

# Dokument nr. 8:51.

(1998-99)

## Forslag fra stortingsrepresentantene Øystein Hedstrøm, John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om videreføring av den akuttmedisinske beredskapen ved Sykehuset Østfold - Askim.

Til Stortinget.

### 1. Bakgrunn for forslaget

Fylkestinget i Østfold fattet i 1996 vedtak om å nedlegge akuttmedisinen ved sykehuset i Askim innen 1. juli 1999. 18. mai er nå satt som endelig flyttedato.

Befolkningen i Indre Østfold er dypt bekymret for at de ikke får et akutttilbud preget av nærhet, tilgjengelighet og god total kvalitet når transporttiden økes med 40 minutter.

Dessuten legger NOU 1998:9 til grunn at sykehus på Askims størrelse - opptaksområde 42 477 fra 8 kommuner er et mellomstort sykehus. Utvalgsleders erfaringer er at sykehus på denne størrelse er godt egnet for å ha medisinsk akuttberedskap.

I tillegg kommer at sykehuset i Moss, som skal ta imot akuttmedisinske pasienter fra Indre Østfold, ikke vil stå ferdig utbygget 18. mai og neppe har tilstrekkelig adekvat bemanningsmessig kapasitet til å ta imot 2 000 tilleggspasienter fra denne delen av fylket.

Sykehuset i Askim har i alle år hatt et godt faglig tilbud til akuttmedisinske pasienter.

Målet med forslaget er å sikre at befolkningen i Indre Østfold ikke skal føle at det begås urett mot deres rettigheter som samfunnsborgere.

### 2. Innledning

Forslagsstillerne har registrert at en nedleggelse av akuttmedisinen i Askim vekker sterke følelser og holdninger. Medieoppmerksomheten rundt saken er stor, og oppfatningene om konsekvensene av en nedleggelse av akuttmedisinen i Askim er sterkt preget av polarisering mellom Indre Østfold og de som står bak det forslaget som ble vedtatt i 1996 med én stemmes overvekt.

Det har gått flere år og fylkeskommunen har ikke klart å rydde av veien den utrygghet og usikkerhet som rår blant befolkningen i Indre Østfold.

Stortinget skal behandle sak med bakgrunn i NOU 1998:9 «Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap», sansynligvis i høstsesjonen 1999. Forslagsstillerne mener det er fornuftig å videreføre den nåværende akuttberedskapen inntil Stortinget har behandlet saken.

### 3. Situasjonsbeskrivelse

Debatten i Østfold om sykehusstruktur og organisering av helsetjenestene har pågått i mange år. I 1993 ble akuttkirurgien i fylket samlet i Fredrikstad og Moss. I 1996 ble det vedtatt å nedlegge akuttmedisinen i Halden og Sarpsborg fra 1998 og i Askim fra 1. juli 1999. I tillegg til dette er det utarbeidet en hovedrapport om Østfold-sykehuset etter år 2010 med høringsfrist i april. Der foreslås en full sentralisering av akutt og elektiv virksomhet i ett nytt sykehus til en total investeringskostnad på 3 659 millioner. Protestene i befolkningen i Indre Østfold har vært sterke mot en stadig sterkere sentralisering.

I Indre Østfold ble Sykehusets Venner etablert i 1992. Det er en tverrpolitisk folkeallianse som hele tiden har hatt sterk støtte for sitt arbeid i befolkning, organisasjoner, kommunene, næringsliv og bankene. Foreningen har med innsamlede midler investert mange millioner i sykehuset i Askim - CT, ryggmikroskop, pasienttelefoner, spesialinnredede rom for cancerpasienter i terminal fase etc. Fra 1998 har en politisk sammensatt sykehuskomité bidratt sterkt i arbeidet for å ivareta Indre Østfold-befolkningens interesser i sykehussaken. Sentrale ordførere og politikere deltar aktivt i Sykehuskomiteen. Sykehusets Venner og Sykehuskomiteen samordner sitt arbeid for sykehuset i Askim.

Forslagsstillerne vil også påpeke de positive effekter et lokalsykehus har i nærområdet.

Forslagsstillerne vil sette fokus på:

### 3.1 NOU 1998:9 Hvis det haster ... Faglige krav til akutt medisinsk beredskap

NOU 1998:9 drøfter faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. På flere områder har utvalget trukket konklusjoner/foretatt vurderinger som sammenfaller med erfaringer som er gjort i Värmland, ellers i Sverige, i England og i andre vestlige land. Det gjelder de ofte anførte sammenhengene mellom volum og kvalitet på utførte inngrep - der utvalget har bøydd seg for påvisninger om manglende synlige sammenhenger og deretter konstatert at slike eventuelle sammenhenger skal det ses bort fra.

Også tidsfaktoren i alvorlige akuttmedisinske situasjoner er understreket. «Pasienten må raskt bringes til det nærmeste sykehuset som har kompetanse til å gi nødvendig behandling». I Värmland brukes uttrykket «The Golden Hour» ofte. Slik bør det være i Østfold også, og da bør sykehuset i Askim ha akuttmedisinsk beredskap.

I utredningen pekes det på tre modeller for akuttberedskap med basis i bl.a. følgende forutsetninger:

- En godt fungerende primærhelsetjeneste, ambulans- og nødmeldetjeneste.
- Alle sykehusene har funksjoner for elektiv virksomhet.
- Alle sykehusene skal kunne oppfylle kravene til å være utdanningsinstitusjoner innenfor sine spesialiteter.
- Døgnbemannet akuttmottak, som et felles akuttmottak (FAM) med interkommunal legevakt. (Eks. Askim.)
- Akuttmottaket må være spesielt utformet og utstyrt.
- Akuttmottaket skal kunne gi livreddende og stabiliserende behandling og avgjøre hvilke pasienter som kan ferdigbehandles ved det gjeldende sykehus og hvem som evt. skal videresendes.
- De forutsetninger som legges til grunn vil dekkes opp i Askim med noe tilretteleggelse.

#### Modell A

Utredningens modell A er den som ønskes i Askim av befolkningen i Indre Østfold. Den er beskrevet slik:

«Dette sykehuset skal ha døgnkontinuerlig akuttmedisinsk beredskap i indremedisin og kan ha fødetilbud i form av fødestue. Sykehuset bør ha felles akuttmottak med legevakten i vertskommunen og evt. omliggende kommuner, gjerne kombinert med observasjonssenger. Sykehuset skal ha døgnkontinuerlig kapasitet og kompetanse på spesialistnivå for å undersøke og behandle de vanligste indremedisinske tilstandene i befolkningen. Avhengig av hvilke kriterier som legges til grunn, vil anslagsvis 80 pst av dagens indremedisinske pasienter kunne behandles i denne type sykehus ...»

#### Diagnosegrupper dette vil gjelde:

- hjerteinfarkt
- hjertesvikt
- de vanligst forekommende hjerterytmeforstyrrelsene
- lungelidelser, inkludert astma, lungebetennelse og emfysem
- hjerneslag og andre bevissthetsforstyrrelser som ikke skyldes skade, unntatt de som krever dialysebehandling
- sukkersyke
- infeksjonssykdommer
- pasienter i terminal fase av sykdomsforløp

Vaktteamet i et akutt sykehus av type Modell A:

#### Indremedisin

- spesialist i indremedisin, minimum 4 stillinger
- assistentlege i indremedisin/turnuskandidat, minimum 5 stillinger

#### Anestesi

- anestesisykepleier, minimum 10 stillinger

#### Laboratorie- og transfusjonsservice

- bioingeniør, minimum 5 stillinger

Behov for samlet 29 stillinger (ekskl. pleiebemannings m.v.) for å dekke opp et vaktteam ved et Modell A-sykehus. Begrensede kostnader på årsbasis i forhold til et Modell B-sykehus og ikke vesentlig forskjell fra dagens bemanningssituasjon.

Forslagsstillerne anser at det blir feil å iverksette en nedleggelse av et akuttmedisinsk tilbud i Askim mens NOU 1998:9 fortsatt er til høring/behandling.

### 3.2 Konsekvenser av å flytte akuttmedisinen fra Askim til Moss

- Forutsatt utbygging av mottakelse og hjerteovervåkningssenger i Moss blir neppe ferdig før høsten 1999. Det kan bety korridorpasienter og provisorier og uverdige forhold for pasientene fra Indre Østfold.
- Leger og sykepleiere i Moss er bekymret for bemanningen i Moss. Moss mangler inntil 50 sykepleiere. Usikkerhet rundt rekruttering.
- Akuttflytting vil kreve liv, ifølge overlege. Det må bli resultatet av at indremedisinske akuttpasienter får *forlenget* transporttiden med 45 minutter.
- Ambulansekapasiteten ikke tilstrekkelig dimensjonert. Økt kjørelengde fra Indre Østfold fra 270 000 til 540 000 kilometer skal dekkes med å øke antallet biler stasjonert i Indre Østfold fra 3 biler (døgn) til 4 (den fjerde bare på dagtid). Det er ikke egnet til å skape trygghet og god beredskap. (Rapport om Ambulansetjeneste, Sykehusekets Venner des. 98.)

- Sannsynligheten for å overleve akutt hjerteinfarkt og store operasjoner er størst ved mindre sykehus, ifølge SINTEF-undersøkelse.
- Nedleggelse av akuttmedisin i Askim vil bety at det ikke blir akuttsykehus langs E-18 og Østre linje i Østfold.
- Akuttmedisinsk bortfall i Askim i 1999 er oppsiktsvekkende i nasjonal og internasjonal sammenheng. Internasjonal forskning viser at sykehus på Askims størrelse fungerer effektivt som akuttsykehus. (Rapport om Värmlandsmodellen m.v. Sykehusets Venner sept. 98.)
- Store deler av befolkningen i Indre Østfold er opprørt og føler en nedleggelse som et klart overgrep fra fylkeskommunens side.

Forslagsstillerne anser at konsekvensene av å flytte akuttmedisinen ikke er avklart godt nok til å skape trygghet og sikkerhetsmessig beredskap for pasientene fra Indre Østfold.

### 3.3 Fordeler og ulemper ved store og små sykehus

Faren for å få overraskelser av en ubehagelig type øker når konsekvensvurderinger og fordeler og ulemper ved valg av ulike alternativer som for Askims del ikke blir tilstrekkelig utredet.

Hensikten med å nedlegge akuttmedisinen i Askim og endre organiseringen var bl.a. å spare penger og å bedre kvaliteten. Resultatet har blitt høyere kostnader og neppe synlig bedret total kvalitet på behandlingstilbudet (samlet vurdering av transporttid, nærhet til familie/lokalmiljø, diagnostisering, behandling etc.).

Tilknyttet Østfold fylkeskommunes hovedrapport om Østfold-sykehuset etter år 2010, uttaler den eksterne kvalitetsgruppen at «materialet burde vært noe mer balansert med hensyn til fordeler og ulemper ved sentraliserte kontra lokale løsningsmodeller». Dessuten påpeker kvalitetsgruppen at mandatet gir store begrensninger med hensyn til å kunne se behovet for sykehustjenester i Østfold i et regionalt og nasjonalt perspektiv.

Sykehuskomiteen og Sykehusets Venner i Indre Østfold har i sin høringsuttalelse til fylkeskommunen derfor påpekt:

«På et vesentlig område er utredningen mangelfull. Det dreier som om en mangelfull analyse av fordeler og ulemper ved sentraliserte kontra lokale løsninger. Også den eksterne kvalitetsgruppen peker på at materialet her burde ha vært mer balansert. Det er foretatt solide analyser og vurderinger av aktuelle fordeler ved et stort nytt sykehus - ulempene er relativt lite påaktet. Mest betenkelig er det imidlertid at lokale løsninger er viet liten oppmerksomhet, særlig i forhold til befolkningens behov for akuttilbud.

Mandatet til prosjektgruppen innbyr ikke til å se behovet for sykehustjenester i Østfold i et regionalt og nasjonalt perspektiv. Som kvalitetsgruppen påpe-

ker det, blir «Østfold-perspektivet» derfor for snevert. Prosjektgruppens konklusjon og foreslått omfang - med tilhørende pris - på nytt sykehus blir av denne grunn for lite realistisk. Det ville ha styrket rapporten om mer helhetlige regionale og nasjonale perspektiver hadde vært trukket inn.

Vi stiller spørsmålsteget ved om alle akuttfunksjoner i fremtiden bør samles i en enhet. De mest forekommende og vanlige akutttilfeller trenger trolig ikke den høyeste form for «spesialiserte» tilbud. Nærheten og tilgjengeligheten kan vise seg å være vel så viktig.»

Ett nytt sykehus i Østfold med kostnadsramme som et «Rikshospital» er etter forslagsstillerens mening urealistisk. Investeringer i Østfold må naturligvis også ses i sammenheng med investeringer i et eventuelt nytt Follo-sykehus.

Sykehuskomiteen og Sykehusets Venner trekker i sin uttalelse inn internasjonal forskning om fordeler og ulemper ved store og små sykehus. Avsnittet siteres nedenfor. Forslagsstillerne velger å ta det med som et viktig innspill i debatten om akuttberedskap ved store og små sykehus.

#### «1. Sykehusstruktur og kostnader

I Sverige har Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut - Spri foretatt en omfattende internasjonal litteraturgjennomgang av vitenskapelig litteratur som belyser spørsmålet om stordriftsfordeler og -ulemper innen sykehussektoren. Spri rapport 410. De sammenfatter resultatet slik:

- 1.1 Det finnes ikke entydige vitenskapelige belegg for at store sykehus produserer behandling til lavere kostnad enn små.
- 1.2 Det vises ikke noen større samordningsfordeler ved å legge ulike medisinske spesialiteter til samme sykehus.
- 1.3 Sykehusene har mangler i produktiviteten som kan gi rom for kostnadskutt eller produksjonsøkning.
- 1.4 Studie tyder på at kostnadene blir lavere om legene blir pålagt å husholde med ressursene. Legene har avgjørende innflytelse på hvordan sykehuses ressurser anvendes.
- 1.5 Det finnes ingen entydige sammenhenger som tyder på at behandlingsresultatene forbedres med antallet kirurgiske inngrep pr lege.
- 1.6 Ved spørsmålet om et større antall behandlede pasienter innen en kategori forbedrer behandlingsresultatet, fremkommer ulike konklusjoner.

Konklusjonene er basert på 67 faglig medisinske/økonomiske undersøkelser i bl.a. England, USA, Canada, Holland, Finland, Sverige og Norge.

#### 2. Store sykehus er ikke mer produktive enn små

Det samme Spri har i en annen litteraturgjennomgang, Spri rapport 462, og egne studier av 28 läns- og länsdelssykehus sett på samordning mellom sykehus og sammenslåinger av sykehus og resultatene av slike.

Vi siterer Spri's VD Leni Björklund om resultatene:

«Det är anmärkningsvärt att vi varken i projektets litteraturstudie eller i den egna studien av 28 läns- och länsdelssjukhus som här föreligger funnit några belägg för att större sjukhus är kostnadseffektivare än de mindre. Resultaten visar i stället att sambanden mellan stordrift, produktivitet och struktur är komplexa. Det finnes därför anledning att vara försiktig inför möjligheterna att realisera generella stordriftsfördelar inom sjukvården.»

Konklusionerna är baserat på 41 faglig medicinske/økonomiske undersøkelser i bl.a. England, Italia, USA, Canada, Holland, Frankrike, Sverige og Norge.

### 3. Andre påvisninger tilknyttet fordeler og ulemper ved store og små sykehus

- 3.1 Det finnes ikke sterke argumenter for at den medisinske kvaliteten er tjent med sterk sentralisering av den mest alminnelig forekommende akuttbehandlingen.
- 3.2 Et nært samarbeid mellom lokalsykehusene og spesialistlegene sikrer pasienten den beste behandling og en god kompetanseutvikling.
- 3.3 Køer og overbelegg gir dyre løsninger. Ved bruk av ledig kapasitet på andre sykehus kan optimal ressursutnyttelse sikres til beste for pasienter og økonomi.
- 3.4 Det må tas konsekvensen av at det ikke kan spares ressurser ved å slå sammen sykehus til større enheter.
- 3.5 Kostnadene pr behandlet pasient øker i takt med størrelsen på sykehuset.
- 3.6 Små sykehus med effektive rutiner er best for pasientene.
- 3.7 Vaktkostnadene har langt mindre betydning enn ambulanssekostnadene.
- 3.8 Nedleggelse av akuttfunksjoner ved mindre sykehus er definitivt ikke veien å gå. Kan føre til økte kostnader.
- 3.9 Nærheten til pasientens familie og pårørende må tillegges vekt.
- 3.10 NOU 1998:9 Hvis det haster ..., med faglige krav til akuttmedisinsk beredskap, gir solid faglig støtte for å opprettholde akuttmedisin ved sykehus på Askims størrelse.
- 3.11 Sannsynligheten for å overleve akutt hjerteinfarkt og store operasjoner er størst ved små sykehus. Ikke noe poeng å sentralisere sykehustjenesten for å oppnå bedre kvalitet, sier forskningssjef Hroar Piene i SINTEF.

Punktene ovenfor er drøftet og fremstår som noen av resultatene i litteraturen nevnt nedenfor. Alle dokumentene er hver for seg basert på en omfattende internasjonal litteratur om temaene.

#### Litteratur:

- Kärnsjukvård - en vision.
- Vägar til hushållning i sjukvården.
- Är stora sjukhus bättre änn små?
- Förändrad akutsjukvård.
- Stora eller små sjukhus - har det någon betydelse för produktiviteten. Spris förlag.
- Sjukhusstruktur och kostnader. Spris förlag.
- Patienten i centrum - se människan.
- Skrifter från strukturprogrammet för hälso och sjukvården.
- Sjukvård i samverkan

Utenom de to på Spris förlag er de øvrige utgitt av Landstingsförbundet i Sverige.»

Forslagsstillerne vil ikke ta stilling til innholdet i alle deler av rapportene som ligger til grunn for punktene 1-3 ovenfor, men anser at materialet er godt relevant i forhold til spørsmålet om akuttmedisin på sykehus med opptaksområde som i Askim.

## 4. Konklusjon

Forslagsstillerne vil hevde at Regjering og Storting ikke lenger kan abdisere fra sitt ansvar ved å skyldte på de lokale folkevalgte organers prioriteringer. Den tid da Stortinget passivt kan slå seg til ro med standardsvaret til Regjeringen om at helsetilbudet er et ansvar for fylkeskommunene og at alt ansvar hviler på fylkespolitikere er nå forbi.

Forslagsstillerne mener Regjering og Storting må påta seg et direkte styringsansvar og inngrepsansvar når forholdene for syke mennesker med store smerter og et akutt behandlingsbehov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Man kan ikke som en kelner toe sine hender ved å si oppgitt: «Det er ikke mitt bord!».

Regjeringen og Stortinget har alle nødvendige virkemidler tilgjengelig hvis det er politisk vilje hos flertallet til å handle. Det kan gjennomføres lovendringer som overfører ansvaret for behandlingen ved fylkeskommunale sykehus til et statlig finansielt ansvar utenfor det ordinære oppdelte og oppstykkede helsevesen.

Forslagsstillerne vil ikke unnlate å peke på at dersom Fremskrittspartiets helsepolitikk slik den ble fremlagt i Dokument nr. 8:11 for 1985-86 «Om et behovsstyrt helsevesen» og Dokument nr. 8:54 for 1992-93 «Om et pasientstyrt helsevesen» hadde vært gjennomført, ville problemene ikke ha oppstått.

Når nedenforstående forslag fremmes er det således et subsidiært forslag basert på de håpløse mangler Regjeringen og stortingsflertallet har ansvaret for når det gjelder helsevesenet i Norge.

Forslagsstillerne mener at den akuttmedisinske beredskapen ved Sykehuset Østfold - Askim skal videreføres inntil Stortinget har behandlet Akuttmeldingen basert på NOU 1998:9 etter den pågående høring.

## 5. Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

Stortinget ber Regjeringen medvirke til at den akuttmedisinske beredskapen ved sykehuset i Askim blir videreført på nivået pr. 1. januar 1999 inntil akuttmeldingen basert på NOU 1998:9 «Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap» er behandlet av Stortinget.