

ADVISORY

26. september 2007

HiST Avdeling for helse- og sosialfag

ERNST & YOUNG
Quality In Everything We Do

Evaluering av pilotprosjektet Fosen DMS



Rapporten skal kun benyttes av St. Olavs Hospital HF internt (eventuelt til de formål den er ment) og skal ikke distribueres til andre parter uten vårt skriftlige samtykke. Ernst & Young er kun ansvarlig for rapportens innhold ovenfor St. Olavs Hospital HF. Vi viser for øvrig til avtalte ansvarsbegrensninger.

Innhold

INNLEDNING	1
1 OM FOSEN DMS	2
2 BAKGRUNN OG MANDAT	3
3 SAMMENDRAG	4
4 OBSERVASJONS- OG ETTERBEHANDLINGS- ENHETEN	6
4.1 Om Observasjons- og etterbehandlingsenheten.....	6
4.2 Metode.....	7
4.3 Pasientstrømmer	8
4.4 Overordnet konklusjon.....	10
4.5 Økonomi.....	11
4.6 Kvalitet.....	20
4.7 Tilfredshet	24
5 FELLES LEGEVAKTTJENESTE.....	28
5.1 Om felles legevaktjeneste.....	28
5.2 Metode.....	29
5.3 Pasientstrømmer	30
5.4 Overordnet konklusjon.....	31
5.5 Økonomi.....	32
5.6 Kvalitet.....	34
5.7 Tilfredshet	37
6 SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	39
6.1 Om spesialisthelsetjeneste tilbudet	39

6.2	Metode.....	40
6.3	Pasientstrømmer	41
6.4	Overordnet evaluering.....	43
6.5	Økonomi.....	44
6.6	Kvalitet.....	53
6.7	Tilfredshet	57
7	TELEMEDISIN	60
7.1	Om Telemedisin	60
7.2	Metode.....	62
7.3	Prosjektstatus.....	63
7.4	Overordnet konklusjon.....	64
7.5	Kvalitet.....	65
7.6	Tilfredshet	67
8	LÆRINGSNETTVERKET – PSYKIATRI OG RUS	68
8.1	Om læringsnettverket for psykiatri og rus.....	68
8.2	Metode.....	69
8.3	Status i prosjektet	70
8.4	Overordnet konklusjon.....	71
8.5	Kvalitet.....	72
8.6	Tilfredshet	74
9	REFERANSER.....	75
10	VEDLEGG.....	76
10.1	Sammenligning mellom Fosen DMS og Hallingdal Sjukestugu... 76	
10.2	Metodikk for vurdering av kvalitet og tilfredshet.....	77

FIGUR OVERSIKT

FIGUR 1 OPPSUMMERING AV EVALUERING	4
FIGUR 2 PASIENTSTRØMMER OBSERVASJONSENHETEN	8
FIGUR 3 PASIENTSTRØMMER ETTERBEHANDLINGSENHETEN	9
FIGUR 4 OVERORDNEDE KONKLUSJONER	10
FIGUR 5 SAMMENLIGNING AV KOSTNADER PR LIGGEDØGN	15
FIGUR 6 OPPSUMMERING ØKONOMI	19
FIGUR 7 OPPSUMMERING KVALITET	23
FIGUR 8 OPPSUMMERING TILFREDSHET	27
FIGUR 9 ANTALL KONSULTASJONER PER KOMMUNE	30
FIGUR 10 OVERORDNEDE KONKLUSJONER	31
FIGUR 11 OPPSUMMERING ØKONOMI	33
FIGUR 12 OPPSUMMERING KVALITET	36
FIGUR 13 OPPSUMMERING TILFREDSHET	38
FIGUR 14 PASIENTSTRØM SPESIALISTHELSETJENESTEN	41
FIGUR 15 UTVIKLING I POLIKLINISKE BEHANDLINGER 2001 TIL 2006.	42
FIGUR 16 OVERORDNEDE KONKLUSJONER	43
FIGUR 17 MERKOSTNADER VS. SPARTE TRANSPORTKOSTNADER	45
FIGUR 18 DRIFTSRESULTAT OG MERKOSTNADER VS. SPARTE TRANSPORTKOSTNADER	46
FIGUR 19 OPPSUMMERING ØKONOMI	52
FIGUR 20 OPPSUMMERING KVALITET	56
FIGUR 21 RESULTATER PASIENTUNDERSØKELSER	58
FIGUR 22 OPPSUMMERING TILFREDSHET	59
FIGUR 23 OVERORDNEDE KONKLUSJONER	64
FIGUR 24 OPPSUMMERING KVALITET	66
FIGUR 25 OPPSUMMERING TILFREDSHET	67
FIGUR 26 OVERORDNEDE KONKLUSJONER	71
FIGUR 27 OPPSUMMERING KVALITET	73
FIGUR 28 OPPSUMMERING TILFREDSHET	74

TABELL OVERSIKT

TABELL 1 PASIENTSTRØMMER OBSERVASJONSENHETEN	8
TABELL 2 PASIENTSTRØMMER ETTERBEHANDLINGSENHETEN	9
TABELL 3 BUDSJETT OG REGNSKAP 2007	11
TABELL 4 DRIFTSRESULTAT OG MERKOSTNADER VS. SPARTE TRANSPORTKOSTNADER	45
TABELL 5 SAMMENLIGNING AV ANTALL KONSULTASJONER PER DAG.	47
TABELL 6 REGNSKAP SPESIALISTPOLIKLINIKKEN.	48
TABELL 7 RESULTAT BILLEDDIAGNOSTIKK	49
TABELL 8 RESULTAT I 2006 FOR AUDIOGRAFITJENESTEN	50
TABELL 9 RESULTAT I 2006 FOR LYSBEHANDLING	51
TABELL 10 FORDELING AKTIVITET BLANT SPESIALISTENE.	51
TABELL 11 OVERSIKT OVER VENTETIDER	54
TABELL 12 ANTALL KONSULTASJONER PER INNBYGGER	55
TABELL 13 PROSJEKTSTATUS TELEMEDISIN	63

Innledning

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for St. Olavs Hospital og inneholder en evaluering av Fosen Distriktsmedisinske senter (Fosen DMS).

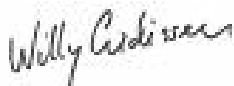
Evalueringen er utført av et team bestående av personer fra Ernst & Young AS og HiST avdeling for helse- og sosialfag. Følgende personer har medvirket i evalueringen:

- Willy Eidissen (Ernst & Young)
- Lars H. Hegrenæs (Ernst & Young)
- Karl-Johan Johansen (HiST)
- Geir Hyrve (HiST)
- Magne Aasheim (Ernst & Young)
- Sveinung M. Ryen (Ernst & Young)

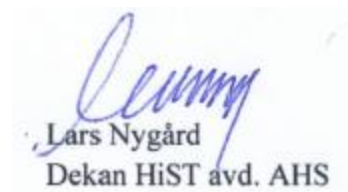
Evalueringen er gjennomført i perioden mars 2006 – august 2007.

Fosen DMS, St. Olavs Hospital og Fosen kommunene har fremskaffet dokumentasjon, informasjon og svart på spørsmål i ulike fora på en velvillig måte. Det samme gjelder brukere og ansatte som vi har vært i kontakt med i forbindelse med evalueringen.

Trondheim 26. september 2007



Willy Eidissen
Ansvarlig Partner Ernst & Young



Lars Nygård
Dekan HiST avd. AHS

1 Om Fosen DMS

Etablering av et distriktsmedisinsk senter på Fosen kom opp som et forslag i forbindelse med Samhandlingsprosjektet i 2002. Fosen DMS ble deretter etablert som et forprosjekt i Helse Midt-Norge med bakgrunn i bestillerdokumentet for 2004. Etter et forprosjekt ble Fosen DMS etablert som et pilotprosjekt høsten 2005, prosjektet strekker seg til utgangen av 2007.

Målet med prosjektet er å bygge opp et enhetlig helsetilbud til Fosen-befolkningen, som skal være kvalitativt godt, effektivt organisert, lett tilgjengelig samt oppleves som sømløst.

Fosen DMS består av følgende tilbud:

- Avdeling for observasjon og etterbehandling (OE-enheten)
- Felles legevaktjeneste for kommunene Åfjord, Bjugn og Ørland
- Desentralisert spesialisthelsetjenester i form av
 - Hudpoliklinikk, inklusive lysbehandling
 - Kirurgisk poliklinikk
 - ØNH poliklinikk, inkl. audiograf
 - Øyepoliklinikk
 - Medisinsk poliklinikk
 - Gynekologisk poliklinikk
 - Dialysestasjon (midlertidig stengt)
 - Røntgensatellitt
- Telemedisin
- Læringsnettverk mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester innen psykiatri og rus (Læringsnettverket)

Fosen DMS inneholder således en rekke ulike tjenester og tilbud i kryssingspunktet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det meste av tilbudene i Fosen DMS er lokalisert på Brekstad i Ørland kommune. Videokonferanseutstyr er plassert i seks kommuner og på legevaktsatellitt i Åfjord kommune.

2 Bakgrunn og mandat

Bakgrunnen for evalueringen av Fosen DMS er at det har vært et pilotprosjekt med varighet ut 2007, og at prosjektet skulle evalueres i denne perioden. Evalueringen skal kunne fungere som et beslutningsgrunnlag for om man skal velge å etablere Fosen DMS på permanent basis.

Mandatet for evalueringen er å gi en samlet evaluering av følgende enheter og områder:

- OE-enheten
- Felles legevaktjeneste
- Spesialisthelsetjeneste tilbudet
- Telemedisin
- Læringsnettverk

Disse områdene skal videre vurderes mht. konsekvenser for *St. Olavs Hospital, Fosen kommunene¹, brukerne og ansatte.*

Evalueringen fokuserer på å besvare hvorvidt pilotprosjektet Fosen DMS har nådd sine overordnede mål om at prosjektet skal gi:

- Økonomisk rasjonalitet
- Kvalitativt godt tilbud
- Tilfredshet blant interessentene

For å evaluere om de økonomiske målsetningene er oppnådd er det lagt vekt på å vurdere både direkte og indirekte effekter på kort og lang sikt for de ulike interessentene. Eventuelle rene samfunnsøkonomiske gevinster er i liten grad vurdert i denne rapporten.

For å evaluere om de kvalitative målsetningene er oppnådd for de ulike tilbudene er det hovedsakelig lagt vekt på å vurdere behandlingskvalitet, kompetanse hos personell, ventetider, trygghet og kvalitet på infrastruktur.

For å evaluere målsetningene om tilfredshet blant interessentene er det lagt vekt på brukerundersøkelser, arbeidsmiljø, samarbeid mellom Fosen DMS og St. Olavs Hospital, samt på understøttende teknologi.

Vurderingene er gjort ut fra følgende skala:

- Meget positivt
- ◐ Positivt
- Uforandret

Det har vært vurdert om prosjektet har hatt noen negative effekter. Det er ikke identifisert noen direkte negative effekter som følge av prosjektet.

¹ Med Fosen kommunene menes hovedsakelig Ørland, Bjugn, Åfjord og Rissa. For område Telemedisin og Læringsnettverket har også Leksvik, Mosvik, Roan og Osen benyttet tilbudet, og dratt nytte av Fosen DMS.

3 Sammendrag

Fosen DMS er et prøveprosjekt som gjennom en samling av ulike helsetilbud skal fungere som et desentralisert bindeledd mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten². Tilbudet består hovedsakelig av en OE- enheten, felles legevaktjeneste og en rekke ulike spesialisthelsetjenester.

OE- enheten ble startet opp 15. mars 2006 og har frem til 13. august 2007 hatt 445 pasienter, hvorav 216 til observasjon og 229 til etterbehandling. Enheten er i hovedsak finansiert gjennom et spleiselag bestående av Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital og kommunene Åfjord, Ørland, Bjugn og Rissa.

Felles legevaktjeneste ble etablert i juni 2006 og omhandler kommunene Ørland, Bjugn og Åfjord. Tjenesten har i hatt 3.331 pasienter.

Spesialisthelsetjenestetilbudet har eksistert siden 1982, underlagt St. Olavs Hospital som fritidsordning. Prosjektet har forankret tilbudet som en ordinær del av sykehusets virksomhet gjennom avtale om ambulerende tjeneste og kobling til sykehusets IKT-system. Enhetene hadde i 2006 ca. 2.300 polikliniske konsultasjoner og gjennomførte ca. 1.900 lysbehandlinger.

Prøveprosjektet har også inkludert to andre delprosjekter. Det ene har hatt som mål å utvikle et godt telemedisinsk tilbud til å understøtte driften av Fosen DMS, og det andre å etablere et læringsnettverk innen psykiatri og rus.


Figuren under gir en overordnet oppsummering av evalueringen for alle områdene som inngår i pilotprosjektet Fosen DMS. Vår vurdering er gitt i forhold til om prosjektet har nådd de mål som ble satt ved etableringen på skalaen: ”Meget positiv”, ”Positiv” og ”Uforandret”. Nærmere forklaring til hvordan de ulike evalueringsområdene er vurdert presenteres i kapittel (4 - 8).

Fosen DMS	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
OE - Enheten	●	●	●
Felles Legevakt	○	●	●
Spesialisthelsetjeneste	●	●	●
Telemedisin	IA	○	●
Læringsnettverk	IA	○	○

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 1 Oppsummering av evaluering

² Med spesialisthelsetjeneste menes de ulike tjenestene ved spesialistpoliklinikken ved Fosen DMS.



Fosen DMS vurderes å gi flere positive økonomiske effekter, spesielt på lengre sikt. For OE- enheten er disse effektene hovedsakelig relatert til reduserte liggedøgnskostnader, mens det for spesialisthelsetjenestetilbudet er sparte transportkostnader som gir gevinster. For felles legevaktjeneste er det totalt sett ikke påvist noen direkte økonomiske gevinster, men en mer stabil legebemannning vil på sikt kunne økonomiske gevinster.

Kvaliteten på tilbudene ved Fosen DMS vurderes å være meget god både ift. behandlingskvalitet, kompetansen hos de ansatte og at befolkningen nå opplever økt trygghet gjennom et styrket lokalt helsetilbud.

Gjennom brukerundersøkelser og intervjuer med ansatte ved Fosen DMS, St. Olavs Hospital og i kommunene fremkommer det at interessentene i prosjektet i hovedsak er meget tilfredse med tilbudene ved Fosen DMS. Det er imidlertid betydelige ulikheter kommunene imellom mht. tilfredsheten med felles legevaktjeneste.

For delprosjektene Telemedisin og Læringsnettverk har det vært en del utfordringer med teknisk infrastruktur, samt med organisering og prosjektledelse. Dette har medført at prosjektene ikke har kommet skikkelig i gang og de vurderes hovedsakelig som uforandret. Det bør imidlertid påpekes at det er etablert videokonferanse mellom OE-enheten og St. Olavs Hospital.

4 Observasjons- og etterbehandlings-enheten

4.1 Om Observasjons- og etterbehandlingsenheten

Styret for St. Olavs Hospital og styret i Fosen Regionråd vedtok sommeren 2005 å igangsette et pilotprosjekt med en intermediærenhet, bestående av en observasjons- og etterbehandlingsenhet (OE-enheten).

Målsetningen med enheten er å skape en buffer eller et bindeledd mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

OE- enheten består i dag av 12 senger, hvorav 2 senger er definert som observasjonssenger og 6 senger som etterbehandlingssenger. De øvrige sengene disponeres i dag av Ørland kommune (4). Ørland kommune har inngått et samarbeid med Ørland Hovedflystasjon som disponerer 1 seng til observasjon og etterbehandling av militært personell.

Enheten er i dag underlagt Ørland kommune som er vertskommune og systemansvarlig.

OE- enheten ble startet opp 15. mars 2006.

Totalt har det i prosjektperioden fra 15.03.2006 fram til 13.08.2007 vært registrert 445 pasienter ved OE- enheten. Av disse har 216 vært observasjonspasienter og 229 etterbehandlingspasienter.

4.2 Metode

I evalueringen av OE- enheten er det benyttet både kvantitative og kvalitative metoder, avhengig av området og formål.

For å kartlegge pasientstrømmene ble det utarbeidet et eget registreringsskjema for registrering av alle pasientene som har vært lagt inn ved OE- enheten. Dataene fra registreringsarbeidet er analysert og strukturert i både Excel og statistikkprogrammet SPSS.

For å vurdere ulike økonomiske aspekter ved OE- enheten er det innhentet økonomi og regnskapsopplysninger fra Ørland kommune og fra St. Olavs Hospital. I tillegg er det gjennomført samtaler med økonomipersonell ved både Ørland kommune og St. Olavs Hospital.

For å vurdere brukertilfredshet er det gjennomført en brukerundersøkelse kombinert med intervju.

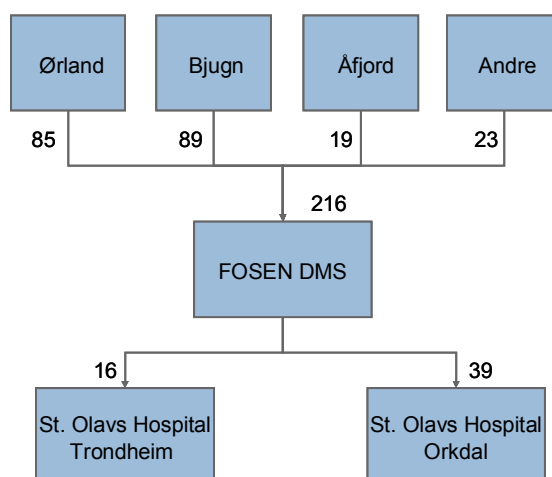
For å vurdere øvrige interessenters erfaringer med OE- enheten er sentrale aktører i og, i tilknytning til, enheten intervjuet. Dette gjelder både personell ved Fosen DMS, representanter fra St. Olavs Hospital i Trondheim og Orkdal, samt fra involverte kommuner.

4.3 Pasientstrømmer

For å beskrive pasientstrømmene til og fra OE- enheten ved Fosen DMS er det skilt mellom pasientstrømmene som gjelder for observasjon og de som gjelder for etterbehandling.

4.3.1 Observasjon

I perioden 13.03.2006-13.08.2007 ble det lagt inn 216 pasienter ved observasjonsenheten. Figuren nedenfor viser pasientstrømmene til og fra observasjonsenheten. Tallene viser antall pasienter.



Figur 2 Pasientstrømmer observasjonsenheten³⁴

Av de 216 som har vært innlagt på observasjonsenheten har 55 blitt sendt videre til St. Olavs Hospital.

Tabellen nedenfor gir en mer detaljert oversikt og viser, foruten hvor pasientene kommer fra og hvor de skrives ut, samlet liggetid, gjennomsnittlig liggetid og fordelingen mellom kommunene.

Kommune	Antall pasienter	Andel	Utskrevet hjemmet	Vidørsent til Tr.heim	Vidørsent til Orkdal	Andre	Ligge-døgn	Gj.snitt liggetid
Ørland	85	39 %	56	6	17	6	157	1,8
Bjugn	89	41 %	63	4	16	6	126	1,4
Åfjord	19	9 %	12	3	3	1	30	1,6
Rissa	2	1 %	0	0	0	2	12	6,0
Andre	21	10 %	5	3	3	10	38	1,8
Totalt	216	100 %	136	16	39	25	363	1,68

Tabell 1 Pasientstrømmer observasjonsenheten

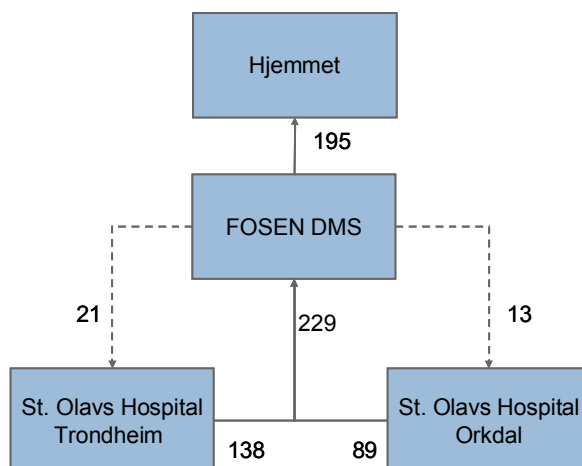
Det er interessant å se at andelen utskrevet til hjemmet utgjør 63 %. Dette er pasienter som ellers ville blitt lagt inn ved St. Olavs Hospital. Legger man gjennomsnittlig liggetid til grunn for disse pasientene tilsvarer dette ca. 230 liggedøgn.

³ Åfjord inngikk ikke i legevaktsamarbeidet før 21.08.06, og disponerte ikke observasjonssenger før dette tidspunkt.

⁴ Med "Andre" menes i hovedsak pasienter fra forsvaret, tilreisende og turister

4.3.2 Etterbehandling

I perioden 15.03.2006-13.08.2007 er det lagt inn 229 pasienter til etterbehandling ved Fosen DMS. Figuren nedenfor viser pasientstrømmene til og fra etterbehandlingsenheten. Tallene viser antall pasienter.



Figur 3 Pasientstrømmer etterbehandlingsenheten

Tabellen nedenfor gir en mer detaljert oversikt over hvilke avdelinger pasientene kommer fra, liggetid ved Fosen DMS, samt om pasienten skrives ut til hjemmet eller reinlegges ved St. Olavs Hospital.

	Antall	Andel	Liggetid	Gj.snitt liggetid	Utskrevet Hjemmet	Reinnlagt Tr.heim	Reinnlagt Orkdal
St Olavs - Trd	138	60 %	1560	11,3	113	18	7
Med	18	13 %	218	12,1	14	2	2
Kreft	10	7 %	128	12,8	9	1	0
Ort	66	48 %	966	14,6	56	6	4
Lungeavd.	10	7 %	100	10,0	9	1	0
Kirurgi	29	21 %	442	15,2	20	8	1
Gyn	1	1 %	5	5,0	1	0	0
Nevrokirurgi	4	3 %	59	14,8	4	0	0
St. Olavs - Orkdal	89	39 %	843	9,5	79	4	6
Gyn	1	1 %	1	1,0	1	0	0
Med	86	97 %	822	9,6	77	3	6
Kirurgi	1	1 %	16	16,0	1	0	0
Ort	1	1 %	4	4,0	0	1	0
Levanger	2	1 %	20	10,0	2	0	0
Med	2	100 %	20	10,0	2	0	0
Totalt	229		2 423	10,6	194	22	13

Tabell 2 Pasientstrømmer etterbehandlingsenheten

Hovedtyngden av pasientene fra Trondheim kommer fra ortopedisk avdeling og kirurgisk avdeling. Samlet utgjør pasientene fra disse avdelingene ca. 70 % av de totale pasientstrømmene fra Trondheim. Fra Orkdal kommer i hovedsak pasientene (97 %) fra medisinsk avdeling.

85 % av pasientene som legges inn på etterbehandlingsenheten skrives enten ut til hjemmet (ca. 60 %), til kommunale korttidsplasser (ca. 10 %), til sykehjem (ca. 6 %) eller andre (herunder private rehabiliteringstilbud) (ca. 9 %). 15 % blir reinnlagt ved St. Olavs Hospital.

4.4 Overordnet konklusjon

De overordnede konklusjonene for evalueringen av OE- enheten er oppsummert i figuren nedenfor. En nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og beregninger som ligger til grunn presenteres for hvert av evalueringsområdene og de ulike interessentene i avsnittene (4.5-4.7)

OE-Enheten	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
St. Olavs	●	●	●
Kommunene	●	●	●
Brukere	IA	●	●
Ansatte	IA	●	●
Samlet	●	●	●

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 4 Overordnede konklusjoner

OE- enheten vurderes å ha positiv økonomisk effekt både for St. Olavs Hospital og Fosen kommunene. På kort sikt vil gevinstene være noe begrenset, mens det på lengre sikt vil være et potensial for større økonomiske gevinster.

Kvaliteten og tilfredsheten på tilbudet ved OE- enheten vurderes i hovedsak å være meget positivt. Noe manglende kjennskap til tilbudet og enkelte kommunikasjonsutfordringer mellom OE- enheten og St. Olavs Hospital har medført at det har vært noe usikkerhet ift. kvaliteten og tilfredsheten ved St. Olavs Hospital. Dette gjelder spesielt ift. St. Olavs Hospital i Trondheim. I løpet av evalueringsperioden har dette bedret seg.

4.5 Økonomi

Innledningsvis gis det en kort gjennomgang av driftsøkonomien knyttet til OE- enheten. Deretter beskrives de økonomiske konsekvensene for henholdsvis St. Olavs Hospital og Fosen kommunene.

4.5.1 Budsjett og regnskap OE- enheten

Tabellen nedenfor viser årsbudsjett og budsjett og regnskap pr 30.06.2007. Det er i tabellen skilt mellom tilskudd til OE- enheten og det som gjelder de kommunale korttidssengene.

BUDSJETT OG REGNSKAP 2007			
INNTEKTER	Årsbudsjett	Budsjett pr juni	Regnskap pr juni
Observasjon og etterbehandling			
St.Olavs Hospital	2 020 000	1 010 000	1 010 000
Helse Midt-Norge	2 020 000	1 010 000	1 010 000
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen	900 000	450 000	450 000
Kommuner på Fosen	1 120 000	560 000	560 000
Ørland kommune	302 500	151 250	151 250
Afjord kommune	302 500	151 250	151 250
Bjugn kommune	302 500	151 250	151 250
Rissa kommune	212 500	106 250	106 250
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen - Legestilling	250 000	125 000	125 000
Andre inntekter (ref. fra St. Olavs)			59 125
Sum Observasjon og etterbehandling	6 310 000	3 155 000	3 214 125
Kommunale kortidsplasser			
Kjøp av kortidsplasser - Ørland kommune	1 800 000	900 000	900 000
Kjøp av kortidsplasser- Forsvaret	600 000	300 000	300 000
Sum Kommunale kortidsplasser	2 400 000	1 200 000	1 200 000
SUM INNTEKTER	8 710 000	4 355 000	4 414 125
KOSTNADER			
Lønns- og personalkostnader	6 944 000	3 156 364	3 455 508
Kjøp av varer og tjenester	800 000	400 000	299 249
Kjøp av inventar og utsyr	46 000	23 000	478
Internkjøp og husleie	920 000	460 000	460 000
SUM	8 710 000	4 039 364	4 215 235
RESULTAT	0	315 636	198 890

Tabell 3 Budsjett og regnskap 2007

Det samlede budsjettet for OE- enheten i 2007 er på kr. 8 710 000, dette inkluderer også de kommunale korttidsplassene.

Regnskap pr 30.06.2007 viser et lite merforbruk ift. periodisert budsjett på kr. 116 746.

Andelen av budsjettet som gjelder for OE- enheten er på kr. 6 310 000. Dette er i hovedsak finansiert gjennom et "spleiselag" bestående av St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge og kommuner på Fosen. I tillegg har man fått skjønnsmidler fra fylkesmannen. Med 8 senger definert som observasjons- og etterbehandlingssenger gir det en finansiering pr seng på kr. 788 750.

For de kommunale korttidsplassene er budsjettet på kr. 2 400 000. Dette er finansiert gjennom at Ørland kommune og Forsvaret kjøper disse plassene. Med 4 senger definert som kommunale korttidsplasser gir det en finansiering pr seng på kr. 600 000.

På kostnadssiden er det ikke skilt mellom hvilke kostnader som relateres til observasjons- og etterbehandlingssengene og hva som gjelder korttidsplassene. Her er det imidlertid viktig å gjøre oppmerksom på at 80% av kostnadene er lønnskostnader, og at den budsjetterte bemanningen vil gjelde uavhengig om man har 8 eller 12 senger i avdelingen. Bakgrunnen for dette er at man ikke får turnusen til å gå opp med en lavere bemanning. Dette innebærer også at det ikke er noen forskjell på pleiefaktoren for observasjons- og etterbehandlingssengene og korttidsplassene. Dette vil si at hver av de 12 sengene koster tilnærmet like mye å drifte uavhengig om de benyttes til observasjons- eller etterbehandlingsspasienter, eller om de benyttes til kommunale korttidspasienter.

Dagens finansiering fra HMN, St. Olavs og Fosen Kommunene vil således ikke alene være tilstrekkelig for å dekke kostnadene relatert til OE- enheten. Dette innebærer at avdelingen er avhengig av at Ørland kommune og Forsvaret kjøper de 4 plassene som OE- enheten ikke benytter.

Dersom samtlige senger i fremtiden skal disponeres av OE- enheten vil finansieringsbehovet fra HMN, St. Olavs og Fosen Kommunene øke med kr. 2 400 000 basert på budsjettet for 2007. Dette betyr en økning på kr. 800 000 på hver.

Dersom skjønnsmidler fra fylkesmannen bortfaller ved en overgang til en ordinær driftsfase må også dette dekkes inn av HMN, St. Olavs og Fosen Kommunene. Fosen DMS mottar i dag skjønnsmidler både til dekning av legestillingen (250 000) og et generelt tilskudd (900 000) som går til reduksjon av kommunens andel av finansieringen. For HMN og St. Olavs innebærer dette en økning i de årlige tilskuddene på ca. kr 80 000 relatert til legestillingen. For Ørland, Bjugn og Åfjord innebærer dette en økning i de årlige tilskuddene på ca. 265 000, mens tilsvarende beløp for Rissa vil være ca. 185 000.

Ørland kommune dekker i 2007 100% av kostnadene knyttet til prosjektlederstillingen, ca. kr 600 000. Det må påpekes at prosjektleder også bistår Ørland kommune i andre oppgaver enn det som relateres til OE- enheten. Kostnadene til prosjektlederstillingen fremkommer ikke i tallene ovenfor.

Oppsummering

- Gjennomgangen av budsjett og regnskap for OE- enheten for første halvår 2007 viser at Fosen DMS har et lite merforbruk
- OE- enheten er avhengig av salg av de fire korttidsplassene for å gå i balanse

- Dagens finansiering fra St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge og Fosen kommunene er isolert sett ikke tilstrekkelig for å dekke kostnadene ved OE- enheten

4.5.2 St. Olavs Hospital

I dette avsnittet vurderes de økonomiske effektene OE- enheten kan forventes å ha for St. Olavs Hospital.

4.5.2.1 Økonomiske effekter relatert til observasjonsenheten

For å evaluere de økonomiske effektene relatert til observasjonsenheten er både inntekts- og kostnadmessige effekter vurdert.

Medfører reduserte innleggelser som følge av observasjonsenheten reduserte inntekter?

For å vurdere om reduserte innleggelser som følge av bruk av observasjonsenheten medfører et inntektstap må det skilles mellom to scenarier:

- Pasienten legges inn på observasjonsenheten, for så å bli sendt hjem
- Pasienten legges inn på observasjonsenheten for så å bli sendt videre til St. Olavs Hospital

Pasienter som legges inn på observasjonsenheten, for så å bli sendt hjem vil medføre et inntektstap for St. Olavs Hospital. Årsaken til at det ikke gis ISF- refusjon for disse pasientene er at sykehuset ikke har systemansvaret for OE- enheten. Størrelsen på inntektstapet vil være avhengig av hvilke diagnoser som settes på de aktuelle pasientene og deretter hvilken DRG oppholdet grupperes til. Overordnede beregninger anslår størrelsen på et eventuelt inntektstap til å ligge rundt kr. 500.000 pr år. Estimater er basert på en gjennomsnittlig refusjon på kr. 4.000 pr pasient. Dersom statusen på OE- enheten endres slik enheten blir godkjent som en ISF- institusjon vil dette inntektstapet i stedet representere en inntektsøkning.

Et slik inntektstap forutsetter imidlertid at den frigitte sengekapasiteten ved St. Olavs ikke ”erstattes” av andre pasienter. Dersom det er tilfelle vil man ikke få et reelt inntektstap.

Pasienter som legges inn på observasjonsenheten, for så å bli sendt videre til St. Olavs Hospital, vil ikke medføre et inntektstap for St. Olavs Hospital. Årsaken til dette er at ISF- refusjonen ikke er liggedøgnavhengig men relatert til type diagnoser og prosedyrer.

Medfører reduserte innleggelser, som følge av observasjonsenheten reduserte kostnader?

Unngått innleggelse vil kunne medføre reduserte kostnader for St. Olavs Hospital. Årsaken til dette er at færre innleggelser av observasjonspasienter fra Fosen vil kunne medføre en reduksjon i antall liggedøgn ved St. Olavs Hospital. En reduksjon i liggedøgn vil igjen kunne medføre reduksjon i personellkostnader, overtid, ekstravakter og vikarbruk, samt kostnader til mat og medisin. Størrelsen på de mulige kostnadsreduksjonene vil være avhengig av flere forhold, men det viktigste er om det er et tilstrekkelig omfang i antall liggedøgn som reduseres. Er for eksempel omfanget og forutsigbarheten

tilstrekkelig til at man kan endre på turnusene på en avdeling eller post slik at det gir varige reduserte bemanningskostnader?

På kort sikt er det sannsynlig at noen variable kostnader relatert til overtid, vikarer og ekstravakter kan reduseres som følge av redusert belegg.

For mulige effekter på lengre sikt, se avsnittet om etterbehandlingsenheten der dette er beskrevet for OE-enheten samlet.

4.5.2.2 Økonomiske effekter relatert til etterbehandlingsenheten

For å evaluere de økonomiske effektene relatert til etterbehandlingsenheten er både inntekts- og kostnadsmessige effekter vurdert.

Medfører reduserte liggedøgn, som følge av etterbehandlingsenheten, reduserte inntekter?

Bruk av etterbehandlingsenheten gjennom at pasienter overføres fra St. Olavs Hospital til Fosen DMS vil ikke medføre reduserte inntekter for St. Olavs Hospital. Årsaken til dette er at ISF- refusjon ikke er liggedøgnsavhengig, men relatert til type diagnoser og prosedyrer.

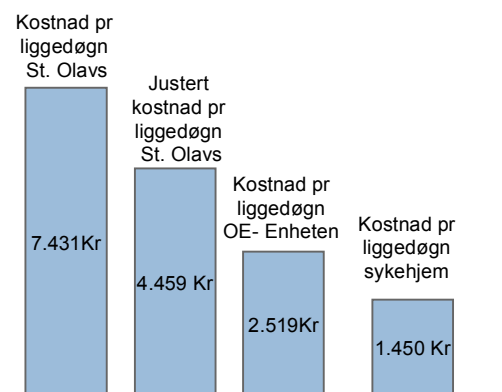
I tillegg er det slik at grunnlaget for ISF- refusjonen gis på bakgrunn av sykehusopphold. Dette innebærer at alle avdelingsopphold aggregeres til et sykehusopphold, hvor det oppholdet som gir den høyeste DRG-en blir tellende. Ettersom det er rimelig å anta at avdelingsoppholdene ved St. Olavs Hospital vil gi en høyere eller lik DRG enn hva et opphold på etterbehandlingsenheten ville gitt, får det ikke noen betydning om enheten er en avdeling under St. Olavs Hospital.

Medfører reduserte liggedøgn, som følge av etterbehandlingsenheten, reduserte kostnader?

Ettersom det kun er 6 senger ved etterbehandlingsenheten i dag, samt at pasientene kommer fra en rekke ulike avdelinger, er omfanget av pasienter som overføres fra de enkelte avdelingene nokså begrenset. Dette betyr at bruk av etterbehandlingsenheten alene på kort sikt ikke kan forventes å medføre redusert bemanning. Det kan imidlertid tenkes at noen kostnader kan reduseres som følge av redusert belegg. Eksempler på dette vil kunne være redusert bruk av overtid, ekstravakter og vikarer.

På lengre sikt vil muligheten for å redusere bemanningen være større. Gjennom organisering og styring av pasientstrømmene er det mulig at man vil kunne tilpasse omfanget tilstrekkelig til at turnuser kan endres. Dette kan gjøres gjennom å kanalisere pasientstrømmene fra sykehuset til Fosen DMS til kun å omfatte en eller to avdelinger, eller gjennom interne omdisponeringer mellom avdelinger.

For å gi et overordnet anslag på potensielle kostnadsbesparelser ved reduserte liggedøgn, er det i figur 5 vist en sammenligning av kostnaden pr liggedøgn ved OE- enheten samlet, med tilsvarende kostnad for St. Olavs Hospital samlet. I figuren er det i tillegg vist et estimat på liggedøgnskostnaden på et sykehjem.



Figur 5 Sammenligning av kostnader pr liggedøgn

Kostnadene pr liggedøgn for OE- enheten samlet er beregnet gjennom å fordele de budsjetterte totale kostnadene for 2007 (kostnadene relatert til korttidssengene er holdt utenfor)⁵ på antall liggedøgn i perioden 13.03.2006-12.03.2007. Det er lagt til grunn en lik fordeling av kostnadene mellom de 12 sengene, uavhengig av hvordan de er finansiert. Dette gir en kostnad pr liggedøgn på kr. 2 519 NOK. Ettersom denne perioden har vært preget av oppstart og en innkjøringsperiode forventes det at antall liggedøgn er noe lavere enn i en normalperiode og at den estimerte liggedøgn kostnaden derfor er noe høyere enn hva den normalt vil være.

For St. Olavs Hospital samlet er det tatt utgangspunkt i liggedøgnskostnadene slik de er beregnet i SAMDATA 2005⁶. I 2005 var driftskostnaden pr liggedøgn kr. 7 431 NOK (eksl. kapitalkostnader). I denne kostnaden ligger det imidlertid kostnader til drift av operasjonsavdelinger, intensiv- og recoveryenheter, laboratorie- og røntgen virksomhet, medisinske serviceavdelinger etc. Det er rimelig å anta at pasientene som kan overføres til etterbehandlingsenheten i liten grad trekker på disse ressursene, men i hovedsak ressurser fra sengeavdelingene. Liggedøgnskostnaden som fremkommer i SAMDATA må derfor justeres. I en rapport utgitt av SINTEF Helse i 2004⁷ har man beregnet at sengeavdelingskostnadene utgjør mellom 60-65 % av de totale driftskostnadene i sykehus. Hvis en legger til grunn 60 % så blir den justerte liggedøgnskostnaden kr. 4 459.

Dette medfører en differanse i liggedøgnskostnadene mellom OE- enheten og St. Olavs Hospital på kr 1 939. Med ca. 2 300 liggedøgn i perioden medfører dette en teoretisk besparelse på ca. kr. 4,5 mill for OE- enheten samlet.

Kostnaden pr liggedøgn på sykehjem er basert på en rapport utarbeidet av SINTEF i 2002⁸.

⁵ Kostnaden til de kommunale korttidssengene er satt til 4/12 av de totale budsjetterte kostnadene

⁶ SAMDATA Somatikk sektorrappport 2005, SINTEF Helse 2005

⁷ Benchmarking av sykehuskostnader – dekomponerte kostnadsindikatorer for sykehus”, SINTEF Helse 2004

⁸ ”Ny sykehusmodell, et bedre tilbud”, SINTEF Bygg og Miljø 2001

Dersom konsekvensen av at en pasient overflyttes til etterbehandlingsenheten ved Fosen DMS innebærer at det legges inn nye pasienter på St. Olavs Hospital, vil det ikke medføre noen reduksjon i kostnadene ved St. Olavs Hospital. Her er det imidlertid viktig å presisere at dette har medført at flere pasienter behandles, og at kostnadene relatert til de ”ekstra” pasientene som behandles vil være lavere ved at de behandles ved OE- enheten. Årsaken til dette er at det generelle kostnadsnivået er lavere ved OE- enheten enn ved St. Olavs Hospital. Selv om ikke dette gir noen direkte innsparinger vil det bidra til økt produktivitet og mer helse for hver krone. I tillegg vil de nye pasientene gi økte ISF- inntekter.

Det er viktig å peke på at selv om bruk av etterbehandlingsenheten isolert sett ikke nødvendigvis gir noen direkte innsparinger på kort sikt, så vil det kunne bidra til andre indirekte innsparinger for sykehuset. Tilbudet ved etterbehandlingsenheten vil for eksempel kunne bidra til å redusere ”trykket” på flere sengeposter og bidra til å muliggjøre en reduksjon av sengetallet ved St. Olavs Hospital totalt. Det er eksempelvis rimelig å anta at bruk av OE- enheten har bidratt positivt til avlastning ved Orkdal Sjukehus (OS), noe som har gjort det mulig å henvise Melhus pasientene til OS, og bidratt til avlastning av St. Olavs Hospital i Trondheim. Bruk av etterbehandlingsenheten vil også kunne være med på å redusere overbelegget på avdelingen, noe som igjen kan gi reduserte overtidskostnader og reduserte kostnader til ekstravakter.

Overflytting av pasienter til etterbehandlingsenheten vil også innebære reduksjon i liggetiden for disse pasientene. Det har i evalueringsperioden ikke vært anledning til å utrede dette nærmere ift. å tallfeste disse gevinstene, men det vil være rimelig å anta at etterbehandlingsenheten vil ha flere positive indirekte effekter.

4.5.2.3 Transportkostnader

For å vurdere de transportøkonomiske konsekvensene relatert til OE- enheten, er følgende forutsetninger lagt til grunn.

- Pasienter som overføres til etterbehandlingsenheten, men som reinnlegges ved St. Olavs Hospital, vil medføre økte transportkostnader
- Pasienter som legges inn ved observasjonsenheten og skrives ut til hjemmet, vil medføre unngåtte transportkostnader

Etterbehandling

Pasienter som overføres til etterbehandling ved Fosen DMS, men som må reinnlegges, medfører en ekstra transportkostnad. Denne kostnaden er knyttet til ekstra tur/retur transport mellom Fosen DMS og sykehuset.

I 2005 kostet en enveis taxitransport mellom Orkdal og Ørland ca kr 995, mens en taxitransport mellom Trondheim og Ørland kostet ca kr 1 350, (prisene er basert på samordnet transport). En reinnleggelse medfører således en ekstra transportkostnad på mellom ca kr 2 000 og ca kr 2 700 avhengig av om pasienten kommer fra Orkdal eller Trondheim.

Basert på dataene fra pasientstrøm analysene har det siden oppstarten vært 34 reinnleggelser fra etterbehandlingsenheten, herav 21 til St. Olavs Hospital i

Trondheim og 13 til St. Olavs Hospital i Orkdal. Dette gir ca kr 80 000 i rene transportkostnader, gitt at man benytter taxi.

Observasjon

Pasienter som legges inn ved observasjonsenheten for deretter å bli utskrevet til hjemmet eller andre institusjoner i nærområdet gir reduserte transportkostnader. Bakgrunnen for det er at disse pasientene alternativt måtte reist til Orkdal for observasjon.

Basert på dataene fra pasientstrømanalysene har 161 pasienter blitt lagt inn på observasjonsenheten for deretter å skrives ut til hjemmet eller andre institusjoner i nærområdet. Dette gir ca kr 320 000 i sparte transportkostnader, gitt at man benytter taxi.

Transportutgiftene gjelder tur – retur.

4.5.3 Fosen-kommunene

For å vurdere de økonomiske effektene relatert til OE- enheten for Fosen kommunene er det valgt å ta utgangspunkt i SINTEF Helse sin rapport ”Evaluering av Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter”⁹. Bakgrunnen for dette er at tilbudet som gis ved Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter vurderes å være relativt sammenlignbart med tilbudet som gis ved etterbehandlingsenheten ved Fosen DMS, slik at de vurderingene som er gjort i den rapporten også vil kunne gjøres gjeldende for Fosen kommunene.

Rapporten til SINTEF Helse trekker frem tre områder hvor det kan forventes økonomiske effekter.

- Redusert behov for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenester
- Redusert behov for hjemmebaserte tjenester etter oppholdet
- Redusert behov for sykehjemsplasser

Størrelsen på de økonomiske effektene har det ikke vært mulig å tallfeste. Dette skyldes både utilstrekkelig og ikke godt nok datagrunnlag i evalueringsperioden. Det er imidlertid ikke urimelig å anta at de økonomiske effektene relatert til disse tre områdene vil overstige kostnadene som Fosen kommunene har gjennom de årlige driftstilskuddene de yter til OE- enheten.

Nedenfor beskrives kort de tre indirekte besparelsesområdene.

Redusert behov for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenester

I rapporten fra SINTEF argumenteres det for at det er rimelig å anta at pasienter som skrives ut direkte til hjemmet ofte vil ha et større behov for hjemmesykepleie enn hva tilfellet er for pasienter som har vært innlagt ved etterbehandlingsenheten før de kommer hjem. Det vurderes også som rimelig å anta at pasienter med behov for rehabiliteringstjenester som fysio- og ergoterapi, som har vært innlagt ved etterbehandlingsenheten, vil ha et mindre behov enn hva tilfellet er for pasienter som skrives ut direkte til hjemmet.

⁹ ”Evaluering av Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter”, SINTEF Helse 2005

Tilbakemeldinger fra ansatte i Fosen kommunene har også bekreftet denne antagelsen.

Konsekvensene av redusert behov for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenester er blant annet at kommunene kan redusere det antall timer som hjemmesykepleien bruker på disse pasientene, og tilsvarende for fysio- og ergoterapeuter.

I rapporten fra SINTEF var besparelser relatert til redusert behov for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenester i underkant av 40 % av de totale besparelsene.

Redusert behov for hjemmebaserte tjenester etter oppholdet

Tilsvarende som for hjemmesykepleie og rehabiliteringstjenester, vurderes det som rimelig å anta at pasienter som har vært innlagt ved etterbehandlingsenheten før de sendes hjem, vil ha et mindre behov for hjemmebaserte tjenester enn hva tilfellet er for pasienter som sendes direkte hjem etter sykehusoppholdet.

Dette innebærer at kommunene kan redusere antall timer som går med til å gi hjemmebaserte omsorgstjenester til disse pasientene.

I rapporten fra SINTEF var redusert behov for hjemmebaserte tjenester etter oppholdet det området som forventes å gi de største besparelsene. Dette utgjorde ca. 50% av de totale besparelsene.



Redusert behov for sykehjemsplasser

Opprettelsen av OE-enheten kan også bidra til å redusere behovet for sykehjemsplasser. Det poengteres imidlertid i rapporten til SINTEF at denne effekten er vanskelig å måle og krever at det gjennomføres en randomisert kontrollert studie over tid.

Det ble i SINTEF sin studie også forsøkt å se på om det var forskjeller i hvor pasienter med samme diagnose og alder ble skrevet ut til, avhengig om de ble skrevet ut direkte fra sykehuset eller via et etterbehandlingstilbud. Med bakgrunn i at det var en del usikkerhet knyttet til kvaliteten på dataene, samt at det var en del risiko knyttet til systematiske skjevheter, ble det konkludert med at det ikke var mulig å si noe om hvorvidt et etterbehandlingstilbud vil føre til redusert behov for sykehjemsplass.

Denne rapporten har ikke som formål å se på samfunnsøkonomiske gevinster. Det er likevel rimelig å anta at etableringen av OE- enheten vil kunne bidra positivt til utvikling av Fosen regionen, både i form av arbeidsplasser, næringsutvikling, redusert sykefravær, reduserte ventetider, økt kvalitet på helsetjenesten og ikke minst at befolkningen på Fosen får et utvidet helsetilbud.

4.5.4 Oppsummering økonomi

OE- Enheten Økonomi	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs		<ul style="list-style-type: none">▪ Bruk av observasjonsenheten vil kunne medføre inntektstap▪ Reduksjon i liggedøgn ved bruk av etterbehandlingsenheten vil på kort sikt gi begrensede økonomiske gevinster▪ Lavere gjennomsnittskostnader ved OE- enheten tilsier at det ligger et fremtidig potensial for større økonomiske gevinster▪ Et grovt estimat på reduserte liggedøgnskostnader er på ca. 4,5 MNOK
Kommunene		<ul style="list-style-type: none">▪ Ingen direkte økonomisk effekt utover årlig driftstilskudd▪ Rimelig å anta positive effekter ift. relatert redusert behov for hjemmesykepleie og hjemmehjelp for pasienter som har vært innlagt ved OE enheten før de utskrives til hjemmet▪ SINTEF rapport viser at det ikke er urimelig å anta at disse effektene overstiger årlig driftstilskudd

 Meget positivt  Positivt  Uforandret

Figur 6 Oppsummering økonomi

4.6 Kvalitet

I dette avsnittet vurderes de kvalitetsmessige effektene knyttet til OE- enheten ved Fosen DMS.

For å vurdere kvaliteten ved OE- enheten er det samlet inn data om behandlingskvalitet og organisatorisk kvalitet.

4.6.1 St. Olavs Hospital

I en tidlig fase i evalueringen ble det avdekket manglende kommunikasjon mot St. Olavs Hospital i Trondheim i forhold til epikriser. Konsekvensen av dette var ekstra tidsforbruk for personellet med oppfølging av enkeltpasienter noe som ble oppfattet som frustrerende. Tilbudet var lite kjent ved sykehuset i begynnelsen av perioden til tross for informasjonsmøter med ledere i kliniske avdelinger (sengeavdelinger).

I løpet av evalueringsperioden synes det som denne kommunikasjonen har blitt bedre. Det er vår oppfatning at utfordringene lå på St. Olavs og ikke på OE-enheten.

OE-enheten har tilgjengelig videokonferanseutstyr med mulighet for å konferere direkte med St. Olavs Hospital i Orkdal. Dette oppfattes som en svært nyttig løsning. Tilsvarende løsning er ikke tatt i bruk ovenfor St. Olavs Hospital i Trondheim.

Enheten er relativt godt utrustet og på linje med en sengepost ved et sykehus, med noe tillegg i form av monitoreringsutstyr og laboratorieutstyr.

4.6.2 Fosen-kommunene

Kvaliteten i forhold til kommunene ses spesielt i sammenheng med tilgjengelighet til plassene og samarbeid i tilknytning til inn og utskriving.

Funn fra intervju indikerer et godt samarbeid med kommunene i forbindelse med inn og utskriving. Når det gjelder tilgjengelighet fordeler plassene seg ulikt mellom kommunene på Fosen. Etersom innleggelse er basert på individuell vurdering av brukerens behov og ikke kommunetilhørighet, er det grunn til å anta at denne skjevfordelingen dreier seg om tilfeldige variasjoner i forhold til antall potensielle brukere i kommunene, og ikke systematiske prioriteringer.

Økt nærhet til et tilbud som OE-enheten må anses som en klar kvalitativ styrking av helsetjenesten på Fosen.

Det er også etablert et kvalitetsutvalg som arbeider med avvik og kvalitetsforbedring ved OE-enheten.

4.6.3 Brukerne

Kvalitet for brukerne er vurdert gjennom en analyse av pasientregistreringer mht. diagnoser, behandlingstiltak, utskriving samt opplysninger gitt av ulike informanter. Kvalitet relatert til fasiliteter for brukerne er også vurdert.

4.6.3.1 Behandlingskvalitet

En viktig forutsetning for god behandlingskvalitet er at pasientens sykdomstilfelle stemmer godt overens med behandlingstilbudet. Funn fra analysene indikerer godt samsvar mellom pasientenes behandlingsbehov og tilbudet ved OE-enheten. Tilbudet er godt tilrettelagt for brukeren, og den enkelte pasient mottar en god og skreddersydd behandling.

Behandlingstiltakene skisseres fra sykehuset, og tiltak som gjøres underveis i behandlingen, er godt tilpasset behandlingsbehovet.

Totalt sett utgjør medisinske undersøkelser og legemiddeladministrasjon nesten 90 % av den totale behandlingsaktiviteten ved OE-enheten. De fleste diagnosene er relatert til fordøyelsessystemet, hjerte-karsystemet, luftveier, samt muskel og skjelettsystemet.

Hovedaktiviteten ved observasjonsenheten er medisinske undersøkelser for ytterligere utredning. Medisinsk etterbehandling og rehabilitering er hovedaktivitetene ved etterbehandlingsenheten, det utføres også i noen grad medisinske undersøkelser. Etterbehandlingsenheten gjør også en del fysikalsk behandling ifm. rehabilitering.

Aktivitetstall i evalueringsperioden viser at nærmere halvparten (44,8 %) ble utskrevet uten diagnoser etter ferdig behandling. Av disse var ca. halvparten innlagt til observasjon og halvparten til etterbehandling (av de med en diagnose ved utskriving var de største diagnosegruppene knyttet til uhelbredelige sykdommer som kreft eller kroniske lidelser).

4.6.3.2 Fasiliteter

OE-enheten har gode fasiliteter til brukerne. Alle pasientene har enerom med eget bad og TV, med unntak av observasjonsrommet hvor det er mulig å legge inn to pasienter. Enheten drives i relativt nye lokaler, hvor det bl.a. finnes et treningsrom og et terapibad. Samtlige rom holder høy bygningsmessig standard.

4.6.4 Ansatte

For å vurdere kvalitet relatert til de ansatte er følgende områder evaluert:

- Personellsammensetning
- Turnusplan
- Opplæring
- Utstyr og fasiliteter

4.6.4.1 Personellsammensetning

OE-enheten ved Fosen DMS har følgende personale:

- Avdelingssykepleier, 1,0 årsverk
- Sykepleiere, 7,06 årsverk
- Hjelpepleiere, 4,27 årsverk
- Lege, 0,59 årsverk
- Fysioterapeut, 0,50 årsverk
- Ergoterapeut, 0,20 årsverk

Vurdering av sammensetningen av den formelle kompetanse hos personalet viser at det ikke er noe som tilsier at de personellmessige og kompetansemessige forutsetningene for en faglig forsvarlig og god kvalitet på tjenestene ikke er til stede (må ikke forveksles med medisinsk faglig kvalitet i utøvende pasientrettet arbeid). Inntrykket er at enheten legger vekt på å videreutvikle den kvaliteten som de allerede har oppnådd, blant annet med godt utviklede rutiner for kvalitetssikring.

Det er utviklet gode samarbeidsrelasjoner både internt ved OE-enheten og i forhold til sentrale samarbeidspartnere i omgivelsene. Dette sikrer viktig tilleggskompetanse. Det er avtale med anestesilege fra 330-skvadronen og direkte kontakt med bakvaktssjikt ved den avdeling hvor pasienten tidligere har vært innlagt ved St. Olavs Hospital. Samtidig er også legevaktslege stasjonert i avdelingen på kveld, natt og helger.

4.6.4.2 Turnusplan

Turnusplan er satt opp med relativ lav bemanningsfaktor i forhold til behovet (4 personer på dagtid hvorav 3 sykepleiere og 1 hjelpepleier, og 1 sykepleier og 1 hjelpepleier på kveld og helger). Det oppleves at man er mest sårbar i helgene, det hender derfor at det leies inn 1 ekstra sykepleier på dagtid ved behov.

Dette har sammenheng med at det ved oppstart ble laget en bemanningsplan med lav bemanningsfaktor. Den ble laget før oppstart av avdelingen, uten oversikt over hvilke pasientgrupper som ville bli overført fra St. Olavs Hospital HF, og uten kunnskap om hvor ressurskrevende disse ville være.

Bemannings situasjonen er under kontinuerlig vurdering, og det har etter hvert vist seg at det kommer pasientgrupper med komplekse problemstillinger som er svært behandlings- og pleiekrevende til tider. I tillegg har åpningen av Fosen Legevaktsenter medført flere arbeidsoppgaver. Det har også vært vanskelig å estimere pasienttilgangen ved observasjonsenheten.

Lav bemanning gjør at innleggelse av pasienter ved observasjonsenheten er spesielt ressurskrevende for personalet. Dette merkes tydeligst i helger og på kveldsvakter hvor bemanningen er lavest. Ut ifra de erfaringer en nå har er det gitt uttrykk for et behov for 2 sykepleiere/1 hjelpepleier på ettermiddag alle ukedager, samt på dagvakter helg.

OE-enheten har tilnærmet ett pleieårsverk pr. døgnplass. Til sammenligning er landsgjennomsnitt for sykehjem 0,79 pleieårsverk pr. døgnplass, jfr. bemanning og tjenestetilbud i sykehjem (Nygaard og Paulsen 2004).

4.6.4.3 Opplæring

Avdelingen har stort fokus på opplæring, med ukentlig 1 times opplæring sammen med lege fra 330-skvadronen. Denne opplæringen gis som et tilbud til kommuner som inngår i Fosen Legevaktsenter, ambulansetjenesten i Ørland/Bjugn og Åfjord, Forsvarets Sanitet og 330 Skvadronen ved Ørland Hovedflystasjon. Alt personale har gjennomgått opplæring i avansert hjerte

og lungeredning, i motsetning til de fleste kommuner hvor man kun har basal hjerte og lungeredning.

4.6.4.4 Utstyr og fasiliteter

Enheten er relativt godt utrustet og på linje med en sengepost ved et sykehus, med noe tillegg i form av monitoreringsutstyr og laboratoriestyr. Tilgjengelig videokonferanseutstyr gir mulighet for å konferere direkte med St. Olavs Hospital i Orkdal. Tilsvarende løsning har man ikke ovenfor St. Olavs Hospital i Trondheim. Det har vært noen tekniske utfordringer knyttet til videokonferanseutstyret.

4.6.5 Oppsummering kvalitet

OE-Enheten	Vurdering	Kommentarer
Kvalitet		
St. Olavs	●	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manglende kjennskap til tilbudet i begynnelsen av perioden ▪ Det har skjedd vesentlige forbedringer i løpet av perioden, bl.a. gjennom at epikriser nå følger pasientene
Kommunene	●	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tilbudet er et viktig supplement til det totale helsetilbud i regionen ▪ Tilbudet gir større nærhet og trygghet for innbyggerne
Brukere	●	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det er god behandlingskvalitet
Ansatte	●	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Høy kompetanse hos personell sikrer faglig forsvarlighet og god kvalitet ▪ Den tverrfaglige sammensetningen blant personalet er en styrke ▪ Økt kvalitet gjennom fokus på videreutvikling og opplæring

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret

Figur 7 Oppsummering kvalitet

4.7 Tilfredshet

I dette avsnittet vurderes tilfredsheten med OE- enheten ved Fosen DMS.

For å vurdere ulike interessenters tilfredshet med OE- enheten er det samlet inn data om hvilke erfaringer de har med enheten. De ulike interessentenes vurdering presenteres hver for seg.

4.7.1 St. Olavs Hospital

Tilfredsheten med OE- enheten fra medisinsk personell ved St. Olavs Hospital har variert mye i løpet av den perioden evalueringen har pågått. I den første tiden var det vanskelig å finne personell ved St. Olavs Hospital i Trondheim som kunne vurdere hvilke erfaringer man hadde med tilbudet. Dette skyldes både at OE- enheten var relativt liten og at St. Olavs Hospital i Trondheim samarbeider med mange medisinske institusjoner i regionen.

Etter hvert som tilbudet ved OE- enheten har blitt mer kjent, samt at det har blitt brukt i større grad, har kommunikasjonen blitt bedre og samarbeidsrutiner og prosedyrer er i ferd med å falle på plass.

Samarbeidet mellom OE- enheten og St. Olavs Hospital, Orkdal har derimot hele tiden vært oppfattet som positivt. Dette kan skyldes at det tradisjonelt har vært mye samarbeid mellom Fosen og Orkdal sjukehus.

Det er fremdeles noen utfordringer med kommunikasjonen via Norsk Helsenett. Dette er beskrevet nærmere under evalueringen av telemedisin.

4.7.2 Fosen-kommunene

Kommunene på Fosen ser på OE- enheten som et virkemiddel i utviklingen av helsetilbudet i regionen. De ønsker å ha et kvalitativt godt tilbud til innbyggerne i regionen, noe som innebærer å ha et lokalt helsetilbud med god kvalitet. OE- enheten bidrar til å styrke dette. I tillegg bidrar OE-enheten til at kommunene er bedre rustet til å beholde arbeidsplasser ved eventuelle omstillinger i Forsvaret, da det i denne sammenheng blir viktig med et velfungerende medisinsk støtteapparat i lokalsamfunnet.

Ansatte i kommunene rapporterer om godt samarbeid på systemnivå og det er enighet om å utvikle helsetilbudet i regionen. Det oppstår imidlertid noen utfordringer når man diskuterer hvem som skal ha hvilke tilbud. De fleste kommuner ønsker å være altomfattende når det gjelder helsetilbudet. Analyser av pasientstrømmene viser at brukerne av OE- enheten primært kommer fra kommunene Ørland og Bjugn, og til en viss grad fra Rissa og Åfjord.

4.7.3 Brukere

For å vurdere brukernes tilfredshet med OE- enheten ble det lagt opp til å gjennomføre en brukerundersøkelse ved bruk av spørreskjema.

Før spørreskjemaet ble utformet ble ansatte intervjuet om deres erfaringer og vurderinger av hvor tilfredse brukerne var med tilbudet. Tilbakemeldingen var at de opplevde at brukerne var svært fornøyde med tilbudet. De trakk spesielt fram følgende momenter som sentrale:

- pasientene er nærmere hjemmet og sine pårørende
- det er roligere ved OE-enheten enn på et stort sykehus som St. Olavs Hospital i Trondheim
- pasientene har sitt eget rom med hotellstandard
- med færre pasienter er det enklere å lage et individuelt behandlingsopplegg
- OE-enheten har mindre preg av å være et sykehus, noe som påvirker pasientene positivt

Med dette som utgangspunkt ble brukerundersøkelsen startet i september 2006.

Tema som ble tatt opp i undersøkelsen var:

- Bakgrunnsvariabler knyttet til pasienten
- Transport til OE-enheten
- Om pasienten selv valgte å bli innlagt ved OE-enheten
- Pasienters opplevelse av om de ansatte lytter til deres beskrivelser av situasjonen
- Vurderinger av informasjon som blir gitt
- Tillit til faglig dyktighet blant de ansatte
- Tilrettelegging for utskriving
- Samlet vurdering av oppholdet

Det viste seg at det var svært vanskelig å få inn spørreskjema som var tilstrekkelig og godt nok utfylt. I løpet av høsten 2006 var svarprosenten meget lav og designet på undersøkelsen ble revurdert.

Designet ble omgjort og det ble i stedet gjort intervju av brukere ved OE-enheten. Det ble utformet en kvalitativ intervjuguide med samme tema som ovenfor. Brukerne måtte samtykke i å delta i undersøkelsen. For å identifisere hvilke brukere som skulle intervjues, ble ansatte ved enheten konsultert. Kriterier lagt til grunn var et ønske om reflekterte ulike brukere, geografisk spredning og at de var innlagt med ulike diagnoser. Ettersom brukerne kun var innlagt et døgn på observasjonsposten den første tiden (senere utvidet til inntil 3 døgn), var de fleste intervjuobjektene fra etterbehandlingsenheten. Til sammen ble 26 brukere intervjuet. Av disse var 20 innlagt på etterbehandlingsenheten. Gjennomsnittsalder for utvalget var 74 år. Den yngste var 32 år og den eldste 94 år, Median var 78 år.

Utvalget bestod av 9 brukere fra Bjugn, 9 fra Ørland, 2 fra Åfjord, 4 fra Rissa, 1 fra Roan og en fra kommuner utenfor Fosen. Fordelingen gjenspeiler noenlunde kommunefordelingen blant alle pasientene ved OE-enheten. Det er flere kvinner enn menn som benytter seg av OE-enheten. I utvalget som ble intervjuet var det 15 kvinner og 11 menn. Utvalget vurderes å gi et godt bilde av hvilke typer pasienter som finnes ved OE-enheten.

Intervjuene viser at brukerne er svært tilfredse med tilbudet og den kvaliteten de opplevde. Når pasientene ble bedt å om vurdere hvor fornøyde de var svarte hele 75% at de var meget godt fornøyd. De resterende var godt fornøyd. Ingen svarte at de var misfornøyd. Brukerne uttalte om oppholdet: ”Alt har vært bra. Nydelig mat, som på et hotell!” En annen bruker uttalte seg på denne måten: ”Skulle jeg påpeke noe så er det litt lav romtemperatur. Dette er en forstad til himmelen. Personalet er dyktige. Service og mat er god”.

Ca. 70% av brukerne valgte selv å bli innlagt ved OE-enheten. De resterende fikk tilbud om dette. På spørsmål om hvorfor de hadde valgte å bli innlagt på OE-enheten trekker de fram nærhet til familie og slekt, bedre individuell oppfølging, større grad av trygghet, bedre rom som argumenter. Det kan fastslås at OE-enheten ved Fosen DMS har et godt omdømme blant sine brukere.

Tilliten til de ansatte blant brukerne er høy. Alle brukerne har tillit til at de får riktig medisinsk behandling, hele 75% svarer at de har meget stor tillit til den medisinske behandlingen. Brukerne opplever også at de får hjelp for det de er innlagt for.

Ved OE-enheten er det lagt stor vekt på å utvikle gode skriftlige prosedyrer for pasientoppfølging. Dette ser ikke ut til å ha nådd fram til alle brukerne. Mens den muntlige informasjonen blir vurdert som meget god, vurderes den skriftlige informasjonen å være mer ujevn. Ca. 50% er fornøyd, mens de øvrige er kritiske til den informasjonen de får.

Et annet forbedringspunkt som påpekes er transporten til OE-enheten, ca. 20 % mener denne ikke var bra.

Brukerne ser svært gjerne at OE-enheten blir et permanent tilbud på Fosen.

4.7.4 Ansatte

Det er ovenfor redegjort for de ansattes opplevelse av hvordan brukerne har det på OE- enheten. Fornøyde brukere og en høy beleggspersent gjør også at de ansatte finner det motiverende å arbeide ved enheten.

De ansatte opplever det som mer faglig utfordrende å arbeide med pasientene som legges inn til observasjon eller etterbehandling, enn hva tilfellet er for pasienter de møter på sykehjem. Dette bidrar til å utvikle motiverte og faglig dyktige medarbeidere. Den organisatoriske løsningen, med å plassere legevaktjenesten inne på avdelingen, oppleves også som en god løsning. Dette sikrer tilgang på medisinsk kompetanse hele døgnet. Bruk av videokonferanseutstyr til kommunikasjon med St. Olavs Hospital i Orkdal bidrar også til å trygge arbeidssituasjonen til de ansatte ved avdelingen.

De ansatte opplever at det er etablert gode rutiner for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom OE- enheten og St. Olavs Hospital, Orkdal. Det gjennomføres bl.a. en videokonferanse hver morgen for å ta opp problemer og for vurdering av pasienter.

Det er ikke etablert like gode rutiner for dette mellom OE- enheten og St. Olavs Hospital, Trondheim, men dette er i ferd med å bedre seg. Teknisk er det mulig å bruke videokonferanse for å drøfte og følge opp pasienter på tilsvarende måte som man gjør med Orkdal. Ufordringene ligger på det organisatoriske planet.

Det har vært perioder hvor kommunikasjonsutstyret (videokonferanse) ikke har fungert mellom St. Olavs Hospital Orkdal og OE- enheten. Når dette har vart over flere dager har dette ført til merarbeid for de involverte og "brudd" i en viktig kommunikasjonslinje mellom disse to aktørene.

De ansatte opplever at pasientene fra St. Olavs Hospital, Trondheim ofte mangler nødvendig informasjon som for eksempel epikriser. Dette medfører en del ekstra arbeid for de ansatte ved OE- enheten da de bruker en del tid på å få avklart pasienters situasjon.

Problemet med manglende epikriser har bedret seg. De ansatte hevder at stadige påminnelser overfor St. Olavs Hospital, Trondheim, har gitt resultater. Det er nå etablert gode rutiner med å sende med pasientene epikriser når de blir overført til OE-enheten. Dette gjør arbeidet enklere for de ansatte.

Det er en begrensende faktor at ansatte ved OE- enheten ikke har tilgang til Helsenettet. Dette medfører utfordringer for de ansatte i forhold til bruk av det telemedisinske nettet. Mer utførlige kommentarer angående dette er beskrevet i delen om telemedisin.

Det er en kjent sak at man i de fleste nystartede virksomheter har en pionerånd i oppstarten. Entusiastiske medarbeidere medfører at man i større grad også oppnår god tjenestekvalitet. Det kan i større grad bli en utfordring å holde på og videreutvikle de ansattes "stå-på-vilje" og entusiasme.

4.7.5 Oppsummering tilfredshet

OE-Enheten Tilfredshet	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs		<ul style="list-style-type: none"> Betydelig forskjeller i kjennskap til tilbudet i starten, men tilbudet har blitt mer kjent i løpet av perioden
Kommunene		<ul style="list-style-type: none"> Tilbudet bidrar positivt ift. utvikling av regionen Tilbudet har en viktig funksjon ift. forsvaret
Brukere		<ul style="list-style-type: none"> Resultater fra brukerundersøkelsen viser at pasientene er meget tilfredse med tilbudet
Ansatte		<ul style="list-style-type: none"> Ansatte er tilfreds med å få faglig utfordrende arbeidsoppgaver OE- enheten har meget motiverte medarbeidere

Meget positivt Positivt Uforandret

Figur 8 Oppsummering tilfredshet

5 Felles Legevaktteneste

5.1 Om felles legevaktteneste

Felles legevaktteneste er en ordning mellom kommunene Ørland, Bjugn og Åfjord som ble startet opp 21.08 2006. Det er et prøveprosjekt med varighet frem til 31.12 2007. Legevakttenesten er basert på en felles tilstedevakt ved Fosen Legevaktsenter som er samlokalisert med OE-enheten ved Fosen DMS. Legevakten har også et samarbeid med Forsvaret.

Ørland og Bjugn har fra før samarbeidet om legevakt i over 30 år, mens det for Åfjord kommune er nytt. Åfjord har lenge slitt med å få stabilitet i legedekningen, og dette var en viktig grunn til at de ønsket å gå inn i samarbeidet. Opprinnelig ble det drøftet felles legevaktteneste også med Rissa, men der ble det politisk bestemt å samarbeide med Mosvik og Leksvik, og det arbeides også der med å få i gang felles legevaktteneste.

Ordningen med felles legevaktteneste gjelder i perioden fra kl 20.00 til 08.00 på hverdager. I helgene (og på bevegelige helligdager) er legevakta åpen fra kl. 15 på fredag til 08.00 på mandag. I alle kommunene er det lokal legevakt på hverdagene i tidsperioden 15 til 20 (mandag til og med torsdag).

Målsettingen med felles legevaktteneste er:

- Styrket faglighet og økt kompetanse på legevakttenestene i kommunene på Ørland, Bjugn og Åfjord.
- Redusert antall innleggelses på sykehus ved å bruke observasjonsposten ved Fosen DMS.
- Bidra til bedre rekruttering og stabilitet av leger i kommunene gjennom bedre arbeidstidsorganisering.
- Å oppnå økonomiske besparelser for de deltakende kommuner.
- Få til økonomiske besparelse i forhold til felles innkjøp og planlegging av legevakttenesten.
- Ivaretagelse av statlige styringssignaler og moderniseringstanker i forhold til fremtidig organisering av kommune- Norge og felles legetjenester.
- Å styrke prehospital behandling og oppnå en økt faglighet innenfor ambulansetjenesten.

Det er også en målsetting at allerede eksisterende utstyr ved Fosen DMS skal benyttes for å sikre bedre kvalitet på de legetjenester som blir utført.

5.2 Metode

Data om legevaktjenesten ved Fosen DMS er samlet inn ved å benytte både kvalitative og kvantitative metoder. Det er gjort dybdeintervju med nøkkelpersoner (prosjektleder og andre involverte i etableringen) og ansatte i kommuneadministrasjonen i de tre kommunene.

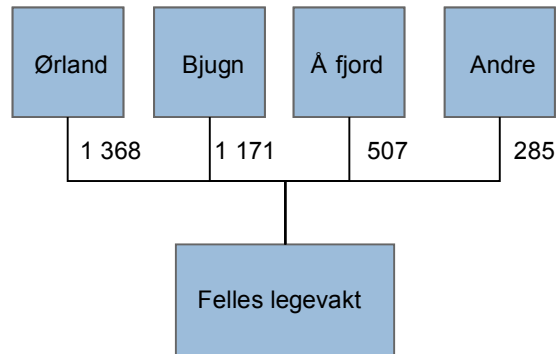
Det er gjennomført fokusgruppeintervju med brukerne i Åfjord kommune. Årsaken til at kun brukere i Åfjord er intervjuet er at legevaktjeneste er godt innarbeidet mellom kommunene Ørland og Bjugn. Det er derfor valgt brukere selektivt for å finne informanter mht. erfaringer både med gammel og ny ordning.

For å skaffe oversikt over pasientstrømmen ble manuelle registreringer talt opp og avsjekket mot statistikk fra pasientadministrativt system (Winmed). Det forekommer et avvik mellom disse to kildene som ikke er avklart. Tallene er også forsøkt validert mot trygdestatistikk. Det er i rapporten valgt å ta utgangspunkt i manuelle registreringer.

For å vurdere økonomiske effekter er regnskapsopplysninger fra de tre kommunene innhentet. I tillegg er det gjennomført samtaler med økonomisjefene.

5.3 Pasientstrømmer

For å skaffe oversikt over pasientstrømmen i legevaktjeneste ble manuelle registreringer talt opp for perioden 21.08.06 til 26.08.07. Figuren nedenfor viser antall konsultasjoner foretatt blant pasienter fra Ørland, Bjugn, Åfjord og kategorien ”andre”, som er pasienter fra andre kommuner samt turister. Tallene viser antall konsultasjoner per kommune.



Figur 9 Antall konsultasjoner per kommune

Totalt er det foretatt 3 331 konsultasjoner i perioden 21.08.06 til 26.08.07, som er tilnærmet ett år. Tallene viser at i henhold til folketallet har Åfjord et noe lavere forbruk av legevaktjenester enn de to andre kommunene.

Analyser av pasientstrømmene til Felles legevaktjeneste har påvist avvik mellom manuelle registreringer og statistikk fra det pasientadministrativt systemet Winmed. Det har ikke vært mulig å påvise årsaken til avviket.

5.4 Overordnet konklusjon

De overordnede konklusjonene for evalueringen av felles legevaktjeneste er oppsummert i figuren nedenfor. En nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og beregninger som ligger til grunn presenteres for hvert av evalueringsområdene og de ulike interessentene i avsnittene (5.5-5.7)

Legevakt tjenesten	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
St. Olavs	IA	IA	IA
Kommunene	○	●	◐
Brukere	IA	◐	◐
Ansatte	◐	●	◐
Samlet	○	●	◐

● Meget positivt ◐ Positivt ○ Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 10 Overordnede konklusjoner

Felles legevaktjeneste vurderes til ikke å gi direkte positive økonomiske effekter for de involverte kommunene. Det er identifisert noe økte kostnader til vaktgodtgjørelse som følge av endring i vaktordningen. Samtidig er det rimelig å anta besparelser på lang sikt relatert til en og en mer stabil legebemanning.

Kvaliteten vurderes i hovedsak å være meget positiv. Samarbeidet sikrer god arbeidsbelastning og tjenesten har godt utviklede arbeids- og kvalitetsrutiner. God organisering gir i tillegg tilgang til utstyr og fagressurser ved OE-enheten og fra Forsvaret.

Tilfredsheten vurderes til å være positiv. De involverte legene er godt fornøyd med arbeidsbelastningen. Det har eksistert motforestillinger mot felles legevaktjeneste blant lokalbefolkningen, men det synes å avta etter hvert som tilbudet er blitt bedre kjent. Det er til dels betydelige ulikheter mellom kommunene mht. tilfredshet med ordningen.

5.5 Økonomi

I dette kapitlet gis en nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og beregninger som ligger til grunn for de økonomiske effektene identifisert som følge av etableringen av felles legevaktstjeneste.

5.5.1 Fosen-kommunene

For å undersøke økonomiske effekter ble det foretatt intervju med økonomisjefene i kommunene Ørland, Bjugn og Åfjord. I tillegg er regnskapsdata for perioden 2005-2007 innhentet og analysert. For å vurdere kostnadsutviklingen er det valgt å analysere kostnader relatert til vaktgodtgjørelse. Årsaken til dette er at vaktgodtgjørelse er den viktigste kostnadsdriveren relatert til etablering av felles legevaktstjeneste og utgjør ca. 90 % av de budsjetterte kostnadene ved felles legevaktstjeneste i 2007.

Analysen av regnskapsdata for 2005 og 2006 viser at de samlede kostnader til vaktgodtgjørelse for Ørland, Bjugn og Åfjord steg med ca. 14 %. For 2007 er det budsjettert med en økning i kostnadene til vaktgodtgjørelse på ca. 6 %. Årsaken til økningen i kostnader til vaktgodtgjørelse er en overgang fra hjemmevakt til tilstedevakt med fastlønsordning.

Sammenligning med andre mindre kommuner har også vist at innføring av felles legevaktstjeneste har medført økte noe kostnader¹⁰. Samtidig er det en generell utfordring å ha stabil legedekning i mindre kommuner, og felles vaktordning har vært forsøkt som en løsning på dette. I Åfjord kommune, hvor det å sikre en stabil legedekning har vært en utfordring, har innføringen av felles legevaktstjeneste gitt en positiv effekt på dette. Stabil legedekning forventes også å gi positive økonomiske effekter knyttet til reduserte vikarkostnader og lavere turnover på sikt.

5.5.2 Ansatte

Når det gjelder de involverte legene i samarbeidet, indikerer funn fra intervjuene at legene opplever det som økonomisk gunstig med denne ordningen. Det er da tatt i betraktning at man har redusert arbeidsbelastningen betraktelig, og at legene er fornøyde med frekvensen på vaktene. Rent økonomisk har derfor de involverte legene opplevd en positiv utvikling.

¹⁰ Kjelvik ”Kommunenes utgifter til primærlege tjenesten. Rapport Statistisk Sentralbyrå, 2002

5.5.3 Oppsummering økonomi

Legevakt Økonomi	Vurdering	Kommentarer
Kommunene	○	<ul style="list-style-type: none">▪ Kommunene har fått et noe høyere kostnadsnivå sammenlignet med kostnadsnivået før legevaktsamarbeidet kom gang▪ Økt stabilitet og forutsigbarhet i legevakttilbudet vil antageligvis gi positive økonomiske effekter på sikt
Ansatte	◐	<ul style="list-style-type: none">▪ Legene involvert i samarbeidet opplever et godt lønnsnivå tatt i betraktning redusert press

● Meget positivt ◐ Positivt ○ Uforandret

Figur 11 Oppsummering økonomi

5.6 Kvalitet

I dette avsnittet vurderes de kvalitetsmessige effektene knyttet til felles legevaktjeneste.

For å gjøre kvalitetsmessige vurderinger av felles legevaktjeneste er det samlet inn data om samarbeidet og brukernes oppfatning rundt behandlingstilbudet.

5.6.1 Fosen-kommunene

Legevakt samarbeidet har gitt positive effekter mht. kunnskapsutveksling. Som en følge av felles legevaktjeneste er det opprettet et samarbeidsutvalg bestående av medisinsk ansvarlig for legevaktjenesten og kommunelege 1 fra hver kommune. Dette sikrer at faglige spørsmål kontinuerlig taes opp. Alle legene i regionen møtes i tillegg i et forum for faglig påfyll.

Samarbeid mht. opplæring av ambulanspersonell og samarbeid mot observasjonsenheten styrker tilbudet ved legevakten. Intensivopplæring av ambulanspersonell og sanitetsassistenter gjøres slik at disse i større grad tar primæroppgaver i forbindelse med akutt hjelp. Legevakta har to observasjonsplasser ved OE-enheten.

Åfjord helsesenter har tilbud om å delta i internundervisning om akuttmedisin med videokonferanse for å slippe å reise til Ørland. Funn fra intervju tyder på at dette tilbudet ikke er i utstrakt bruk. Det anbefales derfor å vurdere mulighetene for hvordan samarbeid mellom Fosen legevaktsenter og Åfjord helsesenter kan styrke tilbudet i regionen.

Økt stabilitet og forutsigbarhet i legevaktstilbudet medfører også økt kvalitet i det kommunale tjenestetilbudet ved Fosen.

5.6.2 Brukerne

Kvaliteten på tilbudet er blitt bedre fordi det er et større klinisk apparat rundt felles legevaktsenteret ved et vanlig legekontor har. Legevakten har utstyr som røntgen, videokonferanseutstyr, laboratorium for prøvetaking og analyse av prøver. Samtidig har den fysiske lokaliseringen gjort det mulig med tilgang til sanitetsassistenter (forsvaret), sykepleier og ansatte ved OE-enheten.

Denne organiseringen er også med på å endre måten legevakten benyttes på. Funn fra intervjuer og aktivitetstall tyder på at det er blitt en mer stabil legevaktjeneste som har redusert legevaktjenester om natta og redusert antall hjemmebesøk. Legevakta brukes nå mer selektivt og mer etter intensjonene av brukerne. Man får nå inn pasienter som i større grad trenger øyeblikkelig hjelp. Tidligere ble legevaktordningen brukt for å kompensere for manglende legetilbud i kommunene.

Rutiner for kvalitetssikring er godt lagt opp. Det er utarbeidet en rutinehåndbok og det er et eget kvalitetsutvalg som behandler klager og avviksrappporter. Kvalitetsutvalget vurderes til å være et svært positivt tiltak fordi det representerer et bredt utvalg av fagpersoner. Det består av

representanter fra alle de involverte kommunene, St. Olavs Hospital i Trondheim og i Orkdal, samt en ekstern lege. Fylkeslegen er meget positiv til kvalitetsutvalget¹¹. Det er i tillegg fremkommet svært få pasientklager som følge av etableringen av en felles legevaktsenter.

I prinsippet kan tilbudet ved Åfjord helsesenter fungere som en buffer for Fosen legevaktsenter. Her er det døgnkontinuerlig sykepleievakt og med muligheter for videokonferanser kan man be om vurderinger av pasienter. I tillegg kan man få tatt enkle prøver lokalt som blod- og urinprøver og det kan utdeles medisin.

For å identifisere effekter relatert til kvalitet for brukerne er det gjennomført intervju med brukere i Åfjord, da disse representerer nye brukere av felles legevaktstjeneste. Brukerne trekker fram tre forhold som de oppfatter som negativt:

- Lengre transport til legevakta for pasienter i Åfjord
- Brukerne føler utrygghet knyttet til endrede rutiner for akuttmedisinske beredskap
- Utrygghet blant innbyggerne som bor lengst fra Brekstad

Den skeptiske eller negative reaksjonen til ordningen synes å stå i nær sammenheng med at brukere i Åfjord opplever større vakt-distrikter og betjening av lege langt unna som en svekkelse av trygghet til tilbudet.

Brukerne opplever større utrygghet knyttet til den akuttmedisinske beredskapen som følge av lengre avstander. Observasjoner gjort i denne evalueringen har ikke avdekket forhold som indikerer et dårligere akuttmedisinsk tilbud. Den akuttmedisinske beredskapen er vurdert som forsvarlig av fylkeslegen i Sør-Trøndelag¹², og forbruket av ambulansetjenester/ helikoptertjenester har ikke økt etter at felles legevaktstjeneste kom på plass.

Det er imidlertid skjedd en dreining i fordeling av akuttmedisinske oppgaver. Fosen legevakt-distrikt har valgt å skolere ambulansesepersonell for å gjøre dem til spydspissen i akuttmedisinen. De har vel så bra kompetanse som primærlegen til å møte pasienter med akutt behov for hjelp, og det er naturlig å overføre akuttmedisinske oppgaver til denne gruppen.

Det lå også implisitt i den nye ordningen at det skulle bli vanskeligere å få tak i egen lokal lege og opprettholde en populær tjeneste som hjemmebesøk. Kommunene gikk med på ordningen fordi alternativet, en større sjanse for å miste legene, også er en stor trussel for tryggheten for innbyggerne i kommunene.

¹¹ ”Underskriftskampanje mot nåværende legevaktordning i Åfjord kommune”; Brev fra Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. 19.12. 2006

¹² ”Underskriftskampanje mot nåværende legevaktordning i Åfjord kommune”; Brev fra Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. 19.12. 2006

5.6.3 Ansatte

Blant legene i distriktet er det ulike oppfatninger om hvorvidt etablering av felles legevaktjeneste er positivt eller negativt. Fra Bjugn har det kommet noen kritiske merknader til at legevakta ble lagt til Ørland. Også fra leger i Åfjord var det kritikk mot å etablere en felles legevaktjeneste av hensyn til pasientenes frykt for lange avstander og dårlig beredskap. Enkelte hevder også at antallet pasienter er såpass lavt at ordningen med tilstedeværende vakt på natt ikke er holdbar.

Imidlertid har de involverte legene en generell positiv erfaring med felles legevaktjeneste. Dette beror på økt kvalitet i tilbudet (beskrevet ovenfor).

Felles legevaktjeneste har gjort det mer attraktivt å arbeide i distriktene, som igjen resulterer i mer kvalifiserte søkere til stillinger. Eksempelvis, ved utlysning av 2 legestillinger høsten 2006 fikk Åfjord 4 søkere, som er særdeles positivt. Vaktturnusen er mindre belastende, det er nå 11-delt turnus mot 7 og 8-delt i Bjugn og Ørland og 2-3 delt i Åfjord. Legelønningene pr. vakt er også bedre enn tidligere på grunn av fastlønnsordningen I tillegg blir legene en del av et større fellesskap.

Det er også utfordringer knyttet til legevaktjeneste ifht. å få etablert nye arbeidsrutiner samt å gjøre seg kjent med utstyret på legevaktkontoret. Legene som ikke er på Ørland til daglig trekker fram dette som en utfordring.

5.6.4 Oppsummering kvalitet

Legevakt Kvalitet	Vurdering	Kommentarer
Kommunene	●	<ul style="list-style-type: none">Økt stabilitet og forutsigbarhet i legevakttilbudet gir økt kvalitet i det kommunale helsetilbudetLegevakt samarbeidet har gitt positive effekter mht. kunnskapsutveksling
Brukere	◐	<ul style="list-style-type: none">Kvaliteten på tilbudet har blitt bedre som følge av det er større klinisk apparat ved Fosen DMSDet er etablert et kvalitetsutvalg som behandler klager og avviksrapporterBrukerne fra Åfjord har uttykt betydelig skepsis til ordningen
Ansatte	●	<ul style="list-style-type: none">Gir økt forutsigbarhet i legenes arbeidstidDet har blitt enklere å rekrutterer leger til regionen

● Meget positivt ◐ Positivt ○ Uforandret

Figur 12 Oppsummering kvalitet

5.7 Tilfredshet

I dette avsnittet vurderes effektene relatert til tilfredshet med felles legevaktjeneste ved Fosen DMS. For å vurdere ulike interessenters tilfredshet med felles legevaktjeneste er det samlet inn data om hvilke erfaringer de har med ordningen.

5.7.1 Fosen-kommunene

Funn fra intervjuer indikerer ulik tilfredshet til felles legevaktjeneste blant kommunene.

I Åfjord kommune er man tilfreds med ordningen hovedsakelig fordi den har bidratt til stabilisering av legeressursene. Dette var også grunnen til at kommuneadministrasjonen og politikerne valgte å bli med på samarbeidet. Lokalbefolkningen i Åfjord har derimot vært kritiske. 1 200 av 3 300 innbyggere skrev under i en underskriftskampanje i protest mot samarbeidet.

Lokaliseringen av legevaktkontoret har vært mye diskutert. Begrunnelsen for å velge Brekstad var blant annet nærhet til flyplassen og skvadronen. I tillegg hadde man bygninger ved Ørland medisinske senter.

5.7.2 Brukerne

Det har i fokusgruppeintervju med brukere i Åfjord kommet til uttrykk en del uro og skepsis til ordningen, hovedsakelig relatert til svekket trygghet og tungvinte rutiner for å kontakte legevakten, og at innbyggerne i Åfjord opplever en høyere terskel for å komme gjennom til legevakten etter omorganiseringen. Dette kom tydelig fram i fokusgruppeintervjuet med pasienter fra Åfjord. Pasientene uttalte at *”nå må vi bli syke før kl 8 på kvelden når vi har legevakt i kommunen”*. I tillegg har det gjennom fokusgruppeintervjuene kommet fram at enkelte brukere har opplevd å komme til Fosen legevaktsenter på natta og det ikke har vært folk til stede.

Skepsisen blant brukerne virker imidlertid til å ha avtatt i perioden. På sikt er det rimelig å anta bedre tilfredshet blant brukerne, fordi man får mer stabilitet i fastlegeordningen og mest sannsynlig bedre relasjoner mellom pasient og lege.

5.7.3 Ansatte

Enkelte leger har vært kritisk til den nye ordningen, og noen har sluttet som følge av dette. Mye av kritikken er relatert til at den nye ordningen krever mer samarbeid med rigide rutiner.

De fleste leger er likevel tilfreds med ordningen da den gir mer regulert arbeidstid og bedre økonomisk kompensasjon for arbeid ved natt og i helger. Infrastrukturen rundt Fosen DMS har gitt legene nye muligheter gjennom muligheter til å ta prøver og å få disse analysert ved legevaktsenteret. I tillegg representerer observasjonsenheten en ny mulighet for å legge pasienter inn for en kortere periode (inntil 3 dager). Teknisk utstyr som videokonferanseutstyr

gir også muligheter for faglige konsultasjoner både ut til kommunene og til St. Olavs Hospital i Orkdal.

En av målsetningene har vært å redusere tidsbruken hjemme hos brukerne, noe som på sikt bidrar til at legene kan konsentrere innsatsen på Fosen legevakt og gir bedre muligheter til å utrede pasienten.

Det er rimelig å anta at hvis man styrker tjenesten ytterligere gjennom mer samarbeid mellom Fosen legevakt, Åfjord sykehjem og spesialisthelsetjenesten, vil dette gjøre det mer attraktivt å være lege på Fosen.

5.7.4 Oppsummering tilfredshet

Legevakt	Vurdering	Kommentarer
Tilfredshet		
Kommunene		<ul style="list-style-type: none">▪ Felles legevaktstjeneste gjør det mer attraktivt å arbeide i distriktet▪ Ordningen har medført mer kvalifiserte søkere på legestillinger
Brukere		<ul style="list-style-type: none">▪ Mer stabilitet i legestillingene gir et kvalitativt bedre tilbud til lokalbefolkningen▪ Misnøy og skepsis til tilbudet i starten blant brukerne i Åfjord.
Ansatte		<ul style="list-style-type: none">▪ De fleste legene er positive til legevaktsamarbeidet

Meget positivt Positivt Uforandret

Figur 13 Oppsummering tilfredshet

6 Spesialisthelsetjenesten

6.1 Om spesialisthelsetjeneste tilbudet

Det har siden 1982 vært et tilbud om spesialisthelsetjenester på Ørland. Dette startet som en privat praksis ved Ørland Medisinske Senter. I perioden 1982 – 1991 bestod tjenestene av øye og ortopedi basert på stykkprisfinansiering. I 1991 ble praksisen som en forsøksordning underlagt Sør-Trøndelag fylkeskommune. Spesialisthelsetjenesten ble en fylkeskommunal poliklinikk finansiert via Orkdal Sjukehus (daværende Orkdal Sanitetsforenings Sykehus), hvorpå pasienttransportutgifter ble tillagt fylkeskommunen. I 1996 ble pasienttransport ført tilbake til rikstrygdeverket, og i 1999 tok RiT (Regionsykehuset i Trondheim) over finansieringsansvaret.

Dagens tilbud har vokst gradvis frem i løpet av årene. Da pilotprosjektet Fosen DMS ble igangsatt, bestod tilbudet av ØNH, hud, indremedisin, gynekologi og kirurgi. Prosjektet har reetablert et øyelegetilbud, opprettet en 100% stilling for audiograf tilknyttet sykehusets høresentral og omgjort det kommunale legesenterets røntgen til en røntgensatellitt knyttet til sykehusets avdeling for billeddiagnostikk. Videre har prosjektet koblet spesialistpoliklinikken til sykehusets IKT-system gjennom bredbånd slik at spesialistene nå har tilgang til PAS, Doculive, PACS/RIS m.m. fra Fosen.

For spesialisttjenestene er hensikten med pilotprosjektet Fosen DMS å styrke tjenestene ytterligere gjennom å strukturere samarbeidet og forankre ambulerende til Fosen i tjenesteplanene til spesialistene. Det er definert en rekke kriterier for desentraliseringen av spesialisttjenestene:

- Det skal være forsvarlig kvalitet
- Det skal være god kompetanseutveksling
- Tjenestene skal være gjennomførbare mht. utstyrskrav
- Tilbudet skal favne om de riktige pasientgruppene
- Tjenestene må bære seg økonomisk
- Pasientgrunnlaget skal være basert på de vanligste lidelsene

Pasientgrunnlaget har primært vært fra Ørland og Bjugn og i noe grad fra Rissa, Åfjord, Hitra, Frøya og Agdenes. I tillegg er det etablert et samarbeid med Luftforsvaret, som også har helsevirksomhet ved Ørland Medisinske senter.

Spesialisthelsetjenesten på Ørland er blitt evaluert fire ganger tidligere og det foreligger således et bredt grunnlag av samfunns- og driftsøkonomiske vurderinger. Tidligere evalueringsinstanser er:

- Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF NIS) – 1992
- Norsk institutt for sykehusforskning (SINTEF NIS) - 1994
- Sør-Trøndelag Fylkeskommune - 1997.
- Program for Helseøkonomi Bergen – 2003

6.2 Metode

Det er benyttet en blanding av kvantitative og kvalitative metoder og analyser.

For å kartlegge pasientstrømmen er det hentet ut aktivitetstall for poliklinisk behandling ved St. Olavs Hospital HF i perioden 2001 – 2007 via det administrative systemet NIMES.

Det er gjennomført dybdeintervjuer av ansatte ved spesialisthelsetjenesten og ambulerende spesialister. Det er i tillegg gjennomført samtaler med nøkkelpersonell på St. Olavs Hospital - herunder prosjektleder for Fosen DMS, avdelingsledere og involverte overleger ved hudpoliklinikk, gynekologisk poliklinikk, øre-nese-hals og kjevepoliklinikk, samt kirurgisk avdeling i Trondheim og kirurgisk avdeling ved Orkdal sjukehus.

For å gjennomføre en økonomisk evaluering er det valgt å bygge en analysemodell som viser utvikling i inntekter og kostnader for hver spesialitet. Data til denne modellen ble samlet fra St. Olavs Hospital og Ørland kommune ved å hente inn økonomi og regnskapsopplysninger fra administrative systemer ved St. Olavs Hospital og Ørland kommune.

For å vurdere brukertilfredshet er det utarbeidet et papirbasert spørreskjema som tar utgangspunkt i PasOpp¹³. Det ble samlet inn svar fra totalt 261 brukere (svarprosenten 96,5 %). Rådata fra PasOpp undersøkelsen i 2004 ble deretter sammenstilt mot vår undersøkelse og en komparativ analyse ble utført.

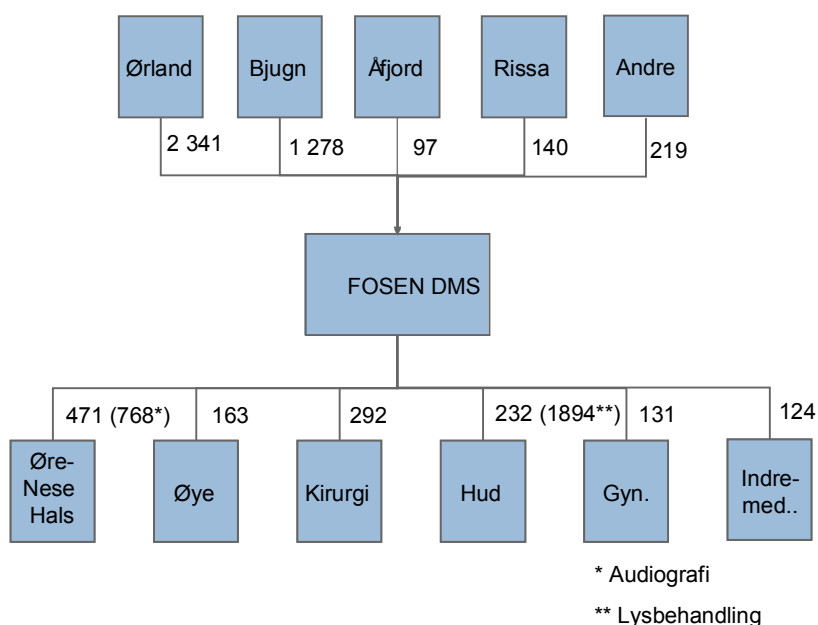
¹³ PasOpp – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2004.

6.3 Pasientstrømmer

Behandlingstilbudet ved spesialisthelsetjenesten består i dag av 6 spesialistområder:

- øre-nese-hals
- indremedisin
- kirurgi
- øye
- hud
- gynekologi

Figur 6 viser en skjematisk fremstilling av total pasientstrøm i 2006. Tallene viser antall konsultasjoner.

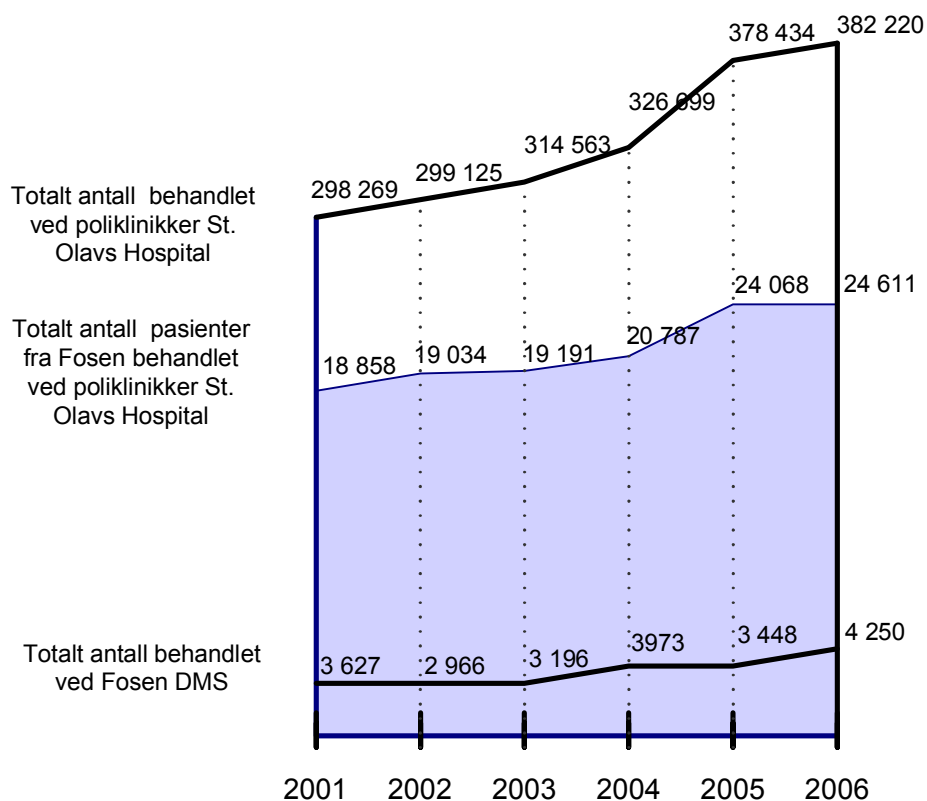


Figur 14 Pasientstrøm spesialisthelsetjenesten

I 2006 ble det utført totalt 2 181 polikliniske konsultasjoner samt 1 894 lysbehandlinger. Totalt utgjorde pasienter fra Ørland ca. 56 % prosent, og fra Bjugn ca. 31 % av pasientstrømmen. Om lag 10 % ble henvist videre til poliklinikker på sykehuset. Årsaken til dette er at spesialisten vurderer at pasienten behøver et Ø-hjelpsapparat eller det er behov for at andre spesialister er til stede.

Antall røntgenundersøkelser i perioden november 2006 til april 2007 var 723.

Veksten i antall behandlinger ved spesialisthelsetjenesten er i tråd med den generelle trenden. Figuren under viser utviklingen i antall behandlinger i perioden 2001-2006 for Fosen DMS, Fosen pasienter ved St. Olavs Hospital og St. Olavs Hospital totalt.



Figur 15 Utvikling i polikliniske behandlinger 2001 til 2006.













Den nederste linjen viser at antall behandlinger ved Fosen DMS har økt med 24,7 % i perioden 2001-2006. I perioden 2001-2006 har sammensetningen og omfanget av spesialisttjenestetilbudet ved spesialistpoliklinikken variert. Linjen i midten viser at i samme periode har befolkningen på Fosen hatt en økning i antall konsultasjoner på 30,5 % ved alle poliklinikker ved St. Olavs Hospital, spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS inkludert. Den øverste linjen viser at antall polikliniske behandlinger ved St. Olavs Hospital i samme periode har økt med ca. 30,0 %.




Til sammenligning viser nasjonale tall¹⁴ en total økning på ca. 24,1 % i samme periode.

¹⁴ SAMDATA: polikliniske behandlinger.

6.4 Overordnet evaluering

De overordnede konklusjonene for evalueringen av spesialisthelsetjenesten er oppsummert i figuren nedenfor. En nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og bergninger som ligger til grunn presenteres for hvert av evalueringsområdene og de ulike interessentene i avsnittene (6.5-6.7)

Spesialist-helsetj.	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
St. Olavs			
Kommunene	IA		
Brukere	IA		
Ansatte	IA		
Samlet			

 Meget positivt  Positivt  Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 16 Overordnede konklusjoner

Spesialisthelsetjenesten vurderes å ha en positiv økonomisk effekt for St. Olavs Hospital. Sparte transportkostnader overgår merkostnadene ved å ha desentralisert spesialisthelsetjeneste på Fosen.

Kvaliteten og tilfredsheten på tilbudet med spesialisthelsetjenesten vurderes til å være meget positivt. Tilbudet har lave ventetider og god behandlingskvalitet. Det er høy tilfredshet blant brukerne, de ansatte og de ambulerende spesialistene.

Det etterspørres bedre markedsføring av tilbudet blant henvisende leger. Det anbefales at man vurderer hvorvidt en styrking av tilbudet (mer styring fra sykehuset) bør innebære et mer ”regulert” opptaksområde (sentraliserte henvisningsrutiner og etablering av kommunikasjonslinjer).

6.5 Økonomi

I dette avsnittet beskrives de økonomiske konsekvensene som er identifisert for de desentraliserte spesialisthelsetjenestene på Fosen.

6.5.1 St. Olavs Hospital

For å vurdere økonomiske konsekvenser for St. Olavs Hospital tar evalueringen for seg tre sentrale økonomiske faktorer:

- Driftsresultat
- Sparte transportkostnader
- Merkostnader

Driftsresultatet viser om behandlingstilbudet genererer tilstrekkelig med inntekter til at det alene dekker de påløpte drifts- og personellkostnadene. For å gi et fullstendig bilde av de økonomiske effektene er det i tillegg nødvendig å ta hensyn til sparte transportkostnader og påløpte merkostnader ved å etablere et desentralisert tilbud¹⁵. Bakgrunnen for det er at disse effektene kun i begrenset grad reflekteres igjennom driftsresultatet for de ulike spesialitetene.

Med sparte transportkostnader menes de kostnadene som spares ved at pasientene ikke behøver å transporteres til behandling ved St. Olavs Hospital, men i stedet kan motta behandlingen på Fosen.

Med merkostnader menes kostnader relatert til kapasitet som dubleres, men som er nødvendig for å etablere og drifte et desentralisert tilbud¹⁶.

Følgende kostnader er klassifisert som merkostnader;

- utstyr og infrastruktur nødvendig for å etablere tilbudet ved Fosen
- honorar og godtgjørelse for ekstra reisetid til spesialistene fra St. Olavs Hospital
- husleie

Driftsresultat og merkostnader er beregnet ut fra analyser av regnskapstall og øvrig informasjon om drift av spesialisthelsetjenesten for 2006¹⁷.

Transportkostnadene er beregnet ut fra en gjennomsnittlig pris på 1.240 kroner for transport tur-retur til Orkdal og 1.200 kroner for tur-retur til Trondheim (antar at halvparten av reisene skjer med pasienttransport).

Røntgensatellitt, audiografi og lysbehandling er ikke basert på ambulerende spesialisthelsetjenester og betraktes derfor ikke i dette avsnittet. Disse tjenestene omtales nærmere i kapittel 6.5.1.4

¹⁵ Abelsen et.al. (2004): Er desentralisering av spesialisthelsetjenester lønnsomt? Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr. 9, 2004; 124

¹⁶ Kilde for beregningsmåte: Abelsen et. al (2004): Er desentralisering av spesialisthelsetjenester lønnsomt? Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr. 9, 2004; 124

¹⁷ Uttrekk av aktivitetstall fra administrative systemer og intervju med ansatte og ambulerende spesialister.

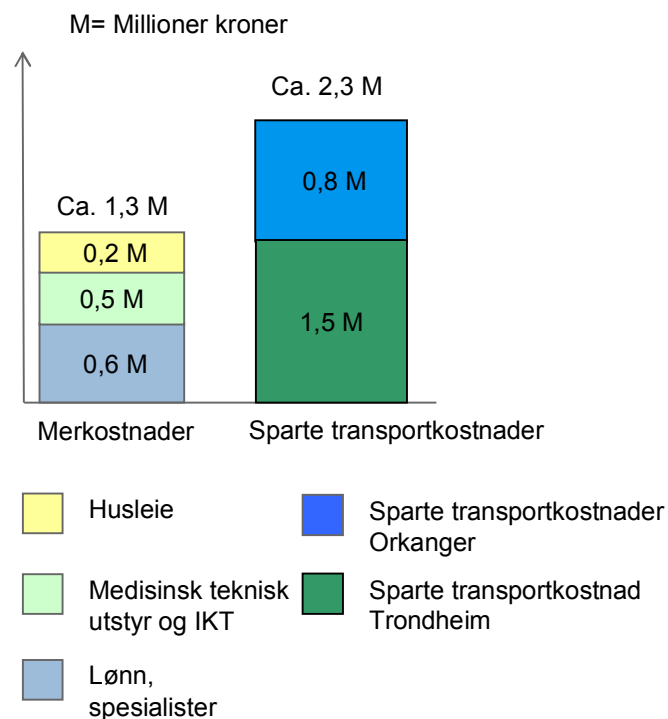
Tabellen nedenfor viser en sammenstilling av driftsresultat, sparte transportkostnader og merkostnader i 2006.

Spesialisthelsetjenesten 2006	Kroner
INNTEKTER	1 685 801
KOSTNADER	1 791 825
DRIFTSRESULTAT	- 106 025
MERKOSTNADER	1 345 208
SPARTE TRANSPORTKOSTNADER	2 342 880
ØKONOMISK EFFEKT	891 647

Tabell 4 Driftsresultat og merkostnader vs. sparte transportkostnader

Spesialisthelsetjenesten hadde i 2006 et driftsøkonomisk underskudd på ca. 100 000 kroner. Basert på aktiviteten og pasientstrømmene er de samlede sparte transportkostnadene i 2006 estimert til ca. 2,3 millioner kroner og merkostnadene 1,3 millioner kroner. Totalt gir dette en positiv økonomisk effekt på ca. 0,9 millioner kroner.

Figuren illustrerer hvordan merkostnadene og sparte transportkostnader er beregnet.



Figur 17 Merkostnader vs. sparte transportkostnader

En sammenligning med spesialisthelsetjenesten ved Hallingdal Sjukestugu i Ål kommune¹⁸ gir et tilsvarende bilde. Et lite driftsmessig underskudd, men betydelige sparte transportkostnader. Detaljert sammenligning mot Hallingdal Sjukestugu fremkommer i vedlegg.

Følgende forhold bør også tas i betraktning:

- Det er identifisert at tilbudet kan gi sparte liggedøgn og spart operasjonsstuekapasitet. På grunn av manglende tallmateriale avgrenses analysen imidlertid til kun å omfatte sparte transportkostnader.
- Det er ikke vurdert hvorvidt tiden som anvendes ved Fosen DMS bør ansees som tapt behandlingstid på sykehuset eller som fritid. Det er i prinsippet ikke lenger fritidstjeneste selv om avtalen om ambulerende tjenester ikke er tatt i bruk i alle berørte avdelinger ennå.

I tillegg er det besluttet at ansvaret for utbetaling av kostnader til pasienttransport som i dag ligger hos NAV, i 2008 skal fases over til sosial og helsedirektoratet. Mest sannsynlig vil ansvaret for utbetalingene tillegges sykehusene. En tilleggs kostnad i administrativ tid brukt på utbetaling av pasienttransportkostnader er derfor å forvente, noe som argumenterer sterkere for et desentralisert tilbud.

6.5.1.1 Vurdering per spesialistområde

Driftsresultat, merkostnader og sparte transportkostnader er beregnet for hvert spesialistområde og figuren nedenfor viser disse beregningene.

	Totalt	Øre Nese Hals	Øye	Hud	Kirurgi	Indremed	Gyn.
Inntekter	1 685 801	517 300	108 766	328 300	286 389	230 144	214 902
Kostnader	1 791 826	290 265	292 966	207 265	487 965	231 200	282 165
Driftsresultat	-106 025	227 035	-184 200	121 035	-201 576	-1 056	-67 263
Merkostnad	1 345 208	190 598	435 912	203 045	173 806	165 923	175 923
Sparte transportkostnader	2 342 880	565 200	768 000	283 040	362 080	153 760	210 800
SUM	891 647	601 636	147 888	204 205	-13 302	-13 219	-32 386

Figur 18 Driftsresultat og merkostnader vs. sparte transportkostnader

For "Øre-Nese-Hals", "Øye" og "Hud" overstiger de sparte transportkostnadene de påløpte merkostnadene. Årsaken til dette er at disse områdene behandler et høyt antall pasienter per behandlingsdag.

For "Kirurgi", "Gynekologi" og "Indremedisin" er det tilnærmet balanse mellom sparte transportkostnader og påløpte merkostnader.

¹⁸ Hallingdal Sjukestugu er et desentralisert tilbud med ambulerende spesialister fra Ringerike Sykehus.

6.5.1.2 Kapasitetsutnyttelse ved spesialisthelsetjenesten

Funn fra intervjuer med ambulerende spesialister og personell ved spesialisthelsetjenesten indikerer en relativt høy kapasitetsutnyttelse. Behandlingsprogrammet er til enhver tid satt opp slik at spesialisten arbeider lange dager (9 – 12 timer). I tillegg oppleves en desentralisert spesialistpoliklinikk å ha mindre forstyrrelser enn en sykehuspoliklinikk.

For å gjøre en nærmere vurdering av kapasitetsutnyttelsen er det gjort en sammenligning av antall pasientbehandlinger per dag, innenfor hver enkelt spesialisttjeneste. Tabellen nedenfor viser sammenligning av antall konsultasjoner per dag er mellom spesialisttjenestene ved Fosen DMS, private og St. Olavs Hospital. Kolonnen til venstre viser antall daglige behandlinger hos private poliklinikker. Kolonnen i midten viser antall daglige behandlinger ved spesialisthelsetjenesten på Fosen DMS, mens kolonnen til høyre viser daglige behandlinger ved tilsvarende poliklinikk/avdeling ved St. Olavs Hospital¹⁹.

Konsultasjoner per dag	Privat (Aleris, Moxnæss)	Fosen DMS	St. Olavs Hospital
Øre-Nese-Hals	24	22	15
Øye	17	15-16	10
Gynekologi	--	9	7,5
Indremedisin	15	15	15
Kirurgi	--	8	8
Hud	10 - 15	10 - 15	10
Audiografi	--	8	8
Billeddiagnostikk	--	9	9

Tabell 5 Sammenligning av antall konsultasjoner per dag.

I hovedsak ligger effektiviteten til spesialisthelsetjenesten mellom en sykehuspoliklinikk og et privatsenter. En direkte sammenligning av tallene vil ikke være riktig i alle tilfeller, da sykehuset har andre organiseringsmåter og større og tynge oppgaver innenfor enkelte av spesialistområdene.

6.5.1.3 Avlastning av kapasitet ved sykehusets avdelinger

Gjennom intervjuer med ansatte på sykehusets avdelinger og analyser av aktivitetstall fra spesialisthelsetjenesten, er det vurdert om aktiviteten på Fosen er tilstrekkelig til å avlaste sykehusets avdelinger.

Innenfor ”Lysbehandling” er det en liten gruppe kroniske pasienter som uten tilbudet på Fosen ville måtte reist til Trondheim. Konsekvensen av dette ville

¹⁹ Kilde: intervju med ansatte ved Fosen DMS, poliklinikker/avdelinger ved St. Olavs Hospital samt Aleris, Moxnæss-klinikken og Capio for tall ved privat virksomhet.

vært en økning i antall liggedøgn ved St. Olavs Hospital ettersom behandling av disse pasientene krever et lengre behandlingsopphold.

Innenfor ”Gynekologi” og ”Kirurgi” har tilbudet på Fosen gitt en positiv effekt. Dette merkes bl.a. ved økt kapasitet innen småkirurgi og gynekologiske konsultasjoner ved Orkdal Sjukehus.

Etableringen av en røntgensatellitt på Fosen har medført at det nå er en overkapasitet ved røntgenenhet på Orkdal.

For ”Øre-Nese-Hals”, ”Øye”, ”Indremedisin” og ”Audiografi” oppfattes tilbudet som positivt, men det har ikke vært mulig å oppnå bemanningsreduksjon eller justering i turnus som følge av ambuleringen til Fosen.

6.5.1.4 Nærmere beskrivelse av driftsøkonomien for de ambulerende spesialisthelsetjenestene

I dette kapitlet presenteres en nærmere og mer detaljert beskrivelse av driftsøkonomien for de ambulerende spesialisthelsetjenestene. I tillegg presenteres en oversikt over driftsøkonomien for områdene; audiografi, billeddiagnostikk og lysbehandling. Avslutningsvis gis det en oversikt over aktivitetsutviklingen for områdene

Regnskap for spesialisttjenestene

Figuren nedenfor viser en oppstilling av inntekter og kostnader for spesialistpoliklinikken i 2006. Oppstillingen er beregnet utifra regnskapsrapport både fra St. Olavs Hospital og Ørland kommune mht. personellkostnader. Resultatregnskapet innbefatter heller ikke estimerte sparte transportkostnader. Billeddiagnostikk, lysbehandling og audiografi er ikke inkludert i disse tallene, men presentert i kapittel 10.2.2.

Driftsresultat 2006 Spesialisthelsetjenesten	Totalt	Øre-Nese- Hals	Øye	Hud	Kirurgi	Indremed.	Gynekologi
Inntekter, POLK	984 301	389 000	48 766	200 000	158 089	101 844	86 602
Tilskudd, HMN	701 500	128 300	60 000	128 300	128 300	128 300	128 300
SUM INNTEKTER / TILSKUDD	1 685 801	517 300	108 766	328 300	286 389	230 144	214 902
Lønns- og personalkostnader	1 097 200	168 000	118 000	110 000	390 600	130 300	180 300
Kjøp av varer og tjenester	414 626	94765	32466	69765	69865	73400	74365
Kjøp av inventar og utstyr	280 000	27 500	142 500	27 500	27 500	27 500	27 500
SUM KOSTNADER	1 791 826	290 265	292 966	207 265	487 965	231 200	282 165
RESULTAT	-106 025	227 035	-184 200	121 035	-201 576	-1 056	-67 263

Tabell 6 Regnskap spesialistpoliklinikken.

Totale inntekter var på ca. 1,7 millioner kroner, mens de totale kostnadene var ca. 1,8. Kostnader som er felles for spesialistpoliklinikken, observasjons og

etterbehandling samt fødestue ikke inkludert. Dette er kostnader forbundet med en 100 % stilling prosjektlederstilling samt eksterne tjenestekjøp.

Investeringer:

Det er investert i 1,065 millioner kroner i medisinsk teknisk utstyr (øyeutstyr), og årlig merkostnad for dette beløper seg på 110 000 kroner i avskrivninger og 80 000 kroner i drifts- og vedlikeholdskostnader (inkludert vedlikehold av utstyr gitt i gaver).

Videre er det investert ca. 1,0 million kroner i integrering av pasientjournalssystem mot St. Olavs Hospital og etablering av telemedisinsk løsning for røntgensatlitt. Årlige avskrivninger utgjør her ca. 150 000 kroner, i tillegg påløper ca. 120 000 kroner i drifts- og vedlikeholdskostnader.

Driftsøkonomi for audiografi, billeddiagnostikk og lysbehandling

I dette avsnittet følger en redegjørelse for regnskap og driftsøkonomien for audiografi, billeddiagnostikk og lysbehandling ved Fosen DMS.

Billeddiagnostikk

For å vurdere billeddiagnostikk ved Fosen DMS er det gjennom intervjuer med personell samlet inn informasjon om aktivitet, inntekter og kostnader for tilbudet. Tabellen nedenfor viser beregnede inntekter og kostnader fra oppstart i november 2006 fremt til april 2007.

Resultat Billeddiagnostikk	Nov-Des. 2006	Jan.-Apr. 2007
Inntekter	42 927	204 530
Tilskudd, HMN	0	0
SUM INNTEKTER / TILSKUDD	42 927	204 530
Lønns- og personalkostnader	76 087	127 050
Kjøp av varer og tjenester		
Kjøp av inventar og utstyr	0	0
Internkjøp og husleie	55 000	10 000
SUM KOSTNADER	131 087	137 050
RESULTAT	-71 440	67 480

Tabell 7 Resultat billeddiagnostikk

Tjenesten gikk med underskudd høsten 2006, spesielt grunnet etableringskostnader. Disse er kalkulert til ca. 50 000 (utstyr/oppkobling mot Orkdal). Lønnskostnader består i lønn til radiograf samt kalkulert legetid på Orkdal per bilde.

I første kvartal 2007 gikk tjenesten med overskudd. Inntektene er såpass høye at driften dekkes godt opp. Røntgenutstyret er avhendet fra sykehuset og er relativt gammelt med begrenset levetid. Det er dermed sannsynlig å forvente en investering i røntgenutstyr på ca. 1 million kroner de nærmeste årene. Det

arbeides mye overtid, slik at en bør vurdere kapasiteten ved enheten i forhold til eventuelle justeringer.

Audiografi

Informasjon om driftsøkonomi for audiografitjenesten er hentet inn gjennom intervju med avdelingen samt innhenting av aktivitetstall for å beregne inntektene. Tabellen nedenfor viser et oppstilt resultatregnskap for audiografitjenesten for 2006.

Resultat 2006 Audiografi	
Inntekter	350 300
Tilskudd, HMN	0
SUM INNTEKTER / TILSKUDD	350 300
Lønns- og personalkostnader	400 000
Kjøp av varer og tjenester	
Kjøp av inventar og utstyr	10 000
Interntkjøp og husleie	20 000
SUM KOSTNADER	430 000
RESULTAT	- 79 700

Tabell 8 Resultat i 2006 for audiografitjenesten

Tabellen viser at audiografitjenesten hadde inntekter på ca. 350 000 kroner i og kostnader på 430 000. Totalt går tjenesten med et lite underskudd, da er sparte transportkostnader ikke en del av betraktningen.

Kapasitetsutnyttelsen er god, behandlingen følger malen om 8 pasienter hver dag fra St. Olavs. I 2006 var det 768 henvisninger, og det produseres ca. 120 høreapparat i året. Hvis man antar 1 reise til tilsvarende tilbud i Orkdal per henvisning utgjør dette besparte transportkostnader på ca. 950 000 kroner.

Lysbehandling

Informasjon om driftsøkonomi for lysbehandlingstjenesten er hentet inn gjennom intervju med personell samt innhenting av aktivitetstall inntektsoversikt fra administrativt system. Tabellen nedenfor viser et oppstilt resultatregnskap for lysbehandling for 2006.

Resultat 2006 Lysbehandling	
Inntekter	90 000
Tilskudd, HMN	0
SUM INNTEKTER / TILSKUDD	90 000
Lønns- og personalkostnader	200 000
Kjøp av varer og tjenester	
Kjøp av inventar og utstyr	
Internkjøp og husleie	10 000
SUM KOSTNADER	210 000
RESULTAT	-120 000

Tabell 9 Resultat i 2006 for lysbehandling

I 2006 genererte lysbehandlingen inntekter på 90 000 kroner mens kostnadene var på 210 000. Driften går med underskudd når man ser bort i fra sparte transportkostnader.

For å beregne sparte transportkostnader vurderes totalt antall lysbehandlinger til å utgjøre en overhyppighet²⁰, og reduseres med 30 %. Deretter bør en redusere antallet ytterligere fordi en del ikke ville gått til behandling uten et lokalt tilbud. I et forsiktig estimat vil man med 1000 behandlinger spare sykehuset for 1,2 millioner kroner i transportkostnader. Tatt i betraktning de relativt lave driftskostnadene er oppsiden i dette bildet stor.

Det er viktig å bemerke at lysbehandling er avhengig av at hudlege også er tilstede, alternativt måtte pasienten vært på kontroll til sykehus.

Aktivitetstall spesialisthelsetjenesten

Tabellen nedenfor viser aktiviteten i bruk av spesialisttjenestene i perioden 2001-2006, målt i antall konsultasjoner

Antall konsultasjoner	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gynekologi	263	210	192	142	134	131
Øre-Nese-Hals	388	482	540	764	1 270	1 239
Hud	378	382	357	415	212	232
Lysbehandling	1 824	1 275	1 005	1 417	1 183	1 894
Kirurgi	477	331	278	273	303	292
Indremedisin	229	220	217	168	182	124
Øye			590	624		163
Gyn. urodynamisk				115	107	110
SUM	3559	2900	3179	3918	3391	4185

Tabell 10 Fordeling aktivitet blant spesialistene.

²⁰ Beregnet overforbruk på 30 % i rapporten: Hatlebakk M. (2003): Evaluering av spesialisthelsetjenesten på Ørland. Notatserie i helseøkonomi Nr 06/03. Helseøkonomi i Bergen 2003.

6.5.2 Fosen-kommunene

Det er ikke identifisert noen direkte økonomiske effekter for Fosen kommunene relatert til dette området.

I denne sammenheng bør likevel ordningen ”Raskere tilbake” nevnes. Raskere tilbake er en ny ordning som går ut på at NAV kjøper helsetjenester til arbeidstakere, mot at behandlingen målrettet følges opp og pasienten garanteres en kort ventetid. På denne måten kan pasienten komme raskere tilbake i arbeid.

6.5.3 Øvrige økonomiske effekter

Effekten knyttet til at pasienter slipper reisetid samt at arbeidsgiver unngår sosiale kostnader er i en utredning²¹ fra 2000 beregnet til å være 2,2 millioner kroner for spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS. Oppjusterer man gjennomsnittlig timeverdi for arbeids- fritid for pasienten til 2006-tall, og sammenstiller dette med aktivitetstall i 2006, utgjør de samfunnsøkonomiske besparelsene 5,9 millioner kroner. I tillegg vil tilbudet ha miljømessige gevinster som gjør desentraliserte helsetjenester enda mer attraktivt.

6.5.4 Oppsummering økonomi

Spesialisthels. Økonomi	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs Hospital	●	<ul style="list-style-type: none">▪ Beregninger viser at tilbudet har en positiv økonomisk effekt▪ De totale merkostnader med å ha tilbudet oppveies av sparte transportkostnader▪ Spesialistpoliklinikken har en høy kapasitetsutnyttelse

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret

Figur 19 Oppsummering økonomi

²¹ Hatlebakk M. (2003): Evaluering av spesialisthelsetjenesten på Ørland. Notatserie i helseøkonomi Nr 06/03. Helseøkonomi i Bergen 2003.

6.6 Kvalitet

I dette avsnittet vurderes de kvalitetsmessige effektene knyttet til spesialistlege ordningen ved Fosen DMS.

6.6.1 St. Olavs Hospital

For å vurdere de kvalitetsmessige effektene for St. Olavs Hospital er det sett nærmere på følgende områder:

- Behandlingskvalitet
- Organisering og tilrettelegging av pasientforløp

Behandlingskvalitet

Funn fra intervjuer peker på at behandlingen som gis ved spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS har et merkbart lavere antall infeksjoner enn poliklinikkene ved sykehuset. Det oppleves også som en styrke for behandlingskvaliteten at det utelukkende er erfarne spesialister som ambulerer til spesialisthelsetjenesten. Dette er også viktig ettersom det ved Fosen DMS ikke eksisterer støtteapparat slik man vil finne i et sykehus.

For røntgentjenestene viser funn fra intervjuene at enheten hovedsakelig produserer bra bilder, men at det i startfasen var det noe mer varierende på billedkvaliteten, spesielt ift. thoraxbilder. ØNH-legene er meget godt fornøyd med Audiografilbudet.

Organisering og tilrettelegging av pasientforløpet

For å vurdere organisering og tilrettelegging i pasientforløpet er det gjort observasjoner gjennom intervjuer med ansatte, ambulerende spesialister, henvisende leger og ansatte ved sykehusene i Orkdal og Trondheim.

Når det gjelder tilrettelegging av behandlingsprogrammet oppleves det som svært positivt at avdelingssykepleier gjør forordninger i dagsprogrammet og administrerer ventelisten. Programmene settes opp på en effektiv måte og spesialistene opplever dette som svært positivt.

Til tross for effektiv planlegging inntreffer det i enkelte tilfeller omprioritering i behandlingsprogrammet. Hovedårsaken til dette er at timeplanen til spesialisten og timeplanen til pleiepersonell ved spesialisthelsetjenesten ikke alltid blir godt nok koordinert før behandlingsprogrammet blir ”låst”. Dette er et kvalitetsproblem som kan sammenlignes med ”strykninger” ved et stort sykehus. Omfanget og konsekvensene er imidlertid svært begrenset i forhold til et større sykehusmiljø, og representerer ikke et stort problem men heller et forbedringsområde.

Gjennom intervjuene fremkom det at det er et forbedringspotensial ift. kommunikasjon. Eksempelvis ble det påpekt at prioriteringer i ventelisten gjøres annerledes ved spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS enn ved avdelingene sentralt. Det bør derfor etableres ensartede retningslinjer for prioritering i ventelister mellom St. Olavs og spesialisthelsetjenesten på Fosen.

6.6.2 Fosen-kommunene

Kommunene har fått tilført en kvalitativ gevinst ved at de kan tilby befolkningen en spesialisttjeneste i umiddelbar nærhet. Dette skaper trygghet og reduserer reisebelastning for befolkningen.

Resultater fra intervjuer med henvisende leger indikerer at tilbudet ikke markedsføres i tilstrekkelig grad, noe som fører til at enkelte henvisende leger har preferanser til eksempelvis privat praksis i Trondheim. Skal man sikre god henvisningspraksis blant legene innenfor opptaksområdet bør tilbudet markedsføres mer aktivt. Dette vil igjen skape en økt tillit til tilbudet hos de henvisende legene og redusere ”pasientlekkasjen”.

6.6.3 Brukerne

For å vurdere kvalitet på tjenestene for brukerne er det gjennomført en analyse av ventetidene ved de ulike spesialitetene. I analysene er det foretatt en sammenligning av ventetider ved St. Olavs Hospital, private klinikker og spesialisthelsetjenesten på Fosen. Tabellen nedenfor summerer opp resultatene av sammenligningen.

	St. Olavs Hospital	Fosen DMS	Privatpraksis
Øre-Nese-Hals	3 -12 mnd*	3 mnd	2-3 mnd
Øye	3 mnd	2 mnd	4 – 15 mnd
Gynekologi	3-7 mnd	3 mnd	
Indremedisin	3-4 mnd	1 – 1,5 mnd	2-4 mnd
Kirurgi	1-3 mnd	2-4 mnd	IA
Hud	7 mnd (uprioritert)	3-6 mnd (opp til 1 år for uprioriterte)	1-2 mnd
Audiografi	6-18 mnd	0 mnd	IA

* Førsteprioritet har 3 mnd ventetid. Ellers 6 – 12 mnd.

Tabell 11 Oversikt over ventetider

Tabellen viser at innenfor ”Øre-Nese-Hals”, ”Øye”, ”Indremedisin” og ”Audiografi” og ”Gynekologi” har Fosen DMS lavere og tildels vesentlig lavere ventetider enn ved sykehuset. For ”Kirurgi” er ventetiden lenger enn ved sykehuset, mens det for ”Hud” er det lengre ventetid i forhold til uprioriterte pasienter enn det er ved sykehuset.

Totalt sett, med unntak av hud, opererer Fosen DMS med ventetider som ligger godt innenfor det man kan forvente hos private klinikker.

Et viktig kriterium for desentraliserte tjenester bør være at alle innenfor opptaksområdet har lik tilgang til tjenestene. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten tyder det på at behandlingstilbudet ikke har en optimal tilgjengelighet, beroende på to hovedårsaker:

1. Pasientgrunnet har vokst naturlig frem over lang tid og dermed eksisterer det ingen klart definert opptaksområde.
2. Fosen DMS gir et så godt tilbud til den nærmeste befolkningen at man opplever overhyppighet i behandlingen i Ørland og Bjugn (innenfor hud og til dels øre-nese-hals/luftveissykdommer)²².

Pasientene fra Ørland og Bjugn har naturlig nok en god tilgang til tjenestene og utgjør størsteparten av pasientgrunnet i dag (87 %). Også andre kommuner i Fosen samt Agdenes, Hitra og Frøya er representert, men størsteparten av pasientene i disse kommunene blir behandlet i Trondheim og Orkdal.

Å styrke tilbudet ved spesialisthelsetjenesten kan bety og sikre rettferdig tilgang til tilbudet gjennom ”regulering” av opptaksområdet. Fritt sykehusvalg tilsier imidlertid at opptaksområdet ikke kan defineres, men det bør vurderes tiltak som sikrer lik tilgang kommunene i mellom. Her må man også vurdere tiltak for å bedre transportmulighetene på tvers i distriktet. Hatlebakk peker på at befolkningen på Ørland mottar et såpass godt tilbud innenfor enkelte områder, sammenlignet med andre kommuner, at det kan karakteriseres som overhyppighet i behandlingen. For å undersøke om overhyppighet også inntreffer i dag ble det gjort en analyse av tilsvarende områder i 2006. Det antas at det ikke har oppstått overhyppighet i andre spesialistområder enn de som ble påpekt i studien i 2003. Tabellen nedenfor viser *antall konsultasjoner per innbygger*²³ innenfor områdene ”Hud” og ”Øre-Nese-Hals” og ”Øye” når det gjelder Ørland, Bjugn og Trondheim. Medianverdi for hele Sør-Trøndelag er vist i siste linje.

Antall konsultasjoner per innbygger			
Tall i parentes viser antall pasienter per innbygger			
	Hud	Øre-Nese-Hals	Øye
Ørland	0,28 (0,043)	0,07 (0,052)	0,057 (0,03)
Bjugn	0,034	0,04	0,028
Trondheim	0,10	0,04	0,049
Sør-Trøndelag*	0,07 (0,027)	0,04 (0,024)	0,048 (0,022)

*Medianverdi for Sør-Trøndelag samlet

Tabell 12 Antall konsultasjoner per innbygger

Tabellen viser at Ørland har gjennomgående mange konsultasjoner per innbygger innen hud (spesielt gjelder dette lysbehandling), øre-nese-hals og øye. Det store antallet konsultasjoner innenfor ”Hud” i forhold til det mer

²² Hatlebakk M. (2003): Evaluering av spesialisthelsetjenesten på Ørland. Notatserie i helseøkonomi Nr 06/03. Helseøkonomi i Bergen 2003.

²³ Tallene er beregnet ved å dividere antall konsultasjoner og antall pasienter innenfor hoveddiagnosegruppene hud, øre-nese-hals og øye i 2006 mot befolkningstallet i samme år.

normale antallet pasienter per innbygger for Ørland indikerer at hver pasient mottar mange behandlinger. Dette er i tråd med funn i studien fra 2003, og bekrefter at det fortsatt eksisterer overhyppighet i behandlingen.

6.6.4 Ansatte

Gjennom intervjuer fremkommer det at de ansatte ved spesialisthelsetjenesten har et høyt kompetansenivå i forhold til de helsefaglige oppgavene som utøves. Det er en god kompetansesammensetning, for eksempel har avdelingssykepleier som forordner og planlegger behandlingen svært god kontakt med spesialistene og de øvrige ansatte. Dette sikrer en effektiv utøvelse av det administrative arbeidet.

Det er høyt erfaringsnivå blant de ambulerende spesialistene. Dette gir seg bl.a. utslag i god behandlingskvalitet og tillit til at behandlingen utøves på en forsvarlig måte.

6.6.5 Oppsummering kvalitet

Spesialisthels. Kvalitet	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spesialisthelsetjenestetilbud har resultert i en effektiv utnyttelse av ressursene og overføring av oppgaver til et lavere omsorgsnivå ▪ Tilbudet har lav ventetid
Kommunene		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordningen har tilført betydelige kvalitative verdier for befolkningen i kommunene (nærhet, trygghet, redusert reisebelastning) ▪ Manglende markedsføring og kommunikasjon fører i enkelte tilfeller til at pasienter henvises til alternative tilbud
Brukere		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brukeme opplever økt kvalitet gjennom redusert reisetid og personlig tilrettelegging
Ansatte		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Høyt erfaringsnivå blant spesialistene gir høy kvalitet på tilbudet

● Meget positivt ◐ Positivt ○ Uforandret

Figur 20 Oppsummering kvalitet

6.7 Tilfredshet

I dette avsnittet vurderes effektene relatert til tilfredshet, knyttet til spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS.

For å vurdere ulike interessenters tilfredshet med spesialisthelsetjenesten er det samlet inn data om hvilke erfaringer de har med tjenestene.

6.7.1 St. Olavs Hospital

Blant avdelingene på St. Olavs Hospital oppfattes tilbudet som positivt ettersom det er i tråd med avdelingenes egne mål om å fase ut deler av pasientbehandlingen. Bakgrunnen for dette er at det skal bidra til å redusere presset på egen avdeling. Videre er avdelingene, representert ved avdelingsledelsen, positiv til tilbudet på Fosen spesielt i lys av at man sparer pasientene for reisebelastning.

De ambulerende spesialistene oppfatter det å komme til Fosen DMS som en svært positiv miljøforandring. Oppholdet ved Fosen DMS gir et pusterom fra et ellers hektisk sykehusmiljø, samtidig som de opplever en annen type kontakt både med medarbeidere og pasienter. For de spesialister som har erfaring ved private klinikker opplever man miljøet ved Fosen DMS som mer inkluderende.

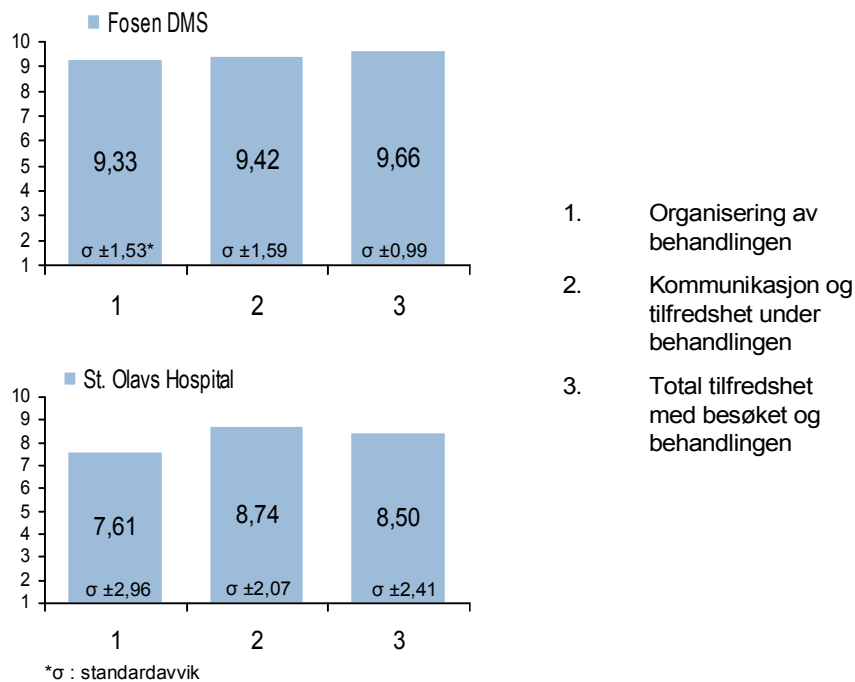
6.7.2 Fosen-kommunene

Funn fra intervjuene viser at kommunene generelt er positiv til spesialisttjenestene ved Fosen DMS. Årsaken er de kvalitetsmessige gevinstene i form av nærhet, tillit og redusert reisebelastning for befolkningen.

Intervju med henvisende leger i kommunene viser at de, innenfor enkelte av spesialistområdene, opplever ventetidene ved å være for lang. Se kapitlet om kvalitet for nærmere beskrivelse av dette.

6.7.3 Brukerne

For å vurdere pasientenes tilfredshet ble det gjennomført en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen er basert på PasOpp-undersøkelsen fra 2004, en nasjonal pasientundersøkelse som i 2004 dekket poliklinisk behandling. Resultatene fra spørreundersøkelsen ble sammenlignet med resultatene fra undersøkelsen i fra 2004. (for de svar som gjelder poliklinikker ved St. Olavs Hospital). Figuren under viser resultatet av denne analysen.



1 = Svært lite fornøyd 10 = Svært fornøyd

Figur 21 Resultater pasientundersøkelser

Resultatene fra undersøkelsen viser at pasientene er særdeles fornøyd med behandlingstilbudet. På en skala fra 1-10 scorer Fosen DMS 9,33 på organisering av behandlingen. På samme skala gir pasienter ved poliklinikker ved St. Olavs Hospital også høy score (7,61), men resultatet er en del lavere enn for Fosen DMS.

Pasientene gir en gjennomsnittlig score på 9,42 for hvordan de oppfatter kommunikasjonen og måten de ble behandlet på under konsultasjonen. Også her scorer poliklinikkene ved St. Olavs Hospital lavere.

Til slutt gir pasientene en gjennomsnittlig score på 9,66 på hvordan de føler behandlingen har vært totalt sett. Her igjen scorer poliklinikkene ved St. Olavs Hospital relativt høyt, men vesentlig lavere enn Fosen DMS.

Standardavviket er betydelig mindre i svarene for Fosen DMS, dette betyr at en større andel av pasientene gjennomgående gir tilbudet en høy score. Når det gjelder Fosen DMS isolert sett, på spørsmål om pasienten fortsatt ville ha gjennomført behandlingen om de hadde vært nødt til å reise til sykehus, svarte 14,2 % nei.





Totalt sett er tilbakemeldingene fra pasientene svært positive, som har sterk sammenheng med at det er lokalt tilbud som gir trygghet og tillit.

6.7.4 Ansatte

Funn fra intervjuer viser at det er gjennomgående svært høy tilfredshet blant ansatte ved spesialisthelsetjenesten og de ambulerende spesialistene. Blant de ansatte beror dette mye på muligheten for et helsefaglig yrke som byr på spennende og allsidige oppgaver, direkte kontakt med erfarne spesialister og

spesialiserte oppgaver som er faglig interessant. Samtidig påpekes det at det eksisterer et godt og sosialt arbeidsmiljø og en utpreget ”stå-på” vilje.

6.7.5 Oppsummering tilfredshet

Spesialisthels. Tilfredshet	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs		<ul style="list-style-type: none"> Tilbudet oppleves som positivt og i tråd med avdelingenes mål om redusere presset på avdelingene
Kommunene		<ul style="list-style-type: none"> Det er positivt at kommunene kan tilby sine innbyggere til et spesialisttilbud i nærområdet Henvissende leger opplever at ventetiden på enkelte områder er for lang
Brukere		<ul style="list-style-type: none"> Det er svært høy pasienttilfredshet, hovedsakelig relatert til tillit til tilbudet, kortere reiseavstand og redusert tidsbruk
Ansatte		<ul style="list-style-type: none"> Det er et meget godt arbeidsmiljø og en attraktiv arbeidsplass

 Meget positivt
  Positivt
  Uforandret

Figur 22 Oppsummering tilfredshet

7 Telemedisin

7.1 Om Telemedisin

I forbindelse med prosjektet "Fosen DMS" ble det også etablert et delprosjekt med sikte på å styrke bruken av IKT som et virkemiddel i utviklingen av det medisinske tilbudet på Fosen. Tanken var at satsing på Telemedisin skulle bidra til å utvikle et bedre og mer likeverdig tilbud for hele befolkningen i regionen. Det vises her til prosjektbeskrivelsen "Fosen DMS på Nett - Telemedisin som samhandlingsverktøy på Fosen" datert februar 2006.

Det tas utgangspunkt i en forståelse av telemedisin som:

*"Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert."*²⁴

Videokonferanse med to- eller flerveis lyd- og bildekommunikasjon har vært sett på som et sentralt virkemiddel i utviklingen av telemedisinprosjektet på Fosen. Det har vært aktuelt til ulike typer konsultasjoner, undervisning, møter og konferanser m.m. hvor det er behov for visualisering i tillegg til lydoverføring. For øvrig har kommunikasjon gjennom ulike nettverkløsninger og særlig tilgang til Norsk Helsenett (NHN) vært pekt på som en viktig satsing.

Våren 2006 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Nasjonalt senter for telemedisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital og Fosen regionråd. Prosjektet har således vært rettet mot samtlige Fosenkommuner, dvs. Osen, Roan, Åfjord, Bjugn, Rissa, Mosvik, Leksvik og Ørland. Prosjektperioden utløper ved årsskiftet 2007/2008


Hovedmålene ved å ta i bruk telemedisin på Fosen har vært at prosjektet skal bidra til å:

- gjøre spesialisthelsetjenester mer tilgjengelig lokalt
- styrke det interkommunale samarbeidet om helsetjenester
- skape grunnleggende og varige endringer i samhandlingen mellom trekanten Fosen-kommunene, Fosen DMS og St. Olavs Hospital

I tillegg til de nevnte hovedmålene har prosjektet hatt følgende delmål:

- Videokonferanse skal implementeres i tilknytning til helseinstitusjoner (sykehjem/legekontor) i alle kommuner på Fosen

²⁴ Commission of the European Communities, 1990. Advanced Informatics in Medicine (AIM). Supplement Application of Telecommunication of Health Care Telemedicine AI 1685.Brussels CEC 1990

- 
- Det skal etableres en pilot på bruk av videokonferanse i samhandling mellom sykehjem i 1-2 kommuner og legevaktsenter på Fosen
 - Telemedisin skal anvendes til kompetanseutvikling blant helsepersonell på Fosen
 - Videokonferanse skal brukes til nettverksmøter i interkommunalt, tverrfaglig læringsnettverk
 - Det skal kartlegges hvilke andre fagområder hvor det kan være aktuelt å ta i bruk videokonferanse som samhandlingsverktøy; både interkommunalt, mot spesialisthelsetjenesten og mot tjenester innenfor Fosen DMS for øvrig

7.2 Metode

I forbindelse med evalueringen er det foretatt en gjennomgang av sentrale dokumenter, intervjuet en rekke parter i prosjektet og intervjuet brukere av de IKT-baserte virkemidler som var tenkt etablert.

Følgende aktører har vært intervjuet og konsultert:

- Prosjektledelsen
- Brukere og potensielle brukere
- Teknisk ansvarlige i ulike instanser
- Norsk Helsenett
- Nasjonalt senter for telemedisin
- Helse Midt-Norge
- Fosen IKT

Vi har lagt vekt på å innhente synspunkter og opplysninger fra flere hold og holde disse opp mot hverandre. Dette har vært nyttig og nødvendig fordi det har vist seg å være ulike oppfatninger av situasjonen på enkelte områder.

7.3 Prosjektstatus

Status i prosjektet telemedisin er at videokommunikasjonen over Norsk Helsenett (tidligere Midt-Norsk Helsenett) ikke har kommet i gang. Videokommunikasjonene foregår imidlertid over internett, uten sikkerhetsnivået Norsk Helsenett vil kunne gi.

Data-kommunikasjon foregår som tidligere over et linjenett utviklet av Midt-Norsk Helsenett, og nå en del av Norsk Helsenett. Norsk Helsenett opplyser om en mulig forbedring av standarden på Fosen i inneværende år

Tabellen nedenfor viser en oversikt over status innenfor de ulike delene av det telemedisinske tilbudet.

Telemedisinsk tilbud	I drift	Ikke i drift
▪ Videokonferanser over Norsk Helsenett		x
▪ Videokonferanser over internett	x	
▪ PC.kommunikasjon over Midt-Norsk Helsenett	x	
▪ PC.kommunikasjon over Norsk Helsenett		x
▪ Legevakt-kommunikasjon	x	

Tabell 13 Prosjektstatus Telemedisin

Utvexling av elektronisk pasientinformasjon mellom spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS og St. Olavs Hospital foregår nå på sykehusets nett. Dette gjelder journaler, pasientadministrative funksjoner og røntgen. Dette har gitt raskere og sikrere informasjonsutveksling.

Med unntak av at det er kommet i gang videokommunikasjon over Internett, har det så langt i prosjektet ikke skjedd noen grunnleggende endring mht. muligheter for forbedret og sikrere kommunikasjon over linjenettet.

Prosjektet har likevel bidratt til en langt bedre oversikt over de barrierer som finnes og hvilke tilpasninger som må gjøres.

7.4 Overordnet konklusjon

De overordnede konklusjonene for evalueringen av telemedisin er oppsummert i figuren nedenfor. En nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og beregninger som ligger til grunn presenteres for hvert av evalueringsområdene og de ulike interessentene i avsnittene (7.5-7.7)

Telemedisin	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
St. Olavs	IA	○	○
Kommunene	IA	◐	◐
Brukere	IA	○	◐
Ansatte	IA	○	◐
Samlet	IA	○	◐

● Meget positivt ◐ Positivt ○ Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 23 Overordnede konklusjoner

Kvaliteten på telemedisin vurderes i hovedsak som uforandret da evalueringen ikke har kunnet påpeke at den tekniske kvalitetsforbedringen som lå til grunn i prosjektet er oppnådd. Med dette menes spesielt muligheten for videokommunikasjon over Norsk Helsenett.

For tilfredshet er det identifisert positive effekter i form av at brukerne opplever bedre funksjonalitet uavhengig av tekniske løsninger.

Ansatte og brukere har etter hvert kommet i gang med å bruke utstyret, om enn ikke på det linjenett og i det omfang som var tiltenkt. Spesielt har videokonferanser mellom Fosen DMS og St. Olav Hospital og mellom Åfjord helsesenter og Legevaktsentralen ved Fosen DMS vært viktig. Utplussing av videokonferanseutstyr anses som et positivt kvalitetselement, men hvorvidt det har vært nødvendig å sette i verk et så vidt omfattende prosjekt for å oppnå dette, synes usikkert.

Evalueringen har vist at det av ulike grunner har vært vanskelig å nå målene. De viktigste årsakene til dette har vært:

- Skifte og vakanser i prosjektlederstillingen.
- Manglende infrastruktur på Fosen mht. telenett

Dette har medført forsinkelser i framdriften av prosjektet. Til tross for forsinkelser og mangler ved prosjektet vurderes satsingen å ha vært riktig og har et stort potensial videre framover.

7.5 Kvalitet

I dette avsnittet gis en nærmere beskrivelse av de vurderinger som er gjort ift. kvaliteten på det Telemedisinske tilbudet.

7.5.1 St. Olavs Hospital

Daglig bruk av daglige videokonferanser mellom St. Olav hospital i Orkdal anses som et positivt kvalitetsmoment. Dette foregår imidlertid ikke på det linjenett som var tiltenkt i prosjektet. Det at videokonferanser ikke benyttes mellom St. Olav Trondheim og Fosen DMS, er ikke i henhold til prosjektets målsetninger.

7.5.2 Fosen-kommunene

Ørland, Bjugn, Åfjord og Rissa har kommet i gang med videokonferanser over Internett, mens i tillegg har Mosvik og Leksvik skrevet under en avtale om bruk av videokonferanse. Alle seks kommunene har deltatt i undervisningsprogrammet i regi av Fosen DMS på Nett, kompetansepakken. I denne sammenheng må det nevnes at det siden mars 2007 har blitt mulig med videokommunikasjon mellom Åfjord helsesenter og Legevaktsentralen ved Fosen DMS. Denne muligheten har imidlertid i liten grad blitt benyttet.

Prosjektet har ikke nådd målet om å skape vesentlige endringer i kommunikasjon kommunene imellom og i forhold til Fosen DMS, men det har bidratt positivt ift. bruk av videokonferanser.

7.5.3 Brukerne

Prosjektet vurderes å ha hatt liten direkte effekt overfor brukerne. Det har imidlertid skjedd en bedring i kommunikasjon mellom St. Olav Hospital, Orkdal og OE- enheten. Dette kan ha gitt positive effekter for brukerne i forhold til vurderinger og oppfølging. For å analysere effekten av dette nærmere, må det gjennomføres mer systematiske målinger.

7.5.4 Ansatte

Erfaringene hos de ansatte mht. kvaliteten av telemedisinprosjektet er varierende. Spesielt gjelder dette med tanke på de forventningene som var skapt innledningsvis. Telemedisin fungerer ennå ikke som et reelt hjelpemiddel for de ansatte, men de har kommet i gang med å bruke det. Det er en generell oppfatning om at prosjektet har et forbedringspotensial og at det bør arbeides aktivt med å videreutvikle kommunikasjonsløsningene mellom aktørene

7.5.5 Oppsummering kvalitet

Telemedisin Kvalitet	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs	<input type="radio"/>	▪ Telemedisin er etablert innenfor enkelte områder, men ikke i henhold til prosjektets intensjoner
Kommunene	<input checked="" type="radio"/>	▪ Videokonferanseutstyret muliggjør kommunikasjon over internett
Brukere	<input type="radio"/>	▪ Telemedisin har hatt liten effekt for brukerne
Ansatte	<input type="radio"/>	▪ Telemedisin fungerer ikke som et hjelpemiddel for ansatte

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret

Figur 24 Oppsummering kvalitet

7.6 Tilfredshet

I dette avsnittet gis en nærmere beskrivelse av de vurderinger som er gjort ift. tilfredsheten med det Telemedisinske tilbudet.

7.6.1 St. Olavs Hospital

Videokommunikasjonen mellom Fosen DMS og St. Olavs Hospital, Orkdal pågår daglig og partene er tilfreds med denne kommunikasjonen og anser den som viktig. Ved St. Olavs Hospital, Trondheim har det ikke skjedd noen endring. Mulighetene er imidlertid også til stede her.

7.6.2 Fosen-kommunene

De av kommunene som har fått tilgang til videokonferanseutstyr og fått testet dette gjennom deltagelse i videokonferanser er tilfredse. Mer systematisk anvendelse av telemedisin for målrettet kommunikasjon savnes. Dette må til for at satsingen skal bli meningsfull.

7.6.3 Brukerne

Bruken av utstyret har i svært liten utstrekning hatt effekt for brukerne og de har dermed ikke hatt anledning til å gjøre seg opp noen mening om hvordan dette fungerer.

7.6.4 Ansatte

Der hvor de har kommet i gang med videokonferanser over Internett er de ansatte positive, mens de generelt er negative der de ikke har kommet i gang..

7.6.5 Oppsummering tilfredshet

Telemedisin Tilfredshet	Vurdering	Kommentarer
St. Olavs		<ul style="list-style-type: none">Videokonferanser blir ikke benyttet mellom Fosen DMS og St. Olavs Trondheim, mens dette er etablert mellom Orkdal Sjukehus og Fosen DMS
Kommunene		<ul style="list-style-type: none">Videokonferanser over internett kom i stand våren 2007Er ikke i henhold til det konseptet som var planlagt
Brukere		<ul style="list-style-type: none">De som benytter videokonferanser er tilfreds med dettePotensialet er i liten grad utnyttet
Ansatte		<ul style="list-style-type: none">De som benytter videokonferanser er tilfreds med dette

Meget positivt Positivt Uforandret

Figur 25 Oppsummering tilfredshet

8 Læringsnettverket – Psykiatri og rus

8.1 Om læringsnettverket for psykiatri og rus

Hovedmålet med Fosen DMS er å skape bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. For å få til dette innenfor psykisk helsevern og rus ble det igangsatt et prosjekt for å etablere et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på området. Samarbeidet skulle være et læringsnettverk for å utvikle praktisk behandlingskompetanse innenfor psykisk helsevern og sosiale tjenester (inkludert rus).

Læringsnettverket startet høsten 2004 som et delprosjekt under Fosen DMS med lokale prosjektgrupper i hver kommune. De enkelte kommunegruppene valgte selv sine arbeidsmåter.

Hovedmålet for delprosjektet har vært å:

Utvikle et læringsnettverk på Fosen slik at virksomhetsområdene innen den enkelte kommune, mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten blir bedre i stand til å sikre et helhetlig tjenestetilbud til personer med psykiske vansker og rusproblemer.

Delprosjektet skal i tillegg bidra til å:

- utvikle kunnskap om målgruppen og praktisk handlingskompetanse gjennom interkommunalt læringsnettverk
- legge til rette for brukermedvirkning
- utvikle gode samarbeidsrutiner mellom 1. og 2. linjen
- utvikle arbeidsmetoder tilpasset brukernes behov for helhetlig tjenestetilbud

Helsetjenester innen psykiatri og rus er primært kommunale oppgaver men med hyppig kontakt mot spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig med gode rutiner for samarbeid og henvisninger mellom primær og spesialisthelsetjenesten både i og etter en innleggelse. Samtidig vektlegges det at kommunene skal trappe opp tilbudet innen psykisk helse²⁵.

Det er arbeidet for bedre samhandling innenfor psykisk helse i Fosen-regionen i lengre tid. Fosen-teamet (etablert i 1989) har vært et sentralt virkemiddel. Fosen-teamet arbeider systematisk med brukerne i deres nærområder uten fokus på diagnose. Fagfolket går ut i kommunene og møter brukere og samarbeidspartnere i stedet for at disse kommer inn til Trondheim. Det er også etablert en egen BUP-Fosen (barne- og ungdomspsykiatrien), men med en mer tradisjonell tilnærming til brukere.

²⁵ Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr 63 (1997-98))

8.2 Metode

For å vurdere læringsnettverket er det brukt kvalitative metoder med hensikt å fange opp de ulike interessentenes erfaring med ordningen.

Det er gjennomført intervjuer med psykiatriske sykepleiere i kommunene og ansatte i Fosen-teamet for å vurdere erfaringer med læringsnettverket. Det er også gjennomført fokusgruppeintervju med involverte i Åfjord og Ørland kommune i samarbeid med lokallagene i Mental Helse.

Status i opptrapping av psykiatritilbudet i Fosen regionen er undersøkt gjennom samtale med, og innsamling av informasjon hos fylkesmannen i Sør-Trøndelag, samt med representanter for Leistad DPS. Planverk for Fosen DMS og opptrappingsplaner med tilhørende statusrapporter for psykiatritilbudet i Fosen regionen er også analysert.

8.3 Status i prosjektet

Det forekommer i dag ingen aktivitet i regi av læringsnettverket i forhold til den opprinnelige målsetningen. Det ble i starten arrangert fire større samlinger med temaer som ”samarbeid mellom ulike tjenestenivå” og andre aktuelle temaer innenfor psykisk helse og rus.

Det er også blitt arrangert mindre samlinger i de enkelte kommunene, men med lite oppmøte blant deltagerne.

Manglende forankring i kommunene, en uklar organisering og uavklarte ansvarsforhold har ført til at prosjektet ikke er aktivt og at koordinator har sluttet.

Læringsnettverket fungerer i dag som et opplæringsnettverk (Fosen DMS på Nett) og ikke som en arena for kunnskapsutveksling og utvikling av rutiner. Fokuset på pasienter med dobbeltdiagnose er også forlatt.

I regi av Fosen DMS på Nett er det gjennomført seks forelesninger om psykiske lidelser og rus med forelesere fra Modum Bad Psykiatriske Sykehus, Ålesund Sykehus, St. Olavs Hospital og Lade behandlingssenter.

Det er også satt i gang lokale læringsnettverk i Rissa og Ørland, men dette er utenfor læringsnettverkets opprinnelige målsetning. Det er også etablert videokonferanse i Leksvik og Mosvik brukt ifm. Lade Behandlingssenter. Dette utstyret er nå koblet mot Fosen-nettet.

Teknisk sett er læringsnettverket langt på vei etablert. Videokonferanseutstyr er montert i Åfjord, Ørland, Bjugn og Rissa. Leksvik og Mosvik har videokonferanseutstyr på videregående skole.

8.4 Overordnet konklusjon

De overordnede konklusjonene for evalueringen av læringsnettverk er oppsummert i figuren nedenfor. En nærmere beskrivelse av de vurderinger, analyser og beregninger som ligger til grunn presenteres for hvert av evalueringsområdene og de ulike interessentene i avsnittene (8.5-1.6)

Læringsnettverk	Økonomi	Kvalitet	Tilfredshet
St. Olavs	IA	IA	IA
Kommunene	IA	○	○
Brukere	IA	○	○
Ansatte	IA	○	○
Samlet	IA	○	○

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret IA: Ikke aktuelt

Figur 26 Overordnede konklusjoner

Læringsnettverket har ikke fungert i henhold til opprinnelig intensjon.

Uklar organisering og ansvarsforhold har ført til manglende delaktighet blant kommunene og man har ikke klart å få til en kunnskapsarena for et mer helhetlig psykiatritilbud i Fosenregionen. En viktig faktor for at prosjektet ikke har fungert i forhold til intensjonene er en for løs organisering. Opplæringsstrategien har heller ikke fungert, det har ikke vært tilstrekkelig struktur for å sikre måloppnåelse.

Brukere og helsepersonell innenfor det psykiske helsetilbudet i Fosen regionen har ikke opplevd effekter av læringsnettverket. Det er igangsatt opplæringstilbud, som kan være starten på en revitalisering av læringsnettverket.

Det anbefales en nærmere vurdering av tiltak for å sikre en god organisering av læringsnettverket og for å få gjennomført opprinnelige målsetninger.

8.5 Kvalitet

8.5.1 Fosen-kommunene

Læringsnettverket skulle i prinsippet representere en styrking av psykiske helsetjenester for kommunene. I opptrappingsplan for psykisk helse²⁶ vektlegges samarbeid mellom kommune og bruker-/pårørendeorganisasjoner i planlegging og gjennomføring av tiltak. Brukermedvirking trekkes også frem som et sentralt fokus i opptrappingen.

Både samarbeid og brukermedvirking kan potensielt styrkes gjennom læringsnettverket, men på grunn av prosjektets status har det ikke hatt noen effekt.

Nettbasert undervisning som kom i gang våren 2007 kan være spiren til en revitalisering av læringsnettverket. Tettere samarbeid med Telemedisin for å få læringsnettverket over i det samme tekniske og faglig nettverket vil være gunstig. Det anbefales derfor å vurdere tiltak for å få i gang læringsnettverket igjen med klar organisering og rolleavklaringer. En prosjektledelse bør også etableres for å sikre gjennomføring og måloppnåelse.

Organisatorisk blir kommunene på Fosen hver for seg for små til å utvikle et bredt tjenestetilbud med høy faglig kompetanse. Det er rimelig å anta at det blir lettere med en lokal arbeidsdeling der hver kommune håndterer sitt område. Læringsnettverket vil kunne fungere som arena for kunnskapsutveksling. Denne ideen har kommunene allerede gått videre med, og man har kartlagt hvor hver enkelt kommune har best kompetanse.

Det anbefales at dette bringes videre og man vurderer mulighetene for å håndtere Fosenregionen som en enhet med hvor Fosen DMS har et klart mandat ifht. læringsnettverk.

8.5.2 Brukerne

Brukerne har ikke opplevd noen kvalitetsmessige effekter med læringsnettverket ettersom delprosjektet ikke har levert resultater når det gjelder samarbeid og henvisningsrutiner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Brukerne opplever lange ventetider for å få et behandlingstilbud både ved Fosen-teamet og i Trondheim, ved Leistad DPS og Østmarka. Funn fra intervjuer tyder også på at det var lavere ventetider ved distrikt psykiatrisk senter i Åfjord, men dette er nå lagt ned.

Brukerne opplever størst effekt med private organisasjoner (Mental Helse) og ildsjeler i lokalsamfunnet, som følger opp pasientene. Det er etablert selvhjelpsgrupper hvor deltakerne møtes for å støtte hverandre. Dette tilbudet har vært positivt mottatt.

²⁶ Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr 63 (1997-98))

8.5.3 Ansatte

Blant psykiatrisk helsepersonell i Fosen regionen oppleves det ingen effekter ifht. læringsnettverket.

Imidlertid er det gode erfaringer fra de seks nettbaserte forelesningene som er blitt arrangert i nyere tid (våren 2007), og det er rimelig å anta en positiv effekt som følge opplæringsaktiviteten.

8.5.4 Oppsummering kvalitet

Læringsnettverk Kvalitet	Vurdering	Kommentarer
Kommunene	<input type="radio"/>	▪ Uklar organisering med uklare ansvarsforhold
Brukere	<input type="radio"/>	▪ Læringsnettverket har hatt liten betydning for pasientene ▪ Mulige indirekte effekter relatert til kompetanseutvikling blant ansatte
Ansatte	<input type="radio"/>	▪ Læringsnettverket oppleves ikke å ha hatt noe effekt for de ansatte

Meget positivt Positivt Uforandret

Figur 27 Oppsummering kvalitet

8.6 Tilfredshet

8.6.1 Fosen-kommunene

Læringsnettverket har ikke fungert ifht. å skape arena for kunnskapsutveksling, og det har gått over til å bli et opplæringstilbud til kommunene.

Samarbeidsrutinene mellom 1. og 2. linjen har i liten grad endret seg.

8.6.2 Brukerne

Brukere har ikke opplevd noen effekter som følge av læringsnettverket.

Funn fra intervju bekrefter at pasienter etterspør brukermedvirking. Aktiv involvering og medvirking i sin egen behandling skaper trygghet og forutsigbarhet, og vil på lang sikt kunne redusere antall innleggelses i psykiatrien. Brukermedvirking er satt i fokus også i opptrappingsplan for psykiskhelse. Denne form for proaktivitet forutsetter imidlertid en arena hvor rutiner utvikles for godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom kommune og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Her vil i prinsippet læringsnettverket kunne være en slik arena.

I dag er det i stor grad lokale selvhjelpsgrupper som bøter på den manglende oppfølgingen på Fosen.

8.6.3 Ansatte

Læringsnettverket har ikke gitt effekter på samhandlingsproblematikken mellom somatikk og psykiatri. De ansatte innenfor psykiatri har liten kontakt med Fosen DMS. Fosen DMS fungerer i liten grad som bindeledd mellom psykiatritilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Det anbefales derfor å vurdere tiltak for å få integrert både BUP og voksenpsykiatri mer i forhold til Fosen DMS og sett på hvordan læringsnettverket kan aktiveres i forhold til dette.

8.6.4 Oppsummering tilfredshet

Læringsnettverk	Vurdering	Kommentarer
Tilfredshet		
Kommunene	<input type="radio"/>	▪ Læringsnettverket har ikke fungert som planlagt
Brukere	<input type="radio"/>	▪ Brukerne har ikke opplevd noe bedre tilbud som følge av læringsnettverket
Ansatte	<input type="radio"/>	▪ Ansatte innen psykiatrien har merket lite til både læringsnettverket og Fosen DMS

● Meget positivt ● Positivt ○ Uforandret

Figur 28 Oppsummering tilfredshet

9 Referanser

Abelsen et.al. (2004): Er desentralisering av spesialisthelsetjenester lønnsomt?; Tidsskriftet Norsk Lægeforening nr. 9, 2004; 124

Commission of the European Communities, 1990. Advanced Informatics in Medicine (AIM). Supplement Application of Telecommunication of Health Care Telemedicine AI 1685.Brussels CEC 1990

Hatlebakk M. (2003): Evaluering av spesialisthelsetjenesten på Ørland. Notatserie i helseøkonomi Nr 06/03. Helseøkonomi i Bergen 2003

Jacobsen, D.I (1999): Hva mener brukerne?; Kristiansand, HøyskoleForlaget

Kjelvik, J. (2004): Kommunenes utgifter til primærlege tjenesten / Organisering av legevakt tjenesten; Notat 6/2004 Statistisk Sentralbyrå

Pedersen, M og Halvorsen T. (2005): Evaluering av Henie-Onstad bo- og rehabiliteringssenter; SINTEF rapport nr STF78 A045006. SINTEF Helse

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L. (2004): Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem;

Pedersen M. (2004): Benchmarking av sykehuskostnader – dekomponerte kostnadsindikatorer for sykehus; SINTEF rapport nr STF78 A045801, SINTEF Helse.

SAMDATA: Sammenligningsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr 63 (1997-98)

”Underskriftskampanje mot nåværende legevaktordning i Åfjord kommune”; Brev fra Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. 19.12. 2006

10 Vedlegg

10.1 Sammenligning mellom Fosen DMS og Hallingdal Sjukestugu

For å kunne sette de økonomiske konsekvensene ved Fosen DMS i perspektiv er det foretatt en sammenligning mot Hallingdal Sjukestugu (HSS).

Driftsøkonomisk går spesialisttjenestene ved HSS med et planlagt underskudd på 245 000 kroner i 2006, men med beregnede sparte transportkostnader på 2,5 millioner kroner forsvaret denne driften seg. Driften ved Fosen DMS gikk i 2006 med et underskudd på ca. 100 000 kroner, og med sparte transportkostnader på 2,34 millioner kroner.

Totale POLK-inntekter for HSS var i 2006 på 1,745 millioner kroner. Med 6 723 behandlinger og konsultasjoner (inkl. lysbehandling) tilsvarer det en inntekt på 248 kroner per pasient. Fosen DMS hadde på samme måte inntekter som tilsvarer 341 kroner per pasient, altså noe høyere enn ved HSS.

Videre har HSS 13 spesialistområder mot Fosen DMS som har 6. HSS har revmatologi, fysikalsk medisin, nevrologi, nefrologi, pediatri, onkologi og ortopedi utover det som Fosen DMS per i dag drifter. All ambulerende er en del av spesialistenes tjenesteplan ved Ringerike sykehus. Unntaket er nevrologi som driftes av sykehuset Buskerud og kun lokaler leies ved HSS. Videre er øre-nese-hals spesialist ansatt i 20 % stilling. Til forskjell fra Fosen DMS består hudtilbudet ved HSS kun av lysbehandling men med telemedisinsk konsultasjon med hudlege.

HSS har et større utvalg av spesialisttjenester og et større behandlingsvolum. Pasientgrunnlaget er noe større for HSS (ca. 20 000 innbyggere og 10 000 turister), men reisevei er av samme omfang som på Ørland.

Tatt i betraktning et større behandlingsvolum har HSS et betraktelig større behandlingsutvalg enn Fosen DMS, mens de økonomiske konsekvensene virker tilsynelatende like.

10.2 Metodikk for vurdering av kvalitet og tilfredshet

10.2.1 OE-enheten

Metode benyttet	Kriterier lagt til grunn	Kilde / grunnlag	Hensikt
Statistisk analyse av pasientdata <ul style="list-style-type: none"> Analyse av registrert og innsamlet pasientinformasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Pasienter innlagt ved OE-enheten i perioden 13.03. 2006 til 13.08. 2007 	Totalt 432 pasienter <ul style="list-style-type: none"> 216 ved observasjons-enheten 195 ved etterbehandlings-enheten 21 dagpasienter 	<ul style="list-style-type: none"> Pasientstrømmer Behandlingsdata Liggetid
En-til-en intervju: Ansatte <ul style="list-style-type: none"> Strukturerte intervju Bruk av intervjuguide Reflektive spørsmål ift. ansattes oppfatning om brukerens kvalitets-opplevelser. 	<ul style="list-style-type: none"> Ansatte ved OE-enheten 	<ul style="list-style-type: none"> Ansatte ved OE-enheten (7 personer) 	<ul style="list-style-type: none"> Ansattes opplevelse av behandlings-kvalitet Ansattes tilfredshet med enheten
En-til-en intervju: Involvert personell <ul style="list-style-type: none"> Strukturerte intervju Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> Personer direkte involvert i bruk av OE-enheten og personer direkte involvert i planlegging/samarbeid med OE-enheten 	Følgende personer er intervjuet/konsultert: <ul style="list-style-type: none"> Prosjektleder Kommuneleger i Åfjord, Bjugn og Ørland Personell ved St. Olavs Hospital og Orkdal Sjukehus involvert i samarbeidet Ansatte i kommune-administrasjonen 	<ul style="list-style-type: none"> Opplevelse av i hvor stor grad målsetninger i prosjektet er innfridd Tilfredshet med tilbudet

<p>En-til-en intervju: Pasienter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturerede en-til-en intervju med brukere av OE-enheten • Selektert utvalg som er representativt for bredden i pasientgruppen. • Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter behandlet ved OE-enheten i perioden 15.03. 2006 til 13.08. 2007 • Representativt utvalg 	<p>Totalt 26 brukere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ørland: 9 • Bjugn: 9 • Åfjord: 2 • Rissa: 4 • Roan: 1 • Utenfor Fosen: 1 • 15 kvinner, 11 menn • Snittalder: 74 år • Medianalder: 78 år 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd behandlingskvalitet • Tilfredshet med oppholdet
<p>Kvalitativ analyse av innsamlet informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innsamling og analyse av konkret informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentert erfaring 	<p>Lokale og sentrale utredninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fosen Regionråd utredningsprosjekt • NOU 2005 nr. 3: ”Fra stykkevis til helt” 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringer med OE-enheten • Oppfatning av kvalitet og tilfredshet ved OE-enheten

10.2.2 Felles legevaktjeneste

Metode benyttet	Kriterier lagt til grunn	Kilde	Hensikt
En-til-en intervju: Involvert personell <ul style="list-style-type: none"> • Strukturerte intervju • Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer direkte involvert i ordningen og med erfaring fra prøveåret 	Følgende personer er intervjuet: <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektleder • Kommuneleger i Ørland, Bjugn og Åfjord • Ansatte i kommuneadministrasjonen i Ørland, Bjugn og Åfjord 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfatninger om kvalitetsmessige gevinster / utfordringer • Tilfredshet med ordningen
Fokusgruppe-intervju: Brukere <ul style="list-style-type: none"> • Strukturert fokusgruppe intervju • Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere med erfaring fra både ny og gammel ordning 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 brukere i Åfjord kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilfredshet med legevakttilbudet • Forskjeller mellom gammel og ny ordning
Statistisk analyse av pasientdata <ul style="list-style-type: none"> • Innsamling av pasientdata • Uttrekk fra lokalt pasientadministrativt system • Kryssanalyse for validering 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientdata i perioden 21.08. 2006 til 26.08. 2007 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistikk fra lokalt pasientadministrativt system • Manuell opptelling ift. kommune-tilhørighet 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientstrømmer og kommune-tilhørighet

10.2.3 Spesialisthelsetjenesten

Metode benyttet	Kriterier lagt til grunn	Kilde	Hensikt
En-til-en intervju: Involvert personell <ul style="list-style-type: none"> • Strukturerte en-til-en intervju • Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte brukere eller involverte i spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS 	Følgende personer er intervjuet: <ul style="list-style-type: none"> • Ansatte ved spesialistpoliklinikken • Prosjektleder for Fosen DMS • Ambulerende spesialister • Avd. ledere, overleger og avd. sykepleiere ved avdelinger / poliklinikker direkte berørt • Leger i kommunene Ørland, Bjugn, Åfjord og Rissa 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet i behandlingen • Tilfredshet i jobbsituasjonen • Utfordringer med ordningen • Styrker med ordningen
Spørreundersøkelse: Pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Papirbasert spørreskjema med utgangspunkt i PasOpp27 • Komparativ analyse mot svar for St. Olavs Hospital i PasOpp-undersøkelsen i 2004 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle pasienter behandlet i perioden 02.04. 2007 til 01.06. 2007 	Totalt 261 pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Spesialist poliklinikk (63,3%) • Røntgen (19,0 %) • Audiografi (13,1%) • Lysbehandling (4,5%) • 96,5 % svarprosent 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilfredshet med behandlingen • Opplevd behandlingskvalitet
Kvalitativ analyse av innsamlet informasjon <ul style="list-style-type: none"> • Innsamling og analyse av tidligere dokumentert informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenterte erfaringer ift. effekter av spesialisthelsetjenesten ved Fosen DMS 	Tidligere utredninger: <ul style="list-style-type: none"> • Hatlebakk (2003) Lokal informasjon ved avdelinger/ poliklinikker: <ul style="list-style-type: none"> • Ventetider • Planleggingsrutiner • Samarbeidsrutiner • Effekt på ventelisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering av kvalitet og tilfredshet med spesialisthelsetjenestene ved Fosen DMS • Ventetider • Organisering av pasientforløp

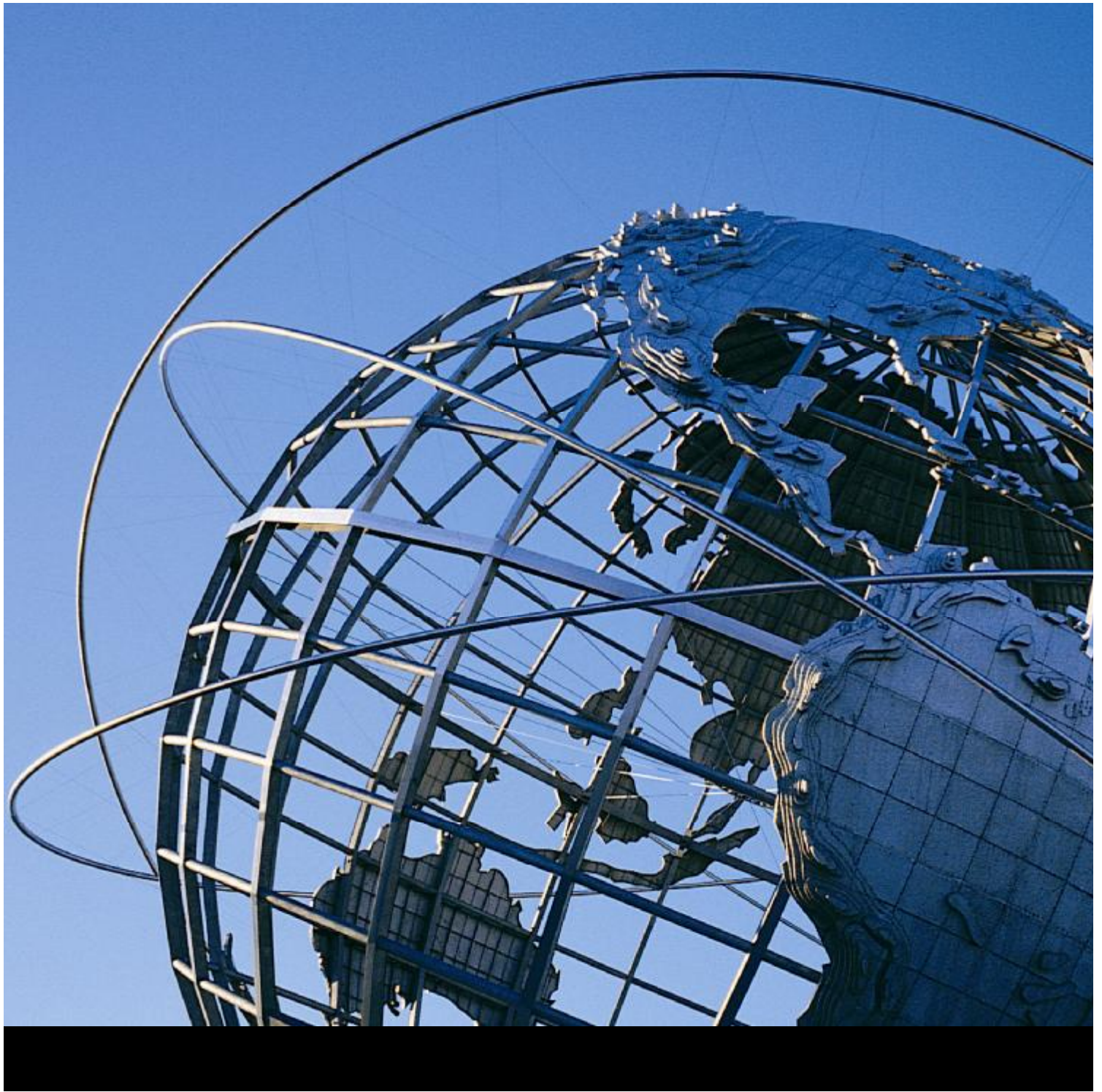
²⁷ PasOpp – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2004.

10.2.4 Telemedisin

Metode benyttet	Kriterier lagt til grunn	Kilde	Hensikt
Kvalitativ analyse av innsamlet informasjon <ul style="list-style-type: none"> Innsamling og analyse av konkret informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Sentral informasjon om prosjektstatus, utførte aktiviteter og målsetninger 	<ul style="list-style-type: none"> Prosjekt-dokumenter Planverk for Fosen DMS 	<ul style="list-style-type: none"> Status ift. måloppnåelse Aktiviteter / hendelser underveis med påvirkning på prosjektforløpet
En-til-en intervju: Involvert personell <ul style="list-style-type: none"> Analyse av resultater ift. den enkeltes oppfatninger Kryssing av resultater for å identifisere like/ulike oppfatninger 	<ul style="list-style-type: none"> Personer med sentral rolle i delprosjektet Personer med erfaring fra arbeidet i prosjektet 	Følgende personer er intervjuet: <ul style="list-style-type: none"> Deler av prosjektledelsen Fagressurser ved Helse Midt Norge Fagressurser ved Norsk Helsenett Fag / prosjektressurser ved Norsk Senter for Telemedisin Representanter for Fosen Regionråd Fagressurser ved Fosen IKT 	<ul style="list-style-type: none"> I hvor stor grad er de tiltenkte IKT-baserte verktøy tatt i bruk Underliggende årsaksforklaringer til hva som har påvirket prosjektet Tilfredshet med de telemedisinske tjenestene

10.2.5 Læringsnettverk

Metode benyttet	Kriterier lagt til grunn	Kilde	Hensikt
En-til-en intervju: Fagressurser <ul style="list-style-type: none"> • Strukturerte en-til-en intervju 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med erfaring fra delprosjektet og kunnskap og erfaring om opptrapping av psykiske helsetjenester i Fosen-regionen 	Følgende personer er intervjuet: <ul style="list-style-type: none"> • Ansatte ved Leistad DPS (Fosenteamet) • Psykiatriske pleiere i kommunene 	<ul style="list-style-type: none"> • Status i delprosjektet • Organisering og fremdrift • Læringsnettverkets bidrag til sentrale mål
Fokusgruppe-intervju: Brukere <ul style="list-style-type: none"> • Strukturert fokusgruppe intervju • Bruk av intervjuguide 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltente brukere av læringsnettverket 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere i Åfjord og Ørland kommune • Ansatte i kommunale psykiske helsetjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd effekt av læringsnettverket • Tilfredshet med tilbudet
Kvalitativ analyse av innsamlet informasjon <ul style="list-style-type: none"> • Innsamling og analyse av konkret informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenterte hendelser i prosjektet • Dokumenterte planer og målsetninger med prosjektet 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektplaner • Planer for opptrapping av psykisk helsevern i Fosen-regionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere status i delprosjektet • Identifisere årsaker til utvikling i delprosjektet



ERNST & YOUNG AS

www.ey.no

© 2007 Ernst & Young AS
All Rights Reserved.
Ernst & Young is a
registered trademark.