekstremiteter/buk	277	1.479	17	303	1.405	16
Ondartede svulster	143	1.259	3	119	1.188	24
Rest sykdommer i mage/tarm	253	1.088	11	276	1.086	10
Sykdommer i sirkulasjonsorg	237	1.067	30	213	1.108	85
Svangerskap, fødsler, barsel	311	1.029	0	338	1.110	0
Influenza, infeksjon nedre luftveier	162	944	1	167	984	1
Iskemiske hjertesykdommer	214	907	0	251	997	0
Sykdommer i urin- og kjønnsorg	129	783	24	145	884	25
Infeksjonssykdommer	116	778	0	110	630	0
Hjernekar sykdommer (slag)	76	758	0	81	662	0
Artroser	117	642	23	57	331	96
Kronisk og akutt resp. Svikt	77	636	0	80	528	8
Hjertesvikt	60	625	0	61	517	20
Gallesten, galleblærebetennelse	99	544	0	42	257	59
Godartede svulster	100	527	18	78	427	47
Rest skader/forgiftninger	71	472	4	69	410	3
Endokrine sykdommer	86	395	0	38	195	34
Sykdommer i muskel- skjelett	98	326	149	62	225	189
Psykiske lidelser og atferdsforst	31	260	0	26	146	0
Sykd., tegn unormale kliniske funn	170	258	0	153	292	0
Faktorer som har betydn for helsetils	85	234	11	34	89	54
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	67	208	136	56	173	149
Øvre luftveislid.	105	196	76	30	89	140
Epilepsi/hodepine	66	173	0	53	157	10
Rygg	45	156	0	10	100	23
Sykdommer i nervesystemet	16	149	3	13	104	8
Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	33	136	26	18	135	46
Brokk	43	132	30	16	66	62
Hodeskader (commotioer med mer)	99	126	0	101	126	0
Intox	86	119	0	82	121	0
Sykd., tegn abdomen	74	108	1	68	137	1
Degenerative nevrologiske sykd.	12	89	0	13	88	2
Søvnapne, søvnforstyrrelser, munnpusting	69	86	20	68	86	21
Lungeødem/pneumothorax	11	78	0	14	82	0
Hudsykdommer	21	69	7	17	48	7
Rehabilitering	4	61	0	3	37	1
Sykd. i perinatale. Og medf misdann.	10	31	6	10	36	7
Svangerskap m ufullendt utfall	18	26	67	4	5	83
Kjemoterapi, blodoverføring	24	26	500	31	32	683
Brann-, etse-, frostskaider	11	10	0	11	11	0
Meningitter, encefalitter	2	8	0	0	0	0
Sykdommer i bryst	2	8	2	1	11	4
Åreknuter	5	6	23	6	8	24
Multitraumer	2	3	0	0	0	0
Dialyse	2	3	248	3	5	377
Øyesykdommer	1	1	0	0	0	0
	3.740	17.019	1436	3.331	15.128	2317

7.2 Beregning av fremtidig kapasitet, somatikk

For beregning av kapasitetsbehov for UNN Narvik er det tatt utgangspunkt i utnyttelsesgrader som benyttes i nye sykehusprosjekter som har tilsvarende aktivitetsgrunnlag som Narvik.

Når det gjelder rusomsorgen er det lite erfaringsbasert kunnskap om dimensjoneringsgrunnlag. Det benyttes derfor erfaring fra utbygging av institusjoner i psykisk helsevern, men med vurderinger for å tilpasse behovet.

7.2.1 Sammenligning utnyttelsesgrader med andre prosjekt

Tabell 20 Sammenligning av utnyttelsesgrader i nye sykehusprosjekter

Sammenligning utnyttelsesgrader nye sykehusprosjekt														
	Heldøgns plasser, % utnyttelse				Dagplasser			Poliklinikk			Operasjon			
	Ordinære senger	Pasient hotell	Observasjonsplasser	Intensiv/tung overvåking	Dager per år	Timer per dag	Ant timer per opphold	Dager per år	Timer per dag	Min per konsult	Dager per år	Timer per dag	% andel på dagtid	Min per opr dag/heldøgns
NLSH Vesterålen	80-85	70	80		220	6-8	6	220	6	30-60min	220	7		60-120min
NLSH Bodø	75-85			70	220		7	220	7		220	7		
St Olavs Hospital	85			70	230	10		230	10		230	10		
Nye Molde sjukehus	85	70	70		230	8	8	230	4-8	45-75min	230	8		60-120min
nytt østfoldsykehus	90	90	80		240	10	5	240	10	30-60min	240	8-10	80-100%	60-120min
Ahus	85			70	240	10		240	10		240	10		
UNN Narvik	80-85	70	80	70	220	6	6	220	6	45 min	220	6	100%	60-120min
UNN A-fløy	80-85	70	80	70	230	7	6	220	7	45 min	230	7	90 %	60-240 min

Tabell 24 viser **utnyttelsesgrader** brukt i nye prosjekter samt utnyttelsesgrader som legges til grunn i konseptfasen for UNN Narvik og UNN A-fløy. UNN Narvik er et lokalsykehus med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse, slik at et gjennomsnitt på 85 % utnyttelse i de somatiske sengeområdene bør kunne være en oppnåelig faktor.

For dagopphold, polikliniske konsultasjoner og operasjoner er det lagt inn en lav utnyttelsesgrad sammenlignet med andre prosjekter på grunn av at det er en større utfordring å utnytte bemanningsressursene like mye når pasientgrunnlag og tilgang på spesialister er lavt og aktiviteten kan bli noe ujevn.

7.2.2 Kapasitetsbehov døgnplasser, scenario 1

I dette scenariet er dagens opptaksområde for UNN Narvik lagt til grunn og aktiviteten er fremskrevet og effektivisert til en tidshorisont til 2020.

Tabell 21 Beregnet kapasitetsbehov somatikk, fordelt på pasientforløpsgrupper

	85 %	70 %	80 %	70 %
Diagnosegruppe	Generelle heldøgns plasser	Pasient hotell,	Observasjons plass,	Intensiv/ intermedilær,
Hjertesvikt	1,5	0,0	0,0	0,2
Skader ekstremiteter/buk	4,3	0,0	0,1	0,2
Intox	0,1	0,0	0,2	0,0
Kronisk og akutt resp. Svikt	1,6	0,0	0,1	0,1
Svangerskap m ufullendt utfall	0,0	0,0	0,0	0,0
Sykd., tegn abdomen	0,2	0,0	0,2	0,0
Influenza_ infeksjon nedre luftveier	2,8	0,0	0,1	0,4
Hodeskader (commotioer med mer)	0,1	0,0	0,2	0,2
Svangerskap_ fødsler_ barsei	1,2	2,9	0,0	0,0
Iskemiske hjertesykdommer	2,5	0,0	0,1	0,8
Infeksjonssykdommer	1,6	0,0	0,1	0,5
Rest skader/forgiftninger	1,2	0,0	0,1	0,0
Multitraumer	0,0	0,0	0,0	0,0
Brann- etse- frostskaider	0,0	0,0	0,0	0,0
Psykiske lidelser og atferdsforst	0,4	0,0	0,0	0,0
Sykdommer i urin- og kjønnsorg	2,2	0,6	0,0	0,1
Hjernerksykdommer (slag)	1,7	0,0	0,0	0,5
Endokrine sykdommer	0,2	0,0	0,0	0,0
Rest sykdommer i mage/tarm	3,3	0,0	0,2	0,0
Sykdommer i sirkulasjonsorg	3,3	0,0	0,2	0,2
Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	0,4	0,0	0,0	0,0
Hudsykdommer	0,1	0,1	0,0	0,0
Sykdommer i muskel- skjelett	0,8	0,1	0,0	0,0
Sykd., tegn unormale kliniske funn	0,7	0,0	0,2	0,0
Ondartede svulster	2,6	1,2	0,0	0,2
Godartede svulster	1,7	0,1	0,0	0,0
Gallesten_ galleblærebetennelse	1,0	0,2	0,0	0,1
Endokrine sykdommer	0,8	0,1	0,0	0,0
Sykdommer i nervesystemet	0,4	0,0	0,0	0,0
Rvagg	0,3	0,1	0,0	0,0
Rehabilitering	0,1	0,0	0,0	0,0
Faktorer som har betydn for helsetils	0,5	0,1	0,1	0,0
Øyesykdommer	0,0	0,0	0,0	0,0
Søvnapne_ søvnforstyrrelser_ munnpusting	0,0	0,0	0,0	0,0
Meningitter_ encefalitter	0,0	0,0	0,0	0,0
Artroser	1,3	0,6	0,0	0,0
Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,4	0,2	0,0	0,0
Kjemoterapi_ blodoverføring	0,1	0,0	0,0	0,0
Øvre luftveislid.	0,4	0,1	0,0	0,0
Brokk	0,2	0,2	0,0	0,0
Sykdommer i bryst	0,0	0,0	0,0	0,0
Sykd. i perinatalp. Og medf misdann.	0,1	0,0	0,0	0,0
Epilepsi/hodepine	0,5	0,1	0,0	0,0
Degenerative nevrologiske sykd.	0,3	0,0	0,0	0,0
Åreknuter	0,0	0,0	0,0	0,0
Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
konsultasjoner				
Total kapasitet	39,7	6,7	2,04	3,4

Forhøyet gir dette et behov innen somatikk på

- 40 heldøgns plasser
- 7 pasienthotell plasser
- 3 observasjons plasser

- 4 overvåkingsplasser, tung overvåking (5 plasser er forutsatt av Helse Nord i intensivrapporten)

40 døgnplasser med 85 % utnyttelse forutsetter full fleksibilitet i bruk av senger og en jevn utnyttelse alle ukedager. For at det ikke skal oppstå flaskehals og for å planlegge med en viss fleksibilitet for sesongvariasjoner, foreslås det at sengeområdene planlegges med en ekstra kapasitet på 4 senger, slik at sengeområdene til sammen utgjør 40 døgnplasser + 4 fleksible døgnplasser, dvs. til sammen 44 (ca 5 sengetun a 8-9 senger eller 6 sengetun a 7-8 senger).

5 tunge overvåkingsplasser (som forelått i Helse Nord's intensivrapport) og 3 observasjonsplasser kommer i tillegg, dvs. totalt 52 døgnplasser (eksklusiv pasienthotell). Tunge overvåkingsplasser vil kunne samlokaliseres med ordinære senger og/eller med postoperativ overvåking og akuttmottak m/observasjonsplasser.

For å øke fleksibiliteten for evt. å kunne øke aktiviteten på dagkirurgi legges det til flere pasienthotellplasser enn beregnet i utgangspunktet. Det økes med 5 plasser fra 7 til totalt 12 pasienthotellplasser for somatikk. I tillegg kommer pasienthotellplassene for rus og psykiatri.

7.2.3 Kapasitetsbehov døgnplasser, scenario 2

I dette scenariet er et utvidet opptaksområde lagt til grunn og aktiviteten er fremskrevet og effektivisert til en tidshorisont til 2020.

Som vist i tabell 17 tas det utgangspunkt i kapasiteten i scenario 1 og legges til et økt behov tilsvarende dagens aktivitet i Midt-Troms kommunene, men med reduserte forbruksrater i forhold til dagens aktivitet og fremskrevet demografisk til 2020. Dersom 60 % av lokalsykehuspasientene kommer til Narvik og 40 % til Harstad vil det bety en kapasitetsøkning på 25 døgnplasser.

I den videre planlegging legges dette inn som en forutsetning for elastisitet i utbyggingsløsningen for ca.15-20 senger, eller 2-3 ekstra sengetun.

7.2.4 Alternative kapasitetsberegninger for døgnplasser UNN Narvik

Det er et samlet kapasitetsbehov på 594 senger, inklusiv pasienthotell, observasjonsplasser og intensiv/tung overvåking innenfor somatikk, i UNN HF i 2020. Dette gjelder dersom man forutsetter den samme metoden for beregning av fremtidig aktivitet for Harstad som for Tromsø og Narvik. Det vil i tillegg være behov for pasienthotellplasser for en del polikliniske pasienter og pårørende som har behov for å være nær sykehuset. Dagens kapasitet er på ca 650 senger totalt for UNN HF, inklusiv pasienthotellsenger. Forutsatt bygging av et nytt pasienthotell i Tromsø vil den samlede kapasiteten frem mot 2020 være tilstrekkelig for å dekke behovet, og det vil da ikke være behov for å flytte opptaksområder for lokalsykehusfunksjonene. En endring i opptaksområder vil da eventuelt være begrunnet i bemanningsårsaker, reiseavstand og befolkningens preferanser. I dette HFP legges dagens opptaksområde (dvs. scenario 1) til grunn for videre planlegging.

For å se på effekten av de endringer som er foretatt gjennom effektivisering og omstilling og de ulike scenariene, har vi gjort en sammenligning av effekten av de ulike endringene. Dette er sammenholdt med dagens virksomhet. Tabell 26 viser alternative beregningsmåter, og for å gjøre alternativene sammenlignbare er det i tabellen lagt inn en lik utnyttelsesgrad på 85 %.

I tabell 22 gjelder følgende forutsetninger for beregningene:

- Linje 1: Dagens aktivitet er antall døgnopphold, liggedager og dagopphold regnet om til et beregnet behov⁵ gitt en utnyttelsesgrad lik de øvrige beregningene i tabellen.
- Linje 2: Dagens aktivitet demografisk er fremskrevet til 2020, dvs kun befolkningsutvikling. Ingen omstilling/effektivisering
- Linje 3: Dagens aktivitet fremskrevet til 2020 og en omstilling tilsvarende forbruksmønsteret for kommunene i Nord-Troms ("Sonjatuneffekten")
- Linje 4: Dagens aktivitet er demografisk fremskrevet til 2025, dvs. kun befolkningsutvikling. Ingen omstilling/effektivisering
- Linje 5: Dagens aktivitet er fremskrevet demografisk til 2020 og omstilt i henhold til gjennomgang av alle pasientforløpene mht oppgavefordeling til primærhelsetjenesten og andre sykehus, bruk av pasienthotell, observasjonsplasser, overgang til dagbehandling, reduksjon i liggetid, samt endringer knyttet til epidemiologi ut over demografisk utvikling.
- Linje 6: Scenario 2 med en endring i opptaksområde der Narvik sykehus inkluderer Midt-Troms-kommunene. Disse omstilles til samme forbruksrate som Nord-Troms-kommunene. 70 % av pasientene karakteriseres som lokalsykehuspasienter og 60 % av disse går til Narvik.
- Linje 7: Dimensjoneringsgrunnlag HFP for nytt sykehus i Narvik. Her legges linje 5 til grunn og tilpasses en lavere utnyttelse pga bygningsmessig hindringer. For noen områder er det stor usikkerhet omkring fremtidig utvikling er det lagt inn en lav utnyttelsesgrad, slik som for tung overvåking, dagplasser og observasjonsplasser. De 64 døgnplassene består av 44 ordinære døgnplasser, 5 plasser for tung overvåking, 3 observasjonsplasser og 12 pasienthotellplasser, (se kapittel 9.4). En del av pasienthotellkapasiteten skal også dekke overnattingsbehov for pårørende.

Tabell 22 Sammenligning av alternativ aktivitets- og kapasitetsberegning, døgnplasser, somatikk, UNN Narvik

	Alternative beregningsmåter	Døgn opphold	Liggedager	Beregnet antall døgnplasser 85 % utnyttelse	Antall dagopphold	Beregnet antall dagplasser
1	Dagens aktivitet	3.740	17.019	55	1.436	6-7
2	Dagens aktivitet fremskrevet til 2020	4.136	19.159	62	1.581	7-8
3	Dagens aktivitet fremskrevet til 2020 + redusert forbruksrate tilsvarende Nord-Troms kommunene	<i>Ikke beregnet</i>	13.937	45	<i>Ikke beregnet</i>	
4	Dagens aktivitet fremskrevet til 2025	4.345	21.102	68	1.617	7-8
5	Scenario 1: Dagens aktivitet fremskrevet til 2020 og omstilt (beregningsgrunnlag for HFP)	3.331	15.128	49	2.317	10-11
6	Scenario 2: Dagens aktivitet fremskrevet til 2020 og redusert forbruksrate tilsvarende Nord-Troms kommunene	<i>Ikke beregnet</i>	22.972	74	<i>Ikke beregnet</i>	
7	Dimensjoneringsgrunnlag HFP			64		23

Alternativet for scenario 2, dvs. dagens aktivitet fremskrevet til 2020, justert for opptaksområde (Midt-Troms kommunene til Narvik) og redusert forbruksrate tilsvarende Nord-Troms kommunene gir en økning i kapasitetsbehov på 24-25 senger i forhold til beregningsgrunnlaget for HFP (linje 5).

⁵ Dagens faktiske kapasitet er 64 døgnplasser inkl intensiv og observasjonsplasser

Tabell 26 viser da et spenn i alternativene for beregning av antall senger der aktiviteten er fremskrevet til 2020. Det laveste alternativet gir 45 senger og baseres på en omstillingseffekt tilsvarende kommunene i Nord-Troms' forbruksmønster. Det høyeste gir 74 senger og baseres på endret opptaksområde. En planforutsetning med 64 døgnplasser ligger omtrent imellom disse ytterpunktene, og kan være et hensiktsmessig grunnlag å planlegge videre med. Det bør imidlertid legges inn muligheter for ekspansjon med ca 20 senger både med tanke på en økning i aktivitet dersom man har 2025 som planhorisont og mulighet for endring i opptaksområdet.

7.2.5 Kapasitetsbehov poliklinikker og dagplasser somatikk, operasjon og radiologi

Når det gjelder antall operasjonsstuer, dagplasser og poliklinikk, er det lagt inn en lav kapasitetsutnyttelse for å kunne ta høyde for eventuelle endringer. For dagkirurgiske plasser er det imidlertid viktig å lokalisere funksjonen slik at det er mulig å ekspandere aktiviteten uten at man får store begrensninger i pasientflyt og logistikk dersom behovet øker.

Poliklinikk og kliniske spesiallaboratorier

Med en forutsetning om økning i aktivitet fram til 2020 på ca 15 %, gir det i overkant av 27 000 konsultasjoner, og er beregnet behov for 15 generelle polikliniske undersøkelsesrom, gitt 220 dager per år, 6 timer per dag og i gjennomsnitt 45 minutt per undersøkelse. Dett er en lav utnyttelse, men gir en mulighet for å øke kapasiteten og en fleksibilitet i forhold til ujevn tilgang på bemanningsressurser. Det er på den annen side forutsatt fleksibel utnyttelse av rommene på tvers av fagområder.

I tillegg til generelle poliklinikkrom kommer det spesiallaboratorier for undersøkelser som krever spesielt utstyr eller spesielle romtyper, vist i tabell 27.

Tabell 23 Kliniske spesiallaboratorier UNN Narvik 2020

Beregning Kliniske spesiallaboratorier	
	Antall
Hjerte	2
Lunge	2
Hud	3
Gastro	3
Kirurgi	2
Audiometri	1
Totalt	13

Dagplasser

I HFP er det beregnet et behov for til sammen 14 dagplasser. Dette er en økning fra idéfasen på 2 dagplasser. I idéfasen ble det økt med 5 ekstra dagplasser til 17 på grunn av at medisinske (dialyse, kjemoterapi med mer) og kirurgiske (dagkirurgi) dagplasser ikke kan utnyttes fleksibelt.

UNN Narvik planlegges for en stor andel dagkirurgi, og det legges derfor til rette med ekstra dagplasser, slik at det ikke blir flaskehals for virksomheten. I dette HFP foreslås det derfor totalt 23 dagplasser for somatikk hvorav:

- 5 dagplasser for dialyse
- 8 dagplasser for medisinsk dagbehandling/dagrehabilitering
- 10 dagplasser for dagkirurgi

Operasjon

I nytt sykehus i Narvik planlegges med 4 operasjonsstuer samt 1 skiftestue, med den samme arealfaktoren. Det er i tillegg 8 plasser for postoperativ overvåking. Dette er en økning med 1 operasjonsstue fra idéfaserapporten. Økningen er begrunnet i at dersom hoveddelen av

virksomheten blir dagkirurgisk vil det være behov for litt i overkant av 3 operasjonsstuer. En kapasitet på 4 operasjonsstuer gir også muligheter for å styre noe dagkirurgisk operasjonsvirksomhet fra UNN Tromsø til UNN Narvik.

Tabell 28 viser beregningene av antall operasjonsstuer, der forutsetningene er utnyttelse 220 dager per år og 6 timer per dag. Opp imot 100 % av aktiviteten vil foregå på dagtid. Det er også lagt inn aktivitet for tannbehandling i grunnlaget.

Antall operasjoner i tabell 28 er kun registrert for de siste 11 månedene i 2008, dvs. en årseffekt vil gi et tillegg på ca 200 operasjoner i 2020. Totalt beregnet kapasitetsbehov blir da 3,53 operasjonsstuer.

Tabell 24 Beregnet kapasitetsbehov operasjonsstuer UNN Narvik

Beregning kapasitet operasjon, Narvik												
	Antall 2008			Antall 2020				Dager per år	Timer per dag	Tid per operasjon	Andel på dagtid	Antall operasjonssstuer
	Heldøgn	Dagkirurgi	Totalt	Frem skrevet totalt, 14% økn	% andel dagkir	Antall dagkir	Antall heldøgns					
Anestesi	70	39	110	125	0 %	0	125	220	6	1	100 %	0,10
Endo/uro	76	126	205	234	80 %	187	47	220	6	2	100 %	0,35
Gastro	198	157	368	420	80 %	336	84	220	6	2	100 %	0,64
Gynekologi	121	202	341	389	80 %	311	78	220	6	2	100 %	0,59
Hjerte/lunge/kar	16	50	68	78	80 %	62	16	220	6	2	100 %	0,12
Medisin	25	18	46	52	70 %	37	16	220	6	2	100 %	0,08
Nevrokir	0	13	13	15	70 %	10	4	220	6	2	100 %	0,02
Ortopedi	261	245	549	626	70 %	438	188	220	6	2	100 %	0,95
Plastikk/håndkir.	16	41	63	72	70 %	50	22	220	6	2	100 %	0,11
ØNH	51	122	175	200	80 %	160	40	220	6	1,5	100 %	0,23
Tannbehandling		100	100	114	100 %	114	0	220	6	1,5	100 %	0,13
Påslag for årseffekt			176	201		200		220	6	1,5	100 %	0,23
Totalt	834	1013	2214	2524	68 %	1705	619					3,53

Det er planlagt 8 postoperative plasser i tillegg til 10 dagplasser for dagkirurgi. På grunn av en stor andel dagkirurgi der det benyttes anestesimetoder som ikke forutsetter overvåking. På grunn av narkosetypen i Narvik vil hovedandelen av dagkirurgiske pasienter få opphold direkte etter operasjonene i dagkirurgiske plasser (dvs. ikke via postoperativ). Postoperative plasser og dagplasser bør tilrettelegges slik at det er mulig å ha en fleksibel bruk av plassene.

Radiologi

For radiologi planlegges det med følgende modaliteter i sykehuset:

- 1 Skjelett/thorax
- 1 Gjennomlysning
- 2 CT
- 2 Ultralyd
- 1 MR
- 1 mammografilab (screening og BDS)

Det planlegges en "BDS-satellitt" (mammografiscreening og klinisk mammografi). Radiologer i Tromsø vurderer bildene fra screeningen og plukker ut dem som skal til etterkontroll. Etterkontrollen skjer i Tromsø. Pasienter som henvises til brystdiagnostisk senter på grunn av en problemstilling kommer til klinisk mammografi i Narvik. Dette utføres av radiologer som kommer i turnus fra Tromsø til Narvik.

Dette er en økning med 2 laboratorier fra idéfaserapporten. I romprogrammet er det angitt 7x90m² som arealramme. Dette dekker arealbehovet for disse 8 laboratoriene på grunn av at rom for ultralyd og mammografi er vesentlig mindre enn de øvrige.

Det forutsettes en økning i aktivitet innen radiologi sammenlignet med dagens når nye modaliteter og nytt sykehus er etablert. Type modalitet kan bli endret ut i fra bruksmåter og endring i radiologisk utstyr. Det er derfor viktig å lokalisere radiologisk enhet slik at det er mulig å skifte ut store modaliteter, eventuelt å øke antallet. Det kan over tid bli behov for 2 MR-enheter.

7.3 Fremtidig aktivitet, psykisk helsevern

Faktorer som har betydning for dimensjonering av tjenestetilbudet og ressurser innenfor psykisk helsevern er i stor grad knyttet til tilgang på behandlerpersonell og organisering av tjenestene. "Opptappingsplanen for psykisk helse" ble avsluttet i 2008, og antall utskrivninger har i denne perioden økt med 68 %⁶ i Norge. Denne økningen har særlig skjedd ved døgnavdelinger utenfor sykehusene (DPS-er). Antall polikliniske konsultasjoner har økt med ca 130 %.

Produktivitetsveksten (konsultasjoner per behandler) har imidlertid vært langt svakere enn forutsatt i Opptappingsplanen. I oppdragsdokumentet til UNN HF for 2010 er det et mål om at "aktiviteten skal øke og måltall om 2 konsultasjoner pr. dag pr. behandler innen barne- og ungdomspsykiatri og 3 konsultasjoner pr. dag pr. behandler for psykisk helsevern for voksne skal senest oppnås innen utgangen av 2011".

7.3.1 Fra døgn- til dagopphold

For pasienter i psykisk helsevern er det en økt overgang fra døgnopphold til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Utviklingen har de siste årene gått fra de store sentraliserte institusjonene med innlagte pasienter i retning av desentrale tjenestetilbud med distriktpsykiatriske senter (DPS). I perioden 1998 – 2008 ble samlet antall døgnplasser redusert med 25 % på landsbasis.

7.3.2 Bruk av pasienthotell

Pasienthotell er tatt i bruk av en del sykehus for pasienter som får dagbehandling, og spesielt for pårørende og familier der behandlingen omfatter par og familier. Et pasienthotell med hybelleiligheter vil kunne gi en god mulighet for gradvis overgang fra døgnopphold til dagbehandling. En endring av opptaksområdet, der pasienter som kommer til psykisk helsevern Ofoten også kommer fra Midt-Troms, vil føre til at en del vil ha behov for pasienthotelltilbud.

7.3.3 Teknologisk utvikling

Teknologi har her også en betydning, alt i fra kommunikasjon med pasienter via sms til akuttinnleggelser under tvang i DPS med supervisjon fra spesialist via telekonferanse.

7.4 Fremtidig kapasitet, psykisk helsevern

For psykisk helsevern er det estimert et fremtidig behov for 15 døgnplasser (eksklusiv skjerming). Dette er med utgangspunkt i dagens behov. Den demografiske fremskrivingen for denne gruppen medfører ingen vekst.

Det er i tillegg forutsatt totalt 12 skjermingsplasser som kan benyttes felles for rus og psykisk helsevern.

⁶ SAMDATA Sektorrapport psykisk helsevern 2008

I tillegg til døgnplasser er det behov for plasser i pasienthotellet for pasienter som kommer til dagbehandling, men som ikke bor i Narvik. Det er også behov for plass for pårørende (par, familier), og det forutsettes at det kan være tilgang på hybelleiligheter både i pasienthotellet og i tilknytning til døgnenheten.

For psykisk helsevern er det gitt kapasitetsanslag ut i fra dagens virksomhet. På grunn av usikkerhet i grunnlagsdata er det vanskelig å gjøre en total beregning av kapasitetsbehov opp imot aktivitet. Dette gjelder både for psykisk helsevern og rus. Det betyr at det er relativt stor usikkerhet i dimensjoneringsgrunnlaget, og det bør derfor legges til rette for muligheter for endringer i kapasitet. Det er ikke gjennomført en helhetlig vurdering av det samlede kapasitetsbehovet for rus i Helse Nord RHF og psykiatri i UNN HF:

Kapasitet for dag- og poliklinisk behandling, gjelder både barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP). For den polikliniske tjenesten er det antall behandlere som danner grunnlaget for antall behandlerkontorer. Det vil i tillegg være oppholdsområder for de pasienter som har behov for dagopphold.

7.5 Fremtidig aktivitet, tverrfaglig, spesialisert rusomsorg

Dimensjonering av tjenestetilbudet for rusmisbrukere har, sammenlignet med somatikk og psykisk helsevern, i liten grad blitt dimensjonert ut fra kapasitets- og arealanalyser.

7.5.1 Opptapping av tjenestetilbudet

I forbindelse med rusreformen fikk de regionale foretakene ansvar for behandling av mennesker med rusproblemer i 2006, og tilbudet er ennå i en omstrukturings- og opptappingssituasjon. Det er større etterspørsel enn tilbud, og ventelistene er lange. Helse Nord RHF har lange ventelister og kjøper tjenester for rusbehandling i andre helseforetak og i private institusjoner.

Tjenestetilbudet og utviklingen innen rusomsorg varierer kraftig, både mellom land, og innen Norge. Det finnes ulike behandlingsfilosofier, med bokollektiv, terapeutiske samfunn og ordinære offentlige institusjoner. Behandlingsmetodene for ruspasienter varierer også med om den ytes innenfor rusomsorgen eller i psykisk helsevern.

Innad i spesialisthelsetjenesten er rusomsorgen delt mellom spesialisert, tverrfaglig rusomsorg med døgnopphold på helseforetaksnivå, og poliklinisk aktivitet på lokalsykehusnivå der ansvaret tilligger psykisk helsevern og DPS. Ved en integrering av dagens virksomhet i Nordlandsklinikken og DPS Håkvik i det nye sykehuset, betyr det at de miljøene som behandler ruspasienter i spesialisthelsetjenesten blir integrert i samme bygg.

7.5.2 Fra døgn- til dagbehandling

Behandlingsmåter påvirker også oppholdstyper, aktivitetstilbud og derved også behov for fysiske løsninger. Noen steder går man nå etter hvert over fra langtids døgnopphold til kortere opphold og eventuelt dag- og poliklinisk behandling. Innenfor døgnvirksomheten gis det et differensiert tilbud fra opphold for avrusing, skjerming med frivillig innleggelse eller innleggelse etter §§ 6-2, 6-2a eller 6-3 i Lov om sosiale tjenester (for eksempel gravide rusmisbrukere) og opphold i åpne døgnenheter.

7.5.3 Bruk av pasienthotell

For behandling av rusmisbrukere er pasienthotell et aktuelt alternativ for enkeltpasienter som er i en fase av behandlingen der de har mindre behov for skjerming, samt situasjoner der det er aktuelt å behandle pasienten sammen med familiemedlemmer. En del av pasientene har behov for å ha fasiliteter som støtter opp under trening til daglige aktiviteter (matlaging, ta imot besøk,

rengjøring osv). Det vil både være behov for hybelleiligheter som ligger nært sengeområdene og som ligger sammen med de øvrige pasienthotellplassene.

7.5.4 Private tilbydere

Innenfor rusbehandling er det et variert tilbud fra private tjenesteytere. På grunn av for lav kapasitet i helseregionen er det en relativt omfattende bruk av disse tilbyderne.

7.5.5 Behandlingsmetoder og spesielle behov

Behandlingstilbudet består av individuell behandling, gruppebehandling, par- og familierapi, kjønnsespesifikk behandling, medikamentell behandling, samt trening og fysisk aktivitet som en del av behandlingsopplegget. Dette stiller også krav til dimensjonering og utforming av det fysiske anlegget.

Enkelte institusjoner (f.eks. Lade behandlingssenter i Trondheim) har atskilte enheter for kvinner og menn ut i fra den spesielt sårbare situasjonen rusmisbrukere er i. En rapport fra SIRUS i 2008⁷ viser at for de yngre alderklassene (16-20 år) er en relativt jevn fordeling mellom kvinner og menn, mens man i høyere aldersklasser har en overvekt av mannlige søkere til rusbehandling. Det betyr at sammensetningen i en rusinstitusjon som har pasienter i alle andre vil ha en overvekt av menn.

De som søker hjelp og som kommer til behandling har ofte dårlig økonomi, lav utdanning og arbeidsløshet. I tillegg er det svært mange som har somatiske sykdommer. Når det gjelder kroppslige skader eller sykdommer som påvirker livsførsel eller livskvalitet viser SIRUS undersøkelsen at det er slike problemer hos 40 – 45 % av tilfellene. Også psykiske vansker og selvmordsforsøk er fremtredende hos pasienter som kommer til behandling. Dette styrker begrunnelsene for nærhet til tjenester fra somatikk og psykisk helsevern.

7.6 Fremtidig kapasitet, rus

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det estimert et behov for 24 døgnplasser (eksklusiv skjerming). Dette tar utgangspunkt i dagens behovsvurderinger.

For rusbehandling på lokalsykehusnivå er det ikke estimert behov for døgnplasser, men for poliklinisk behandling. Dette ivaretas innenfor det antall behandlerkontorer som er dimensjonert for psykisk helsevern.

For rus er situasjonen slik at det er et udekket behov i både RHF og HF i dag. Kapasitetsbehov for spesialisert tverrfaglig rusbehandling løses både ved bruk av egne institusjoner og ved bruk av private tilbydere i Helse Nord. I tillegg er det bruk av slike tjenester i andre helseforetak.

7.7 Samlet kapasitetsbehov pasienthotell somatikk, psykiatri og rus

Det samlede kapasitetsbehovet for pasienthotellet er beregnet til totalt 22. 4 av disse pasienthotellplassene er forutsatt for pårørende.

⁷ Klientkartleggingsdata, SIRUS 2008, Erik Iversen, Grethe Lauritzen et al.

Tabell 25 Beregnet kapasitet pasienthotell

Beregning pasienthotell	Antall
Somatikk, pasienter	12
Somatikk, rus, psyk pårørende	4
Psyk, pasienter	2
Psyk, hybelleil	2
Rus, hybelleil	2
Totalt	22

For rus og psykisk helsevern er det forutsatt 4 pasienthotellrom og 4 hybelleiligheter for pasienter, evt. familie. 2 av hybelleilighetene lokaliseres nært sengeområdene for rus og psykisk helsevern. De øvrige er samlokalisert med øvrige pasienthotellplassene, dvs. en hotellenhet med totalt 20 pasienthotellrom og hybelleiligheter. Denne enheten vil ha pasienter som er inne til dagkirurgi, barselkvinner, pårørende samt pasienter innenfor rus og psykisk helsevern.

Det forsettes at disse pasienthotellplassene kan benyttes fleksibelt.

7.8 Kapasitetsbehov primærhelsetjeneste

Primærhelsetjenesten behov for kapasitet og areal i forbindelse med utbyggingen på Furumoen knyttes i første rekke til effektene av omstillinger for pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten men også nye funksjoner som kan være hensiktsmessig å samlokalisere/integrere i et sykehus.

Intermediærplasser er en funksjon som er innført i flere kommuner og som knyttes til kommunale institusjoner som f.eks sykehjem eller til samhandlingstiltak som distriktsmedisinske/lokalmedisinske senter. De er organisert ulikt. Sykestuefunksjonene er en funksjon som tar hånd om omtrent de samme pasienter som intermediærplasser. Det er noen hovedkategorier pasienter som har behov for intermediærplasser:

- Pasienter som har vært innlagt i sykehus og som overføres for medisinsk behandling eller rehabilitering på et nivå der det er behov for mindre overvåking, utstyr og spesialisert bemanning
- Pasienter som innlegges hjemmefra for palliativ behandling
- Pasienter som innlegges hjemmefra med målsetting å øke funksjonsnivå/unngå innleggelse (sekundær forebygging), rehabilitering
- Pasienter som innlegges hjemmefra som øyeblikkelig hjelp og for avklaring om de skal innlegges i sykehus eller overføres til kommunale institusjoner, evt. sendes hjem.

Tabell 2 viser dimensjoneringsgrunnlaget som legges til grunn for å beregne areal for intermediærplasser og kommunale observasjonsplasser i tilknytting til det nye sykehuset. For den første kategorien er det benyttet uttrekk fra aktivitetsberegningene for å beregne kapasitetsbehovet. For de øvrige som er pasienter som kommer fra primærhelsetjenesten er det ikke vært tilgang på aktivitetsdata, og kapasiteten er kun satt som et grovt anslag. Aktivitet og kapasitet i Furumoen sykehjem kommer i tillegg til dette.

Tabell 6 Kapasitetsberegning døgnplasser primærhelsetjeneste

Pasientkategori	Kapasitetsbehov, antall døgnplasser	Kommentar
Overført fra spesialisthelsetjenesten	5	Pas. kommer fra alle kommuner i Narviks opptaksområde
Palliativ behandling	2	Avhenger av andre palliative enheter
Funksjonsøkning/forebygging, rehabilitering	5	
Øyeblikkelig hjelp/observasjon	1	Samlokaliseres med FAM/sykehusets obs plasser
Totalt kapasitetsbehov	13	

En lokalisering av en intermediærenhet nært sykehuset øker muligheten for tidligere utskrivninger enn om man har større avstander. Dersom man får en ytterligere økning i pasienter som kan overføres til en intermediærenhet vil dette redusere kapasitetsbehovet i sykehuset. Det er derfor viktig å legge til rette for en fleksibilitet i bruk av senger mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.

Til sammenligning har Helseparken i Rana 17 sengeplasser; sju for rehabiliteringspasienter fra sykehus og sykehjem, seks plasser for utskrivingsklare pasienter og fire til ortopedipasienter

7.9 Kapasiteter kontorer, møterom og undervisning

Det tas utgangspunkt i dagens bemanning for å dimensjonere antall kontorer. Det forutsettes ingen økning i antall ansatte for verken somatikk, rus eller psykiatri. Det forutsettes at det vil være et potensial for effektivisering gjennom integrering av rus, psykisk helsevern og somatikk som kan påvirke behovet for kontorplasser.

Tabell 26 Antall stillinger UNN Narvik med behov for kontorplasser

Stillingskategorier	Antall kontorplasser	Kommentarer
Kontorpersonell	10	I tillegg kontorplasser i ekspedisjoner, resepsjoner. Felles for rus, psykisk helsevern, somatikk
Leger, somatikk	22	
Sykepleiere, sosionom, fysio mfl	33	
Behandlerkontorer, rus	22	
Turnusleger	8	12 turnusleger. Fleksible plasser, 8 i samtidighet
Studentarbeidsplasser	15	Legestudenter, sykepl., andre
Fleksible kontorplasser	10	Ambulant personell, hospitanter
Ledere, somatikk, psykisk helsevern og rus	6	
Behandlerkontorer, psykisk helsevern	41	22 VOP, 7 ambulant team, 12 BUP
Totalt antall kontorplasser	167	

Det forutsettes felles ekspedisjonsfunksjoner, studentarbeidsplasser og fleksible kontorplasser for somatikk, psykisk helsevern og rus. I romprogrammet er totalt 63 behandlerkontorer for psykisk helsevern og rus lagt til poliklinikk/behandlerkontorer på grunn av at kontorene benyttes til pasientbehandling.

7.10 Kapasiteter garderober

Med utgangspunkt i dagens antall ansatte er det foretatt en beregning av behov for garderobeplasser i nytt sykehus i Narvik.

UNN Narvik, somatikk har i dag 550 ansatte, Nordlandsklinikken har 59 stillingshjemler og Ofoten psykiatriske senter har 60?? ansatte. Det er totalt ca 670 ansatte (evt. noe mer dersom det er flere ved Nordlandsklinikken som har deltidsstillinger). Dersom alle som har egen kontor plass (167) ikke har garderobeplass, utgjør det et samlet behov for ca 500 garderobeplasser. Romprogrammet økes til 530 garderobeplasser for å ha ekstra plasser for studenter og ambulans personell fra andre sykehus.

Garderober for kommunale funksjoner kommer i tillegg.

7.11 Andre faktorer som påvirker dimensjoneringen

Andre faktorer som kan påvirke dimensjonering av et nytt sykehus i Narvik er utviklingen innen medisinsk teknologi og IKT/Telemedisin. Innen prehospitale tjenester går utviklingen i retning av at en stadig større andel får diagnostikk og behandling i ambulansen, eventuelt med bistand via telemedisin og overføring av overvåkingssignal til et akutt sykehus. I tillegg er det økt bruk av monitorering av pasienter hjemme, og i samarbeid med pårørende og hjemmetjenesten kan det overføres signaler til sykehuset, slik at man kan følge pasienter ”på avstand” og gi råd om behandling.

Denne utviklingen innenfor telemedisin forutsetter at klinisk personell kan bistå fra et sykehus, og at det er lagt til rette mht tidsbruk og telestudio for å bistå ved diagnostikk og behandling utenfor sykehuset.

Den medisinske utviklingen vil også kunne påvirke dimensjoneringen av sykehuset. Det er stadig nye behandlingsmåter der minimal invasiv kirurgi erstatter åpen kirurgi, og en økende andel pasienter kan behandles på dagtid.

7.12 Endring fra dagens virksomhet til kapasitetsberging i idéfasen og konseptfasen

Dagens kapasitet i UNN Narvik er på 57 ordinære døgnplasser i tillegg til 5 plasser for tung overvåking/intensiv og 2 observasjons plasser, dvs. totalt 64 døgnplasser for somatikk. I HFP for nytt sykehus (konseptfasen) er det beregnet samme kapasitetsbehov, men antall ordinære senger er redusert fra 57 til 44. I nytt sykehus i Narvik er det beregnet 7 pasienthotellplasser, men dette er foreslått økt med 5 til 12 for å dekke fremtidige behov for å kunne øke blant annet dagkirurgisk virksomhet.

For psykisk helsevern og rus er det en økning fra 45 til 59 døgnplasser, i første rekke på grunn av en økning i antall skjermede plasser og pasienthotellplasser.

For primærhelsetjenesten er det forutsatt et kapasitetsbehov på 13 intermediærplasser hvorav 1 av plassene er observasjons plasser i tilknytning til legevakt (FAM). Det er i dag ingen intermediærplasser i Narvik.

Tabell 27 Kapasitet døgnplasser somatikk, psykiatri og rus 2009 – 2020, fordelt på oppholdstyper

Kapasitet, døgnplasser Narvik 2009 - 2020		
	2009	2020
Ordinære døgnplasser	57	44
Tung overvåking	5	5
Observasjonsplasser	2	3
Pasienthotell, somatikk	0	12
Totalt somatikk	64	64
Ordinære døgnplasser, psyk	15	15
Skjermingsplasser, psyk	0	Felles m rus
Pasienthotell, psyk	0	4
Observasjonsplasser, psyk	0	1
Ordinære døgnplasser, rus	22	24
Skjermingsplasser, rus	8	12
Pasienthotell, rus	0	2
Observasjonsplasser, rus	0	1
Totalt psykiatri og rus	45	59
Intermediærplasser	0	12
Observasjonsplasser, phtj	0	1
Totalt primærhelsetjeneste	0	13

I tillegg til disse plassene er det 4 plasser for pårørende, evt. tilreisende gjestearbeidere i pasienthotellet.

En sammenligning av kapasitetsgrunnlaget i dette HFP og i idéfaserapporten for UNN Narvik viser at forholdet mellom funksjonene er endret siden idéfasen. I idéfasen var det forutsatt økt aktivitet for rehabilitering/geriatri. Det er det ikke mandat for å legge inn i konseptfasen. Det er også gjennomført en større omstilling i forhold til intensjonene i Samhandlingsreformen. Rus var ikke en del av grunnlaget for idéfasen. Det er nå inkludert i konseptfasen. Tabell 32 viser det beregnede kapasitets- og arealbehovet fra idéfasen. I tillegg er det satt opp en sammenligning med kapasiteten som er lagt inn i dette HFP.

Tabell 28 Beregnet kapasitet Idéfasen

Arealbehov heldøgns innlagte Narvik					
Avdeling	Antall plasser 2015	Arealstand ard	Netto m2 2005	Netto m2 2015	Antall plasser HFP 2020
Kirurgi		24	632,7	508,7	
ØNH		24	25,2	15,8	
Gyn		24	36,6	33,4	
Føde/barsel		30	118,2	49,0	
Medisin	57	28	924,7	879,5	49
VOP	15	35	428,9	525,0	15
BUP	0	28	0	0,0	0
Skjerming rus/psyk	0				12
Rus	0				24
Observasjonsenh	5	22	0,0	101,5	6
Pasienthotell	6	20	0,0	114,9	22
Rehabilitering/geriatri	7	28	0,0	191,8	0
Totalt	90	26,9	2166,3	2419,6	128

Antall somatiske døgnplasser (ordinære døgnplasser, rehabilitering, tung overvåking) er redusert med 15 fra 64 idéfasen til 49 i HFP, samtidig som fremskrivingshorisonten er 2020 i HFP og 2015 i idéfaserapporten.

Til sammenligning er det for tilsvarende (ordinære døgnplasser, rehabilitering og tung overvåking) i NLSH Vesterålen planlagt med 63 døgnplasser (dvs. ekskl. pasienthotell og observasjoner). Vesterålen har et befolkningsgrunnlag som er noe større enn Narvik.

Sammenlignet med idéfasen foreslås det 15 færre døgnplasser i dette HFP. Årsaken til dette er både større overgang til dagbehandling og flere pasienter overført til primærhelsetjenesten ved at man unngår innleggelser eller skriver pasienter tidligere ut fra sykehuset. I tillegg er døgnplasser for rehabilitering/geriatri tatt ut.

Intermediærplasser kommer som en ny funksjon som ikke var inne i Idéfasens grunnlag.

8 Beskrivelse av driftsmodell og funksjonsområder i nytt sykehus

8.1 Samlokalisert eller integrert lokalsykehus for somatikk, rus, psykiatri og primærhelsetjeneste

Et nytt lokalsykehus i Narvik gir noen muligheter for samhandling både innad i spesialisthelsetjenesten, mellom somatikk, rus og psykisk helsevern, men også mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det gir også mulighet til å utvikle en unik arena for undervisning, utdanning og forskning der disse aktørene sammen med høyskole og universitet kan drive fagutvikling på tvers av fag, profesjoner, institusjoner og forvaltningsnivå.

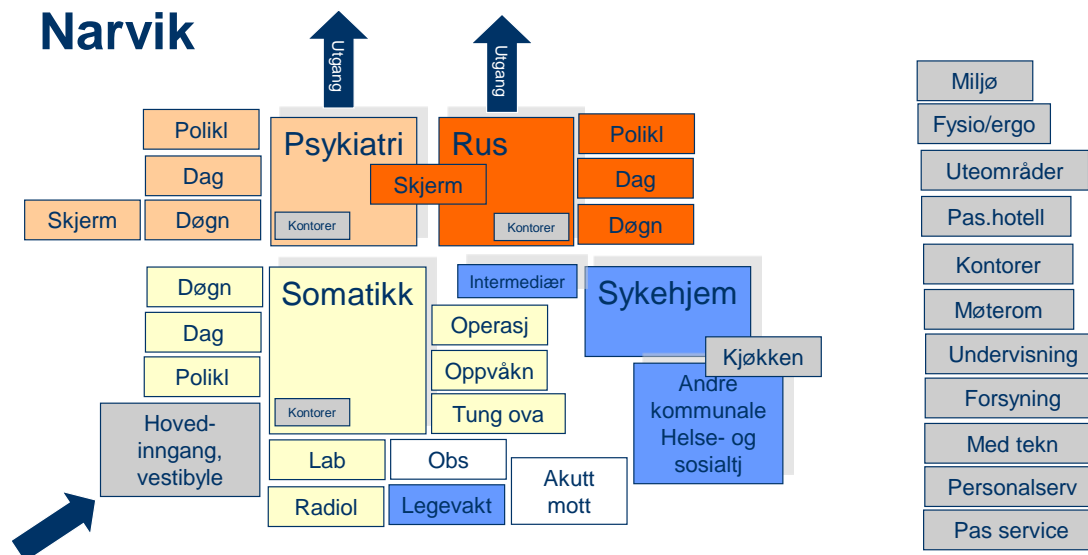
Modellen i figur 9 viser en modell som er benyttet i arbeidsgruppemøtene for å diskutere nærhetsbehov og integrering. Den danner grunnlaget for de to forslagene:

- Alternativ 1 Integrert modell
- Alternativ 2 Samlokalisert modell

Integrering er her beskrevet som sterk grad av nærhet mellom funksjonsområder uavhengig av faginndeling. Det betyr i praksis felles sengeområder, poliklinikk, inngang, akuttmottak, kontorområder og felles bruk av service og støttefunksjoner. Dette får stor betydning for den fysiske utformingen. På den annen side er begrepet samlokalisert gitt en noe løsere tilknytning mellom fagområdene, der de har noen felles service- og støttefunksjoner, de er samlokalisert på samme tomt, men har i større grad enn den integrerte løsningen selvstendige og avgrensede enheter.

I skjemaet i tabell 33 og 34 er funksjonsområdene listet opp og vist hvilke som er felles på tvers av fagområder og forvaltningsnivå i hhv integrert og samlokalisert modell. I arbeidsgruppen, fra styringsgruppen og i ulike fagmiljø blir den integrerte modellen anbefalt som utgangspunkt. Det vil så i den videre prosessen være behov for modifisering ut i fra vurdering av effekter på pasientmiljø, faglig kvalitet og drifts- og investeringsøkonomi. Fleksibilitet for endringer er også en viktig parameter.

Driftsmodell for et nytt lokalsykehus i Narvik



Figur 11 Illustrasjon av integrert virksomhetsmodell for UNN Narvik

Det er både faglige, drifts- og investeringsøkonomiske begrunnelser for samlokalisering og integrering av funksjoner. Det gir også mulighet for at sykehuset gjennom integrering av funksjonene kan tydeliggjøre den integrasjon som man ønsker skal foregå i samfunnet. Dette gir mange muligheter, men også noen utfordringer.

I tabell 33 og 34 er det utarbeidet en "nærhetsmatrise" som synliggjør konsekvensene av nærhet mellom de ulike funksjonsområdene. Det er de pasientnære funksjonene er de som i størst grad påvirker kvalitet i tjenestene, og som i første rekke drøftes her.

Tabell 29 Integrert modell

Delfunksjon	Somatikk	Psykiatri	Rus	Primærh.	Kommentarer
Normalsengeområde	Somatikk	Felles for rus og psykiatri			Stor forskjell fra rus/psykiatri til somatikk mht bruk av sengeområdene. Kort liggetid somatikk og mer knyttet til sengerommet enn rus og psykiatri. Felles døgnbemanning rus og psykiatri?
Skjerming		Felles for rus og psykiatri			Samlokalisert rus og psykiatri for å benyttes felles bemanning og felles arealer. Forutsetter god skjerming av plassene og tilstrekkelig plass for å unngå opplevd trangboddhet og stress/konfrontasjoner.
Tung overvåking	Somatikk				
FAM: Akuttmottak/legevakt	Felles for alle				Forutsetter god skjerming av pasienter
Observasjon	Felles for alle				Forutsetter god skjerming av hver plass
Pasienthotell	Felles for somatikk, psykiatri og rus				Forutsetter hybelleiligheter integrert i pasienthotellet
Alt1: Poliklinikker	Felles for somatikk, psykiatri og rus				Felles poliklinikkområde forutsetter generelle konsultasjonsrom (ikke bruk av behandlerkontorer til konsultasjon)

Dagplasser	Somatikk	Psykiatri			Ikke beskrevet behov for dagplasser, rus
Operasjon/postop	Somatikk				
Radiologi	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus
Laboratorier	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus

Tabell 30 Samlokalisert modell

Delfunksjon	Somatikk	Psykiatri	Rus	Primærh.	Kommentarer
Normalsengeområde	Somatikk	Psykiatri	Rus		Stor forskjell fra rus/psykiatri til somatikk mht bruk av sengeområdene. Kort liggetid somatikk og mer knyttet til sengerommet enn rus og psykiatri.
Skjerming		Felles for rus og psykiatri			Samlokalisert rus og psykiatri for å benyttes felles bemanning og felles arealer. Forutsetter god skjerming av plassene og tilstrekkelig plass for å unngå opplevd trangboddhet og stress/konfrontasjoner.
Tung overvåking	Somatikk				
FAM: Akuttmottak/legevakt	Somatikk	Psykiatri	Rus	Phtj	Hver sine innganger og dedikert areal
Observasjon	Somatikk	Psykiatri og rus		Phtj	
Pasienthotell	Somatikk	Psykiatri og rus			Egne hybelleiligheter for rus og psykiatri
Alt1: Poliklinikker	Somatikk	Psykiatri	Rus		
Dagplasser	Somatikk	Psykiatri			Ikke beskrevet behov for dagplasser, rus
Operasjon/postop	Somatikk				
Radiologi	Felles for alle				Mest brukt av somatikk og primærhelsetjeneste, men også tilgang fra psykiatri og rus
Laboratorier	Somatikk, psykiatri, rus			Phtj	Eget lab utstyr for phtj

8.2 Døgnplasser

Et nytt sykehus i Narvik vil ha enheter for døgnopphold innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. I tillegg vil det være intermediærplasser der primær- og spesialisthelsetjeneste samarbeider om løsningene. De somatiske sengeområdene vil differensieres etter grad av overvåkings- og pleiebehov, fra tung overvåking til pasienthotell. Det er stor forskjell på pasientene som oppholder seg i de ulike døgnenhetene. Det som først og fremst skiller dem er at brukerne innenfor rus og psykisk helsevern har lengre opphold enn de somatiske pasientene og er langt mer mobile og har andre behov for aktivisering enn pasienter som er innlagt for en somatisk sykdom. Pasienter som er innlagt i en intermediærenhet har mindre direkte overvåkingsbehov og behov for spesialisert utstyr og medisinsk kompetanse. For en del av pasientene innenfor rus og psykisk helsevern vil det være restriksjoner for mobilitet gjennom skjerming fra andre pasienter, beskyttelse fra å skade seg selv eller beskyttelse mot eksterne faktorer. Eksterne faktorer kan være alt fra sanseinntrykk til uønsket trafikk med distribusjon av rusmidler.

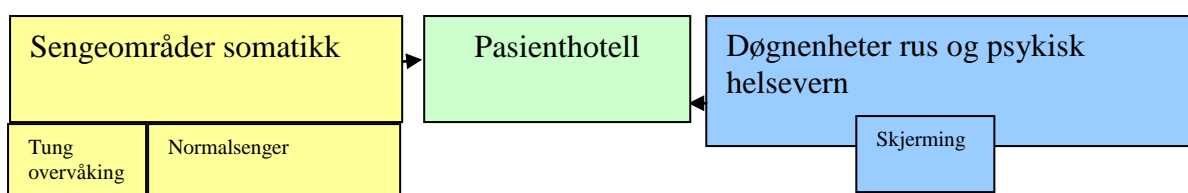
For et nytt sykehus i Narvik er det på den ene siden viktig med fleksibilitet for å kunne utnytte arealet og funksjonene på en optimal måte på tvers av faglige grenser. På den annen side er det viktig å legge til rette med omgivelser og fasiliteter som gir et best mulig grunnlag for god pasientbehandling.

I alternativ 1 foreslås det en driftsmodell for døgnopphold der sengeområdene for somatikk har en høy grad av nærhet med hverandre, dvs. fleksibelt mellom kirurgiske og medisinske fag, overvåking og normale sengeområder, mens rus og psykisk helsevern har fleksibilitet mellom sine døgnenheter, slik at kapasiteten kan justeres mellom disse områdene over tid. Skjermingsplassene er felles for rus og psykisk helsevern, og plassene kan integreres med de ordinære sengene dersom man finner løsninger for å skjerme enkeltpasienter i sine rom eller å skjerme en liten gruppe pasienter i en sone med noen rom inklusive felles støtterom. I alternativ 2 er sengeområdene for rus, psykisk helsevern og somatikk atskilt. Eksempler fra Telemark med skjermingsrom i

ordinære sengeposter viser til redusert voldsbruk og Trondheims klinikken planlegger en rusinstitusjon med sengeområder oppbygget av ”soner” som kan avlukkes og inneles etter ulike formål.

Intermediærenheten med en kapasitet på 12 plasser er en liten enhet for å opprettholde døgnbemanning. Den bør lokaliseres nært sykehjem eller sykehusets sengeområder for å utnytte døgnbemanning på en best mulig måte. Alternativt kan man vurdere å benytte hjemmetjenestens døgnbemanning om disse blir lokalisert i det samme området.

Pasienthotellet vil være felles for alle i alternativ 1. I pasienthotellområdet ligger det også noen hybelleiligheter som i første rekke benyttes for rus og psykisk helsevern der det er behov for behandlingsplasser for par og/eller familier, men de kan også legges til rette for å benyttes for somatiske rehabiliteringspasienter. To av hybelleilighetene vil være lokalisert med nærhet til sengeområdene for psykiatri/rus.



Figur 12 Alternativ 1 Sengeområder/boenheter

Modellen er vist i figur 10. Hvorvidt disse skal være på samme plan i samme bygg, vil bli drøftet nærmere i arbeidsgruppemøter i skisseprosjektet.

I alternativ 2 er det en mer oppdelt funksjon, der det er separate sengeområder for somatikk, psykisk helsevern og rus. Det er felles skjermingsplasser for rus og psykisk helsevern. For somatikk er det felles sengeområder uavhengig av fagområder.

Ifølge evaluering av rusreformen er det kommentarer fra brukerne at kvinnelige rusmisbrukere reagerer negativt på mannsdominerte miljø. Noen rusinstitusjoner velger derfor å ha egne kvinne- og mannsavdelinger. Det legges derfor til rette i skisseprosjektet for å kunne sone områder for kvinner og menn. Det er spesielt oppholdsrom som bør kunne tilrettelegges spesielt for hhv kvinner og menn.

8.2.1 Sammenligning med andre prosjekt, rus og psykisk helsevern

Det finnes noen planforutsetninger fra andre prosjekter innen psykisk helsevern og rus som det er mulig å sammenligne HFP for UNN Narvik med.

Nye Molde sjukehus er planlagt med en integrert enhet for psykisk helsevern. Kapasiteten er planlagt til 36 døgnplasser og 6 skjermingsplasser, og enheten vil være lokalisert midt i bygningsmassen integrert med andre funksjoner i bygget, men også lokalisert i en egen etasje med mulighet for utgang til egne uteområder.

Nidaros DPS i Trondheim er nybygget med 51 døgnplasser, 20 dagplasser og 32 behandlerstillinger for et opptaksområde på 81 000 innbyggere. Det er bygget med en fleksibilitet slik at sengerom skal kunne endres til behandlerkontorer dersom det blir behov for det over tid.

Lade behandlingssenter, Trondheim er en privat institusjon eiet av Blå kors. Behandlingssenteret er inndelt i en familieavdeling med 6 leiligheter (regionalt ansvar for familiebehandling), 2 klinikkavdelinger for hhv kvinner (8 plasser) og menn (11 plasser). Akuttavdelingen består av en avrusingsenhet på 16 plasser, med oppholdstid på ca 8 døgn i gjennomsnitt. I akuttavdelingen er pasientene er frivillig innlagt, men de skjermes for kontakt med utenverdenen. Etter oppholdet i avrusingsenheten går en del videre til utredningsenheten, noen til klinikkavdelingene eller til kollektiver (oftest unge). Det er også en skjermings- og utredningsenhet med 7 plasser som tar imot pasienter både til avrusing og utredning, og pasientene har opphold i gjennomsnitt på 32 døgn (inntil 3 mnd). Utredningsenheten har 7 plasser (hvilende nattvakt og ikke nattvakt på helg). De fleste pasienter i utredningsenheten skal videre til kollektiv. Aktivitetstilbud ved Lade behandlingssenter består av treningsrom (spinning, treningsapparater), en liten klatrevegg, biljard/bordtennis, boblebad. Fysisk fostring sees på som en svært viktig del av behandlingen. Det legges også opp til mye fellesturer.

Trondheimsklinikken (Rusbehandling Midt Norge) er under bygging på Øya, relativt nært St. Olavs Hospital i Trondheim. Trondheimsklinikken er en samlokalisering av alle Rusbehandling Midt-Norges enheter i Trondheimsområdet, og åpner i løpet av 2010. Trondheimsklinikken planlegges med en kapasitet på 40 døgnplasser, hvorav en døgnenhet for ungdom og en for voksne. Sengeområdene planlegges med soner på 3-6 senger og sengeområder som består av 3-4 soner. Dette gjør det mulig å tilpasse sonene til ulike behov, f.eks. skjerming, tilpassing for kvinner osv.

8.3 Poliklinikk, dagområder og spesiallaboratorier

For somatikk er poliklinikker, dagområder og spesiallaboratorier (f.eks. gastrolab., hudbehandlingsrom, cystoskopirom og hjerte- lungelab.) viktige enheter for diagnostikk og behandling, og skal romme både den faste, daglige aktiviteten og i tillegg ambulant virksomhet fra spesialister fra UNN Tromsø. Det legges også til rette for arenaer for samhandling med primærhelsetjenesten, både i form av telestudio, kontor for ambulant personell og fysiske møteplasser.

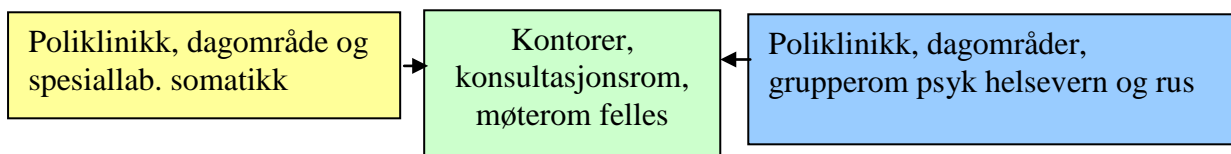
Generelle poliklinikkrom skal kunne benyttes på tvers av fagområdene, og det etableres bookingsystemer for bestilling av tid.

Dagområde for medisinske pasienter er i første rekke områder for pasienter som skal til dialyse eller som skal ha medikamentell behandling (kjemoterapi, infusjoner med div. legemidler, blodtransfusjoner med mer). Det vil også være dagplasser for rehabiliteringspasienter som har behov for spesialisert rehabilitering og som bor hjemme eller i pasienthotellet. Mange pasienter som har opphold i dagplass vil også være til polikliniske konsultasjoner og undersøkelser i spesiallaboratorier samme dag, og det er hensiktsmessig med nærhet og til dels integrasjon mellom disse områdene.

Det vil være geriatrike pasienter som kommer til dagbehandling og utredninger. De kommer oftest med følge. Det er for disse pasientene spesielt behov for tilrettelegging for samhandling mellom profesjoner og mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, og for utredning, fysioterapi/ergoterapi med mer, og det skal være plass for pårørende eller andre som følger pasienten.

Både innenfor rus og psykisk helsevern utgjør dagbehandling og polikliniske konsultasjoner også en stor del av virksomheten. Enkelte som komme til konsultasjoner, behandling i grupper og dagopphold bor hjemme nært sykehuset, mens andre har opphold i pasienthotell. En del av disse pasientene har familie eller ektefelle/samboer med til par- eller familierapi.

For å oppnå faglig samarbeid og bygningsmessig fleksibilitet kan det være hensiktsmessig å legge behandlerkontorer og møterom for både somatikk, psykisk helsevern og rus i det samme området. Figuren under viser en illustrasjon av nærhet mellom funksjonene i den integrerte modellen.



Figur 13 Alternativ 2 Samlokalisert modell

I den samlokaliserte modellen vil poliklinikk og dagområder være mer oppdelt og nærmere tilknyttet de respektive fagområdene for rus, psykisk helsevern og somatikk.

8.4 Akuttmottak, ambulansestasjon, legevakt og observasjon

I idéfasen for UNN Narvik er det foreslått at sykehuset planlegges med felles akuttmottak (FAM). Sykehuset har i dag et vel fungerende felles akuttmottak.

Nasjonalt senter for legevaktmedisin skriver i sin rapport 01/2009 ”...er hjelpa nærmast!” Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt at ”*man registrerer at det er svært sparsom dokumentasjon av FAM-modellen i legevakt... Utifrå litteraturen er det grunn til å vere skeptisk til nytteeffektane av FAM. Ein kan lett få auka ressursbruk utan nyttig helseeffekt..... På grunn av norsk geografi og busetnadsmønster er det lite truleg at FAM tilknytta lokalsjukehus kan bli ein utbredt modell for norsk legevakt. Dei største byane vil truleg vidareutvikle store, døgnopne legevakter, eventuelt samarbeide med foretaka om røntgen, skadepoliklinikk og observasjonssenger, og dei minste sjukehusa vil truleg miste akuttfunksjonar. Da vert det få aktuelle sjukehus tilbake, og dei vil dekke ein liten del av geografien og befolkninga. Nklm meiner difor at FAM ikkje bør vere ein generell modell for integrerte legevakt- og sjukehusenester*”.

I nytt sykehus i Narvik vil man ved en lokalisering av sykehuset på Furumoen ha god nytte av en integrering av legevakt og akuttmottak. Fordelene er at pasientene har én adresse for akutt hjelp, får rask diagnostikk og behandling. Man kan samarbeide nært om opplæring i akuttmedisin og unytte felles pleiepersonell. Dette forutsetter at det legges til rette med gode rutiner for ansvar/roller, bruk av data og håndtering av kostnader og avtalte, standardiserte pasientforløp med kriterier for bruk av diagnostikk. I den integrerte modellen er det felles areal i akuttmottaket, mens i den samlokaliserte modellen er primærhelsetjenestens areal separat.

Akuttmottaket i Narvik sykehus vil daglig ta imot gjennomsnittlig 8-9 somatiske øyeblikkelig hjelp-pasienter. I tillegg kommer noen pasienter innenfor psykisk helsevern og rus. Legevakten tar imot pasienter på kveld/natt/helg/høytider og har legebemannning fra Narvik kommune. De håndterer daglig 25-30 personer, og de fleste av disse har oppmøte i legevakten.

Triage (sortering og prioritering) av pasienter vil både skje prehospitalt og etter at pasienter har ankommet sykehuset. Det er både pasienter med somatisk, psykiatrisk og rusproblematikk som ankommer akuttmottaket, og det legges til rette for god skjerming for pasientene. Det skal være kort opphold i akuttmottaket før pasienten enten legges inn, legges i en observasjonsplass i akuttmottaket, sendes videre til annet sykehus/institusjon eller sendes hjem. Observasjonsplassene forutsettes ved en integrert modell å kunne ta imot pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus, og det forutsettes også at primærhelsetjenesten kan benytte disse observasjonsplassene for avklaring av legevaktpasienter.

Ambulansestasjonen har 4 bilambulanser; 2 døgnbiler, 1 dagbil og en reservebil. Døgnbilene er bemannet med 2 ambulanserearbeidere + evt. lærlinger. De har tilstedevakt i vaktrom i ambulansestasjonen. Ambulanserearbeiderne har opphold i ambulansestasjonen eller bistår med arbeidsoppgaver i akuttmottaket eller andre avdelinger når de er i beredskap. Det er oppvarmet garasje og vaskehall for bilambulansene.

Det legges til rette for god atkomst til akuttmottaket og ambulansegarasjen for bilambulansene. Det er overbygget innkjøring ved ambulanseinngangen for å skjerme pasienten for været ved overføring til akuttmottaket.

Det planlegges helikopterlandingsplass ved sykehuset. Det må her hensyntas både sikker innflygingsrute og rask transport av pasient mellom helikopterlandingsplass og akuttmottak.

8.5 Føde/barsel

Det vil være 2 forløsningsrom i nytt sykehus, samt undersøkelsesrom for å drive poliklinikk. I tillegg vil det være 2 plasser for kvinner som har behov for observasjon før eller like etter fødsel. Etter fødsel overflyttes mor og barn til pasienthotell der de kan ha opphold med barnefar eller annet følge. Enkelte barselkvinner vil ha behov for opphold i ordinære sengeområder ved f.eks. komplikasjoner, keisersnitt eller liknende.

8.6 Operasjon, sterilhåndtering og oppvåkning

Operasjonsenheten i nytt sykehus i Narvik har 4 operasjonsstuer + 1 skiftestue. Håndtering av sterilt sirkulasjonsgods for operasjonsstua og for evt. andre enheter foregår i en steriliseringsenhet integrert i operasjonsenheten. Denne enheten leverer også sterilt sirkulasjonsgods til andre enheter i sykehuset.

En av operasjonsstuene etableres med ventilasjonssystem som tillater protese kirurgi.

Det forutsettes fleksibel bruk av operasjonsstuene mellom fagområdene, og det skal legges til rette for at det alltid er en av operasjonsstuene i beredskap for hastekeisersnitt. En stor del av virksomheten vil være dagkirurgi, og de legges spesielt vekt på gode løsninger for effektiv pasientflyt og arbeidsprosesser.

Dagplasser for dagkirurgi og postoperative overvåkingsplasser planlegges lokalisert slik at de kan benyttes fleksibelt om hverandre.

Cystoskopirom, skiftestue for sårskift (hud) og en skadepoliklinisk skiftestue, samt gipserom vil være lokalisert i poliklinikken. Endoskopilaboratorier vil også være lokalisert i poliklinikken.

8.7 Apotek og legemiddelhåndtering

Sykehuset har i dag en farmasøytisk enhet som tilbereder og distribuerer alle legemidler i et sykehusutsalg. Fremtidige løsninger i de kliniske avdelingene med elektroniske legemiddelkabinett eller elektronisk lagerstyring i medisinrom og evt. Medisintraller, vil påvirke rutiner for legemiddeldistribusjon og – håndtering og gjennom det oppgavefordeling mellom pleiepersonell og personell fra apoteket.

Det legges til rette for tjenester fra sykehusapoteket for blanding av cytostatika og antibiotika. Noe antibiotika leveres som halvfabrikata fra leverandør, og slutttilberedes av pleiepersonell.

Det planlegges med et publikumsutsalg i tilknytning til sykehusapoteket.

8.8 Laboratorier

Laboratoriet i Narvik har prøvetakingsenhet for pasienter som kommer poliklinisk. Prøvetakingsenheten bemannes av bioingeniører, og er både lokalisert nært laboratoriene og med god tilgjengelighet for publikum. Laboratoriet gjennomfører analyser på døgnbasis.

Det er blodbank med enhet for tapping og lagring av blod og blodprodukter.

8.9 Radiologi

I nytt sykehus i Narvik vil det i tillegg til ultralyd, mammografi, konvensjonell røntgen og CT også være MR. Type modalitet kan bli endret i løpet av planleggingsperioden. Ut over dette vil det være mulighet for gjennomlysning ved operasjoner/undersøkelser (C-bue) og mobil røntgen til bruk i tung overvåking/akuttrom. For noen pasientgrupper, slik som slagpasienter og traumepasienter, er det spesielt viktig å få rask og uhindret adgang til radiologisk undersøkelse.

En del av den radiologiske enheten utfører mammografiundersøkelser i et brystdiagnostisk senter. Det vil være mammografiscreening som omfatter stor trafikk og mange pasienter, mens brystdiagnostikk har ultralyd og mulighet for videre diagnostisering. Det er tilrettelagt for overføring av lyd og bilde til UNN Tromsø. Ultralyd benyttes generelt, dvs. også til andre undersøkelser enn til brystdiagnostikk.

Lokalisering av radiologi er viktig for god pasientflyt, og det skal være god tilgang fra FAM, slik at man raskt kommer til med diagnostiske undersøkelser, men også lett tilgang fra poliklinikker (som omfatter det største antallet pasienter). Man bør også kunne komme lett til den radiologiske enheten for inneliggende pasienter uten at disse må kjøres i seng gjennom områder der mange oppholder seg.

8.10 Rehabilitering, aktivisering, fysio- og ergoterapi

For somatiske pasienter vil det være et tilbud om ambulant rehabiliteringsvirksomhet i Narvik. I tillegg er det tilbud om dagrehabilitering for pasienter som har vært innlagt i sykehuset og som bor nært eller som får opphold i pasienthotell.

Tjenester som rehabilitering og fysikalsk behandling er tjenester som vil kunne benyttes felles for somatikk, psykisk helsevern og rus, og som også vil kunne omfatte felles tjenester for primær- og spesialisthelsetjeneste. En felles enhet vil kunne styrke fagmiljøet og bidra til at ressursene (kompetanse, bemanning, rom, utstyr) utnyttes på en god måte. Ved en samordnet tjeneste er det viktig at virksomheten legges slik at den både rettes innad og utad.

Brukere innefor rus og psykisk helsevern har behov for aktiviteter som gir meningsfull aktivisering. Det er individuelt hva som opptattes som meningsfylt, og kan være alt fra pc/tv, matlaging til fysiske aktiviteter innendørs og utendørs. Disse funksjonene kan også benyttes av ansatte og eventuelle besøkende.

8.11 Kontorer og møterom

I nytt sykehus i Narvik vil det være

- Kontorer for daglig ledelse og drift integrert i funksjonsområdene
- Kontorer for øvrig behandlingspersonell; leger, sykepleiere, fysio-/ergoterapeuter mfl.
- Kontorer for administrativt personell og kontorpersoneell/medisinsk skrivepersonell
- Flexkontorer for ambulant personell/gjestepersonell

Noen kontorer for personell som driver direkte pasientrettet behandling er lokalisert nært de kliniske enhetene, og kommer i tillegg til de kontorer som er integrert i enheten (f.eks. behandlerkontorer i rus og psykisk helsevern, avdelingssykepleiere, spesialsykepleiere i poliklinikk eller tilsvarende)

8.12 Undervisning og forskning

Undervisning og forskning er en viktig del av virksomheten ved UNN Narvik. Det vil være både medisinerstudenter, sykepleier- og andre høyskolestudenter, ambulanselæringer og hospitanter i de kliniske enhetene. I tillegg er det undervisning av pasienter og pårørende tilknyttet alle fagområder (somatikk, psykisk helsevern og rus) og primær- og spesialisthelsetjenesten i lærings- og mestringssenteret (LMS).

I nytt sykehus i Narvik vil det være

- Møte-/grupperom integrert i funksjonsområdene
- Felles møterom (bookingfunksjon) og undervisningsrom
- Rom/areal for forskningsvirksomhet (kontor, ferdighetslab., simuleringseenhet eller tilsv.)
- Rom for forskningsvirksomhet (kombinert kontor/lab/undersøkelsesrom)

Arealene for undervisning, forskning og lærings- og mestringssenter vil med fordel kunne samlokaliseres for å utnytte ressursene på best mulig måte.

Grupperom med plass for 10-12 personer er en størrelse som passer godt for studentundervisning, og som også kan benyttes fleksibelt som møterom.

Det planlegges auditorium med flatt gulv (eventuelt med mulighet for å bygge op amfi) med plass for 70 personer.

8.13 Pasientservice og miljøterapi

Funksjonsområdene pasientservice vil være områder som skal være en felles ressurs for alle som er tilknyttet spesialist- og primærhelsetjenestens anlegg på Furumoen.

Pasientservice omfatter hovedatkomst med resepsjon/informasjon, kantine/kafé/kiosk, samt prestetjenester. Den integrerte modellen forutsetter felles hovedinngang for alle. Sykehjemmet vil i tillegg ha behov for å opprettholde en egen inngang, og boområder for rus og psykisk helsevern har behov for egne utganger.

Det er behov for overnattingsmuligheter for pårørende til alvorlig syke pasienter, for barn og i de tilfeller der pårørendes tilstedeværelse er en viktig del av behandlingsopplegget. Det legges til rette med ensengsrom i sengeområdene med overnattingsmulighet for pårørende på rommet, men det vil være behov for rom for pårørende som ankommer om natta eller som ikke kan overnatte på pasientrommet. Dette lokaliseres til pasienthotellenheten. Det finnes også hybelleiligheter der pårørende kan bo sammen med pasienten.

Kantine vil være felles for pasienter, brukere, pårørende/gjester og ansatte og har en beliggenhet som gjør den lett tilgjengelig. Den lokaliseres slik at det er mulighet for pasienter som venter på skyss å oppholde seg der. Kantina har også kioskfunksjon. Denne kan også benyttes av besøkende og beboere fra det kommunale sykehjemmet.

Miljøterapi omfatter rom og funksjoner som ikke ligger innenfor arealrammen, for eksempel sengeområder. Dette er funksjoner som spesielt benyttes av pasienter innenfor rus og psykisk helsevern. I tillegg er det øvrige rom som kan ligge innenfor sengeområdene eller lokaliseres i

felles arealer, slik som kjøkken, datarom, syrom, verksted, musikkrom, gartneri, ”allaktivitetsrom”.

Det er behov for et kapell eller stillerom for seremonier i forbindelse med dødsfall eller andre hendelser der det er behov for omgivelser av kontemplativ art. I tillegg er det behov for areal for pynting og oppbevaring (kjøling) av døde. Furumoen sykehjem har både kapell og stellerom/kjølerom, og det forutsettes at disse kan tilpasses felles bruk for sykehus og sykehjem. Det er i tillegg til dette behov for et rom i akuttmottaket for visning av døde og et stille rom i vestibyleområdet. For kapell/stille rom er det gjennomført en egen utredning⁸.

8.14 Personalservice

Personalservice omfatter garderober for ansatte, studenter og besøkende/gjestarbeidere. Det er mulighet for dusj, og det skal være tilrettelagt for bevegelseshemmede. Det er i tillegg interne garderober for personell i operasjonsenheten.

Det er planlagt 530 garderobeplasser i nytt sykehus. Det er garderobeplasser for alle som ikke har fast kontor plass. Garderobeplasser for ansatte i kommunen kommer i tillegg

Det planlegges med 4 overnattingsrom for vaktpersonell. Disse kan med fordel samlokaliseres med vaktrom for ambulanspersonell.

8.15 Kjøkken, vareforsyning og avfallshåndtering

Sykehuset vil kunne få forsyning av mat fra det kommunale produksjonskjøkkenet ved Furumoen sykehjem. Det ligger rett ved den nye lokaliseringen av sykehuset. Et alternativ kan også være å få mat fra andre leverandører. Det legges til rette for begge alternativene.

En tilrettelegging for felles varemottak for sykehus og sykehjem på Furumoen kan både gi en utnyttelse av felles ressurser og unngå transport av varer og avfall til flere bygg på området.

Sykehuset vil ha et sykehusapotek for mottak, tilberedning og distribusjon av legemidler til de kliniske enhetene. Det er lager for apotekvarer i Harstad. Det vil, dersom det også blir flere kommunale tjenester på området, kunne være aktuelt med et publikumsutsalg i tilknytning til apoteket.

8.16 Renhold, drift og vedlikehold

Renholdsfunksjonen omfatter oppstillingsplasser til renholdstraller, lager for vaskemidler og rengjøringsrom for senger som trenger grundig vask eller reparasjoner. Daglig sengevask skjer på pasientrommene.

FDVU-funksjonen omfatter driftskontrollrom, kontorer til ansvarlige for bygningsmessig og teknisk drift samt vaktmesterfunksjon.

8.17 Medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler

Enhet for medisinsk teknikk har ansvar for mottak, klargjøring, registrering, vedlikehold og noe opplæring av medisinsk teknisk utstyr.

Det planlegges ikke for en enhet for behandlingshjelpemidler, men legges til rette for at det kan være mulig å etablere dette i forbindelse med medisinsk teknisk enhet dersom det senere skulle være behov for dette.

⁸ SINTEF: 100928 mla Kapell, UNN Narvik

8.18 Kommunale tjenester

I forbindelse med det nye lokalsykehuset i Narvik forutsettes det at det vil være kommunale helsetjenester på flere områder. På Furumoen, samme tomteområde som det nye sykehuset skal lokaliseres på, ligger et kommunalt sykehjem.

Det vil være integrerte kommunale funksjoner i sykehuset slik som FAM med observasjonsplasser, intermediærenhet, og lærings- og mestringscenter. I tillegg legges det til rette for en fremtidig lokalisering av andre helse- og sosialtjenester (både kommunale og private) til Furumoen slik som for eksempel sosialkontor, NAV, fysikalsk behandling (sammen med ergo-/fyiso), tannlege, legekontorer, hjemmetjeneste og hjelpemiddelsentral. Det vil være aktuelt å koble disse funksjonsområdene med varm forbindelse til både sykehjem og sykehus.

Omfanget av slike funksjoner er ikke avklart, men det legges til rette for at det er mulighet å bygge til/bygge på opp imot 2-3 000 m² brutto. Dette er utadrettede publikumsfunksjoner der det er behov for lett atkomst utenfra.

8.19 Utomhusfunksjoner

Utomhusfunksjoner er uteområder for bruk for pasienter, pårørende, besøkende og ansatte. Det kan være terrasser, parkanlegg, veier og parkeringsplasser.

Uteområdene er viktige for alle pasientgrupper, men spesielt for pasienter i psykisk helsevern og rus, som er mer mobile enn de fleste somatiske pasienter. Det er behov for uteområder som leder til områder der man kan utøve fysiske aktivitet eller hvile/ro dersom det er ønskelig. Uteområder som inspirerer til aktivisering er en forutsetning. I tillegg er det uteanlegg for miljøtiltak, som for eksempel treningsløype (kort og lang), gartneri/hager med mer.

Det er viktig å legge til rette omgivelsene for barn som pårørende slik at de kan aktiviseres både utendørs og innendørs.

Det vil være behov for ca. 80 parkeringsplasser for bil og 40 plasser for sykkel for ansatte, pårørende/besøkende og pasienter. Forskriften som legges til grunn for beregning av antall parkeringsplasser i sykehus er knyttet til antall plasser per seng (0,4 p-plasser per seng). Virksomhet i sykehus er imidlertid etter hvert endret til å være mer dagvirksomhet, slik at denne beregningsmåten gir lite mening. Det er derfor lagt til 20 parkeringsplasser mer enn forskriften krever, samt flere sykkelplasser for å legge til rette for at ansatt skal benytte sykkel til jobb. I tillegg vil det være behov for ytterligere 35-40 parkeringsplasser for kommunale funksjoner utover behovet fra ansatte i sykehjemmet, samt parkeringsplasser for publikum til kommunale og evt private tilbud. Totalt gir det et behov for ca 200 parkeringsplasser.

I tillegg skal det være plass for at buss ("Helsebuss") skal komme til hovedinngangen for å hente/bringe pasienter.

Det skal være helikopterlandingsplass på området, med direkte inngang til akuttmottaket uten å måtte overflytte pasient i ambulanse.

9 Vurdering av alternativene

Alternativene har vært drøftet både i arbeidsgruppens møter i HFP og skisseprosjektet, i en egen workshop med eksterne deltakere og i styringsgruppens møter. I punktene under oppsummeres noen av de vurderinger som legges til grunn for en anbefaling av alternativene.

9.1 Kvalitet

- **Pasienthensyn**

I et nytt sykehus der somatikk, psykiatri og rus skal være samlokalisert, vil lokalisering av funksjonene og byggets utforming kunne uttrykke prioriteringer og hvilken kunnskap og holdninger man har til de behov hver av pasientgruppene har. En inndeling av funksjoner sier i seg selv mye om at det er det medisinske faglige som er utgangspunktet og ikke pasientenes behov.

En integrert modell for det nye lokalsykehuset der alle funksjonsområder og pasientgrupper samles under ”ett tak”, vil kunne bidra til at man unngår stigmatisering og får en normalisering av forholdet til pasientgruppene rus og psykisk helsevern. Dette er pasientgrupper og funksjonsområder som historisk sett har blitt lokalisert isolert fra omgivelsene og dagligliv i lokalsamfunnet. En integrering i sykehuset bør kunne speile integrering i samfunnet.

Sikkerhet er en viktig del av kvalitet for pasientene. En integrert modell gir en del utfordringer med tanke på å unngå uønsket trafikk inn til ruspasienter fra eksterne tilbydere av rusmidler. Felles hovedinngang med stor trafikk kan gjøre det mindre oversiktlig enn om hvert av fagområdene hadde egne, kontrollerte inngangspartier.

- **Arbeidsmiljø**

En integrert modell gir muligheter for å styrke et tverrfaglig miljø mellom rus, psykiatri og somatikk. Likeledes vil en integrering av kommunale helsetjenester gi en god samhandlingsarena mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne gi et godt arbeidsmiljø gjennom en styrking av et felles fagmiljø gjennom fagutvikling, utvikling av helhetlige pasientforløp og arbeidsmetoder. Identitetsfølelsen som knyttes til en integrert lokalsykehusfunksjon i Narvik vil kunne styrke oppfatningen av et fellesskap.

På den annen side er hvert fagområdes spesialiteter også av stor betydning når det gjelder utvikling av gode arbeidsmiljø. En sterk fagidentitet, som i spesialisthelsetjenesten knyttes sterkt til grenspesialiteter og spesialisert kunnskap og ferdigheter, er viktig for et sterkt og godt fagmiljø. I en modell der fagmiljøene er mer atskilt, kan mange oppleve at det gir større mulighet til å utvikle sin spesialkunnskap.

- **Faglig utvikling**

Som nevnt i punktet over er tilrettelegging for faglig utvikling viktig, og ikke minst for rekruttering av spesialisert personell. Et lokalsykehus med små fagmiljø er sårbare, og en modell med en funksjonsinndeling der man rendyrker fagene kan være med på å styrke rekruttering. En integrert modell vil også være attraktiv dersom det legges til rette med fellesarenaer for undervisning og forskning, der man både kan rendyrke sine spesialiteter og drive tverrfaglig forskning og utdanning. For et lokalsykehus vil samhandling med primærhelsetjenesten i stor grad være fokus, og fagutvikling og forskning innenfor samhandlingsfeltet vil være av stor betydning.

9.2 Driftsøkonomi

En samlokalisert modell vil i større grad enn en integrert modell gi oppdeling av funksjoner slik at det vil bli behov for bemanning i flere ekspedisjoner og innenfor flere service- og støttetjenester. En oppdeling av bygningsmassen gir større avstander for f.eks. forsyningspersonell som igjen kan gi utslag i bemanningsbehov.

Bruk av personell på tvers av fagområder vil være en utfordring, spesielt innenfor områder der spesialisert kompetanse og ferdigheter er nødvendig. Når det gjelder for eksempel pleiepersonell, er bemanning på dag/døgn/helg den mest sårbare, der det kan være hensiktsmessig å ha felles bemanning for rus og psykiatri og for de ulike fagområdene innenfor somatikk, samt mellom

spesialist- og primærhelsetjenesten. En integrert modell med nærhet mellom døgnetenene gir det beste utgangspunktet for utnyttelse av felles bemanningsressurser.

En integrert modell gir et bedre utgangspunkt for logistikk (person- og vareflyt), der man får korte avstander og mindre duplisering av transportruter, bemanning og lagringsområder.

Integrering av funksjoner kan også gi en høyere kostnad, ved at høye byggkostnader og høy brutto/netto (B/N) faktor ”smitter over” fra funksjonsområdene i somatikk til psykiatri og rus. B/N faktor for nye DPS ligger på ca 1,7, (for eksempel Kronstad DPS, Helse Bergen 1,7, nytt østfoldsykehus 1,75) mens somatiske sykehus ligger litt i overkant av 2,0.

9.3 Investeringskostnader

Oppdeling av bygningsmassen i fløyer og egne bygg gir en høyere byggkostnad enn om alt er samlet i ett kompakt bygg. Det blir en dårligere arealeffektivitet enn et kompakt bygg ved at en del areal må dupliseres. En samlokalisert modell vil gi høyere investeringskostnader enn den integrerte (ca 1 200 m² brutto mer areal). I tillegg vil evt. oppdeling i flere bygg kunne øke de bygningsmessige kostnadene (større flate yttervegg/fasade).

En oppdelt bygningsmasse gir samtidig større mulighet for trinnvis utbygging og for utbyggingsmuligheter i flere retninger enn ved mer kompakte løsninger.

9.4 Fleksibilitet

For et lokalsykehus der forutsetninger og virksomheten endres relativt raskt, er det behov for å ha bygg som kan ta opp endringene uten for store ombyggingskostnader og ulemper. Ved å samle relativt like funksjonsområder (senger, poliklinikker, kontorer) på tvers av fagområder i en integrert modell, kan man øke utnyttelsesgraden og elastisiteten (endring av funksjoner i eksisterende bygg). Samtidig kan en integrert modell med en kompakt løsning gi begrensinger for utvikling av områder som blir liggende i byggets kjerne.

9.5 Oppsummert vurdering av alternativene

Samlet sett vil alternativ 1, en integrert modell, være det ønskede alternativet, både sett fra et brukerståsted, fra fagmiljøet og fra et lederperspektiv. I den videre prosjektering og programmering anbefales det at den integrerte modellen legges til grunn, men at man ser på tiltak for å skjerme og sone områder der det ut i fra faglige hensyn eller drifthsyn vil være hensiktsmessig å redusere graden av integrering.

10 Nærhetsbehov

- Poliklinikker, spesialrom og medisinske dagområder har nærhetsbehov slik at det er mulig å utnytte felles romressurser, utstyr og personell.
- Det er behov for lett tilgjengelighet mellom forløsningsrom og operasjonsområdet for raskt å kunne utføre hastekeisersnitt ved behov. For å utnytte jordmorressursen godt bør det være kort avstand mellom sengeområder, forløsningsrom og svangerskapspoliklinikken.
- For pasienter som trenger rask diagnostikk, f.eks. ved skader, for slagpasienter mfl, er det viktig med kort vei fra akuttmottak til radiologi.
- Observasjonsplasser er integrert i akuttmottak/legevakt (FAM). Disse funksjonene har sterkt nærhetsbehov. Begrunnelsen er god utnyttelse av personell og at dette er en viktig samhandlingsarena mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I FAM er legevakt og akuttmottak integrert.
- Ambulansestasjonen skal ligge ved akuttmottaket for å kunne benytte ambulansarbeidere til å bistå i FAM når de er i beredskap.
- Felles Akuttmottak (FAM) bør ha en egen ekstern inngang til ett av undersøkelsesrommene som kan fungere som isolat.
- Det er nærhetsbehov mellom operasjon, postoperativ overvåking, dagplasser kirurgi og tung overvåking. Dette gjelder i første rekke for å få en hensiktsmessig pasientflyt for operasjonspasienter, men også for å kunne utnytte personalressursene best mulig. Disse funksjonene bør legges nært FAM m/observasjonsplasser for også å bruke felles rom, utstyr og personell med disse funksjonene. Tung overvåking kan også samlokaliseres med ordinære senger dersom operasjonsvirkomheten i hovedsak forutsettes å være bare dagkirurgi. Sterilsentralfunksjonen er integrert i operasjonsområdet.
- Pasienthotellet har nærhetsbehov til sengeområdene ved at det skal være mulig å tilkalle hjelp fra helsepersonell ved behov. Barselkvinner skal kunne få bistand fra jordmor, og på grunn av en begrenset jordmorressurs bør pasienthotellet ligge relativt nært sengeområdene for somatikk.
- Skjermingsplassene for rus og psykiatri er lokalisert slik at det er lett atkomst utenfra og fra akuttmottaket og pasienter unngår å måtte komme gjennom publikumsområder for å komme til skjermingsplassene.
- Poliklinikkområder og behandlerkontorer for rus og psykiatri bør samlokaliseres for å utnytte romressursene godt og for å legge til rette for et godt samhandlingsmiljø.
- Intermediærplasser lokaliseres slik at det er mulig å utnytte felles bemanning med sengeområder i sykehuset, i sykehjemmet eller med bemanning fra hjemmetjenesten.
- Det er lokalisert noe av fysio-/ergoterapiarealet integrert i sengeområdene for somatikk. Dette for å kunne utnytte lokalene på kveld og i helger for å mobilisere pasienter.

- For å utnytte arealene for undervisning best mulig, samlokaliseres store møterom, undervisning/forskning og lærings- og mestringssenter. Det lokaliseres med god tilgang både utenfra og fra de interne funksjonsområdene.
- Kapell/stillerom med pynte- og oppbevaringsrom bør lokaliseres med en egen skjermet inn- og utgang. Det bør være lokalisert slik at det er mulig med lett atkomst fra akuttmottaket.
- Laboratoriet og blodbanken bør samlokaliseres for å utnytte personell. Prøvetakingsenheten er en del av laboratoriet (medisinsk biokjemi). Denne bør ligge lett tilgjengelig for publikum og spesielt for poliklinikkene, og samtidig nært laboratoriene for å kunne utnytte personalressursene best mulig.
- Sentrale avfallscontainere skal ha god tilgjengelighet både innenfra og for avhenting fra renholdsfirma.

11 Fleksibilitet og endringsevne

Planlegging av et lokalsykehusanlegg i Narvik står overfor store utfordringer mht fleksibilitet for å ta høyde for mange ukjente faktorer.

Noen viktige områder å ta hensyn til er følgende:

- Elastisitet for utbygging av økt kapasitet dersom opptaksområdet flyttes nordover til å gjelde Midt-Troms-kommunene. Tilsvarende ca 3 sengetun
- Elastisitet for å ha mulighet til å koble til flere kommunale funksjoner til sykehus og sykehjem
- Fleksibilitet i utnyttelse av kontor- og møteromsområder mellom rus, psykisk helsevern og somatikk
- Fleksibilitet for å kunne endre beredskapsfunksjoner uten at det påvirker pasientflyt og arbeidsprosesser

12 Spesielle bygningsmessige behov

12.1 Design

Både innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus er det viktig å tilrettelegge døgnenhetene slik at omgivelsene innbyr til mobilisering og aktivitet. Både innretning av pasientrommet og nærhet til aktivitets- og spiserom er viktig.

Pasienter innenfor rus og psykisk helsevern har behov for omgivelser som gir mye lys og luft. Det er behov for god plass i fellesarealer og korridorer (høyere b/n faktor enn somatikk).

Et viktig prinsipp for somatiske døgn- og dagnheter er visuell kontakt mellom personell og pasientrom. Dette vil gi bedre interaksjon mellom pasienter og personalet, øke sikkerhet, gi kortere responstid, redusere gangavstander for personalet og gi bedre service for pasienter og pårørende. Arbeidsstasjoner i sengetun bør utformes slik at de gir gode arbeidsplasser, god visuell kontakt både med pasientrommene og også med arbeidsstasjoner i andre sengetun. En sammenheng og god kontakt mellom sengetunene er spesielt viktig på kveld, natt og helg når det er lav bemanning.

For rus og psykisk helsevern er det ikke på samme måte behov for visuell kontakt til pasientrommene, men til fellesområdene. Dette skiller somatiske sengeområder fra rus og psykisk helsevern på et vesentlig punkt. Det er imidlertid viktig å ikke skreddersy sengeområdene slik at de ikke over tid kan tas i bruk til ulike pasientkategorier.

Familie og venner er en viktig ressurs for pasientene. Det legges til rette for gode oppholdssoner både på pasientrom og i fellesareal, der pasient og pårørende kan oppholde seg sammen. Med en etter hvert stor grad av flerkulturelle innslag i den norske befolkningen vil tradisjoner med å involvere familien i større grad ved sykdom enn det man har i den norske tradisjonene føre til behov for å legge særskilt til rette areal for besøkende. Dette kan løses blant annet ved å ha noen større pasientrom.

12.2 Bygningsteknikk og tekniske løsninger

Det skal være god takhøyde i rom som har takhengt utstyr eller stort gulvmontert utstyr slik som operasjonsenhet, spesiallaboratorier som f.eks. endoskopilaboratorium, radiologi og i tung overvåking. I tillegg er det viktig med god takhøyde i treningsrom og auditorium.

Ett av operasjonsrommene skal ha ventilasjonsanlegg tilpasset protesekirurgi (LAF tak).

Skjermingsplasser har spesielle sikkerhetskrav for å unngå skader på bygninger/inventar og der uønsket trafikk ut fra og inn til enheten hindres. Vinduer og dører tilrettelegges spesielt mht slike sikkerhetskrav.

Vaskehall for ambulanser har mulighet for trykkspyling av bilene, gode sluk og oljeutskiller og effektive ventilasjonsanlegg. Dagens ambulanserbiler krever god takhøyde for å gi plass for bilens høyde.

Ambulanseinngang bør ha overdekt tak slik at pasienter kan overflyttes uten at det blir en værmessig utfordring.

Helikopterplattform og atkomst fra plattform til akuttmottak skal hensyntas spesielt mht sikkerhet ved innflyging, brannsikringskrav og rask atkomst direkte til akuttmottak, uten å måtte transportere pasienter i ambulanse.

13 Beregnet arealbehov UNN Narvik

Beregning av areal for UNN Narvik tar utgangspunkt i beregnet kapasitetsbehov, scenario 1 (dvs. dagens opptaksområde). Det er foretatt en sammenligning av arealbruk med nye utbyggingsprosjekter, og det forutsettes at arealbruk er på nivå med disse.

Tabell 35 er en sammenligning av **arealstandarder** i nye sykehusprosjekter. Arealstandard for sengeområder i somatikk, UNN Narvik vil være som for nytt sykehus i Vesterålen, det vil si ca 26 m² netto. For intermediærenhet benyttes det en arealfaktor på 30 m². Dette både pga at det er pasienter som i stor grad vil ha behov for plass for ekstra hjelpemidler, men også fordi dette er en liten enhet. Arealstandard for pasienthotell er noe høyere enn for øvrig sykehus, på grunn av at noen av plassene er hybler (for psykisk helsevern og rus).

Tabell 31 Sammenligning av arealfaktorer i nye sykehusprosjekter

Sammenligning arealstandarder nye sykehusprosjekt															
	Heldøgns plasser						Dagplasser			Poliklinikk, m2 netto	Operasjon		Radiologi, m2 netto		
	Ordinære senger, m2 netto	Pasient hotell, m2 netto	Observasjons plasser, m2 netto	Tung overvåking, m2 netto	Intensiv, m2 netto	Voksen psykrus, m2 netto	Psyk/rus, skjerming m2 netto	Kirurgiske dagpl, m2 netto	Medisinske dagpl, m2 netto		Dialyse, m2 netto	Dagkirurgi, m2 netto		Operasjon sentral, m2 netto	Opp våkning, m2 netto
NLSH Vesterålen	25,6	20	22	30				18	18	18	28	110	110	15	80
NLSH Bodø	23,1	22	20	24	36			15	15	22	27	110	110	16	90
St Olavs Hospital	24-26,6							15	15		30	110	110	15	90
Nye Molde sjukehus	26,6		25	30	40	41,9-50		15	15		30	90	110	16	50-90
nytt østfoldsykehus	25,5	23	22	30	42,5	41,5		15	15	20	30	110	110	16	30-90
Ahus	27,8		20	31,2	40			15	15	15	30	110	110	21	90
UNN Narvik	26	24	22	35		40	50	15	20	20	28	120	120	15	90
UNN A-fløy	26	22	22	30	40			15	20	20	28	110	108	15	70-90

Tabell 35 viser arealstandardene brukt i prosjektene i UNN Narvik og UNN A-fløy sammenlignet med andre nye utbyggingsprosjekter. For UNN Tromsø er noen av standardene oppgitt med dagens arealbruk, slik som sentral operasjon og ordinære senger. Narvik vil for operasjon, dagkirurgi ha høyere arealstandard enn Tromsø. Dette er på grunn av at det er færre operasjonsstuer i et lite sykehus enn i de store, og at arealbehov for støtterom vil være relativt sett høyere per operasjonsstue enn for enheter som har mange operasjonsstuer.

13.1 Romprogram alternativ 1, integrering rus, psykisk helsevern og somatikk

Alternativ 1 har et romprogram som resulterer i et samlet behov på 13 332 m2 netto. Forutsetter man sambruk mellom sykehus og kommunale funksjoner utgjør kommunens andel i det nye sykehuset 437 m2 (FAM, felles lager, kantine, LMS osv). I tillegg vil kommunens areal for intermediærenhet og nye funksjoner gi et samlet areal på 1 316 m2 netto. Det vil si et totalt utbyggings-/leieareal på 1 766 m2 for kommunale funksjoner. Totalt utbyggingsareal er 14 648 m2 netto.

Alternativ 1 med en integrert modell gir det beste utgangspunktet for felles bruk av areal sammenlignet med en samlokalisert modell. Dersom man velger en samlokalisert modell vil arealbehovet blir noe større (ca 800 m2 netto) totalt.

Romprogrammet for alternativ 1 forutsetter en integrert modell, der en stor del av funksjonene og arealet er lagt opp for sambruk. Det forutsettes imidlertid at det vil kunne være mulig å skjerme og sone arealer der det er behov for dette.

Tabell 32 Romprogram alternativ 1, integrert modell, UNN Narvik

Romprogram Narvik - alternativ 1, Integrert modell						
Delfunksjon	Antall plasser, rom	Areal pr plass, pr rom	Totalt areal	Areal sykehus	Areal kommune	Kommentarer
Normalsengeområde	44	26	1144	1144	0	somatikk
Normalsengeområde	24	40	960	960	0	rus
Normalsengeområde	15	40	600	600	0	psykiatri
Tung overvåking	5	35	175	175	0	
Skjerming	12	50	600	600	0	rus og psykiatri
Føde	2	80	160	160	0	2 forløsningsrom, 2 obs plasser
Pasienthotell	22	24	536	535,92	0	inkl 4 hybelleiligheter. 2 av leil v sengeomr rus/psyk
Observasjon	6	22	132	110	22	3 somatikk, 1 rus, 1 psyk, 1 legevakt
Dagområde	23	18	423	423,2	0	10 dagkir og 13 med/dialyse/rehab
Operasjon	4	120	480	480	0	inkl 1 skiftestue
Oppvåkning	8	15	120	120	0	
Sterilsentral			150	150	0	
Poliklinikk	15	28	420	420	0	somatikk
Poliklinikk psykiatri	32	20	640	640	0	10 BUP og 22 VOP
Poliklinikk rus	22	20	440	440	0	Behandlerkontorer
Radiologi	7	90	630	630	0	
Kliniske spesiallaboratorier			285	285	0	
Felles administrativ ressurs	123	8	984	984	0	inkl bookingkontor, legekontorer, gjestekont., KoRus
Kantine	120	2	240	220	20	felles besøkende, personalet
Kantinekjøkken			80	70	10	
Sentrallager			320	260	60	
Ambulansetjeneste			250	250	0	inkl vaskehall, garasje 4 biler
Akuttomtak			280	280	0	
Legevakt			80	0	80	
Kliniske støttefunksjoner			100	100	0	Logoped, sosionom med mer
Fysio/Ergoterapi			400	400	0	inkl treningslokaler
Miljø			200	200	0	Datarom, syrom, verksted, musikkrom, gartneri?
Resepsjon			116	80	20	vestibyle, inkl stillerom
Lærings- og mestringssenter			150	75	75	
Klinisk biokjemi			250	250	0	
Transfusjonsmedisin og blodbank			100	100	0	
Apotek			120	120	0	
IKT drift			60	50	10	
Renhold			100	90	10	
Sengehåndtering			100	90	10	
Tøyhåndtering			100	90	10	
Medisinsk teknikk			100	100	0	
Behandlingshjelpemidler			0	0	0	
FDVU			150	130	20	Vedlikehold, teknisk drift bygg
Avfallshåndtering			150	110	40	oppsamlingsrom, containere
Beredskap			40	40	0	Lager, utrykning tøy/utstyr
Transport og portør			80	70	10	oppstilling traller, vogner, mottaks kontor varer
Garderobe	530	0,9	477	477	0	
Overnatting			50	50	0	Vaktpersonell
Forskning			80	70	10	Kontor/lab/us rom
Undervisning			200	170	30	Auditorium 70 plasser
Garasjer	5	20	80	80	0	4 biler rus, psyk, 1 bil somatikk
Totalt			13332	12879	437	Integret i nytt Sykehus
Ekspedisjon, post	1	25	25	0	25	
Intermedisære døgnplasser	12	30	360	0	360	Kommune
Fysio/Ergoterapi	1	20	20	0	20	Kommune
Hjemmetjeneste			265	0	265	Kommune
Div helse, velvære, sosial			200	0	200	Kommune/privat
Kapell, stillerom			80	40	40	Kjølerom, pynterom
Helsestasjon/jordmor			100	0	100	
Hjelpemiddelsentral			150	0	150	
Garderobes	40	0,9	36	0	36	
Garasjer	4	20	80	0	80	Kommune
Totalt			1316	40	1276	Kommunale funksjoner
Totalt areal Furumoen			14648	12919	1713	Sykehus og kommune

14 Sammenligning av arealer

For å vurdere kapasitet og areal med tidligere planer (idefasen) for UNN Narvik og med planene for nytt sykehus i Vesterålen er det satt opp en sammenligningstabell under fordelt på delfunksjoner.

Tabell 33 Sammenligning romprogram HFP, romprogrammet idefasen og romprogram i DFP for NLSH Vesterålen

Sammenligning areal UNN Narvik				
	Narvik - integrert modell	rapporten, UNN Narvik	Vesterålen, programmert	Kommentarer
Delfunksjon	Areal netto m2	Areal netto m2	Areal netto m2	
Normalsengeområde, somatikk	1144	1548	1691	Idefase og Vesterålen inkl rehab
Normalsengeområde, rus	960	0	0	
Normalsengeområde, psykiatri	600	525	0	Vesterålen psyk i eget bygg
Tung overvåking	175	150	203	
Skjerming	600	0	0	
Føde	160	100	178	
Pasienthotell	536	120	278	
Observasjon	132	110	81	
Dagområde	423	422	257	Kun somatikk
Operasjon	480	330	455	Vesterålen inkl sterilsentral
Oppvåkning	120	75	165	
Sterilsentral	150	100		
Poliklinikk	420	532	613	Vesterålen: Inkl spesialrom Idefase, noe spesialrom
Poliklinikk psykiatri	640	584		Inkl dagplasser psyk
Psyk beredskapsteam	0	72		I HFP inkl i polikl
Poliklinikk rus	440	0		
Radiologi	630	540	404	
Kliniske spesiallaboratorier	285	180		
Felles administrativ ressurs	984	760	398	Vesterålen - kontorareal fordelt på kliniske funksj
Kantine	240	400	448	Idefase all personalservice
Kantinekjøkken	80	100		
Sentrallager	320	300	334	
Ambulansetjeneste	250	120	141	
Akuttomtak	280	300	281	Idefase: FAM
Legevakt	80	0		
Kliniske støttefunksjoner	100	0		
Fysio/Ergoterapi	400	250	242	
Miljø	200	0		
Resepsjon	116	200	172	Idefase: All pas service
Lærings- og mestringssenter	150	100		Vesterålen i eksisterende bygg
Klinisk biokjemi	250	290	323	Idefase og Vesterålen: Både lab og blodb
Transfusjonsmedisin og blodbank	100	0		
Apotek	120	0		
IKT drift	60	0	75	
Renhold	100	70	57	
Sengehåndtering	100	70	72	
Tøyhåndtering	100	50	70	
Medisinsk teknikk	100	50	59	
Behandlingshjelpemidler	0	80		
FDVU	150	100	89	
Avfallshåndtering	150	90	136	
Beredskap	40	0		
Transport og portør	80	40	69	
Garderobe	477	0		
Overnatting	50	0		
Forskning	80	0		
Undervisning	200	200		Idefase: Undervisning og forskning
Garasjer	80	0		
Kapell, visning	40	40		
Kommunale legekontorer	0	150		
Totalt	13332	9148	7291	

Romprogrammet som vist i tabell 38 er høyere enn for idéfasen. Hovedårsaken ligger i økningen i virksomheten, der rus har kommet inn som en ny funksjon.

14.1 Totalt areal sammenlignet med dagens areal

Tabell 34 Sammenligning av programmert areal UNN Narvik og dagens bruttoareal i Håkvik og Sykehusaugen

Romprogram for alternative modeller UNN Narvik - sammenligning med dagens areal								
	Somatikk, netto m2	Rus, netto m2	Psykisk helsevern, netto m2	Rus og psykisk helsevern, netto m2	Primærhelseetjeneste netto m2	Felles, netto m2	Totalt netto m2	Brutto m2
Samlokalisert modell	6606	2427	2355	600	245	1930	14163	27618
Integrert modell	3567	0	0	2230	0	7535	13332	25997
Totalt nytt sykehus på Furumoen, integrert modell								25997
Areal DPS Håkvik								3823
Areal Nordlandsklinikken								4007
Areal Sykehusaugen								17651
Totalt dagens sykehus								25481

Et nytt anlegg på Furumoen er omtrent likt med dagens brutto areal, forutsatt en b/n faktor på 1,95. Det er inklusiv areal til primærhelsetjeneste integrert i sykehuset, men eksklusiv nye kommunale funksjoner (intermediær, hjemmetjeneste, hjelpemiddelsentral mm).

15 Konsekvenser for kompetanse, drift og bemanning

Utbyggingsprosjekter initierer eller legger ofte inn forutsetninger om endringer som har betydning for organisering av tjenestene, kompetanse og bemanning.

Samhandlingsreformen forutsetter omfattende endringer, og forholdet mellom lokalsykehusene og kommunene er ett av de grensesnittene der det er behov for å igangsette samhandlingstiltak alt i fra avtaler til utvikling av felles pasientforløp, systemer for ambulant virksomhet, systemer for informasjonsutveksling, opplærings- og kompetanseutviklingsprogram med mer.

Et nytt sykehus i Narvik gir muligheter for integrering av virksomhet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste i samme bygg og på samme tomt. Med lokalsykehuset og sykehjemmets plassering på Furumoen gir det en mulighet for å utvikle området med flere tjenester innenfor kommunale helse- og sosialtjenester.

For UNN Narvik er det startet en prosess gjennom deltakelse fra Narvik kommune i arbeidsgruppa for konseptfasen, dialogmøte med kommunene i UNN Narviks lokalsykehusområde og møte med kommuner som er i UNN HF's opptaksområde. I disse møtene vil man ha en mulighet til å diskutere de forutsetninger som planlegging og bygging av et nytt sykehus medfører og hvilke muligheter og utfordringer som ligger i dette.

Integrering av virksomhetene for somatikk, psykisk helsevern og rus gir muligheter for felles kompetanseutvikling i en helt ny virksomhetsmodell. Det vil kunne legges til rette for bruk av felles ressurser, både bygg, personell og utstyr.

Fleksible bruk av rom på tvers av fagområder, slik som felles sengeområder og poliklinikkrom, vil kunne gi driftseffektive enheter, men vil samtidig utfordre organisasjonen i å se virksomheten som en helhet med felles bruk av ressurser og samtidig legge til rette for høy faglig kvalitet.

En endring i bygningsmessig struktur slik som ensengsrom og sengetun medfører endring i arbeidsmåter der personalet kommer nærmere pasientene, gangavstandene blir kortere og mer av aktiviteten kan foregå inne på pasientrommet. Arbeidsflyt og roller vil endres, noe man bør forberede organisasjonen på i forkant av innflytting.

16 Videre planlegging

HFP og utarbeidelse av skisseprosjekt har vært gjennomført parallelt for derved å koordinere og tilpasse program og prosjektering. Det gir konseptrapporten et entydig grunnlag som gir et godt grunnlag for neste planfase.

HFP for UNN Narvik er en del av konseptfasen, og summeres opp i konseptrapporten som skal legges til grunn for beslutning om videre planlegging.

Delfunksjonsprogrammet (DFP) er neste trinn i programmeringen, og et plandokument som er input i forprosjektfasen. Det bør ferdigstilles når det er gitt signaler for videre planlegging.

Samtidig med at DFP utarbeides, bør det igangsettes en organisasjonsutviklingsprosess for å gjennomgå de endringer som planene for nytt sykehus forutsetter. Hensikten er både å forberede organisasjonen på en ny virksomhetsmodell og å kunne implementere endringer i eksisterende virksomhet, der det ikke er direkte avhengigheter av nytt bygg.

Et nytt sykehus på Furumoen gir en unik mulighet for samhandling på tvers av fagområdene somatikk, rus og psykisk helsevern og mellom spesialist – og primærhelsetjeneste slik at befolkningen i området kan få god tilgjengelighet til helsetjenester og fagmiljøene kan utnytte situasjonen ved å være lokalisert på samme sted til samhandling, forskning og utvikling.

Vedlegg 1

Mandat for Konseptfasen UNN Narvik

Mandatet som er lagt til grunn for arbeidet i konseptfasen for UNN Narvik speiler de overordnede målsettingene:

1. Det skal planlegges et lokalsykehus som samlokaliserer og integrerer somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Sykehuset skal lokaliseres slik at atkomsten fra Indre Troms (nordfra) blir god
3. Konseptet skal ivareta overordnede nasjonale og regionale føringer for drift av lokalsykehus
4. Konseptet skal baseres på pasientforløpene, og ikke på tradisjonelle organisatoriske og faglige skillelinjer i medisinen
5. Konseptet skal ligge i forkant av samhandlingsreformens ambisjoner og legge til rette for utstrakt samhandling med primærhelsetjenesten, ikke bare i vertskommunen, men også med omkringliggende kommuner. Dette kan nødvendiggjøre integrering av satellitter i omkringliggende kommuner i konseptet.
6. Konseptet skal utvikle et arkitektonisk uttrykk som trekker linjer til Narvik sykehus' historie, og som synliggjør den samiske minoritetsbefolkningen i opptaksområdet
7. Konseptet skal baseres på telemedisinske og andre teknologiske løsninger som kan understøtte at samhandling tas i bruk fullt ut
8. Konseptet skal integrere ambisjonen om å utvikle en generell undervisnings- og forskningsarena som legger spesielt godt til rette for slike aktiviteter rettet inn mot samhandling og helsetjenesteforskning.
9. Konseptet skal ledsages av et forslag til et organisasjonsprosjekt som utvikler en ny og kostnadseffektiv organisasjon tilpasset driftskonseptet
10. Konseptet skal ivareta alle moderne krav til miljøvennlig byggeprosess og drift
11. Konseptfaseplanleggingen skal starte med at det avholdes et konsensusmøte mellom Overordnet samarbeidsorgan for UNN og kommunene, berørte kommuner i opptaksområdet og berørte regionråd.

Gjennom vedtak i UNN HF's styre er det gitt følgende forutsetninger:

- Det skal utredes en eller flere skisser til framtidens lokalsykehus i Narvik
- Sykehuset skal bygges som nybygg.
- De foreliggende plandokumentet for Prosjekt Sykehusaugen tar utgangspunkt i eksisterende bygningsmasse, men det hovedfunksjonsprogrammet for nytt sykehus som skal utarbeides skal utformes uten begrensninger av tidligere bygningsmasse.
- Planleggingen skal sikre en størst mulig fleksibilitet i utforming av bygningsmassen.
- Nært og dynamisk samarbeid med omgivelsene herunder UNN Narvik som en del av helheten i UNN HF. Framtidige UNN Narvik er en del av den totale virksomheten i UNN HF som også omfatter UNN Harstad og UNN Tromsø.
- Det skal planlegges for endringsprosesser som både viser effektivisering av den daglige driften og som gjør bygningene bedre tilpasset det fremtidige behovet.

Med utgangspunkt i kravet om et helhetlig planleggingsgrunnlag for både UNN Narvik og UNN A-fløy har ledergruppen ved UNN gitt følgende presiseringer og føringer for planleggingsarbeidet:

- Det skal vurderes effekter av endring i forbruksmønster
 - *Skal UNN "nedjusteres" til landsgjennomsnittet for forbruksrater*
 - *Gjøre beregninger av endring i forbruksmønster for Narvik som Harstad (best practice), alderskorrigering av data*
 - *Forbruksmønster likt for by og land. Nordtroms sitt nivå*

- Det skal vurderes effekter av endring i opptaksområder
 - *Korteste reisetid er utgangspunktet (langs vei for øhj pasienter)*
 - *Vise scenarier med endring i kapasitetsbehov ved flytting av opptaksområder der f.eks Bardu, Målselv inngår i Narvik sitt lokalsykehusområde*
 - *Narvik og Harstad justeres ihht tilgjengelig kapasitet i Tromsø*
 - *Unngå "lekkasje" av lokalsykehuspasienter fra Narvik og Harstad til Tromsø*
 - *"Lekkasje" av pasienter innen rus*
 - *"Lekkasje" av ortopedipasienter til Trondheim (Stokkanklinikken)*
- Det skal vurderes effekter av endring oppgavefordeling
 - *Sentralisering kreftkirurgi og ortopedi*
 - *Kirurgiske kreftpasienter ferdigbehandles i Tromsø (dvs. ikke tidlig overflytting av "tunge" pasienter)*
 - *Kun elektiv ortopedi i Narvik?*
 - *Desentralisering av spesialistpoliklinikk (ta hensyn til ny utredning)*
- Det skal vurderes effekter av Samhandlingsreformen
 - *Etablering/videreføring av DMS → TMS, Finsnes, tilsvarende tilknyttet Narvik?*
 - *Vurdere muligheten for etablering av kommunale funksjoner i tilknytting til nytt sykehus*
 - *Alle liggedager for utskrivingsklare pasienter flyttes til primærhelsetjenesten*
- Pasienthotellplasser og observasjonsplasser legges i tilknytting til hhv sengeområde og akuttmottak i Narvik
- Slagpasienter primærbehandles i Narvik. Noen få sendes til Tromsø for intervensjon
- Spesialisert rehabilitering skjer i Harstad og Tromsø. Ambulante rehabiliteringsteam i Narvik
- Det planlegges slik at det er mulig å etablere FAM (usikkerhet rundt effekt)
- Ambulansestasjon legges inn i nytt sykehus
- Narvik skal ha MR (Tromsø PET)
- Utnyttelsesgrader:
 - 85 % utnyttelse i ordinære sengeområder
 - Poliklinikker – ikke høy utnyttelsesgrad. Skal ha kapasitet for å kunne ta endringer og for ambulant virksomhet

Vedlegg 2

Rapport om forbruksmønstre

Befolkningens forbruk av helsetjenester og spesielt forventninger til spesialisthelsetjenestens tilbud både mht kvalitet og tilgjengelighet er økende. Dette er forventninger som virker inn på aktivitetsnivå og driftskostnader. Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten omkring håndtering av oppgaver er svært aktuelt for å kunne styrke kvalitet og håndtere den økende etterspørselen og kostnadene.

Stortingsmelding nr.47 (2008-2009), "Samhandlingsreformen"⁹, gir føringer som kan få stor innvirkning på beregning av dimensjoneringsgrunnlaget for sykehus. Ved at man har fokus på å styrke primærhelsetjenesten slik at en større del av diagnostikk og behandling kan utføres der, eller i samhandlingstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, vil det påvirke kapasitets- og kompetansebehov og organisering i spesialisthelsetjenesten. Det vil påvirke primærhelsetjenesten innenfor de samme områdene, og forutsetter god samhandling omkring pasientforløpene, ansvarsforhold, kompetanseutvikling og økonomiske forhold. Dette er en trend også i øvrige europeiske land, og den drives både av hensyn til kostnader og til kapasitet knyttet til utfordringen som veksten i fremtidig antall eldre gir. Den drives også av kvalitet, der behandling av pasienter i primærhelsetjenesten for en del grupper gir bedre resultater enn i spesialisthelsetjenesten.

Dersom man forutsetter at det ved hjelp av kommunale (eventuelt interkommunale eller felles for kommune og helseforetak) tiltak kan bygges opp kompetanse, kapasitet, rutiner og derved styre pasientstrømmene, vil dette få betydning for dimensjonering av sykehusene.

Som grunnlag for en vurdering av befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester og med det potensial for endringer, er det foretatt noen sammenligninger.

I denne analysen har vi sett på forbruk av døgnopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner per 1 000 innbyggere i de ulike kommunene i UNN HF's lokalsykehusområde. Vi har også sett på en del kommuner ellers i landet som har satt i gang tiltak som for eksempel distriktsmedisinske senter (DMS)¹⁰. Forbruksratene er kjønns- og aldersjustert.

For befolkningen som bor i Nord-Troms (kommunene Skjervøy, Kåfjord, Nordreisa og Kvænangen) er forbruksmønsteret av spesialisthelsetjenester i form av opphold i sykehus for befolkningen vesentlig lavere enn for befolkningen i de øvrige kommunene i UNN HF's nedslagsfelt. Dette stiller spørsmålet om det er en effekt av det tjenestetilbudet som ytes både i Sonjatun helsesenter og fra primærhelsetjenesten generelt i kommunene.

Sammenligningene er foretatt for å se hvordan forbruket av sykehustjenester hadde vært dersom UNN HF hadde et forbruksmønster

- 1) likt befolkningen i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge (resten av landet)
- 2) likt befolkningen i hhv laveste land- (2A) og bykommune (2B) innad i UNN HF
- 3) likt befolkningen som sokner til Nord-Troms kommunene ("Sonjatuneffekten")

⁹ St.meld. nr 47 (2008 -2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid

¹⁰ I Samhandlingsreformen benevnt som Lokalmedisinske senter (LMS)

Forbruk av spesialisthelsetjenester for befolkningen i UNN HF i 2007, 3 scenarier

Forbruksmønster 2007 - Sammenligning alle tre scenarier				
	Antall døgnopphold	Antall liggedager	Antall dagopphold	Antall polikliniske konsultasjoner
Scenario 1, Norge, eks Helse Nord	178	839	116	754
Scenario 2A, beste landkomm.	119	588	42	490
Scenario 2B, beste bykomm.	150	896	81	851
Scenario 3, Sonjatun	130	663	82	595
UNN HF	164	898	127	896

Tabellen over illustrerer den samlede effekten av de tre ulike scenariene. I den videre drøfting av potensial for omstilling er scenario 3 – dvs. forbruksmønster tilsvarende gjennomsnittet for kommunene tilknyttet Sonjatun helsesenter belyst spesielt.

Bykommuner har alltid hatt et annet forbruksmønster enn distriktskommunene. Dette handler mye om tilgjengelighet til tjenestene. ”Beste” bykommune i UNN HFs opptaksområde er Harstad. Det er her et lavere forbruk av spesialisthelsetjenester enn i Narvik og Tromsø. Dersom befolkningen i Narviks opptaksområde skulle hatt det samme forbruket som befolkningen i Harstad, ville det utgjøre et redusert antall liggedager på ca 2 300, eller ca 7-8 senger gitt dagens aktivitet.

Forbruk som ”Sonjatunkommunene”

Samhandlingsreformen forutsetter en endring i oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, der det *”kan vurderes å bygge opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold”*. Dette omfatter tjenestetilbud som *”behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, observasjon for å avklare evt. behov for innleggelse i sykehus og etterbehandling og rehabilitering etter sykehus opphold før utskriving til eget hjem”*.

Tabellen under viser at de fire kommunene, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvæningen som sokner til Sonjatun helsesenter har lavere forbruk av sykehus tjenester enn de andre kommunene i UNN HF's opptaksområde. Vi har derfor sammenlignet gjennomsnittsforkbruket for kommunene som sokner til Sonjatun med resten av kommunene i opptaksområdet til UNN HF i hver aktivitetskategori (døgnopphold, dagopphold, liggedager og polikliniske konsultasjoner).

Forbruksmønster liggedager per 1000 innbyggere – sammenligning med gjennomsnittet for ”Sonjatunkommunene”

Forbruksrater liggedager per 1000 innbyggere - Sammenligning med gj.snitt for "Sonjatunkommunene"				
Kommunenr	Kommune	stand.rate	Sonjatun	Absolutt endring
		2008		
		totalt		
1851	Lødingen	859	663	(196)
1852	Tjeldsund	863	663	(200)
1901	Harstad	896	663	(233)
1911	Kvæfjord	851	663	(188)
1913	Skånland	974	663	(311)
1915	Bjarkøy	859	663	(196)
1917	Ibestad	827	663	(164)
1805	Narvik	982	663	(319)
1853	Evenes	902	663	(239)
1854	Ballangen	886	663	(223)
1919	Gratangen	889	663	(226)
1920	Lavangen	911	663	(248)
1923	Salangen	1099	663	(436)
1902	Tromsø	929	663	(266)
1922	Bardu	697	663	(34)
1924	Målselv	815	663	(152)
1925	Sørreisa	1030	663	(367)
1926	Dyrøy	931	663	(268)
1927	Tranøy	1006	663	(343)
1928	Torsken	1297	663	(634)
1929	Berg	742	663	(79)
1931	Lenvik	1050	663	(387)
1933	Balsfjord	865	663	(202)
1936	Karlsøy	872	663	(209)
1938	Lyngen	731	663	(68)
1939	Storfjord	891	663	(228)
1940	Gáivuotna Kávfjord	676	663	(13)
1941	Skjervøy	805	663	(142)
1942	Nordreisa	588	663	75
1943	Kvænangen	609	663	54
TOT	Total	898	663	(235)

Tabellen over viser at med dagens forbruksmønster er det et behov for 324 senger (gitt utnyttelsesgrad på 85 %) for befolkningen bosatt i UNN Tromsøs opptaksområde. Dersom forbruksmønsteret ble som for Sonjatunkommunene, vil kapasitetsbehovet bli redusert med 91 senger til 233.

Dersom man overfører forbruksmønsteret til ”Sonjatunkommunene” på for eksempel UNN Narviks opptaksområde, vil det medføre et redusert behov på 27 senger. Forutsetter man så at 70 % av pasientene bosatt i området innlegges ved Narvik sykehus, gir ”Sonjatuneffekten” et redusert behov på 19 senger i Narvik.

Konsekvenser av ”Sonjatuneffekten” på befolkningen i Narvik sykehus’ opptaksområde

Narvik sine kommuner som Sonjatun 2008							
Kommune	Ant innb.	Rate 2008	Sonjatunrate	Diff.	Liggedg	Liggedg Sonj	Diff liggedg.
Narvik	18348	982	663	319	18018	12165	5853
Evenes	1345	902	663	239	1213	892	321
Ballangen	2623	886	663	223	2323	1739	584
Salangen	2203	1099	663	436	2422	1461	961
Lavangen	1023	911	663	248	932	678	254
Gratangen	1151	889	663	226	1024	763	260
Totalt	26693				25931	17697	8234
Beregnet antall senger befolkningen i Narvikområdet, 85% utnytt.					84	57	27
Andel innl. ved Narvik sykehus 70%, 85% utnytt.					59	40	19

”Sonjatuneffekten” har sannsynligvis å gjøre med mange forhold. Tilgjengelige tjenester (radiologi, sykestue/observasjonsplasser, rehabiliteringsplasser med mer) ved Sonjatun helsesenter som forhindrer innleggelse ved UNN Tromsø er vesentlige faktorer. Stabil legebemannning i primærhelsetjenesten, lang reisevei og befolkningens forventninger til tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester er også viktig.

For å kunne se nærmere på tjenestetilbudet i disse kommunene, har vi sammenlignet dem både ut fra kostnader til helsetjenester, antall sykepleiere og leger og de faktiske kapasiteter som finnes når det gjelder antall observasjonsplasser, rehabiliteringsplasser osv. Vi har også sammenlignet dette tiltaket med andre tilsvarende tiltak for å se på hva som eventuell skiller dem. De andre tiltakene er Alta DMS, Finnsnes DMS, Fosen DMS og Stjørdal DMS.

Befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester i sykehus for kommuner som har etablert DMS

DMS område	Forbruks- mål	Reisetid, min. til lokal sykehus	Behovs indeks	Stand. totalt opphold per 1000 innb	Stand. totalt liggedg per 1000 innb	Stand. ant øhj liggedg per 1000 innb
Hallingdal	Snitt	173	1,03	227	990	553
Fosen	Snitt	95	1,10	239	1011	690
Stjørdal	Snitt	65	1,05	235	973	653
Rana	Kun Rana	0	1,11	246	1138	797
Lenvik	Snitt	154	1,21	226	1013	659
Sonjatun	Snitt	236	1,22	208	927	572
Alta	Snitt	318	1,11	263	1132	708

Tabellen viser at det er stor forskjell i de ulike ”DMS-områdene”, der befolkningen i Sonjatuns opptaksområde har det laveste forbruket både når det gjelder antall opphold og antall liggedager sammenlignet med de andre områdene. De har også den høyeste behovsindeksen¹¹. Lang reiseavstand kan virke inn, men Alta har lang reiseavstand og allikevel et høyt forbruk.

Hvilket tiltak som har best effekt i kommunene vil være ulikt om det gjelder en bykommune eller en liten distriktskommune eller samarbeid mellom kommuner. Det er viktig å legge til rette for en god dialog med beslutningstakere i kommunene.

For beregning av omstilling knyttet til det nye sykehusets kapasitet, er endringene vist i pasientforløpsmodellen i forhold til prosentvis endring for hver diagnosegruppe.

¹¹ **Behovsindeks:** Variablene er: Andel sykemeldte, andel uføretrygdete (20-66 år), andel med rehabiliteringsytelser (20-66 år), andel uten utdanning utover grunnskole (20-59 år), levekårindeks (0-19 år), levekårindeks (67 år og eldre), klima- og breddegradsindeks (0-66 år), klima- og breddegradsindeks (67 år og eldre). Klimavariablene ble kun innvektet med 20 prosent av beregnet vekt ettersom variabelen i inntektssystemssammenhenger ny. For detaljer om indikatorer som er inkludert og vektning av disse, se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2008/nou-2008-2/9.html?id=497949>

Vedlegg 3 Pasientforløp

Dette vedlegget viser i detalj noen av de pasientforløpene som har flest antall liggedager og/eller opphold i UNN Narvik

Pasienter med ondartet svulst

Denne gruppen omhandler pasienter med ondartede svulster, dvs. kreftpasienter med unntak av pasienter som behandles med kjemoterapi (ICD10 kode C).

Aktivitetstall

Aktivitetsdata for ICD10 gruppe C Ondartede svulster, UNN Narvik 2007

Nr	ICD10 kode	Diagnose gruppe	Antall opphold	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Gj snitt liggetid	Ant øhj heldøgn innl	% øhj av alle heldøgns opphold	Kir DRG	% Kir DRG av alle heldøgns opphold	Ant dag opphold
12	C	Ondartede svulster	146	143	1259	8,8	120	84	32	22	3

I UNN Narvik var det i 2007 143 døgnopphold for denne pasientgruppen og gjennomsnittlig liggetid var 8,8 døgn. De fleste var innlagt til diagnostikk og/eller medisinsk behandling. 22 % var kodet med kirurgisk DRG (dvs. operasjonspasient).

Forbruksmønster for pasienter som er innlagt med ondartede svulster, Helse Nord sammenlignet med landet for øvrig, døgnopphold:

Sammenligning forbruk døgnopphold for pasienter med ondartede svulster

Døgnopph. per 1000 innb as values	2008					
	Helse Sør-Øst	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Private	Alle behandlingssteder
Bor i Helse Sør-Øst	16,56	0,10	0,05	0,01	0,01	16,73
Bor i Helse Vest	0,42	14,27	0,07	0,01	0,01	14,79
Bor i Helse Midt-Norge	0,53	0,16	16,84	0,02	0,07	17,62
Bor i Helse Nord	0,82	0,18	0,36	16,39	0,00	17,75
Alle bosteder	9,48	3,07	2,42	1,59	0,02	16,57

Forbruksmønster for pasienter som er innlagt med ondartede svulster, Helse Nord sammenlignet med landet for øvrig, liggedager:

Sammenligning forbruk liggedager for pasienter med ondartede svulster

Liggedager per 1000 innb as values	2008					Alle behandlings steder
	Helse Sør- Øst	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Private	
Bor i Helse Sør-Øst	106,01	0,40	0,23	0,03	0,01	106,69
Bor i Helse Vest	2,77	105,09	0,32	0,03	0,00	108,21
Bor i Helse Midt-Norge	2,95	1,04	110,14	0,06	0,00	114,19
Bor i Helse Nord	5,65	0,99	1,93	117,45	0,00	126,02
Alle bosteder	60,63	22,33	15,69	11,38	0,01	110,05

Utvikling i gjennomsnittlig liggetid for pasienter i gruppen ondartede svulster ved UNN HF:

Utvikling gjennomsnittlig liggetid for pasienter med ondartede svulster UNN HF

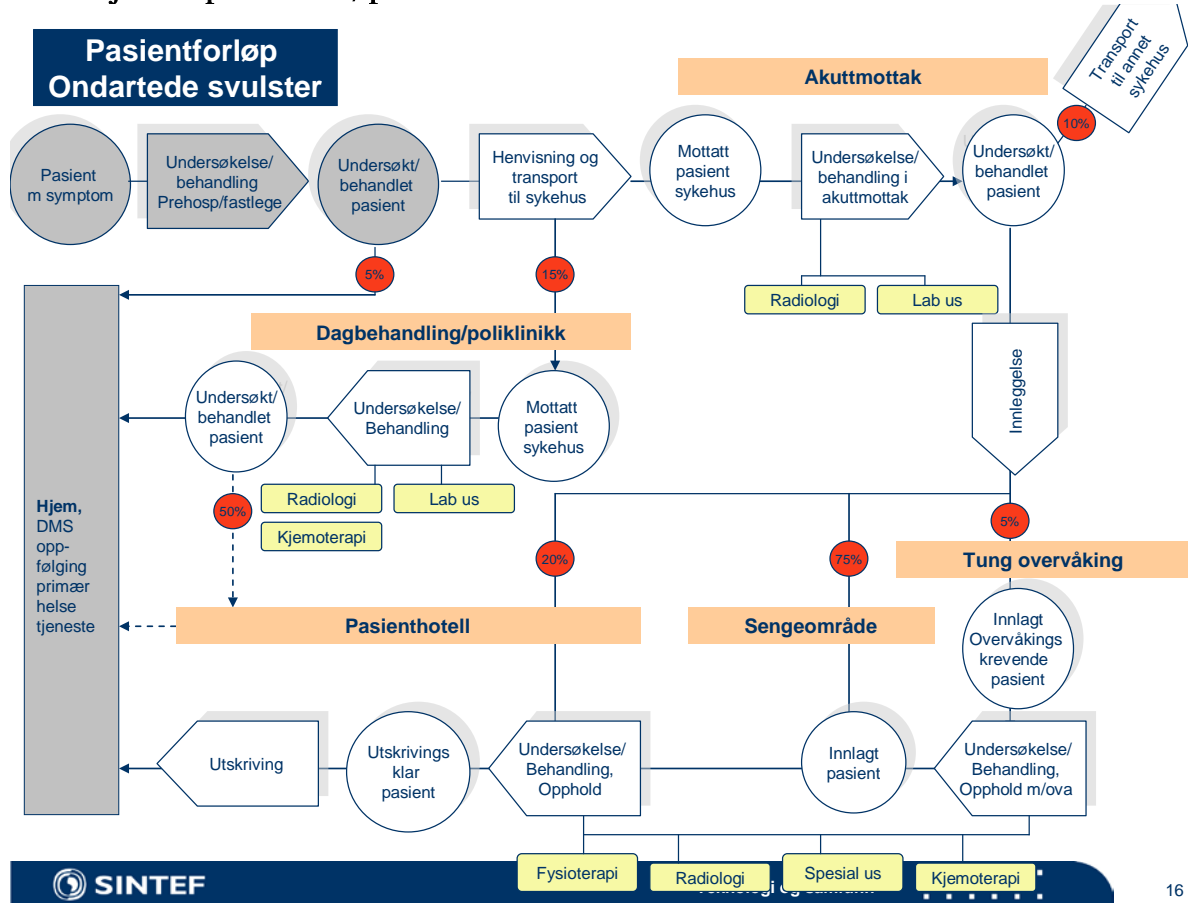
Utvikling i gjennomsnittlig liggetid for pasienter med ondartede svulster							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tromsø	7,3	7,2	7,0	7,0	7,4	7,8	7,9
Harstad	8,0	7,4	7,0	6,9	6,5	6,5	5,3
Narvik	8,8	8,0	7,1	7,5	7,8	8,0	7,5
UNN HF	7,5	7,3	7,0	7,0	7,3	7,7	7,5

Dersom man sammenligner NPR-data med andre sykehus på tilsvarende størrelse, har UNN (spesielt Tromsø og Narvik) høyere gjennomsnittlig liggetid enn andre. St Olavs Hospital hadde i 2007 6,8 og i 2008 6,5 dager i gjennomsnittlig liggetid. Ahus hadde 7,4 og 7,3. Mindre sykehus som Førde, Notodden, Levanger, Rjukan har en gjennomsnitt liggetid på +/- 6 døgn.

Endring, omstilling, effekt i % for pasientforløpsgruppe ICD 10 C

Endring	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Antall dagopphold	Kommentarer
Overføring til primærhelsetjenesten	10 %	10 %	0 %	Tidlig utskriving. Noen få pasienter, f.eks. palliasjon, behandles fullt ut i primærhelsetjenesten.
Overføring til observasjonsenhet	0 %	0 %	0 %	
Fra observasjonsenhet til innleggelse		0 %		
Overføring til pasienthotell	20 %	20 %		
Fra døgn- til dagopphold	10 %	5 %	0 %	
Til pasienthotell for dagopphold		50 %		
Generell reduksjon i liggetid	0 %	5 %	0 %	
Endring i demografisk utvikling	12 %	14 %	0 %	
Nye tilbud/overføring andre sykehus	-10 %	0 %	-5 %	Noe sentralisering av behandling til Tromsø
Overføring til overvåking	0 %	5 %	0 %	
Endring før og etter omstilling, fremskriving				
Gjennomsnittlig liggetid etter omstilling, fremskriving	9,2 døgn			

Illustrasjon av pasientforløpet



Illustrasjon Pasientforløp Ondartede svulster

Restgruppe pasienter med sykdommer i mage/tarm

Denne gruppen består av pasienter med mage-/tarmsykdommer som gastroøsofagal reflux, akutt appendicitt, forstoppelse og sår i tolvfingertarm.

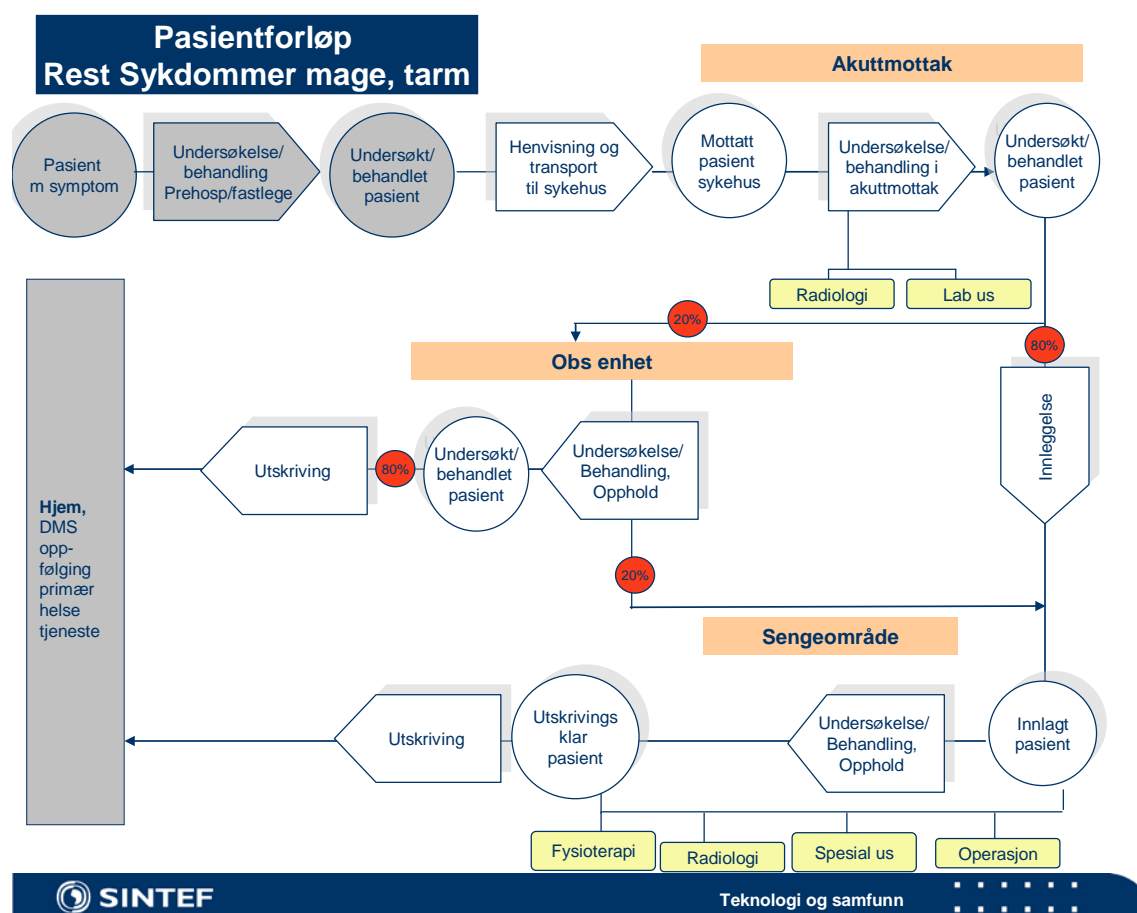
Aktivitetsdata for ICD10 gruppe K, rest Sykdommer i mage/tarm, UNN Narvik 2007

Nr	ICD10 kode	Diagnosegruppe	Antall opphold	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Gj snitt liggetid	Ant øhj heldøgn innl	% øhj av alle heldøgns opphold	Kir DRG	% Kir DRG av alle heldøgns opphold	Ant dagopphold
28	K Rest	sykdommer i mage/tar	264	253	1088	4,3	232	91,7	57	22,5	11

Denne pasientgruppen består i hovedsak av pasienter til medisinsk diagnostikk og behandling. 22 % av oppholdene var kodet med kirurgisk DRG (dvs. operasjonspasient).

Endring, omstilling, effekt i % for pasientforløpsgruppe ICD 10 K, rest

Endring	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Antall dagopphold	Kommentarer
Overføring til primærhelsetjenesten	0 %	0 %	0 %	
Overføring til observasjonsenhet	20 %	10 %	0 %	
Fra observasjonsenhet til innleggelse		20 %		
Overføring til pasienthotell	0 %	0 %		
Fra døgn- til dagopphold	0 %	0 %	0 %	
Til pasienthotell for dagopphold		0 %		
Generell reduksjon i liggetid	0 %	5 %	0 %	
Endring i demografisk utvikling	9 %	8 %	-9 %	
Nye tilbud/overføring andre sykehus	0 %	0 %	0 %	
Overføring til overvåking	0 %	0 %	0 %	
Endring før og etter omstilling, fremskriving	23	-2	-1	
Gjennomsnittlig liggetid etter omstilling, fremskriving	4,7 døgn			

Illustrasjon av pasientforløpet

Illustrasjon Pasientforløp rest sykdommer i mage, tarm
Restgruppe pasienter med sykdommer i sirkulasjonsorganer

Denne gruppen består av hjertearytmier, sykdommer i perifere kar, hypertensjon, flebitt/ tromboflebitt og lungeemboli.

Aktivitetsdata for ICD10 gruppe I, rest Sykdommer i sirkulasjonsorganene, UNN Narvik 2007

Nr	ICD10 kode	Diagnosegruppe	Antall opphold	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Gj snitt liggetid	Ant øhj heldøgn innl	% øhj av alle heldøgns opphold	Kir DRG	% Kir DRG av alle heldøgns opphold	Ant dagopphold
25	I Rest	er i sirkulasjon sorg	267	237	1067	4,5	221	93,2	20	8,4	30

Endring, omstilling/fremskriving
Endring, omstilling, effekt i % for pasientforløpsgruppe ICD 10 I, rest

Endring	Antall heldøgns opphold	Antall liggedager	Antall dagopphold	Kommentarer
Overføring til primærhelsetjenesten	0 %	0 %	0 %	
Overføring til observasjonsenhet	20 %	10 %	0 %	
Fra observasjonsenhet til innleggelse		20 %		
Overføring til pasienthotell	10 %	10 %		
Fra døgn- til dagopphold	5 %	5 %	5 %	
Til pasienthotell for dagopphold		50 %		
Generell reduksjon i liggetid	0 %	5 %	0 %	
Endring i demografisk utvikling	12 %	20 %	10 %	
Nye tilbud/overføring andre sykehus	0 %	0 %	0 %	
Overføring til overvåking	0 %	5 %	0 %	
Endring før og etter omstilling, fremskriving	-24	21	55	
Gjennomsnittlig liggetid etter omstilling, fremskriving	5,8 døgn			

