

Framtidas lokalsjukehus

Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus

Sluttrapport
mars 2013



Innhald:

1	Samandrag.....	5
2	Innleiing – om oppdraget	9
2.1	Tidlegare vedtak og sentrale føringar – bakgrunn og mandat.....	9
2.2	Forståing av oppdraget – mål for prosjektet.....	10
2.2.1	Desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa	11
2.2.2	Samhandling	12
2.2.3	Pasientgrupper som særleg treng spesialisthelsetenester lokalt	12
2.2.4	Nasjonal modell – lokal kontekst	12
2.2.5	Berekraftig helseteneste	13
2.2.6	Vurdering av samarbeid over regionsgrensa.....	13
2.3	Prosjektorganisering og -gjennomføring.....	14
2.3.1	Mange grupper og brei deltaking.....	14
2.3.2	Organiseringa av arbeidet	15
2.3.3	Kommunikasjon og informasjon.....	17
3	Utfordringar og nosituasjon – utgangspunkt for oppgåva til utviklingsprosjektet	18
3.1	Endringsbehov i helsetenesta	18
3.1.1	Endringar i demografi, sjukdomsmønster, medisinsk og teknologisk utvikling	18
3.1.2	Sentraliserande og desentraliserande kreftar.....	19
3.1.3	Historiske konfliktlinjer i Noreg – og i Nordfjord.....	19
3.1.4	Utgangspunktet for utviklingsprosjektet.....	21
3.2	Geografi og samferdsel i Nordfjord.....	21
3.3	Faktagrunnlag: Befolkninga i Nordfjord og bruken av spesialisthelsetenester	23
3.3.1	Demografi.....	23
3.3.2	Pasientgrunnlag/forbruksmønster – grunnlag for planlegging og dimensjonering	24
3.3.3	Pasientstraumar	27
3.3.4	Særskilt om bruk av Volda sjukehus.....	29
3.3.5	Storforbrukarar.....	30
3.3.6	Akutte skadar i Nordfjord.....	32
3.3.7	Traumepasientar; «raude responsar» i Nordfjord	32
3.3.8	Tenestetilbodet ved andre mindre sjukehus.....	33
4	Samhandling og samarbeid – samhandlingsreforma og integrasjon mellom tenestenivåa	34
4.1	Sentrale samhandlingstiltak nytta i løysingane i utviklingsprosjektet	35
4.1.1	Utvida «vekslingsfelt» mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.....	35
4.1.2	Avklart oppgåvedeling, samanhengande pasientforløp og samlokalisering.....	36
4.1.3	Kompetanseoverføring.....	36
4.1.4	Beste effektive omsorgsnivå	36
4.2	Kommunehelsetenestene i Nordfjord – utvikling og integrasjon	37

4.2.1	ØH-tilbod	38
4.2.2	Samfunnsmedisinske tenester	38
4.2.3	Felles kreftkoordinator	38
4.3	Rolla til fastlegane	39
5	Framtidas lokalsjukehus – Nordfjord sjukehus. Nasjonale og lokale perspektiv	40
5.1	Lokalsjukehuset som ei viktig brikke i eit større system. Om regionaliseringsprinsippet....	42
5.2	Indremedisinsk døgnbehandling	43
5.2.1	Indremedisinsk tilbod	43
5.2.2	Slagbehandling	43
5.2.3	Hjartefinfarktbehandling	44
5.3	Desentrale poliklinikkar/dagbehandling	44
5.3.1	Dagkirurgiske tenester	47
5.4	Skadepoliklinikk – ny modell	48
5.5	Stabiliserings/akutteam.....	49
5.6	Svangerskaps/føde/barselpoliklinikk	50
5.7	Tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske behov.....	51
5.8	Tilbod til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester	52
5.9	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling – «Nordfjordmodellen».....	53
5.10	Psykisk helsevern – nye modellar og tiltak.....	54
5.11	Radiologi og laboratorietenester	55
6	Akuttfunksjonen	55
6.1	Prehospitale tenester	55
6.2	Akutt indremedisin	56
6.3	Bruk av anestesiresursen	56
6.4	Akutte skadar/multitraume.....	57
7	Understøtting av kommunehelsetenesta – pasienttryggleik	57
7.1	Legemiddelhandtering	58
7.2	Smittevern	59
8	Kompetanseutvikling.....	60
8.1	Breiddekompetanse	60
8.2	Spisskompetanse	61
8.3	Leiarkompetanse	61
8.4	Jobbgliding.....	62
8.5	Ambulering av helsepersonell.....	63
9	Telemedisin	64
10	Stadleg leiging	66
11	Samarbeid over regionsgrenser – grenseproblematikk	67
11.1	Elektiv behandling – fritt sjukehusval.....	68

11.2	Betalingsordningar ved fritt sjukehusval.....	69
11.3	Akuttbehandling – traumesystem for å sikre trygge tenester	70
11.4	Tilgang til pasientjournal	70
11.5	Samhandling mellom lokalsjukehus og heimkommunen.....	71
11.6	Brukarmedverknad – den informerte pasient gjer informerte val	71
11.7	Berekraftige lokalsjukehus med lite pasientgrunnlag	72
11.8	Samarbeid over regionsgrensene.....	72
11.9	Vidare arbeid – samarbeid eller grenseendring?	73
12	Erfaringar frå gjennomføringa av utviklingsprosjektet – organisatorisk læring.....	73
12.1	Medarbeidarskap og leiarskap	74
12.2	Samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta	76
13	Bruk av prosjektmidlane.....	77
14	Vedlegg.....	79
14.1	Prosjektorganisering og - gjennomføring.....	79
14.2	Følgjeforskningsrapportar og andre kartleggingar.....	79
14.3	Arbeidsgrupperapportar	79
14.4	Delutgreiingar og saksframlegg.....	79

1 Samandrag

Oppdraget til Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus har vore å utforme ein modell for Nordfjord sjukehus som er framtidsretta, og som gir eit trygt tenestetilbod til befolkninga i Nordfjordregionen, samtidig som modellen har overføringsverdi til andre lokalsjukehus (jf. kap. 2.1 og 2.2). Oppdraget skulle løysast innanfor rammene av tidlegare vedtak (føretaksmøtet for Helse Vest 28. april 2011 og Stortinget si presisering, jf. kap. 2.1), og modellen skulle ta omsyn til Samhandlingsreforma og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Utforminga av modellen er basert på eit omfattande faktagrunnlag bygd på følgjeforskning og anna analyse- og utgreiingsarbeid. Innhaldet i den nye modellen er tilpassa behova til innbyggjarane i Nordfjordregionen, ut frå befolkningsstørrelse, alderssamansetting og forbruk av spesialisthelsetenester (jf. kap. 3.3). Modellen er eit bidrag for å bygge eit berekraftig lokalsjukehus som står seg over tid.

Utviklingsprosjektet har lagt stor vekt på brei involvering og open og hyppig informasjon og kommunikasjon (kap. 2.3 og vedlegg 2). Helse Vest RHF har vore prosjekteigar, og det har vore mange grupper i arbeid (styrings- og prosjektgruppe, fleire arbeidsgrupper og delutgreiingar). Gruppene hadde brei deltaking frå m.a. kommunar, Helse Førde, brukarar, tilsette og vernetenesta. I tillegg har det vore ei fagleg referansegruppe med nasjonal representasjon.

Løysingane i modellen for lokalsjukehus blir her oppsummert med fokus på korleis dei bidrar til å definere den desentraliserte rolla til spesialisthelsetenesta:

Endringar er nødvendige (kap. 3.1)

Nasjonal helse- og omsorgsplan viser at endringar i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og utviklinga i medisinsk diagnostikk og behandling, inneber behov for endringar og tilpassingar i helsetenestene. Dette ligg til grunn for samhandlingsreforma, og er også bakteppet for oppgåva til utviklingsprosjektet.

Berekraftig helseteneste (kap. 2.2 og kap. 4 – 12)

Løysingane i modellen er utforma for å vere berekraftige og robuste over tid (jf. kap. 2.2.5). Dette er særleg viktig for eit lite lokalsjukehus med eit avgrensa opptaksområde, som Nordfjord sjukehus. Modellen har føresetnader for å kunne utviklast vidare i takt med den medisinske og teknologiske utviklinga.

Nasjonal modell – lokal kontekst (kap. 4 – 12)

Løysingane er til dels implementerte ved Nordfjord sjukehus undervegs i prosjektperioden (status for implementeringa går fram under kvart kapittel). Løysingane skal samtidig fungere som ein nasjonal modell for framtidas lokalsjukehus. Det inneber at utviklingsprosjektet også har sett ut over lokale forhold i Nordfjordregionen.

Desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa (kap. 3.1 og 5)

Utviklinga av nye behandlingmetodar verkar sentraliserande på sjukehusenestene, men gir også potensiale for desentralisering av spesialisthelsetenester (jf. kap. 3.1.2). I utviklinga av rolla til lokalsjukehuset må ein handtere «konflikten» mellom det sjeldne, men alvorlege

(som ofte må sentraliserast) – og det vanlege som folk flest har behov for (og som ofte kan desentraliserast).

Tilbod til pasientgrupper som særleg treng spesialisthelsetenester lokalt (kap. 3.3 og 5)

For å sikre at tenestene som blir etablerte ved Nordfjord sjukehus treff behova i befolkninga, har utviklingsprosjektet lagt stor vekt på å sikre eit korrekt faktagrunnlag. Målet har vore å fange opp behova, uttrykt som forbruk av spesialisthelsetenester, til befolkninga i Nordfjordkommunane og identifisere dei breie pasientgruppene (kap. 3.3).

Medisinsk ø-hjelp¹ står for den største delen av forbruket av sjukehusopphald (85 prosent av dei akuttinnlagde). Ein liten del av forbruket er akutt kirurgisk døgnbehandling der eit kirurgisk inngrep er utført (11 prosent av dei akuttinnlagde). Storforbrukarane av spesialisthelsetenester er i hovudsak eldre pasientar som har fleire sjukdommar, kroniske lidingar og behov for tenester frå fleire medisinske spesialitetar. Denne «storbrukargruppa» kan vekse i tida som kjem. Samtidig reiser pasientar i aldersgruppa over 70 år i mindre grad ut av Nordfjordregionen for behandling. Vi veit også at omfanget av psykiske lidingar er aukande.

Desse pasientgruppene som bruker spesialisthelsetenester ofte og mykje, vil ha stor nytte av nærleik til tenestene. Tenestetilboda ved «nye» Nordfjord sjukehus (jf. kap. 5) vil kunne dekke ein stor del behovet deira for utgreiing, behandling og kontrollar.

Lokalsjukehuset som viktig tryggleiksbase (kap. 5 og 6)

Lokalsjukehuset er ein viktig tryggleiksbase for innbyggjarane (jf. kap. 6). Ved Nordfjord sjukehus skal det framleis vere akuttfunksjon i indremedisin (jf. kap. 5.2) og skadepoliklinikk for mindre alvorlege skadar (kap. 5.4). Skadepoliklinikken vil òg nytte dei akutt-kirurgiske behandlingane (prosedyrane) som er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Sjukehuset skal vidare kunne stabilisere alvorleg sjuke og skadde pasientar før vidaretransportering (kap. 5.5).

Regionaliseringsprinsippet er lagt til grunn (kap. 5.1)

Lokalsjukehuset er ei viktig brikke i eit større system. Utarbeidinga av løysingane har tatt utgangspunkt i at tilboda ved Nordfjord sjukehus skal utviklast innanfor ramma av det samla spesialisthelsetenestetilbodet til befolkninga i Nordfjordregionen. Dette består av Nordfjord sjukehus, Førde sentralsjukehus og Haukeland universitetssjukehus. Lokal-, sentral- og regionssjukehusa har ei avklart arbeidsdeling slik at dei samla utgjer eit heile som varetar dei ulike behova til innbyggjarane (regionaliseringsprinsippet).

Samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste (kap. 4, 5, 7, 8 og 9)

Samhandlingsreforma er ein viktig premis for utviklingsprosjektet. Endra ansvars- og oppgåvedeling mellom nivåa krev tettare samarbeid og integrasjon. Gjennom dei skisserte løysingane blir «vekslingsfeltet» mellom spesialisthelsetenesta og kommunane utvida og fylt for å skape samanhengande tenester (jf. fig. 15 i kap. 4). Verkemiddel som er nytta i løysingane i utviklingsprosjektet for å oppnå dette, er m.a. felles og fleksibel bruk av personellressursane, samlokalisering av tenester, tydlege ansvarsavklaringsar,

¹ Medisinske døgnopphald er definert som døgnopphald utan behov for kirurgi. Dei aller fleste av desse er ved indremedisinske avdelingar ved til dømes hjarte/ lungesjukdommar.

samanhengande pasientforløp (jf. kap. 5). Arbeidet med kompetanseoverføring og – utveksling legg vekt på å understøtte behova i kommunane (jf. kap. 7 om smittevern og legemiddelhandtering, kap. 8 om kompetanseutvikling og kap. 9 om telemedisin).

Samhandling innanfor spesialisthelsetenesta (kap. 5, 6, 7, 8, 9 og 10)

Løysingane skal bidra til at det store sjukehuset og det vesle sjukehuset innanfor same helseføretak blir integrerte og samarbeider tettare. Det er ikkje «vi» og «dei», men «oss». Det er særleg viktig med tett integrasjon på legesida. Sentralsjukehuset må støtte lokalsjukehuset for tilgang til kompetanse t.d. gjennom ambuleringsordningar først og fremst for legespesialistar (t.d. desentraliserte poliklinikkar, kap. 5.3) og telemedisinløysingar (kap. 9). Fleire av løysingane knyter fagmiljøa tettare saman på tvers av ulike klinikkar, og på tvers av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (t.d. eldre medisinsk poliklinikk, kap. 5.7).

«Nye» Nordfjord sjukehus (kap. 5)

Med alle dei foreslåtte løysingane på plass, vil Nordfjord sjukehus ha følgjande tilbod (løysingane bygger på arbeidsgrupperapportar og delutgreiingar, jf. vedlegg 4-22):

- Indremedisinsk døgntilbod (akuttberedskap med anestesilege)
 - Hjarteinfarkt
 - Infeksjonar
 - Lungesjukdommar
 - Mage-tarmsjukdommar
 - Blodsjukdommar
 - Geriatri/eldremedisin; akutt funksjonssvikt hos eldre
 - Palliasjon
 - Akutte lette til moderate forgiftingar
 - Akutt hjerneslag
- Skadepoliklinikk – beredskap, stabilisering
Ny modell, integrering med interkommunal legevakt
- Breitt dagbehandlingstilbod
 - Medikamentell kreftbehandling (vidareført og styrka)
 - Infusjonspoliklinikk/behandling (utvida/nytt)
 - Dialysetilbod (styrka, om lag dobla)
 - Hjarterehabilitering (nytt)
 - KOLS-skule (nytt)
 - Læring- og mestring (nye tilbod)
- Utvida og nye polikliniske tenester
 - Gastroenterologisk poliklinikk (styrka)
 - Kardiologisk poliklinikk (styrka)
 - Diabetespoliklinikk (vidareført)
 - Lungesjukdommar; KOLS-tilbod (nytt)
 - Eldremedisinsk poliklinikk (nytt)
 - Slagpoliklinikk (styrka)
 - Nevrologi (nytt)
 - Revmatologi (nytt)
 - ØNH, høyresentral (nytt)
 - Auge; avtalespesialist (nytt)
 - Gynekologi og fødepoliklinikk (endra)
 - Barnepoliklinikk (vidareført)
 - Hudpoliklinikk (vidareført)
 - Ortopedi (vidareført)
 - Kirurgi (nytt)
- Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)
 - Nytt akutttilbod ved DPS-et
 - Nordfjord BUP (vidareført)
 - TSB – fylkesdekkande døgntilbod og «Nordfjordmodellen» (nytt)
- Endringar i fødetilbodet – «God start eining»
- Laboratorie- og røntgentenester, inkl. blodbank (vidareført)

Pasientgrunnlaget for dei ulike polikliniske tilboda ved Nordfjord sjukehus og dimensjoneringa av tilboda (dvs. arbeidsdagar per veke) er omtalt i kap. 3.3.2 og vedlegg 4.

I tillegg har utviklingsprosjektet drøfta moglegheit og utfordringar i samband med eventuelle dagkirurgiske tenester (kap. 5.3.1) og bruk av anestesiresursen (kap. 6.3).

Kompetanseutvikling/overføring (kap. 8)

For å vareta behova til dei breie pasientgruppene som skal få tilbod ved Nordfjord sjukehus, treng helsepersonellet både høg spisskompetanse og stor breiddekompetanse. Kompetansebygginga vil ha eit langsiktig perspektiv, og kompetansetiltaka skal understøtte kommunane sine behov for rettleiing/opplæring frå spesialisthelsetenesta. Ein vil bruke jobbgilding (dvs. overføring av oppgåver frå ein helseprofesjon til ein annan ved å utvikle kompetansen) som verkemiddel for desentralisering av tenester og for å veie opp for rekrutteringsproblem og mangel på helsepersonell. Jobbgilding kan gi betre kvalitet gjennom å finne nye og betre måtar å gjere jobben på (jf. kap. 8.4).

Stadleg leiing (kap. 10)

Utviklingsprosjektet har gjort eit kartleggingsarbeid av ulike leiingsmodellar ved lokalsjukehus. Kartlegginga belyser sterke og svake sider ved ulike modellar og problemstillingar rundt val av modell. Det fins ikkje *éi* løysing som dekker alle behov. Ein må ha eit bevisst forhold til kva løysing som blir vald, kva konsekvensar dette medfører og korleis ein kan kompensere for svakheiter og utfordringar.

Samarbeid over regionsgrensa – grenseproblematikk (kap. 11)

Utviklingsprosjektet tilrår ikkje å fråvike regionaliseringsprinsippet ut over bruken av fritt sjukehusval. Ordninga med fritt sjukehusval bør bli meir fleksibel i grenseområda (jf. kap. 11.2). Det er avklart at det skal vere eit samarbeid om fødetilbodet, men ut over dette er det ikkje funne grunnlag for formalisert samarbeid med Helse Midt-Noreg innanfor dei områda som er vurderte. Dette er særleg basert på omsynet til pasienttryggleik og føreseielege og samanhengande pasientforløp (jf. kap. 11.3, 11.4 og 11.5). Det er også lagt vekt på at Nordfjord sjukehus har eit lite pasientgrunnlag, og at ved flytting av delar av verksemda vil tilbodet ved sjukehuset bli mindre berekraftig for framtidig drift (jf. kap. 11.7).

Erfaringar frå prosjektgjennomføringa (kap. 12)

Erfaringane frå gjennomføringa av utviklingsprosjektet har gitt grunnlag for nokre refleksjonar som grunnlag for organisatorisk læring. I rapporten blir det m.a. reflektert omkring medarbeidarskap og leiarskap undervegs i endringsprosessar (kap. 12.1), og om samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta (kap. 12.2).

2 Innleiing – om oppdraget

2.1 Tidlegare vedtak og sentrale føringar – bakgrunn og mandat

Helse- og omsorgsdepartementet bestemte i 2011 å opprette eit nasjonalt prosjektet ved Nordfjord sjukehus (NSH) for å utvikle sjukehuset til eit tidsmessig lokalsjukehus for Nordfjord. Prosjektet blir tilført 25 mill. kr årleg i tre år (jf. protokoll frå føretaksmøte for Helse Vest RHF 28. april 2011).

Vedtak i føretaksmøte for Helse Vest RHF 28. april 2011, saman med Stortinget si presisering (Innst. 422 S - 2010-2011) om anestesiberedskap, legg rammer for tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus og for utviklingsprosjektet, og kan oppsummerast slik:

Det skal vere eit tilbod om døgnbehandling innan indremedisin og ein indremedisinsk sengepost ved Nordfjord sjukehus. Indremedisinsk akuttberedskap med tilgjengeleg anestesilege skal oppretthaldast som i dag og vere føreseieleg og godt kommunisert til fastlegar og publikum. Det skal også vere medisinske støttetjenester innan radiologi og laboratorietjenester tilgjengeleg heile døgn. Sjukehuset skal òg ha tilbod om ulike typar dagbehandling. Vedtaka inneber vidare at det ortopediske døgntilbodet ved Nordfjord sjukehus har blitt lagt ned, og at fødeavdelinga er slått saman med og lokalisert til fødeavdelinga ved Volda sjukehus.

Utviklingsprosjektet skal ikkje ta opp desse forholda til ny vurdering. Utforminga av tenestetilbodet ved framtidens lokalsjukehus ved Nordfjord sjukehus skal gjerast innanfor rammene av desse vedtaka.

Helse- og omsorgsdepartementet godkjente mandat for prosjektet, med nokre presiseringar, i brev datert 1. juli 2011:

Innhaldet i det framtidige spesialisthelsetenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus er fastlagt ved føretaksmøtet sitt vedtak av 28. april 2011. I saman med Stortinget si presisering (Innst. 422 S - 2010-2011) om at anestesi skal vere ein del av tenestetilbodet ved sjukehuset, er det ved dette vedtaket lagt ramma for tenestetilbodet innanfor "sørgje for"-ansvaret som det vil bli gitt tilbod om ved sjukehuset.

Utviklingsprosjektet si oppgåve er derfor ikkje å gjere ei fornya vurdering av kva tenestetilbod sjukehuset skal tilby, men i eit samhandlingsperspektiv og vurdere og gje tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå og, mellom anna, kva pasientretta aktivitet som kan bli organisert ved sjukehuset for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt.

Arbeidet skal bygge på omtale av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) og etterfølgjande vedtak i føretaksmøte 28.04.11 med dei presiseringane som er gjeve i Helse- og omsorgsdepartementet sitt brev av 01.07.2011. Pilotprosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidensretta og trygt tenestetilbod ved Nordfjord sjukehus der nærleik, tilgjengelegheit, at ein blir møtt med omsorg og respekt og at tenestene er trygge og av høg kvalitet, står sentralt. Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta.

Prosjektet skal vere ein pilot for å gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus. Ein føreset derfor at følgjeforskinga og anna erfaring frå dette prosjektet blir gjort tilgjengeleg.

Prosjektet skal særleg fokusere på å:

- utvikle pasientretta aktivitet med god kvalitet og som er organisert på ein kostnadseffektiv måte. Nye tilbod bør i størst mogleg grad tilfredsstille kommunehelsetenesta sine behov og vere innretta mot dei pasientgruppene som kan og bør få eit spesialisthelsetenestetilbod i lokalmiljøet
- opprette ein ruseining ved Nordfjord sjukehus
- gjennomgå og vurdere ei mogleg utviding/vidareutvikling av psykiatritilbodet
- kartlegge indremedisinsk øyeblikkelig hjelp aktivitet, med tilhøyrande bruk av tilpassa spesialisert kompetanse og støttefunksjonar, for å gi kunnskap og erfaring som ein kan trekke vekslar på nasjonalt. Kartlegginga skal vere ein del av eit følgjeforskningsprosjekt som bør utviklast i samarbeid med eit miljø for helsetenesteforskning
- vurdere behov for tilbod om etter- og vidareutdanning for helsepersonell tilpassa lokalsjukehusa sitt behov for breiddekompetanse
- utgreie og gjere tilrådingar med omsyn til investeringar i diagnostisk utstyr og IKT-infrastruktur, løysingar for elektronisk samhandling og fjerndiagnostikk mellom nivåa

Prosjektet skal ha ein varigheit på tre år og vil bli tilført kr 25 mill årleg.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at prosjektet vil skape varig aktivitet og at det kan medføre behov for nye arbeidsformer, kompetansehevingstiltak, investeringar i diagnostisk utstyr og løysingar for elektronisk samhandling og fjerndiagnostikk, både mellom institusjonar i spesialisthelsetenesta og mellom ulike nivå.

Prosjektet skal sikre god fagleg kvalitet og pasienttryggleik, effektiv resursutnytting, god brukaropplevd kvalitet og godt medarbeidarskap². Det er ein føresetnad at driftsmessige konsekvensar for Helse Førde HF som følgje av prosjektet, skal løyast innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket og endeleg godkjennast/vedtakast av Helse Førde HF.

Heile mandatet og ei oversikt over innhaldet i dei tidlegare nasjonale, regionale og lokale vedtaka som ligg til grunn for oppdraget til utviklingsprosjektet, er å finne i prosjektdirektivet i vedlegg 1.

2.2 Forståing av oppdraget – mål for prosjektet

Mandatet til utviklingsprosjektet slår fast at prosjektet i eit samhandlingsperspektiv skal vurdere og gi tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå og kva pasientretta aktivitet som kan bli organisert ved Nordfjord sjukehus, for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt.

Dette kapittelet vil gjere greie for sentrale element i forståinga av oppdraget:

- desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa
- samhandling
- utvikling av tilbod til pasientgrupper som særleg treng spesialisthelsetenester lokalt
- nasjonal modell – lokal kontekst
- berekraftig helseteneste
- vurdering av samarbeid over regionsgrensa

² Medarbeidarskap handlar om korleis ein stillar seg til arbeidsoppgåvene, arbeidsgjevar og kollegaer. Utviklinga av ein organisasjon som både møter pasientane sine behov og medarbeidarane sine egne forventningar, krev eit velfungerande medarbeidarskap der kvar enkelt medarbeidar ser seg sjølv som ein viktig og naturleg del av ein større heilskap.

2.2.1 Desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa

Eit mål for utviklingsprosjektet har vore å utvikle eit framtidssretta spesialisthelsetenestetilbod ved Nordfjord sjukehus, og på den måten bidra til å definere den desentraliserte rolla til spesialisthelsetenesta.

Nye behandlingmetodar gjer ofte behandlinga enklare for pasientane, og ei slik medisinsk utvikling inneber at ein stadig større del av spesialisthelsetenestene blir gitt poliklinisk og som dagbehandling. Denne utviklinga gir grunnlag for desentralisering av sjukehusenester, og utviklingsprosjektet vil bidra til å finne balansen mellom sentralisering og desentralisering av spesialisthelsetenestene.

I arbeidet har utviklingsprosjektet lagt til grunn omtalen av rolla til lokalsjukehusa i Nasjonal helse- og omsorgsplan³. Ifølgje kapittel 6 i planen skal eit lokalsjukehus minst innehalde:

- Tilbod om døgnbehandling innan spesialisthelsetenester, dette skal skilje lokalsjukehus frå lokalmedisinske sentre der døgnplassane er forankra i kommunehelsetenesta. Dette føresett at det er spesialistar med naudsynt breiddekompetanse tilgjengeleg på døgnbasis.
- Eit breitt tilbod av dagtenester. Til dømes dagkirurgi, ØNH sjukdommar, nevrologi, barnesjukdommar, hudsjukdommar, revmatiske sjukdommar, kreftsjukdommar, gynekologi, jordmortenester og lærings- og meistringssenter
- Tilgang til naudsynt kompetanse for rask og effektiv diagnostikk, gjerne samarbeid mellom lokalsjukehus og meir spesialiserte sjukehus
- Akuttfunksjonane må vere tilpassa befolkningsstorleiken i opptaksområdet samt avstandar og kommunikasjon. Akutttilbodet må tilpassast lokale forhold slik som samarbeid med kommunar om legevakt og felles akuttmottak.
- Må kunne ta hand om og stabilisere og/eller vidare transportere pasientar som tilvisas til sjukehus med akutte lidningar og bidra til riktig behandlingforløp
- Minimum ha ein indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklare kirurgiske prosedyrar på døgnbasis
- Viss det ikkje er aktuelt med fødeavdeling eller fødestove skal det med lang avstand til fødeavdeling som minimum vere tilgjengeleg jordmorteneste på døgnbasis for følgjeteneste samt barseltilbod
- Det skal stillast same krav til lokalsjukehus som til større sjukehus kva gjeld kvalitet og pasienttryggleik.

I tillegg hadde fleirtalet i Helse- og omsorgskomiteen i Stortinget følgjande presiseringar av innhaldet i eit lokalsjukehuset:

- Lokalsjukehus med akuttfunksjonar skal ha naudsynt medisinsk beredskap og personell som sikrar forsvarleg og kvalitativt god nok behandling.
- Lokalsjukehus må kunne ta hand om og stabilisere og/eller vidaretransportere pasientar som tilvisast til sjukehuset med akutte lidningar og slik bidra til riktig behandlingforløp.
- Lokalsjukehus som i dag har etablert ein anestesiberedskap, skal vidareførast med dette.

Omtalen av lokalsjukehusa i Nasjonal helse- og omsorgsplan bygger på lokalsjukehusrapporten frå 2007⁴ som utgreidde akuttfunksjonane ved lokalsjukehusa. Rapporten peikte mellom anna på behovet for å samordne dei ulike ledda i den akuttmedisinske behandlingsskjeda, og at det akuttmedisinske tilbodet ved lokalsjukehuset må sjåast i samanheng med og tilpassast lokale forhold.

³ Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

⁴ Lokalsjukehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Sluttrapport fra arbeidsgruppe 19. mars 2007, til Helse- og omsorgsdepartementet

2.2.2 Samhandling

I tråd med samhandlingsreforma skal veksten i ei samla helseteneste framover først og fremst skje i kommunane, og kommunane skal sørgje for ei heilskapleg tenking rundt førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging. Mellom anna skal kommunane ifølgje ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester ha eit døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp på plass seinast innan 2016.

Samtidig legg Nasjonal helse- og omsorgsplan opp til at spesialisthelsetenesta skal utviklast i ein enda tydelegare spesialisert retning. Dette inneber endringar i arbeidsoppgåver og ansvarsdeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Eit framtidsretta lokalsjukehus må derfor ha ei rolle som understøttar kommunehelsetenesta, og samhandlar tett med fastlegane. Helsetenestene må utviklast i samarbeid med kommunane for å oppnå at tenestene er koordinerte og heng godt i saman, og at tenestene blir gitt på beste effektive omsorgsnivå.

Samhandling dreier seg også om samarbeid internt i spesialisthelsetenesta. Det er vesentleg å i større grad knytte fagmiljøa tettare saman på tvers av organisatoriske grenser, dvs. på tvers av ulike klinikkar, og på tvers av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

Fagmiljøa må òg knytast tettare saman på tvers av geografiske avstandar. Dei store og små sjukehusa innanfor same helseføretak må samarbeide tettare. Nasjonal helse- og omsorgsplan påpeikar at:

Det vil være naturleg at sykehusene som har mest ressurser og bredest fagmiljø, får et særskilt ansvar for å støtte opp om og bidra til robusthet og høy faglig kvalitet ved de mindre sykehusene. Det kan skje gjennom felles fagmiljøer, felles faglige retningslinjer, rotasjons- og hospiteringsordningar, felles utdanningsprogrammer samt rådgivings- og «bakvakt»-ordningar.

2.2.3 Pasientgrupper som særleg treng spesialisthelsetenester lokalt

Utviklingsprosjektet har i oppdrag å vurdere og gi tilråding om spesialisthelsetenestetilbod ved Nordfjord sjukehus til pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt. Dette gjeld ifølgje Nasjonal helse- og omsorgsplan dei store pasientgruppene med kroniske og samansette problemstillingar, ofte eldre, som i størst mogleg grad må få koordinerte og samanhengande tenester nær der dei bur (sjå kap. 3.1.1).

Utviklingsprosjektet har nytta følgjeforskinga til å identifisere dei pasientgruppene som treng lokale tenester. Det er lagt stor vekt på å få fram realistiske og robuste tal for bruken av sjukehusstenester i befolkninga i Nordfjord for å sikre at tenestene som blir etablerte ved Nordfjord sjukehus treff behova i befolkninga (sjå kap. 3.3).

2.2.4 Nasjonal modell – lokal kontekst

Utviklingsprosjektet er eit nasjonalt pilotprosjekt som, i tillegg til å utvikle Nordfjord sjukehus, også skal gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus. Utviklingsprosjektet må derfor vere nytenkjande, og kunne sjå ut over lokale forhold i Nordfjordregionen, og bidra til å finne framtidsretta og utviklingsorienterte løysingar av nasjonal verdi.

Dette gjeld også utvikling av modellar for samhandling og samarbeid mellom tenestenivå som skal ha overføringsverdi til andre sjukehus og kommunar.

Oppdraget til utviklingsprosjektet har på denne måten både ein nasjonal og ein lokal dimensjon: det skal utarbeidast løysingar som kan implementerast ved Nordfjord sjukehus, samtidig som løysingane skal fungere som ein nasjonal modell for framtidens lokalsjukehus.

2.2.5 Berekraftig⁵ helseteneste

Nasjonal helse- og omsorgsplan peiker på at det er eit mål å sikre ei berekraftig helseteneste med god kvalitet. For å nå dette er det behov for endringar som møter utfordringane som helsetenesta står overfor (sjå kap. 3.1) . Mellom anna er det behov for ei heilskapleg og tverrsektoriell tenking rundt utviklinga av tenestene.

For utviklingsprosjektet inneber dette at løysingane vi kjem fram til, skal bidra til å bygge eit berekraftig og robust lokalsjukehus. Med det forstår vi at løysingane skal bidra til:

- at ressursane som er lokaliserte til lokalsjukehuset, blir organiserte og utnytta på ein kostnadseffektiv måte som kjem pasientane til gode.
- at kompetansen blir utvikla i tråd med nye behov og på ein måte som stimulerer til rekruttering
- at helsetenestene er samordna innanfor spesialisthelsetenesta, og at det er tette samarbeidsrelasjonar mellom det store og dei små sjukehusa i helseføretaket
- at helsetenestene heng godt saman på tvers av forvaltningsnivåa
- at tenestene er kunnskapsbaserte og trygge
- at tenestene blir utvikla innanfor dei økonomiske rammene

Dette skal bidra til at løysingane står seg over tid. Ei berekraftig og robust løysing er spesielt viktig for eit lite lokalsjukehus med eit avgrensa opptaksområde.

2.2.6 Vurdering av samarbeid over regionsgrensa

Ifølgje prosjektdirektivet hadde utviklingsprosjektet i oppgåve å vurdere samarbeid over føretaksgrenser. Bakgrunnen for vurderinga er at det er inngått ei intensjonsavtale mellom Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF.

Det er tidlegare avklart at det skal vere eit samarbeid om fødetilbodet mellom Helse Førde HF og Helse Møre og Romsdal HF. Gjennom arbeidet i utviklingsprosjektet har behovet for å inngå formalisert samarbeid på andre fagområde blitt vurdert.

På grunnlag av forslaga frå utviklingsprosjektet vil dei konkrete samarbeidsområda bli avklart. Deretter vil intensjonsavtala bli erstatta av ei endeleg rammeavtale mellom Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF – med underliggende samarbeidsavtaler mellom Helse Førde HF og Helse Møre og Romsdal HF.

⁵ Omgrepet berekraftig utvikling har blitt definert slik: «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov» (Verdenskommisjonen for miljø og utvikling 1987: 42, i Prop. 90 2010-2011 folkehelseloven).

2.3 Prosjektorganisering og -gjennomføring

2.3.1 Mange grupper og brei deltaking

Utviklingsprosjektet har arbeidd i perioden november 2011 til mars 2013. Helse Vest RHF har vore prosjekteigar, og prosjektet har vore organisert med ei styringsgruppe, ei referansegruppe, ei prosjektgruppe og fleire arbeidsgrupper (sjå Figur 1).

I styrings-, prosjekt- og arbeidsgruppene har det vore brei deltaking, med representantar for kommunane, Helse Førde HF (Nordfjord sjukehus, Nordfjord psykiatrisenter og Førde sentralsjukehus), brukarar, tilsette og vernetenesta. Den nasjonale referansegruppa har hatt representantar frå Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, dei andre regionale helseføretaka, fastlege frå Nordfjord og frå Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM).

Leiar for styringsgruppa var Odd Søreide, tidlegare professor/overlege og tidlegare fagdirektør i Helse Vest RHF. Leiar av prosjektgruppa var Anne Kristin Kleiven, utviklingsdirektør i Helse Førde HF. Leiar av referansegruppa var Baard-Christian Schem, fagdirektør i Helse Vest RHF.

Fem ulike arbeidsgrupper (sjå figur 1) har levert forslaga sine til utviklingsprosjektet. Arbeidsgruppeleiarar har vore Hildur Thingnes, ass. seksjonsleiar ved Førde sentralsjukehus, Ien Klaver, avdelingssjukepleiar ved Nordfjord sjukehus, Signe Nordvik, avdelingssjef ved ANRR⁶, Førde sentralsjukehus, Trond F. Aarre, avdelingssjef ved Nordfjord psykiatrisenter.

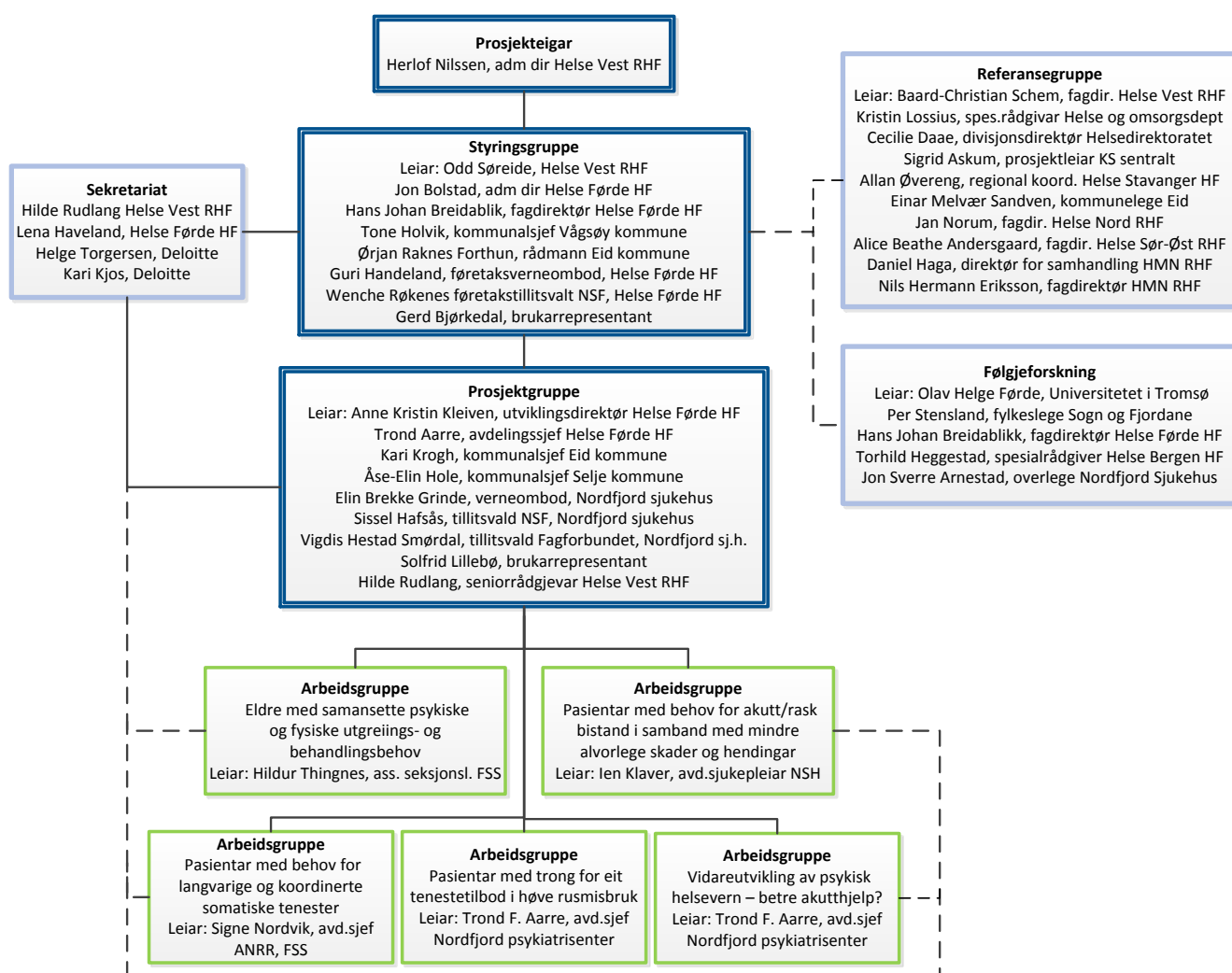
I tillegg til arbeidsgruppene har utviklingsprosjektet tatt initiativ til ei rekkje delutgreiingar som har blitt utført av Helse Førde eller av sekretariatet. Oversikt over delutgreiingane og arbeidsgrupperapportane er å finne i kap. 14.

Utviklingsprosjektet har hatt ei følgjeforskningsgruppe som har bidratt med faktakunnskap som grunnlag for arbeidet. Følgjeforskningsgruppa blei leia av Olav Helge Førde, professor ved Universitetet i Tromsø. Gruppa hadde deltakarar frå Helse Førde (NSH/fagstab), fylkeslegen i Sogn og Fjordane og FOU-avd. i Helse Bergen. Det blir gjort greie for resultat frå følgjeforskinga i kapittel 3.3 og rapportane følgjer i vedlegga 4 og 5.

Prosjektet har hatt eit sekretariat med ressursar frå Helse Førde HF, Helse Vest RHF og Deloitte AS. Oversikt over alle prosjektdeltakarar og nærare omtale av prosjektgjennomføring er å finne i vedlegg 2.

⁶ Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering

Figur 1: Grupper og deltakarar utviklingsprosjektet



2.3.2 Organiseringa av arbeidet

Utviklingsprosjektet har hatt ei arbeidsform der arbeidsgrupper med brei deltaking både frå kommunane og frå fagmiljøa i Helse Førde, har utarbeidd forslag til løysingar for ulike delar av tenestetilbodet. Prosjektgruppa har vurdert forslaga før styringsgruppa har gjort vedtak om tilråding og eventuelt avsetjing av midlar for å støtte opp under etableringa av tilboda.

Nokre av vedtaka i styringsgruppa har vore baserte på utgreiingar utført av Helse Førde eller sekretariatet på oppdrag frå utviklingsprosjektet (oversikt over arbeidsgrupperapportar og delutgreiingar går fram i kap. 14).

Utviklingsprosjektet har hatt i oppdrag å vareta både ein nasjonal og ein lokal dimensjon. Den nasjonale dimensjonen inneber at prosjektet skal «gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus» og vere ein nasjonal pilot. Det inneber at modellane som blir utvikla ved Nordfjord sjukehus skal bidra til å tydeleggjere den desentraliserte rolla til spesialisthelsetenesta.

Den lokale dimensjonen inneber at prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidretta og trygt tenestetilbod ved Nordfjord sjukehus. Denne oppgåva ligg tett opp til drifta i Helse Førde. Tema som utviklingsprosjektet arbeider med grenser særleg opp til, og overlappar med, tema som det blir arbeidd med i omstillingsprosjekta i Helse Førde⁷. Omstillingsprosjekta har arbeidd med gjennomføringa av endringane som følgjer av tidlegare vedtak, jf. kap. 2.1.

Samarbeid og koordinering mellom utviklingsprosjektet og drifta og andre prosjekt i Helse Førde har derfor vore vesentleg i arbeidet. Ein har søkt å koordinere arbeida gjennom dialog mellom prosjektleiar, leiar for styringsgruppa og føretaksleiinga i Helse Førde.

Den tette koplinga mellom utviklingsprosjektet og drifta i Helse Førde, saman med at utviklingsprosjektet er langvarig, inneber at mange av løysingane som utviklingsprosjektet har kome fram til, har blitt implementerte undervegs. For å understøtte implementeringa er det undervegs overført midlar til Helse Førde. Den endelege avgjerda om implementering av tenestene ved Nordfjord sjukehus ligg til Helse Førde som det ansvarlege helseføretaket.

Sluttrapporten frå utviklingsprosjektet med oppsummering av kunnskapen frå prosjektet og samla oversikt over forslag til framtidig tenestetilbod ved lokalsjukehuset, blir overlevert prosjekteigar.

Ein føresetnad i arbeidet har vore at prosessane er opne og transparente slik at alle deltakarane i utviklingsprosjektet er godt informerte og har tillit til prosessane.

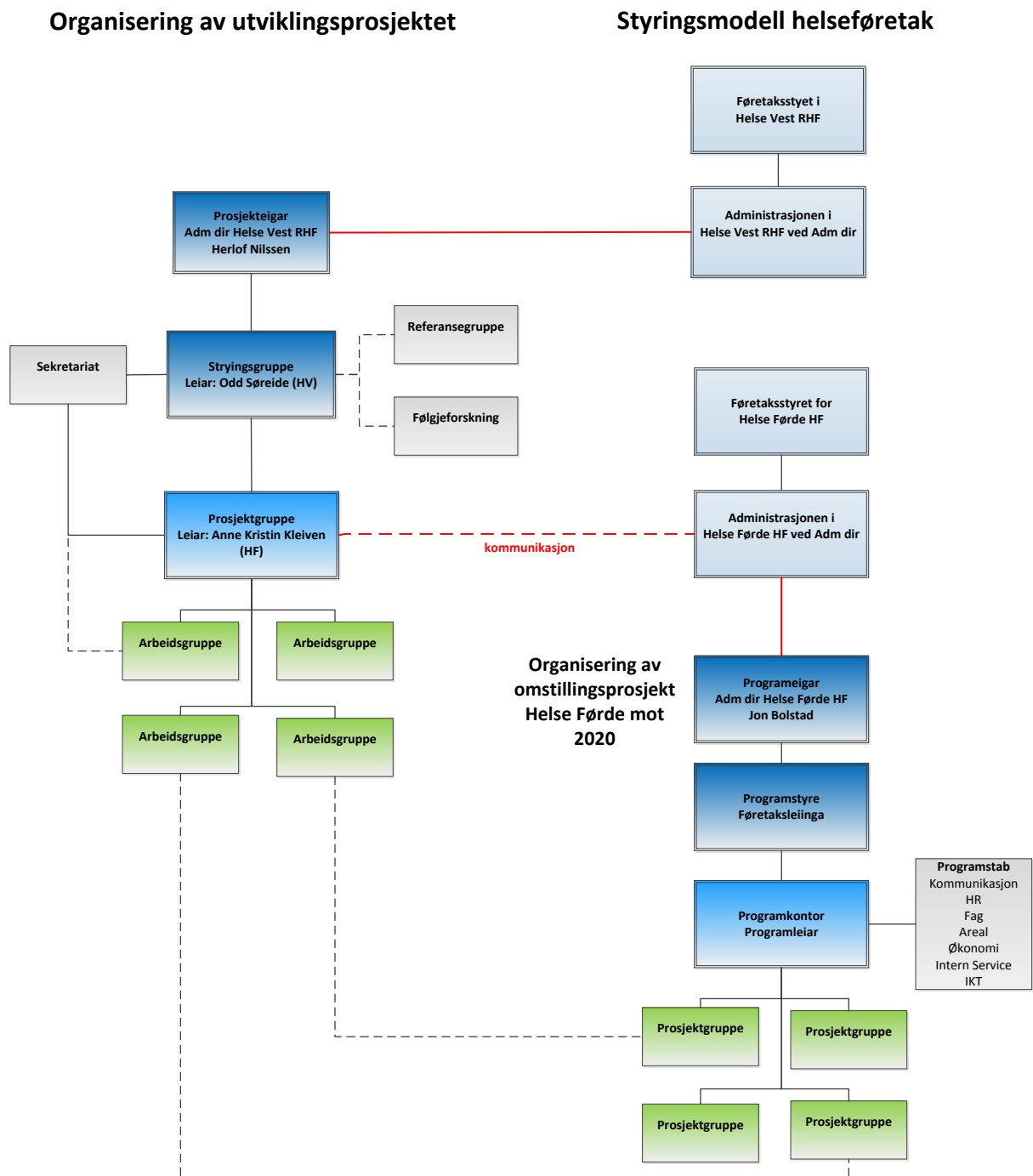
Ein annan viktig føresetnad er at utviklingsprosjektet har arbeidd for å bidra til realistiske modellar for utvikling av tenestetilbodet – modellar som lar seg implementere lokalt. Brei deltaking både i arbeids-, prosjekt- og styringsgruppe har forplikta alle partar til å gi innspel undervegs i arbeidsprosessane slik at realismen (fagleg og økonomisk) har blitt vurdert og grundig drøfta. Truverdet som nasjonalt pilotprosjekt blir styrkt dersom modellane blir implementerte lokalt.

I kapittel 12 blir erfaringane frå gjennomføringa av utviklingsprosjektet drøfta.

Organisasjonsmodell og arbeidsprosessane i utviklingsprosjektet er illustrert i Figur 2.

⁷ Omstillingsprosjekta er Helse Førde sin gjennomføring av modell for somatisk spesialisthelsetenester i Helse Førde mot 2020, basert på tidlegare styrevedtak og føretaksmøte i Helse Førde og Helse Vest.

Figur 2: Organisasjonsmodell



2.3.3 Kommunikasjon og informasjon

I gjennomføringa av prosjektet har det vore lagt stor vekt på hyppig og sakleg informasjon og kommunikasjon, både eksternt og internt. Viktige målgrupper har vore:

- Befolkninga og kommunane i Nordfjordregionen (ekstern kommunikasjon)
- Helse- og omsorgstenesta i kommunane og fastlegane i Nordfjordregionen (ekstern)
- Medarbeidarar i Helse Førde HF, særleg dei ved Nordfjord sjukehus (intern)
- Lokale media/redaktørar (ekstern)

- Leiinga og tillitsvalde/vernetenesta i Helse Førde, inkl. NSH (intern)
- Praksiskonsulentane (intern)
- Brukarutvala (intern)

Det har vore halde ei rekkje informasjons- og dialogmøte, både eksternt og internt. I samband med kvart styringsgruppemøte har det vore invitert til informasjonsmøte på Nordfjord sjukehus for medarbeidarar, leiarar, tillitsvalde og vernetenesta. Det har vore halde fleire dialogmøte med fastlegar, kommunalsjefar og rådmenn i Nordfjordkommunane. Utviklingsprosjektet har òg vore invitert og stilt opp i kommunestyremøte og i møte med ordførarane i Nordfjord.

Vidare har det jamleg vore skrive kronikkar og nyhendesaker og gitt intervju til media. Det har vore stor mediadekning om prosjektet. Informasjon om dei ulike gruppene i prosjektet har fortløpande blitt gjort tilgjengelege på nettsida til prosjektet – www.framtidasklokalsjukehus.no. Det gjeld informasjon om møteaktivitet, forslag, vedtak, møtereferat, grunnlagsdokument og rapportar.

Utviklingsprosjektet har tatt imot innspel undervegs i prosjektet, mellom anna frå dei tilsette via tillitsvalde og verneombod i gruppene i prosjektet. Innhaldet i innspela har vore tilgjengeleg på nettsida til prosjektet.

Kommunikasjon har vore eit fast punkt på dagsorden på kvart møte i styringsgruppa og i prosjektgruppa der gruppene har vurdert behov for ulike kommunikasjonstiltak.

Kommunikasjonsstrategien følgjer av prosjektdirektivet, punkt 8 (vedlegg 1) og kommunikasjonsplan med oversikt over kommunikasjonstiltaka er å finne i vedlegg 3.

3 Utfordringar og nosisuasjon – utgangspunkt for oppgåva til utviklingsprosjektet

3.1 Endringsbehov i helsetenesta

3.1.1 Endringar i demografi, sjukdomsmønster, medisinsk og teknologisk utvikling

Nasjonale helse- og omsorgsplan viser at endringar i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og utviklinga i medisinsk diagnostikk og behandling, inneber behov for endringar og tilpassingar i helsetenestene. Dette ligg til grunn for samhandlingsreforma, og er også bakkeppet for oppgåva til utviklingsprosjektet.

I Noreg er det ei rekkje utviklingstrekk som peiker i retning av auka etterspørsel etter helsetenester og behov for tilpassingar:

- Ein større del eldre i befolkninga
- Fleire med kroniske og livsstilsrelaterte sjukdommar og psykiske lidingar
- Aukande forventningar til helsetenestene i befolkninga
- Ei rask medisinsk og teknologisk utvikling krev sentralisering av fleire tenester, men gir også potensiale for desentralisering av tenester
- Sterkt aukande helseutgiftar
- Aukande behov for koordinering av helsetenester mellom ulike tenesteytarar

- Mangel på helsepersonell, mellom anna pga. rekrutteringsutfordringar
- Aukande spesialisering/fragmentering av medisin/helsefag

Mange pasientar har behov for koordinerte helsetenester på tvers av forvaltningsnivåa, og den medisinsk-faglege utviklinga opnar for stadig nye behandlingmetodar. På sikt vil det bli eit aukande gap mellom behova og forventningane i befolkninga og medisinske moglegheiter på den eine sida, og på den andre sida dei personellressursane og økonomiske ressursane samfunnet har tilgang til. Det er derfor nødvendig med ei kontinuerleg tilpassing av helsetenestene i takt med utviklinga.

3.1.2 Sentraliserande og desentraliserande kreftar

Utviklinga av nye behandlingmetodar verkar sentraliserande på sjukehusetene, men gir også potensiale for desentralisering av spesialisthelsetenester. Nye behandlingmetodar opnar for at fleire sjukdommar kan behandlast og at fleire får tilgang til fleire behandlingstilbod.

Mange nye behandlingformer vil krevje spesialkompetanse og kostbart utstyr og føre til sentralisering. Men forbetra anestesi og nye kirurgiske metodar kan også gi forenkla behandling, betre resultat, mindre komplikasjonar og kortare postoperativ liggetid. Det blir mindre behov for døgnbehandling og auka bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjer det mogleg å desentralisere fleire spesialisthelsetenester. Regional plan for kirurgi i Helse Vest (2013-2017) har mål om å auke den dagkirurgiske aktiviteten i regionen med 20 prosent i løpet av 2015, og utnytte potensialet for desentraliserte dagbehandlingstenester ved bruk av lokalsjukehusa.

Betre behandlingmetodar fører til at fleire overlever med skadane sine, og har behov for rehabilitering, habilitering og tilbod om læring og meistring. Dette er tenester som med fordel kan bli gitt desentralt. Utviklinga av informasjonsteknologi med m.a. telemedisin, kan også støtte desentrale tenestetilbod, men potensiale er foreløpig ikkje utnytta. Utbygging av vegsamband med bruer og tunnelar, og betre transportløyser vil også påverke sentralisering og desentralisering av helsetenestene.

3.1.3 Historiske konfliktlinjer i Noreg – og i Nordfjord

Det er krevjande å endre og tilpasse tenestetilbodet i takt med utviklinga, og samtidig finne balansen mellom sentralisering og desentralisering av sjukehusetene. Dette må gjerast på ein måte som sikrar at tilbodet svarar til endra behov i befolkninga, samtidig som den samfunnsøkonomiske berekrafta oppretthaldast. Hovudutfordringa er kanskje likevel å samtidig klare å skape tryggleik i befolkninga og tillit til helsetenestene.

Eit lokalsjukehusa er ein viktig tryggleiksbase for befolkninga i nærområdet, og endringar vil ofte bli oppfatta som ein trussel, og skape utryggleik. Dette kan vere ein konsekvens av for dårleg kommunikasjon om bakgrunnen for og innhaldet i endringane – eller også ein verdikonflikt; usemje om den faktiske situasjonen og særleg om kva som er dei rette tiltaka.

Dei motstridande interessene rundt endringar av funksjonane til lokalsjukehusa ulike stader i Noreg gjenspeglar ein konfliktdimensjon som har vore viktig i norsk politisk historie – interessekonflikten mellom distrikta og sentrale strøk (sentrum). Denne interessekonflikten

står sterkt også i dagens politiske landskap, og har stor innverknad på konfliktnivået når det gjeld lokalsjukehusa. Dei motstridane verdiane/synspunkta kan forenkla oppsummerast slik:

Tema	Argument	Sentrum	Distrikt
Tryggleik for lokalsamfunnet		Sjeldne tenester må ein reise til, vanlege tenester (akutte og planlagde) skal gis nært – vanleg er viktig for flest.	Kortast moglege avstandar og reisevegar til livreddande tenester.
Kompetente fagmiljø		Tilgangen til kompetanse er avgrensa og små fagmiljø er sårbare. Spisskompetanse sentraliserast, breiddekompetanse desentraliserast.	Meiner at lokale erfaringar viser at vikarstafettar (ofte med utanlandske leger) verkar.
Kvalitet, pasientsikkerhet		Moderne medisinsk utvikling krev stadig meir spesialisert kompetanse på smalare felt.	Små einingar skårar godt på t.d. pasienterfaringsundersøkingar, og dei har ikkje fleire avvik enn store.
Rettferdighet, likeverdig helsetilbod		Små ressurskrevjande einingar går på bekostning av heilskapen. Det er "urettferdig" at innbyggjarar i byar/tettbygde strøk får færre kroner per person til helsetenester	Alle skal ha like lett tilgang til tenester uavhengig av bustad. Det er "urettferdig" at innbyggjarar i spreittbygde strøk får lang/lengre reiseveg til helsetenester.
Infrastruktur		Fleire betre og ferjefrie vegar med tunnelar og bruer. Beredskap med helikopter, fly og ambulansar.	Likevel ferjer, vinterstengte fjellovergangar og rasutsette vegar. Tåke og sterk vind som hindrar helikopter/flytrafikk.
Økonomi		Små einingar er kostbare, dårleg økonomi gir dårlegare helseteneste på sikt pga. manglande investeringar	Samfunnet må vere villig til å betale for å oppretthalde helsetilbod og busetting i heile landet. "Verdas rikaste land har råd."
Distriktpolitiske omsyn; busetting, arbeidsplassar		Blir avvist som oppgåve for spesialisthelsetenesta. Eigne tilsette blir varetatt etter arbeidsmiljølova.	Viktig av nasjonale, demokratiske omsyn.

Dei motstridande interessene rundt Nordfjord sjukehus tilsvarar konfliktdimensjonen mellom sentrums- og distriktsinteresser, og blir målborne av mange ulike aktørar. Nokre av aktørane målber i hovudsak distriktsinteressene, mens andre målber sentrumsinteressene. Aktørar som på ulike vis har stått for distriktsinteresser, har vore m.a. kommunane i Nordfjordregionen, lokalpolitikarar, fastlegar i Nordfjordkommunane, tilsette ved Nordfjord sjukehus, lokale media og aksjonsgrupper som Sjukehusaksjonen i Nordfjord og Helsefaggruppa⁸. Aktørar som i hovudsak har fremma sentrumsinteresser har vore styre og leiing i Helse Førde HF og i Helse Vest RHF, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

⁸ "Helsefaggruppa" var ei sjølvoppnemnt lokal gruppe av personar med helsefagleg bakgrunn/profesjon.

Vedtaka (skisserte i kapittel 2.1) innebar nedlegging av det ortopediske døgntilbodet og fødetilbodet ved Nordfjord sjukehus, og dei møtte sterk motstand lokalt. Det ga seg uttrykk m.a. i form av mange brev til avgjerdstakarar på ulike nivå, stor mediadekning, fakkeltog og demonstrasjonar, og stort politisk engasjement frå lokalpolitisk nivå til Stortinget.

At det er ulike oppfatningar rundt ei slik stor endring, er ein del av ein demokratisk prosess der ulike meiningar skal brytast. Den lokale motstanden gikk langs mange dimensjonar, og varierte frå usemje om prosessane fram mot vedtaket og graden av involvering i prosessane, til å krevje at endringane ikkje blei gjennomførte.

Motsetnadene var særleg store i samband med rettsaka i Bergen tingrett hausten 2011. Sjukehusaksjonen hadde stevna Helse Førde for retten med krav om at Helse Førde stansa avviklinga av ortopediverksemda ved Nordfjord sjukehus. I desember 2011 blei Helse Førde frifunne av Bergen Tingrett.

3.1.4 Utgangspunktet for utviklingsprosjektet

Utviklingsprosjektet har vore opptatt av ei brei deltaking og involvering i alle prosessane i prosjektet. Mange ulike grupper med brei representasjon har bidratt til å utforme løysingane i utviklingsprosjektet, og informasjons- og kommunikasjonsarbeidet har hatt stor plass (sjå kapittel 2.3).

Til grunn for denne framgangsmåten ligg ei erkjenning av at lokalsjukehuset er inne i store omstillingar som har betydning både for dei tilsette og for omgivnadene. Gjennom brei deltaking, involvering og informasjon kan medarbeidarane ved lokalsjukehuset, kommunane og lokalbefolkninga få større forståing for behovet for endringar, og at endringane inneber nye moglegheiter ved at tenester tilpassa behova i befolkninga kan byggast opp.

Verdikonfliktane som er skisserte i kapittel 3.1.3, vil sannsynlegvis vare ved. Men stor vekt på medverknad i prosessane i utviklingsprosjektet og på brei informasjon og kommunikasjon, er likevel bidrag for å skape tryggleik og legitimitet rundt løysingane som blir bygde opp lokalt.

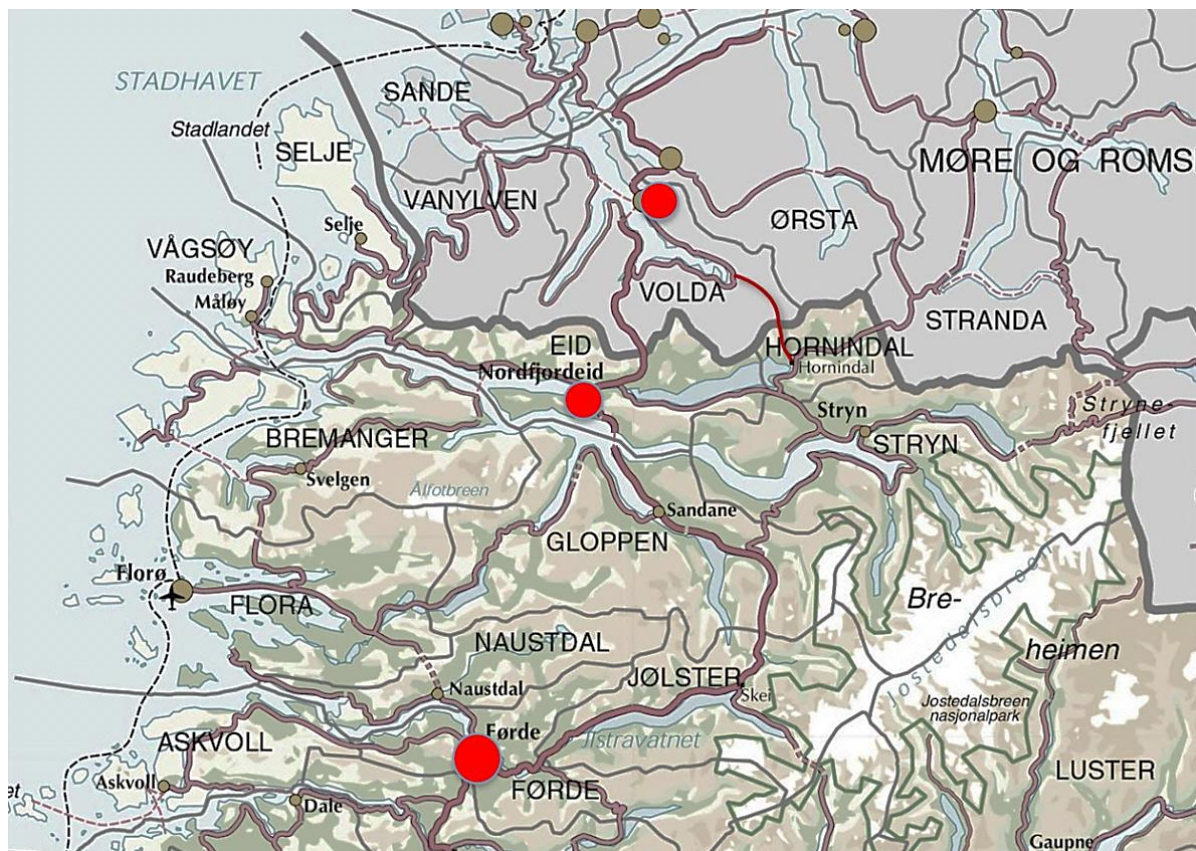
Løysingane som utviklingsprosjektet har kome fram til, er eit bidrag for å møte utfordringane som er skisserte i dette kapitlet. Løysingane er utvikla for Nordfjordregionen og Nordfjord sjukehus, men dei dannar modell for «framtidens lokalsjukehus», og gir innspel til vidareutvikling av andre lokalsjukehus.

Utviklingsprosjektet har, på bakgrunn av mandatet og tildeling av økonomiske ressursar, lagt til grunn at det også skal leggast nye tilbod til Nordfjord sjukehus.

3.2 Geografi og samferdsel i Nordfjord

Nordfjordregionen består av kommunane Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal, Stryn, Gloppen og Bremanger. Regionen er delt av Nordfjorden. Samferdsel mot meir folketette område både i nord og sør er i stor grad avhengig av ferje. Kvivsvegen, som opna i oktober 2012, er ein ny del av E39 mellom Hornindal i Sogn og Fjordane og Volda i Møre og Romsdal. Veggen gir ferjefri transport mellom Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane, og kortare reiseveg frå Stryn og Hornindal til Volda.

Figur 3: Kart over Nordfjordregionen



Reisetider og avstandar mellom kommunesentra i Nordfjordkommunane og sjukehusa i området⁹:

Tabell 1: Avstandar og reisetider i Nordfjordregionen

Frå	Til Nordfjord sjukehus	Til Volda sjukehus via Stigedalen	Til Volda sjukehus via Kvivsvegen	Til Førde sentralsjukehus
Nordfjordeid		40 km, 1 t (ferje)	71 km, 1 t 13 min	101 km, 1 t 48 min (ferje)
Måløy, Vågsøy	48 km, 44 min	94 km, 1 t 47 min (ferje)	125 km, 1 t 59 min	156 km, 2 t 37 min (ferje)
Selje ¹⁰	63 km, 1 t	103 km, 2 t (ferje)	134 km, 2 t 12 min	165 km, 2t 50 min (ferje)
Grodås, Hornindal	38 km, 37 min	67 km, 1 t 25 min (ferje)	36 km, 40 min	142 km, 2 t 5 min
Stryn	48 km, 44 min	77 km, 1 t 30 min (ferje)	58 km, 59 min	120 km, 1 t 46 min
Sandane, Gloppen	25 km, 49 min (ferje)	62 km, 1 t 43 min (2 ferjer)	91 km, 1 t 54 min (ferje)	81 km, 1 t 10 min
Svelgen, Bremanger	51 km, 1 t 19 min (ferje)	91 km, 2 t 18 min (2 ferjer)	122 km, 2 t 29 min (ferje)	82 km, 1 t 23 min
Kalvåg, Bremanger	86 km, 1 t 59 min (ferje)	125 km, 2 t 57 min (2 ferjer)	157 km, 3 t 9 min (ferje)	91 km, 2 t 9 min (ferje)

⁹ Kjelde: Google Maps

¹⁰ Frå Selje til Volda via Vanylven og Lauvstad er avstanden 84 km og reisetida 2 timer (ferje).

3.3 Faktagrunnlag: Befolkninga i Nordfjord og bruken av spesialisthelsetenester

For å sikre at tenestene som blir etablerte ved Nordfjord sjukehus (NSH) treff behova i befolkninga, har utviklingsprosjektet lagt stor vekt på å sikre eit korrekt faktagrunnlag. Målet har vore å fange opp behova, uttrykt som historisk forbruk av spesialisthelsetenester, til befolkninga i Nordfjord-kommunane og identifisere dei breie pasientgruppene.

Ved prosjektstart blei det arrangert ein idédugnad for følgjeforskning (desember 2011) der tre alternative tilnærmingar blei drøfta:

- fokus på pasientstraumar – data for planlegging og styring til hjelp både for spesialisthelsetenesta og kommunane
- fokus på helseøkonomi – etablere og måle suksesskriterier (før- og etter-målingar)
- fokus på prosessevaluering – evaluere organisasjon, arbeidsmåte, samarbeidsformer

Oppgåva for følgjeforskninga blei av styringsgruppa avgrensa til kvantitative analysar av pasientstraumar, kartlegging av ulike aktivitetar og liknande (sak 6/12, 03.02.12). Slik kunnskap vil understøtte arbeidet med samhandlingsreforma i helseføretak og kommunar.

Følgjeforskninga til utviklingsprosjektet har utarbeidd rapportar som blir oppsummerte i dette kapitlet. Rapportane følgjer som vedlegg, og oversikt over vedlegga finst i kap. 14.

3.3.1 Demografi

I kommunane Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal, Stryn, Gloppen og Bremanger er det til saman nesten 33 000 innbyggjarar¹¹. Kapittel 3.3.2 viser at Bremanger, og til dels Gloppen, brukar Førde sentralsjukehus (FSS) som hovudsjukehus også for lokalsjukehusfunksjonar. I opptaksområdet for Nordfjord sjukehus blir derfor ikkje Bremanger rekna inn¹², og befolkningsgrunnlaget blir dermed rekna til vel 28 000 innbyggjarar.

Tabell 2: Befolkningsutviklinga i Nordfjordregionen 2011-2030

Kommune	2011 - 2030				Folkemengden i alt
	0 - 66 år	67 - 79 år	80 - 89 år	90 år +	
Bremanger	-6 %	6 %	28 %	33 %	-2 %
Eid	4 %	64 %	86 %	97 %	13 %
Gloppen	-3 %	56 %	43 %	-14 %	5 %
Hornindal	3 %	45 %	-3 %	0 %	7 %
Selje	-16 %	47 %	68 %	12 %	-5 %
Stryn	13 %	56 %	68 %	2 %	19 %
Vågsøy	-8 %	62 %	53 %	37 %	2 %
Sum Gruppe	-1 %	50 %	54 %	18 %	7 %
Sum Fylke	3 %	59 %	64 %	20 %	11 %
Sum Landet	18 %	64 %	87 %	31 %	24 %

¹¹ SSB, berekna folkemengde per 31.12 2012

¹² Bremanger deltar ikkje i Nordfjordrådet

Folkemengda i Nordfjordkommunane vil vekse med 7 prosent frå 2011 til 2030¹³. Dette er noko mindre enn for Sogn og Fjordane fylke (11 prosent), og lågare enn veksten for landet (24 prosent). Folkemengda i Bremanger og Selje vil reduserast frå 2011 til 2030, mens Stryn kommune vil ha den største veksten i Nordfjordregionen.

Befolkninga i Nordfjord er noko eldre enn gjennomsnittet for Noreg, og både i Nordfjord og i Noreg vil delen eldre vekse mykje i åra som kjem, men det er stor variasjon i befolkningsamansetninga og -utviklinga i Nordfjordkommunane: Talet på innbyggjarar 80-89 år vil vekse i gjennomsnitt med 54 prosent, men mest i Eid kommune med 86 prosent. Hornindal kommune vil ha ein liten reduksjon i talet på innbyggjarar 80-89 år.

3.3.2 Pasientgrunnlag/forbruksmønster – grunnlag for planlegging og dimensjonering

For å ha eit faktabasert grunnlag for diskusjon om tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus blei det gjennomført ein analyse av befolkninga sitt forbruk av sjukehusstenester både for inneliggjande pasientar og for polikliniske konsultasjonar (sjå vedlegg 4). Analysane er baserte på det samla forbruket av sjukehusstenester for befolkninga i kommunane i Nordfjordregionen i 2010, uavhengig av kva for sjukehus som har utført tenestene. Det betyr at forbruket ved alle norske sjukehus er med i forbrukstala.

Tilvisingar til sjukehusa

Tala viser at i Nordfjordkommunane er det om lag 130 innleggingar (døgnopphald) i sjukehus for akutt hjelp per 1000 innbyggjarar per år. Åtte prosent av alle døgnopphalda hadde behov for akuttkirurgi/operasjon (inkludert ortopedi), mens om lag 70 prosent hadde behov for indremedisinsk akuttbehandling eller annan nødvendig observasjon i sjukehus.

Andre undersøkingar viser at fastlegane i fylket kvart år tilviser om lag 350 pasientar per 1000 innbyggjarar til planlagd sjukehusbehandling. Om lag 90 prosent av desse blir viste til poliklinikk eller dagbehandling. I tillegg har pasientar behov for kontroll, t.d. etter innlegging.

Samla genererer akutte og planlagde tilvisingar om lag 1200 polikliniske vitjingar årleg per 1000 innbyggjarar i Nordfjord.

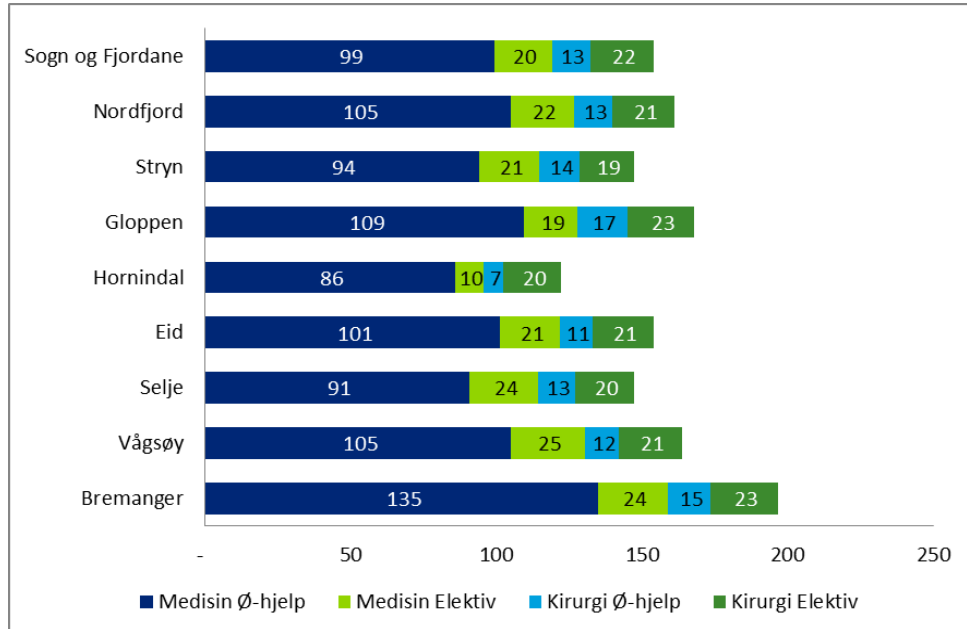
Forbruksratar

Figur 4 viser ei grafisk framstilling av aldersjusterte forbruksratar for medisinske og kirurgiske døgnopphald i Nordfjordkommunane. Kirurgiske døgnopphald er definert som døgnopphald med kirurgisk DRG, dvs. døgnopphald der pasienten har gjennomgått ein operasjonsstuekrevjande behandling. Typiske eksempel på dette er opphald med akutte operasjonar i buken (til dømes blindtarmbetennelse) eller i skjelettsystemet (til dømes brot i lårhalsen). Medisinske døgnopphald er definert som døgnopphald utan behov for kirurgi. Dei aller fleste av desse er ved indremedisinske avdelingar ved til dømes hjarte/lungesjukdommar. Figuren viser at det er forbruket av medisinske ØH-opphald som er dominerande. Av kommunane er det særleg Bremanger som har eit høgt forbruk, mens Hornindal relativt sett har eit lågt. Det er truleg at lokale tradisjonar knytt til tersklar for tilvising til spesialisthelsetenesta kan spele inn. Tilsvarende lokale skilnader i sjukelegheit er ikkje kjent.

¹³ SSB, Befolkningsframskriving (MMMM) 2011-2030, jf. vedlegg 8 med analyse av nøkkeltal for kommunane.

Det er særleg for enkelte pasientar i gruppa medisinske ØH-pasientar at ein i samhandlingsreforma tar sikte på å etablere eit kommunalt tilbod. Gruppa som treng kirurgisk ØH utgjer ein liten del av det samla døgnforbruket.

Figur 4: Aldersjusterte forbruksratar per 1000 innbyggjarar for medisinske og kirurgiske døgnopphald etter opphaldstype

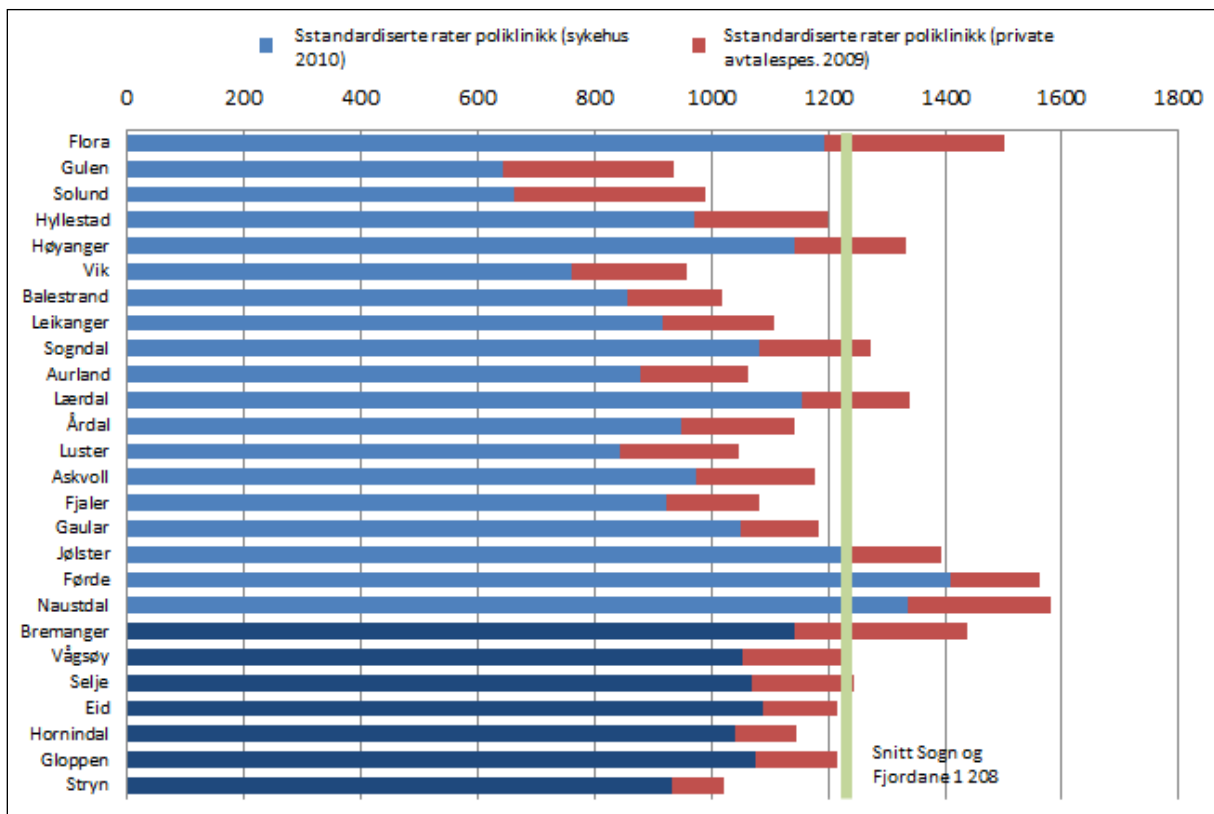


Kirurgiske døgnopphald er definert som opphald med tilknytt prosedyrekode.

For å kunne finne tala som utgangspunkt for berekning av potensialet for framtidig poliklinisk tenestetilbod, blei det først gjort ein analyse av nivået på dagens forbruk på kommunenivå samanlikna med fylket som heilhet. Dette gir eit bilde av om det er eit høgt eller lågt forbruk av polikliniske tenester i dag. Til dette blei det nytta «Small area variation»-analyse som er ei forskningstilnærming som blir brukt av helsetenesteforskare for å beskrive korleis forbruksratar for helsetenester varierer mellom befolkningsgrupper eller innan definerte geografiske område. Det har vist seg å vere omfattande variasjon i innleggingsratar for KOLS, lungebetennelse, hypertensjon og i ratane for kirurgiske inngrep, som til dømes fjerning av livmor, galleblære og mandlar. Aktuelle kjelder til variasjonen kan vere skilnader i sjukelegheit, tilgang til helsetenester, skilnader i tilvisingsmønster frå primærlegane, og pasientane sin etterspurnad etter tenester.

Figur 5 viser alders- og kjønnsjusterte polikliniske forbruksratar for kommunane i Sogn og Fjordane, fordelt på sjukehus og avtalespesialistar. Her kan vi sjå at forbruket til befolkninga i dei fleste kommunane i Nordfjordregionen, markert med mørkeblått i figuren, ligg på nivå med snittet i fylket. Bremanger er den einaste kommunen der forbruket ligg betydeleg høgare enn snittet.

Figur 5: Samla alders- og kjønnsjusterte kommunale forbruksratar for polikliniske konsultasjonar i sjukehus og hos private avtalespesialistar



Kjelde NPR 2010 og 2009

Dagens forbruk av polikliniske tenester kan derfor nyttast som grunnlag for å analysere potensialet for framtidig poliklinisk tenestetilbod ved Nordfjord sjukehus for innbyggjarane i Nordfjord. I analysen viser ein til ein rapport frå Helse Nord RHF i 2005, «Desentralisering av spesialisthelsetenester i Helse Nord», der det var gjennomført intervju med både sjukehuslegar og kommunelegar med tanke på kva for tenester som eignar seg for desentralisering og kva som må vere minimumsaktiviteten for å kunne etablere eit slikt tilbod. Rapporten seier noko om:

- Kor mange pasientar ein spesialist treng for å fylle ein arbeidsdag.
- Kor stor del av det totale talet konsultasjonar som kan behandlast desentralt
- Kor ofte ambuleringa kan gjennomførast

Analysane i dette prosjektet har lagt premissane ovanfor til grunn for vurderingane av grunnlaget for desentralisert spesialisttilbod ved NSH, og generelt lagt seg på 15 polikliniske konsultasjonar per dag per spesialist (det er forventa at kontrollar utgjer ein betydeleg del av desse) og at 50 prosent av konsultasjonane kan utførast lokalt. Tabellane under viser tal for polikliniske konsultasjonar for innbyggjarane i Nordfjord for ulike fagområde. I rapporten utarbeidd av Helse Nord RHF i 2005 blei det vist til at ambulering minst må skje kvar måned for at rutinar og logistikk blir stabile og varige. Dette svarar til ein stillingsbrøk (årsverkbehov) på 0,05 som ei nedre grense for å etablere ambuleringssordningar. I høve til kriteria i rapporten frå Helse Nord RHF vil dei spesialitetane vi har sett på kunne oppfylle denne.

Tabell 3: Tal for polikliniske konsultasjonar for innbyggerane i Nordfjord for ulike fagområde

	Ortopedi	Urologi	Gastro- kirurgi	Øyre-nase- hals	Auge	Gyn / føde
Tal konsultasjonar for befolkninga i Nordfjord 2010	5 298	1 124	611	3 583	2 293	3 039
Konsultasjonar pr. arbeidsdag for befolkninga i Nordfjord	22	5	3	15	9	13
Potensiale for behandling ved Nordfjord sjukehus (50 % av konsultasjonane)	11	2	1	7	5	6
Tal dagar pr. månad med behandling av 15 pasientar	17	4	2	11	7	10
Anslag årsverksbehov spesialist ved 15 behandlingar pr. dag	0,7	0,2	0,1	0,5	0,3	0,4

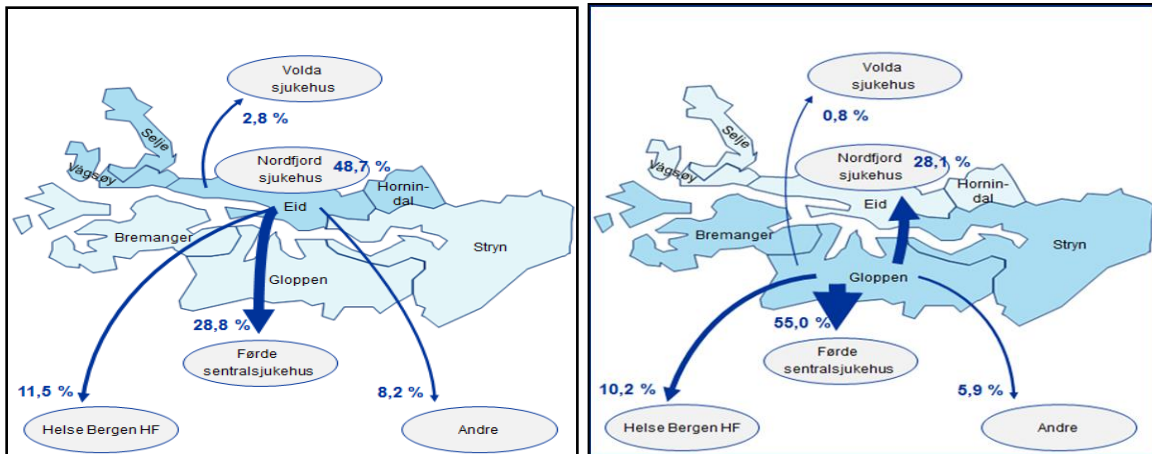
	Nevro- logi	Hud	Revma- tologi	Kardi- ologi	Gastro medisin	Endokri- nolog	Lunge	Pediatri
Tal konsultasjonar for befolkninga i Nordfjord 2010	1 206	3 484	2 912	2 265	1 225	1 262	737	1 678
Konsultasjonar pr. arbeidsdag for befolkninga i Nordfjord	5	14	12	9	5	5	3	7
Potensiale for behandling ved Nordfjord sjukehus (50 % av konsultasjonane)	2	7	6	5	3	3	2	3
Tal dagar pr. månad med behandling av 15 pasientar	4	11	9	7	4	4	2	5
Anslag årsverksbehov spesialist ved 15 behandlingar pr. dag	0,2	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2

Med dei føresetnadene som der gjort greie for over, viser tabellen at for ortopedi er det befolkningsgrunnlag for 0,7 årsverk, dvs. ortoped 4 dagar per veke ved Nordfjord sjukehus. Andre eksempel er urologi der talet er 0,2 årsverk, dvs. urolog 1 dag per veke ved Nordfjord sjukehus, og nevrologi der talet er 0,2 årsverk, dvs. nevrolog 1 dag per veke eller 2 dagar annakvar veke.

3.3.3 Pasientstraumar

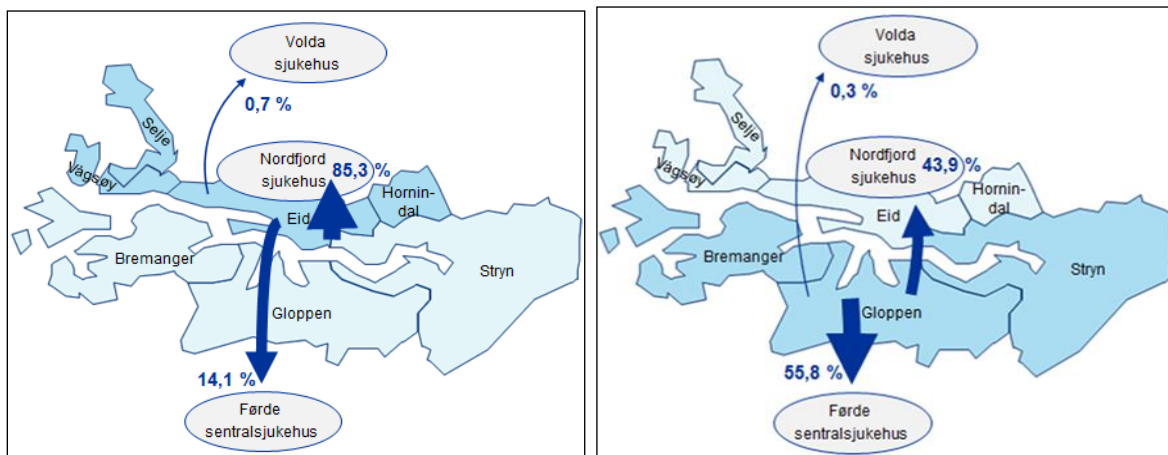
Det har blitt utarbeidd pasientstraumanalysar som viser pasientstraumane frå dei ulike kommunane i regionen mot sjukehusa i Nordfjord, Førde og Volda, og mot Helse Bergen og andre utanfor regionen. Det er gjennomført analysar for døgn- og dagopphald og polikliniske konsultasjonar. Døgnopphalda er delte inn i elektive og ØH (sjå vedlegg 4 og 6). Figur 6 viser døgnopphald, både planlagde og øyeblikkeleg hjelp, for innbyggjarane nord og sør for fjorden:

Figur 6: Pasientstraumar døgnoophald 2010, innbyggjarar nord og sør for Nordfjorden



Pasientstramanalysane viser at kommunane i Nordfjordområdet brukar dei to sjukehusa NSH og Førde sentralsjukshus ulikt. Særleg Bremanger, og til dels Gloppen, brukar FSS som hovudsjukehus også for lokalsjukehusfunksjonar. Stryn kjem i ei mellomstilling der medisinsk ØH i hovudsak blir dekkja ved NSH, mens majoriteten av både elektive pasientar og poliklinikk går til Førde. Resten av kommunane nord for fjorden brukar NSH i stor grad som lokalsjukehuset sitt, men det er verdt å merke seg at samla dekkjer NSH under halvparten av døgnforbruket også for desse kommunane. Volda sjukehus som har vore lansert som eit alternativ til NSH for desse kommunane, fekk i 2010 svært få pasientar frå Nordfjordområdet (sjå kap. 3.3.4). I 2010 var ikkje omstillingane ved NSH gjennomført.

Figur 7: Pasientstraumar for alle døgnoophald for pasientar 70 år og eldre busett nord og sør for Nordfjorden

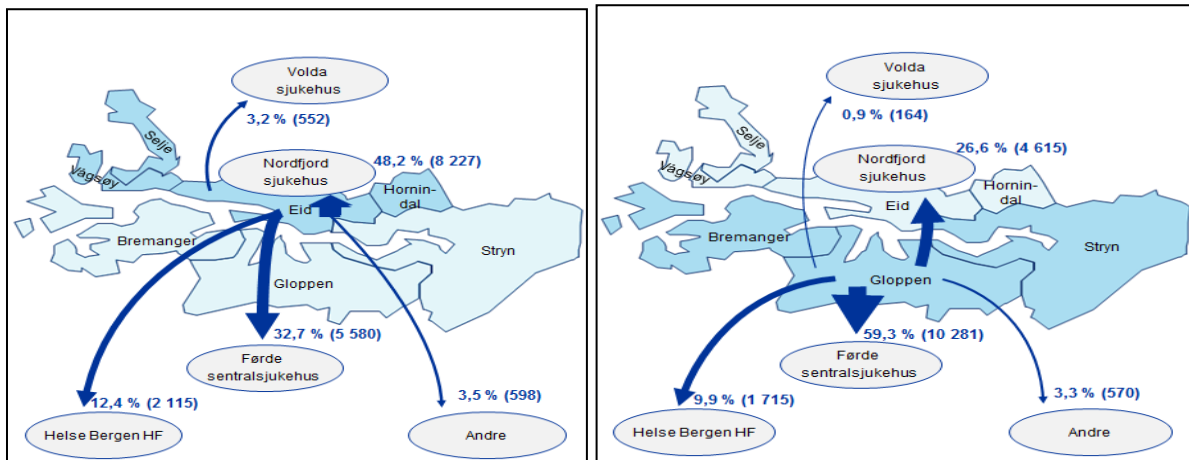


Mens heile 85 prosent av pasientane nord for fjorden som er 70 år og eldre blir behandla ved NSH, var talet samla 72 prosent for alle medisinske ø-hjelp pasientar. Tilsvarende var tala for kommunane sør for fjorden 44 og 38 prosent. Bildet av NSH som lokalsjukehus for Nordfjordområdet blir styrka når vi ser på dei eldste pasientane.

Ein stadig større del av spesialisthelsetenestene blir ytt poliklinisk og som dagbehandingar. Befolkninga møter spesialisthelsetenesta meir enn fire gonger oftare gjennom polikliniske konsultasjonar enn gjennom innleggingar. For Nordfjordområdet er dette høvestalet 5,6.

Figur 8 viser det totale talet for polikliniske konsultasjonar og straumar for kor pasientane blir behandla for innbyggjarar nord og sør for fjorden:

Figur 8: Pasientstraumar polikliniske konsultasjonar (absolutte tal i parentes)



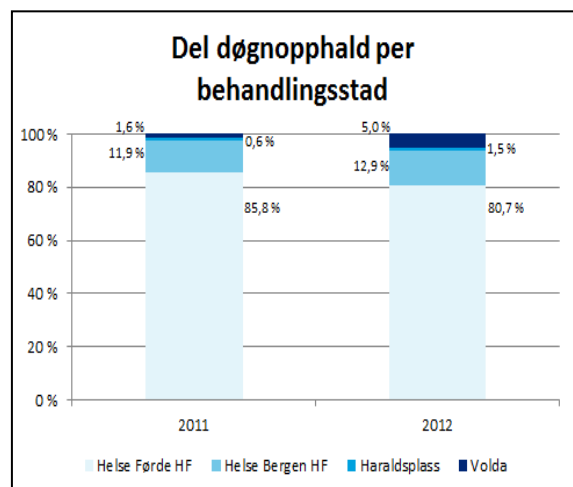
Hovudbildet for dei polikliniske pasientstraumane er ganske samanfallande med tilsvarande for innleggingar, men poliklinikktilbodet er noko meir sentralisert mot Førde og Bergen enn tilsvarande tal for innleggingar. Også for polikliniske konsultasjonar kan vi sjå at Volda sjukehus i 2010 fekk få pasientar frå Nordfjordområdet.

3.3.4 Særskilt om bruk av Volda sjukehus

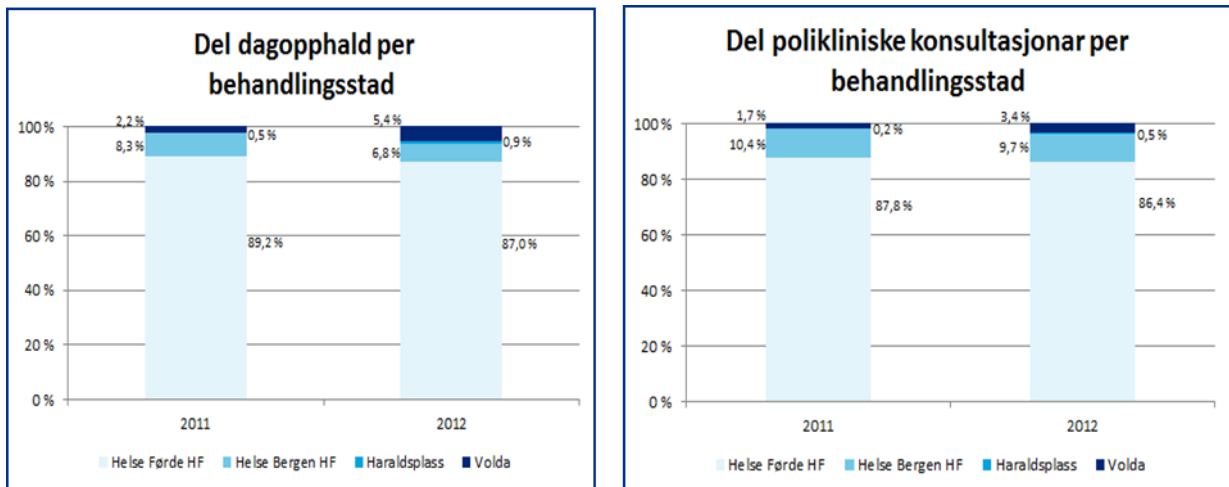
I 2010 blei Volda sjukehus i liten grad nytta av Nordfjordbefolkninga enten det dreidde seg om døgnopphald, dagopphald eller polikliniske besøk (jf. kap. 3.3.3). Etter at Kvivsvegen opna hausten 2012 har reiseavstanden frå delar av Nordfjordregionen, dvs. frå Hornindal og delar av Stryn, blitt kortare til Volda sjukehus. Saman med endringane i funksjonane ved Nordfjord sjukehus, dvs. nedlegginga av ortopedisk verksemd og fødetilbodet, inneber dette at innbyggjarane i Nordfjord i større grad nyttar Volda sjukehus.

Figur 9: Pasientar frå Nordfjord, døgnopphald i spesialisthelsetenesta ulike stader

Tala viser at frå 2011 til 2012 har bruken av Volda sjukehus meir enn dobla seg for innbyggjarane i Nordfjord. Denne bruken er likevel framleis ein liten del av den samla bruken av spesialisthelsetenester frå Nordfjordområdet. Heldøgnsopphalda ved Volda sjukehus utgjorde 5 prosent i 2012. Bruken er aukande, og i siste kvartal av 2012 utgjorde bruken 10 prosent av alle døgnopphalda i spesialisthelsetenesta frå Nordfjord.

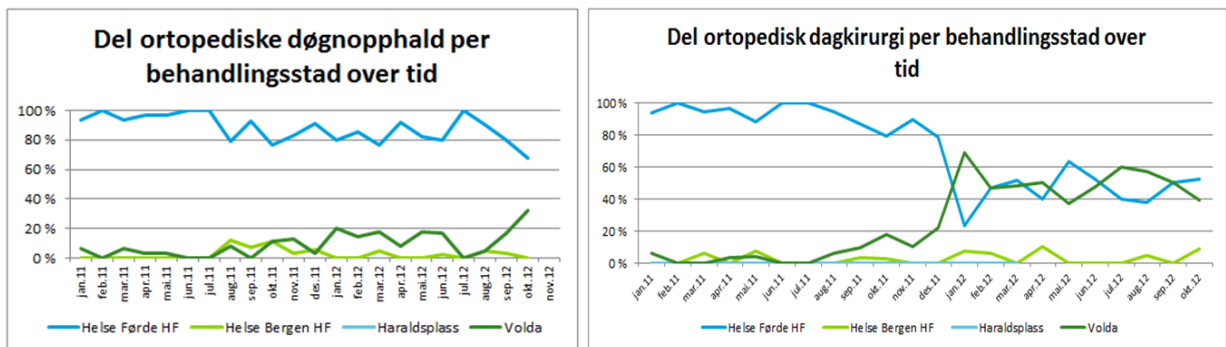


Figur 10: Pasientar frå Nordfjord, dagopphald og polikliniske konsultasjonar i spesialisthelsetenesta ulike stader



Innanfor ortopedi er utviklinga enda tydeligare. Omtrent halvparten av ortopedisk dagkirurgi for innbyggjarane i Nordfjord blir no gjort ved Volda sjukehus.

Figur 11: Pasientar frå Nordfjord, ortopediske døgnopphald og dagkirurgi ulike stader

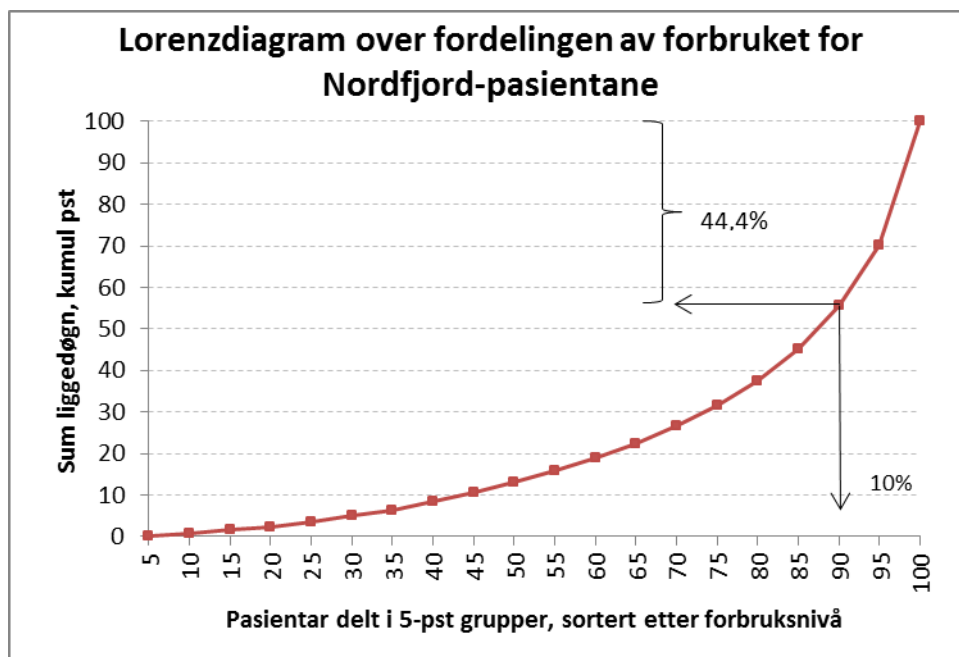


Utfordringane knytt til bruk av Volda sjukehus er nærare drøfta i kap. 11 «Samarbeid over regionsgrenser – grenseproblematikk».

3.3.5 Storforbrukarar

Ein analyse av sjukehusforbruket i Nordfjord med vekt på dei som har mest behov for sjukehusa, viser at 10 prosent av pasientane bruker 44 prosent av liggedøgna i sjukehusa, jf. figuren (sjå vedlegg 5).

Figur 12: Lorenzdiagram¹⁴ over fordelinga av forbruket for Nordfjordpasientane



Storbrukargruppa skil seg klart frå resten av pasientane ved at dei er:

- Eldre
- Har fleire ulike (og kroniske) lidningar
- Har høgare mortalitet
- Har fleire ø-hjelpsinnleggingar og fleire reinnleggingar
- Har i større grad opphald ved fleire ulike typar avdelingar/fagområde
- Har fleire kontaktar med poliklinikkane

Tabell 4: Eigenskapar ved pasientane som høyrer til Nordfjord-kommunane. Dei 10 prosent som brukar flest liggedøgn er samanlikna med resten. Døgnpasientar 2010-2011.

Pasientkarakteristika	Dei høgaste 10% (N=652)	Resten (90%) (N=5681)
Andel ≥ 70 år (%)	67	26
Gj.sn ulike diagnosar i perioden	9,2	2,6
Andel med kronisk lidning som bidiagnose (%)	56	16
Andel med opphald innanfor fleire ulike fagområde (%)	69	16
Gj.sn tal liggedøgn i perioden	29,4	4,1
Andel med ≥ 3 innleggingar i perioden (%)	66,4	8,1
Andel med >3 øhjelps-innleggingar i perioden (%)	53,7	4,8
Gj.sn tal polikliniske kontaktar i perioden	10,3	5,3

¹⁴ Eit Lorenzdiagram viser graden av ulikskap i fordelinga av t.d. eit velferdsgode i ein populasjon. Lorenzdiagrammets diagonal svarar til ei heilt lik fordeling; jo fjernare Lorenzkurva ligg frå diagonalen, jo skeivare er fordelinga (kjelde: Den Store Danske. Gyldendals åbne encyclopædi).

Pasientane har i stor grad (multiple) kroniske lidingar, og langvarige tilstandar som krev oppfølging frå fleire ledd i behandlingsskjeda. Gruppa utfordrar i høve til å tenke meir på tvers og meir langsiktig, og til å sikre gode overgangar mellom ulike ledd i behandlingsskjeda.

Heilskaplege samhandlingstiltak burde derfor kunne gi gevinst både i form av forbetra kvalitet i den langsiktige oppfølginga. På den andre sida, vi ser eit bilde av at dette er sjuke pasientar. Ein skal derfor vere varsam med slutningar om beste omsorgsnivå for desse pasientane.

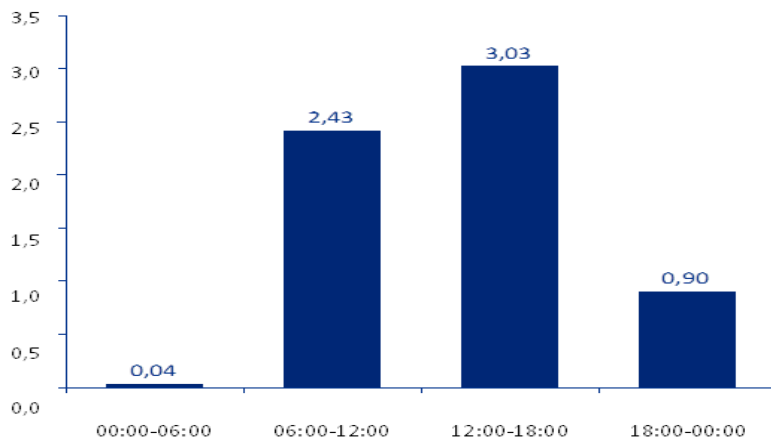
Vidare er det grunn til å legge vekt på at gruppa har eit handterleg volum med tanke på iverksetting av målretta tiltak.

Befolkningsutviklinga med auke i talet på eldre, indikerer at denne «storbrukargruppa» kan vekse i tida som kjem.

3.3.6 Akutte skadar i Nordfjord

Dagens aktivitet ved skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus blei kartlagt i perioden 16.12.11 til 11.04.12 som grunnlag for den vidare diskusjonen om framtidig modell for skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus (jf. kap. 5.4). I skadepoliklinikkrapporten (jf. vedlegg 11) er det omtalt fleire detaljar frå den gjennomførte kartlegginga. Det blei registrert 737 pasientar i dette tidsrommet, dvs. eit årleg tal på over 2.000 pasientar. 30 prosent av pasientane blei kontrollerte. Figuren nedanfor viser gjennomsnittleg tal pasientar behandla ved skadepoliklinikken i ulike tidsrom:

Figur 13: Gjennomsnittleg tal pasientar behandla ved skadepoliklinikken i ulike tidsrom



Som det går fram av figuren, var det i gjennomsnitt mindre enn 1 pasient per døgn på skadepoliklinikken mellom kl. 18 på kvelden og kl. 6 på morgonen. Dei hyppigaste skadane er ankel- og handleddsskadar (forstuing/forstrekking av ankelligament og brot i distale ende av radius).

Seinare gjennomførte kartleggingar av aktivitet og aktivitetsmønster ved skadepoliklinikken (med tal for heile 2012) stadfester det same bildet som vist ovanfor.

3.3.7 Traumepasientar; «raude responsar» i Nordfjord

Nordfjord sjukehus skal saman med dei andre sjukehusa i regionen ta vare på behovet til dei akutt sjuke og skadde pasientane.

Utviklingsprosjektet har sett nærare på kor mange pasientar som i perioden 2009-2011 har kome til Nordfjord sjukehus med hastegrad «akutt», og kirurgisk kriterium, dei såkalla «raude responsane». Det er gjennomført ei kartlegging gjennom ein journalgjennomgang hos disse pasientane (jf. vedlegg 10).

Nordfjord sjukehus hadde fram til oktober 2011 ei ortopedisk avdeling, men var ifølgje traumesystemet i Helse Vest ikkje kategorisert som eit traumesjukehus. Det betyr at traumepasientar skal sendast til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus. Dette vil gjelde i dei tilfella der traume skuldast uklar situasjon, skademekanisme med høgenergi, mistanke om skade i bryst/buk/bekken, hovudskade med redusert medvit, mistanke om alvorleg nakkeskade, multitraume og barn med større skade.

I tilfelle med mindre skadar/traume (eksempelvis fall med mistanke om enkle brot i ekstremitet) skulle pasientane behandlast/stabiliserast lokalt ifølgje flytskjemaet for traumebehandling i Helse Førde.

Journalgjennomgangen av dei 50 traumepasientane som er mottatt ved Nordfjord sjukehus i den aktuelle tidsperioden viser at:

- 92 prosent (46 av 50) av traumepasientane var lettare skadde. 15 av desse blei behandla poliklinisk.
- 4 prosent (2 av 50) av traumepasientane var moderat skadde
- 4 prosent (2 av 50) av traumepasientane var alvorleg skadde

42 av dei 50 traumepasientane blei mottatt og ferdigbehandla ved Nordfjord sjukehus. Gjennomsnittleg liggetid for desse pasientane er 2,8 døgn. Av dei 42 pasientane som blei mottatt og ferdigbehandla ved Nordfjord sjukehus blei 15 pasientar utelukkande poliklinisk behandla ved Nordfjord sjukehus.

Dei resterande 8 av i alt 50 traumepasientar, blei innlagde ved Nordfjord sjukehus, men overflytta i løpet av opphaldet til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus.

Ingen av dei 50 traumepasientane som er mottatt ved Nordfjord sjukehus hadde behov for hemostatisk naudkirurgi ved Nordfjord sjukehus. Det vil seie at dette er pasientar som ikkje gjennomgjekk øyeblikkeleg kirurgi ved Nordfjord sjukehus med den intensjon å stanse livstruande blødning.

3.3.8 Tenestetilbodet ved andre mindre sjukehus

Utviklingsprosjektet har sett på om sjukehusløysingar andre stader (jf. vedlegg 9) kan gi inspirasjon i arbeidet for å finne gode løysingar for Nordfjord sjukehus. Kartlegginga omfatta 11 ulike sjukehus-/sjukestueteilbod; Odda sjukehus, Røros sykehus (avdeling ved St. Olavs Hospital), Helgelandssykehuset Mosjøen, Nordlandssykehuset Lofoten, Notodden sykehus, Kongsberg sykehus, Rjukan sykehus, Tynset sykehus, Hallingdal sjukestugu, Sykehuset Vestfold avd. Larvik og Alta sykestue.

Alle dei kartlagde lokalsjukehusa/sjukestuene gir døgnstilbod innan indremedisin, og sju av dei har døgnstilbod innan kirurgi. Alle dei ni sjukehusa driv dagkirurgi. Alle stader har dei eit

utstrakt poliklinisk behandlingstilbod. Tilgjenge på poliklinisk tilbod i «små-spesialitetar» varierer frå 5 dagar i veka til 1 gang i månaden.

Åtte av stadene har akuttfunksjon innan indremedisin og seks stader har akuttfunksjon innan kirurgi. Åtte av stadene har ein «skadepoliklinikk» for akutte tilfelle som blir drivne av legar frå sjukehuset, mens for dei tre andre er det legar frå den kommunale legevakta som har den oppgåva.

Dei fleste av sjukehusa har radiologiberedskap på dagtid, og nyttar «telerøntgen» på natt og i helger. Sju av sjukehusa behandlar pasientar med mistanke om akutt hjerneslag. Av desse er det fem sjukehus som har ei eiga slageining.

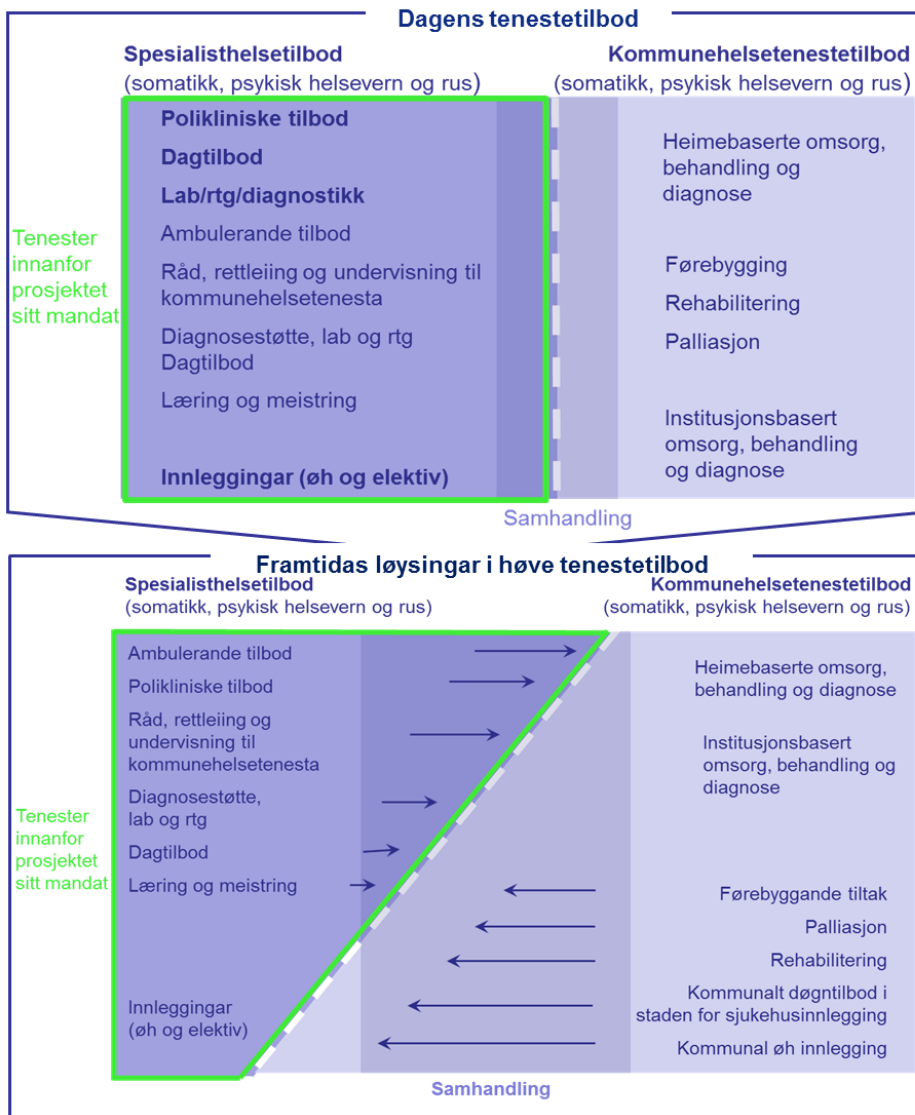
4 Samhandling og samarbeid – samhandlingsreforma og integrasjon mellom tenestenivåa

Framtidas lokalsjukehus skal vere ein støttespelar og samarbeidspartnar for kommunehelsetenesta og vere ein del av ei heilskapleg helseteneste (sjå kapittel 2.2.2).

Figur 14 illustrerer kva for endringar i samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta som utviklingsprosjektet har arbeidd for: spesialisthelsetenesta utvidar det desentrale tilbodet innanfor dagbehandling og poliklinikk, mens kommunane utvidar helsetenestetilbodet i tråd med samhandlingsreforma. Løysingane i utviklingsprosjektet utvidar og endrar samhandlinga for at tenestene skal utfylle kvarandre.

Løysingane som blir skisserte i kapittel 5, viser kva for tiltak og tenester ved Nordfjord sjukehus som vil bidra til å oppnå dette for Nordfjordregionen.

Figur 14: Endringar i samhandlinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta



Dette kapittelet oppsummerer nokre av dei mest sentrale tiltaka/grepa som blir nytta i dei konkrete løysingane for å betre samhandlinga og trygge overgangen mellom nivåa (kap. 4.1). Vidare oppsummerer dette kapittelet arbeidet i kommunane med utvikling og utviding av kommunehelsetenestene i Nordfjordregionen, og samarbeidet mot utviklingsprosjektet og Helse Førde (kap. 4.2). Den sentrale rolla til fastlegane blir omtalt i kap. 4.3.

4.1 Sentrale samhandlingstiltak nytta i løysingane i utviklingsprosjektet

4.1.1 Utvida «vekslingsfelt» mellom kommunane og spesialisthelsetenesta

Det er i vekslingane mellom nivåa, dvs. når pasientane skifter behandlingsnivå, at samhandlingsutfordringane er størst. «Vekslingsfeltet» - eller «samhandlingsfeltet» - treng ei utviding og endring. Formålet er å trygge overgangane mellom nivåa for pasientane slik at ein unngår gråsoneproblematikk, dvs. at pasienten «faller mellom to stoler».

I samhandlingsfeltet har kommunane og spesialisthelsetenesta eit felles ansvar for å oppnå samanhengande tenester. Det er eit mål å kunne sjå alle dei tilgjengelege ressursane i samanheng, og bruke dei fleksibelt for å oppnå gode og samanhengande tenester for pasientane.

4.1.2 Avklart oppgåvedeling, samanhengande pasientforløp og samlokalisering

Ei utviding av samhandlingsfeltet inneber at kommunane og spesialisthelsetenesta deler på fleire oppgåver. Det stiller krav til å samarbeide om den konkrete ansvars- og oppgåvedelinga og kome fram til ei rasjonell arbeidsdeling med felles rutinar og klåre kommunikasjonslinjer.

Utvikling av standardiserte pasientforløp kan vere eit verkemiddel for å tydeleggjere og avklare oppgåvedelinga. Standardiserte pasientforløp vil samtidig bidra til at pasientane opplever tenestene meir føreseielege og samanhengande både før, under og etter sjukehusopphaldet. Standardiserte forløp kan vidare auke den faglege kvaliteten og bidra til ei ressurseffektiv drift¹⁵. Ein må likevel vere merksam på at for pasientar med mange og samansette problem, jf. storbrukarar, kap. 3.3.5, kan standardiserte pasientforløp forenkle i for stor grad. Pasientforløpa handterer først og fremst enkeltdiagnosar.

Samlokalisering av tenester, dvs. samling av både spesialisthelsetenester og kommunehelsetenester geografisk vil bidra til å forenkle samordninga av tenestene.

4.1.3 Kompetanseoverføring

Når lokalsjukehuset skal vere ein støttespelar for kommunane inneber det m.a. å medverke til utvikling av kompetanse i kommunane, jf. også ansvaret sjukehusa har for å vareta rettleiingsrolla.

Telemedisinske løysingar /videokonferanse kan nyttast for undervisning og rettleiing frå spesialisthelsetenesta til kommunane, t.d. frå NPS og NSH til sjukeheimane. Telemedisin er eit verktøy som kan bidra til å no ut til fleire (jf. kap 9). Ambulering av personell frå spesialisthelsetenesta i samband med oppfølging av pasientar, kan kombinerast med kompetansestøtte/kompetanseoverføring (jf. kap. 8).

Både kommunane og spesialisthelsetenesta arbeidar med pasienttryggleik, og kompetanseutveksling er vesentleg på dette feltet. Utviklingsprosjektet har derfor initiert prosjekt for legemiddelhandtering og smittevern (sjå kap. 7).

4.1.4 Beste effektive omsorgsnivå

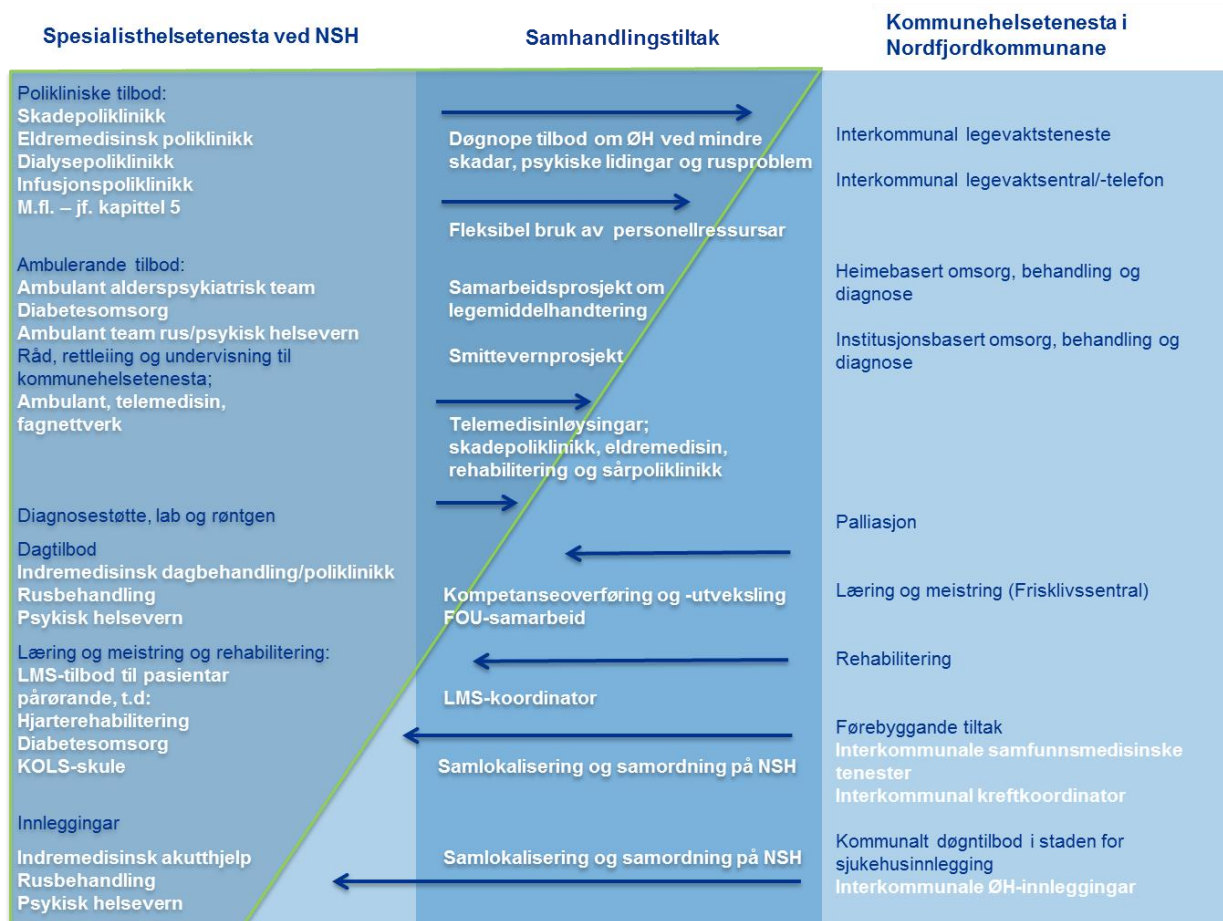
Desse tiltaka skal bidra til at tenestene kan gis på beste effektive omsorgsnivå – men kva som er beste effektive omsorgsnivå, vil endrast over tid: Det vil vere behov for ei kontinuerleg vurdering av korleis og kvar ein løyser oppgåvene og tilbyr tenestene. Oppgåvedelinga må utviklast i tråd med m.a. den medisinske utviklinga og tilgang til og utvikling i kompetanse, spesielt i kommunane.

¹⁵ Dette blir understøtta av forskning om effekten av standardiserte pasientforløp: Notat 07 Kunnskapsgrunnlaget for behandlinglinjer – ei foreløpig oversikt utgitt av Kunnskapssenteret. I kvalitetssatsinga i Helse Vest er «Forløpshandboka» laga; om korleis utarbeide, innføre og følgje opp standardiserte pasientforløp (www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasientforlop.pdf)

Figur 15 oppsummerer korleis løysingane som utviklingsprosjektet har kome fram til, bidrar til å «fylle» vekslingsfeltet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. I kapittel 4.2 blir utvidinga av kommunehelsetenesta omtalt. I kapittel 5 blir spesialisthelsetenestetilbodet beskrive. I kapitla 7, 8 og 9 blir tiltak for å understøtte kommunehelsetenesta innanfor både pasienttryggleik, kompetanseutvikling og telemedisin skissert. I figuren blir desse tenestene og tiltaka vist med kvit tekst.

Dei blå pilene i figuren indikerer at kommunehelsetenesta skal utvide sine tenester på nokre område, og at spesialisthelsetenesta skal strekke seg langt innanfor «vekslingsfeltet» på andre område. Til saman skal dette bidra til å utvide og fylle vekslingsfeltet/samhandlingsfeltet mellom nivåa, sjå ressursane i samanheng og oppnå meir samanhengande tenester for pasientane. Dei grønne linjene indikerer det området som primært har vore mandatet til utviklingsprosjektet.

Figur 15: Samhandlingsløysingar i utviklingsprosjektet



4.2 Kommunehelsetenestene i Nordfjord – utvikling og integrasjon

Kommunane i Nordfjord har, parallelt med utviklingsprosjektet, arbeid med planlegging av felles helsetenester i tråd med samhandlingsreforma. Kommunane, utviklingsprosjektet og Helse Førde har samarbeidd for å knytte tenestene i kommunane og ved sjukehuset saman, og for å få på plass felles tenester lokaliserte til Nordfjord sjukehus.

Det har vore arbeidd systematisk gjennom etablerte samarbeidsstrukturar – gjennom samhandlingsfora mellom fagmiljøa i kommunane og helseføretaket, og gjennom rådmannsgruppe/kommunalsjefgruppe i Nordfjordkommunane.

Samhandlingsprosjekta i kommunane handlar om samarbeid om etablering av ØH-tilbod med døgnopphald, etablering av samfunnsmedisinske tenester og felles kreftkoordinator.

4.2.1 ØH-tilbod

Frå august 2012 til januar 2013 har fem av kommunane i Nordfjordregionen, Eid, Stryn, Selje, Vågsøy og Hornindal saman gjennomført eit forprosjekt for ein driftsmodell for øyeblikkeleg hjelp (ØH)-senger med døgnopphald, lokalisert til Nordfjord sjukehus. Forprosjektet bygger på fase 1 i prosjektet og forstudier rapporten som blei ferdigstilt i juli 2012 og politisk vedtatt i kvar kommune i august/september 2012.

Målet med forprosjektet/fase 2, er å utarbeide ein føremålstenleg modell for drift av fem interkommunale øyeblikkeleg hjelp-senger med døgnopphald, som skal vere i drift frå våren 2013 ved Nordfjord sjukehus, og samstundes få til ei tenleg samordning og samlokalisering av tilbodet med alle planlagde og etablerte interkommunale tenester ved lokalsjukehuset: Legevakt, legevaktsformidling, kreftkoordinator og samfunnsmedisinske tenester. Helse Førde har vore med i forprosjektprosessen, med det siktemålet at det samla tenestetilbodet – både interkommunale helsetenester og spesialisthelsetenester ved Nordfjord sjukehus – skal kunne gi faglege og økonomiske synergieffektar, og dekke innbyggjarane sine behov for eit trygt, heilskapleg og saumlaust helsetenestetilbod.

Tilbodet er retta mot pasientar med forverring av kjende tilstandar, med avklarte diagnosar og funksjonsnivå, og tilbodet er heimla i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, §3-5.

4.2.2 Samfunnsmedisinske tenester

Seks Nordfjordkommunar (Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal, Stryn og Gloppen) har gått saman om prosjektet «Etablering av felles samfunnsmedisinske tenester i Nordfjord». Prosjektrapporten blei ferdigstilt i juni 2012, politisk behandla i alle kommunane hausten 2012, og det er planlagt oppstart av tenesta i slutten av 2013.

Etablering av felles samfunnsmedisinske tenester skal mellom anna bidra til at kommunane har oversikt over helsetilstanden i kommunane. Hovudmål med prosjektet er ei styrking av arbeidet med samfunnsmedisin i kommunane. Samhandlingsreform og ny folkehelselov set større krav til kommunane sitt arbeid innan samfunnsmedisin. Kommunane skal ha oversikt på helse og miljø i kommunen.

Kommunane sitt fokus på samfunnsmedisin har blitt stadig dårlegare dei siste 10 åra. Små stillingar, ofte som bistilling til fastlegefunksjon, har ikkje vore ei god løysing for dette fagområdet. Samarbeid om større einingar kan gi betre kompetanse og meir effektiv sakshandsaming innan dette fagfeltet.

4.2.3 Felles kreftkoordinator

Felles kreftkoordinator for dei fem Nordfjordkommunane Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal og Stryn er eit samarbeidsprosjekt mellom Kreftforeningen og kommunane. Kreftforeningen yter 30 mill. kr til ordninga på landsbasis. Nordfjordkommunane får dekka 75 prosent av ei

50 prosent-stilling over ca. 4 år. Kreftkoordinator starta opp 01.10.12. Kreftkoordinatoren skal ha arbeidsstaden sin ved Nordfjord sjukehus, organisert under ein felles kommunal avdelingsleiar for alle interkommunale tilbod som er lokaliserte til Nordfjord sjukehus.

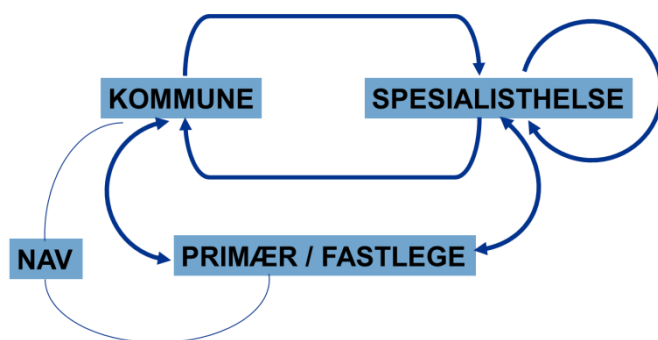
Målet med kreftkoordinatorordninga er at kreftpasientar og pårørande i Nordfjord-kommunane opplever eit heilskapleg og trygt tilbod, at kommunane har eit velfungerande system for tilbodet til kreftpasientar, og at tilbodet er samordna med tilbodet i spesialisthelsetenesta.

4.3 Rolla til fastlegane

Samhandlingsreforma legg til grunn ein ambisjon om at kommunane skal sørge for ei heilskapleg tenking, med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at heilskapelege pasientforløp i størst mogleg grad blir varetatt innanfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Den forventta veksten i behov i ei samla helseteneste må i størst mogleg grad finne si løysing i kommunane.

Tilbodet som fastlegane gir, er grunnleggande i kommunehelsetenesta. Fastlegane er døra inn til både spesialisthelsetenesta og mange av dei kommunale tilboda, og dei har ei drivarrolle i utviklinga av bruken av helsetenestene, både dei akutte og dei elektive. Fastlegane har ei nøkkelrolle i forhold til å oppnå intensjonane i samhandlingsreforma om å førebygge meir og behandle tidlegare, for å bremse eller hindre at sjukdom utviklar seg.

Figur 16: Fastlegane som drivarar i ei samanhengande behandlingsskjede



Innføringa av fastlegeordninga har i hovudsak vore vellukka. Fastlegeordninga fungerer likevel ikkje like godt for pasientar som ikkje sjølv etterspør helsetenester, eller som har vanskar med å oppsøke legekontor på eige initiativ. Dette gjeld m.a. personar med rusproblem, heimebuande eldre med nedsett funksjonsnivå, personar med psykiske lidingar, personar med mental svikt og andre med betydeleg funksjonssvikt (St. meld. nr. 17, Samhandlingsreforma). Dette er pasientgrupper som utviklingsprosjektet har hatt eit spesielt fokus på å utvikle tilbodet for.

Ei anna side av fastlegeordninga som kan hevdast å ikkje fungere like godt, er at ordninga med stort innslag av privatpraktiserande kommunelegar blir opplevd å gi avgrensa styringsmogleheiter for kommunane. Den einskilde legen må ta privatøkonomiske omsyn ved drift av eigen praksis, noko som gir avgrensa høve til å delta i plan- og utviklingsarbeid. Dette gir kommunane utfordringar når dei skal sørge for ei heilskapleg helsetenestene i kommunane.

Fastlegane må vere godt informerte om helsetenestene, forvaltningsstrukturen og dei rutinane som gjeld for å kunne ivareta ansvaret sitt. Eit relativt stort innslag av utanlandske legar er ei utfordring som legg eit stort ansvar på kommunal leiing og spesialisthelsetenesta for å gi god innføring og løpande informasjon.

Den nye fastlegeforskrifta som trådde i kraft 1. januar 2013, er meint som eit viktig verktøy for å vidareutvikle allmennlegetenesta. Kommunane har gjennom denne forskrifta fått eit tydelegare «sørgje for»-ansvar enn tidligare. Fastlegen har ut frå denne forskrifta ei tre-delt rolle; ansvar for legetenester til dei som står på lista til fastlegen, oppgåver definert som andre allmennlegeoppgåver i kommunen, og legevakt og øyeblikkeleg hjelp-tenestene til kommunen.

Samtidig peiker fastlegeforskrifta på det ansvaret kommunen har for å legge til rette for samarbeid:

- Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegane
- Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegane og andre tenesteytarar og sikre ei hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordninga i dei andre helse- og omsorgstenestetilboda i kommunen
- Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegane og spesialisthelsetenesta

Fastlegeforskrifta og ei forsterka og betre integrert legeteneste i kommunane vil krevje ulike verkemiddel og løysingar avhengig av størrelsen og ressursane til kommunane. KS kjem i løpet av kort tid med to utgreiingar som kan vere til hjelp for kommunane i dette arbeidet; «Forsterket legetjeneste i kommunene. Virkningar for kommunene av ny fastlege-forskrift» og «Kartlegging av samarbeidsmodeller i legetjenestene i kommunene».

Utviklinga av samarbeidet mellom fastlegane, Nordfjordkommunane og Helse Førde vil vere heilt avgjerande både for å realisere samhandlingsreforma og mange av dei utviklingsforslaga som har kome frå utviklingsprosjektet. Realiseringa er avhengig av at fastlegane, kommunane og helseføretaket er på same lag, og trekk i same retning. Aktiv bruk av den etablerte PKO-ordninga vil vere eit vesentleg verktøy i utvikla av samarbeidet.

Dette samarbeidet er også essensielt for at fastlegane skal vere informerte, slik at dei kan vareta ansvaret dei har for å opplyse pasientane om deira rettar til fritt sjukehusval, og om konsekvensane av å fråvike regionaliseringsprinsippet. Fastlegane spelar ei vesentleg rolle i ei samla helseteneste, og det er viktig for heilskapen at fastlegane er ein integrert del av det større systemet (sjå kap. 11 for ei nærare drøfting).

5 Framtidas lokalsjukehus – Nordfjord sjukehus. Nasjonale og lokale perspektiv

Eit lokalsjukehus gjer det mogleg å gi spesialisthelsetenester nært og lett tilgjengeleg for befolkninga i området. I dette kapittelet blir det desentraliserte spesialisthelsetenestetilbodet skissert. Løysingane er baserte på forslag frå arbeidsgrupper og delutgreiingar (jf.

kap. 2.3) og bygger på kunnskapen om behov i befolkninga, definert som forbruk (jf. kap. 3.3). Alle grunnlagsrapportar er å finne i vedlegga (jf. kap. 14).

Kapittelet omhandlar:

- Indremedisinsk døgnbehandling (kap. 5.2)
- Desentrale poliklinikkar/dagbehandling (kap. 5.3)
- Skadepoliklinikk – ny modell (kap. 5.4)
- Stabiliserings/akutteam (kap. 5.5)
- Svangerskaps/føde/barselpoliklinikk (kap. 5.6)
- Tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske behov (kap. 5.7)
- Tilbod til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester (kap. 5.8)
- Tverrfagleg spesialisert rusbehandling – «Nordfjordmodellen» (kap. 5.9)
- Psykisk helsevern – nye modellar og tiltak (kap. 5.10)
- Radiologi og laboratoriumstenester (kap.5.11)

I tillegg har utviklingsprosjektet drøfta mogelegheiter og utfordringar i samband med eventuelle dagkirurgiske tenester (kap. 5.3.1) og bruk av anestesiresursen (kap. 6.3) ved lokalsjukehusa i eit nasjonalt perspektiv.

Behovet befolkninga har for spesialisthelsetenester vil endrast over tid (jf. kap. 3.1). For å oppretthalde eit tilbod som er tilpassa behovet, er det derfor utforma løysingar som gir rom for endringar og tilpassingar ettersom behova og/eller rammevilkåra blir endra.

Samtidig vil størrelsen på opptaksområdet til lokalsjukehuset gi nokre avgrensingar når det gjeld kva for tenester som kan og bør leggest til sjukehuset. Legespesialistane har behov for eit viss tal pasientar både for å få nødvendig mengdetrening og for at fagmiljøet skal vere attraktivt nok i rekrutteringssamanheng og ikkje for sårbart.

Ved utforminga av løysingane er det tatt utgangspunkt i dei pasientgruppene som bruker spesialisthelsetenester oftast og mest. Analysar av forbruksratane for spesialisthelsetenester og pasientstraumar i Nordfjordregionen (jf. kap. 3.3), viser at medisinsk Ø-hjelp står for den største delen av forbruket av sjukehusopphald. Samtidig reiser pasientar i aldersgruppa 70+ i mindre grad ut av Nordfjordregionen for behandling. Desse pasientgruppene vil derfor ha stor nytte av nærleik til spesialisthelsetenester. Dei nye polikliniske tenestetilboda vil kunne dekke behovet for utgreiing, behandling og kontrollar for ein stor del av desse pasientgruppene.

Pasientar som bruker spesialisthelsetenester ofte og mykje, er også i stor grad avhengige av kommunale helsetenester. Tett samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta for å gi koordinerte tenester lokalt, vil derfor vere viktig for desse pasientane (jf. også kap. 4).

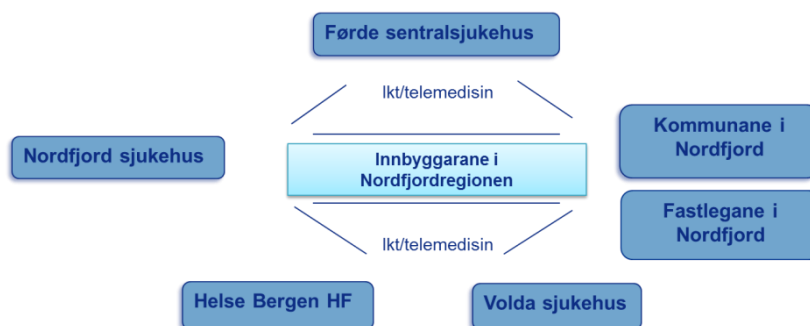
For å utvikle ein berekraftig og framtidsretta modell for lokalsjukehus, legg løysingane opp til å utnytte dei tilgjengelege ressursar best mogleg – både innanfor spesialisthelsetenesta og i samarbeidet med kommunane. Målet er ein effektiv bruk av dei samla ressursane innanfor helsetenesta.

I spesialisthelsetenesta inneber dette å bruke ressursane på tvers av avdelingar, og gjennom kompetanseheving gjere eksisterande ressursar i stand til å dekke fleire område enn i dag (jf. også kap. 8) Når det gjeld samarbeid på tvers av forvaltningsnivåa er det i fleire av løysingane foreslått felles og fleksibel personellbruk.

5.1 Lokalsjukehuset som ei viktig brikke i eit større system. Om regionaliseringsprinsippet

Spesialisthelsetenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus skal utviklast innan ramma av det samla helsetenestetilbod til befolkninga i Nordfjordregionen:

Figur 17: Det samla helsetenestetilbod til befolkninga i Nordfjordregionen



Norsk helsevesen er bygd opp etter det såkalla regionaliseringsprinsippet¹⁶. Det vil seie at alle sjukehusa i ein helseregion, både lokalsjukehus, sentralsjukehus og regionsjukehus, skal ha ein hensiktsmessig arbeidsdeling slik at dei samla utgjør eit heile som varetar dei ulike behova til pasienten på ein god måte. Det skal vere avklart kva for oppgåver som skal løysast på kvart nivå og når pasienten skal tilvisast til eit meir spesialisert nivå. For Nordfjordregionen blir denne kjeda varetatt av sjukehusa Nordfjord, Førde og Haukeland, (mens sjukehusa Volda, Ålesund og St. Olav varetar dette for Voldaregionen.)

Det er det samla tilbodet, ikkje berre det einskilde lokalsjukehuset, som sikrar pasientane i Nordfjord eit godt spesialisthelsetenestetilbod. Av døgnopphalda som Nordfjordbefolkninga hadde i spesialisthelsetenesta i 2010 (før omstillingane), var 41 prosent ved Nordfjord sjukehus. Når det gjeld dagopphald og polikliniske konsultasjonar blei høvesvis 44 og 39 prosent utført ved Nordfjord sjukehus i 2010. Tabell 5 viser også faktisk forbruk av spesialisthelsetenester for Nordfjordbefolkninga i 2012.

Tabell 5: Aktivitet i spesialisthelsetenesta for innbyggjarane frå Nordfjord

2012		Del NSH (2010)
Døgnopphald (sjukehusopphald)	6106 (70-75% ØH)	41%
Dagopphald	3176	44%
Poliklinisk aktivitet	33507	39%

¹⁶ Jf. St. meld nr 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m v i et regionalisert helsevesen*, St meld nr 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* og vedtak om inndeling i helseregioner fastsatt ved kgl res 15. januar 1999, med hjemmel i lov 19 juni 1969 nr 57 om sykehus mv § 2 a og i lov 28 april 1961 nr 2 om psykisk helsevern § 2 a.

5.2 Indremedisinsk døgnbehandling

På Nordfjord sjukehus skal det vere indremedisinsk akuttfunksjon også i framtida. Helse Førde sitt prosjekt «Ny medisinsk avdeling Helse Førde» har hatt fokus på utvikling av eit best mogleg tilbod til pasientane i Sogn og Fjordane, og har mellom anna utgreia kva for indremedisinske tenester som skal vere ved Nordfjord sjukehus (jf. vedlegg 20). Om lag 80-85 prosent av den aktiviteten som var på NSH (før omlegginga i 2011), skal vidareførast i den nye modellen.

5.2.1 Indremedisinsk tilbod

Helse Førde har sett nærare på og oppdatert rutineane for seleksjon av akutt sjuke pasientar, for å sikre at pasientar blir styrt til rett sjukehus og at informasjonsflyten mellom behandlarar er optimal. Ein har også oppdatert rutineane kring avgjerd og kompetanse på følgjepersonell når pasientar skal flyttast mellom sjukehusa. I tillegg er det bestemt at Nordfjord sjukehus skal ha anestesilege og medhjelpar i kontinuerlig vakt ved medisinsk avdeling for å oppfylle kravet til «anestesiberedskap».

Nordfjord sjukehus har i dag overvakingssenger i indremedisinsk seksjon. Her tilbyr ein overvaking av hjarterytme, ikkje-invasiv ventilasjonsstøtte og enkelte infusjonar. Om nødvendig kan pasientar leggest på respirator ved akutt lungesvikt og ein kan stabilisere for vidare transport. Dette tilbodet er ikkje endra, men overvakingsplassane er frå 01.10.12 fysisk integrert i sengeposten, som totalt har 18 senger.

Følgjande hovudgrupper av pasientar vil få utgreiing og behandling ved medisinsk sengepost på Nordfjord sjukehus:

- Hjartefarkt
- Infeksjonar
- Lungesjukdommar
- Mage-tarmsjukdommar
- Blodsjukdommar
- Geriatri/eldremedisin; akutt funksjonssvikt hos eldre
- Palliasjon
- Akutte lette til moderate forgiftingar
- Akutt hjerneslag

5.2.2 Slagbehandling

Plan for diagnostikk og behandling ved hjerneslag i Helse Førde er basert på nasjonal fagleg retningslinje "Behandling og rehabilitering ved hjerneslag" (IS 1802, Helsedirektoratet 2010) og regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i Helse Vest (sak 72/12 i styret i Helse Vest 22. juni 2012). Planen er utarbeidd gjennom følgjande prosess:

- Helse Førde har i 2012 vurdert korleis føretaket skal oppfylle den nasjonale retningslinja og den regionale planen. Arbeidet har vore utført i ei breitt samansett prosjektgruppe med deltakarar frå aktuelle fagmiljø ved Nordfjord, Lærdal og Førde, og eksterne deltakarar (praksiskonsulentane for Sogn og Nordfjord og brukarrepresentant).
- Det har vore gjennomført ein tilsvarande brei prosess i høve plan for oppfølging og vidare rehabilitering av slagpasientar etter den første akutte fasen. Dette arbeidet er under ferdigstilling.

- Utkast til plan har vore drøfta med fagdirektør i Helse Vest og med fagansvarlege for slagbehandlinga i Helse Midt-Noreg i eit felles møte, og justert, sjå oppsummering frå fagdirektør i Helse Vest RHF, vedlegg 20).
- Temaet slagbehandling i lokalsjukehus har vore drøfta i referansegruppa til utviklingsprosjektet.
- Vurderinga til Helse Vest er at Helse Førde har arbeidd grundig med planen for slagbehandling, og kome fram til ein modell som skal sikre tett kommunikasjon mellom dei tre sjukehusa og fråvær av tidstap i den akutte fasen.

Planen gir følgjande hovudtrekk i slagbehandlinga i Helse Førde:

- éin akuttveg inn for pasientane via telefon 113/nevrologisk bakvakt i Førde
- akutt diagnostikk og behandling evt. med trombolyse på Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus eller Førde sentralsjukehus
- supplerande diagnostikk og tidleg rehabilitering ved slageining på FSS
- langsiktig rehabilitering på NSH, FSS eller LSH i samarbeid med kommunane
- poliklinisk oppfølging ved alle tre sjukehusa (slagpoliklinikk ved NSH)
- lærings- og meistringstilbod til pasientar som har hatt hjerneslag ved NSH, også i samarbeid med kommunane
- det blir arbeidd med å kunne nytte teleslag, i tråd med tilrådingar i den regionale planen
- ein vil legge til grunn krava som blir stilt i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen som har slagbehandling som eit innsatsområde

5.2.3 Hjarateinfarktbehandling

Det er ikkje planlagt endringar i lokalsjukehusa sine funksjonar i høve handsaming av hjarateinfarkt. Det skal vere handsaming av såkalla non-STEMI hjarateinfarkt ved Nordfjord sjukehus. Avdelinga skal handsame hjarateinfarkt, kan overvake hjarterytme og kan gi ikkje-invasiv ventilasjonsstøtte.

Status for iverksetting ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

Endringane i indremedisinsk avdeling i Helse Førde HF har i stor grad blitt gjennomført i 2012, mens plan for behandling av hjerneslag blir fullt implementert i 2013.

5.3 Desentrale poliklinikk/dagbehandling

Ved vurdering av det framtidige polikliniske tenestetilbodet er det tatt utgangspunkt i kva for pasientgrupper som har størst behov for og nytte av nære spesialisthelsetenester. Dette er i hovudsak pasientar som har hyppig behov for slike helsetenester, og der reising vil vere belastande. Utval av fagområde er gjort på bakgrunn av analysar av forbruksratane for spesialisthelsetenester i Nordfjordregionen. Analysane viser kva for område der det er grunnlag for polikliniske tenester ved Nordfjord sjukehus (sjå kap. 3.3.2), og dei er grunnlag for dimensjonering av tilbodet (dvs. arbeids dagar per veke).

Den polikliniske aktiviteten ved Nordfjord sjukehus skal utvidast og styrkast ved å kombinere fast, stadleg helsepersonell med ambulerende legespesialistar og evt. anna spesialisert personell frå Førde sentralsjukehus. Det kan òg vere aktuelt å overføre oppgåver til sjukepleiar/hjelpepersonell ved Nordfjord sjukehus gjennom kompetanseheving (opplæring og utdanning). Hjelpepersonell i poliklinikken skal inneha brei kompetanse slik at ein sikrar

fleksibilitet i arbeidsoppgåvene og kan jobbe på tvers av fagområda. Det vil og vere tett samhandling med kommunehelsetenesta innan fleire fagområde.

All poliklinisk verksamd blir samla i ei felles eining kalla «Poliklinikk Nordfjord sjukehus» med ulike polikliniske fagområde, infusjonsbehandling og skade- og akuttpoliklinikk. Det nye tenestetilbodet består av følgjande polikliniske og dagbehandlingstilbod (jf. vedlegg 21 og 22):

Fagområder	Beskriving
Medisinsk poliklinikk	Tilbodet blir vidareført og utvikla i samsvar med ny modell for medisinsk avdeling (jf. kap. 5.2) innanfor områda: <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenterologi • Kardiologi • Nefrologi og dialyse • Lungesjukdommar • Kreft • Slag Nær samhandling med kommunane som fastlegar, intermedieære tilbod og legevakt/skadepoliklinikk
Hjarterehabilitering	Nytt fylkesdekkande dagtilbod til pasientar som har hjartesykje og/eller har vore hjarteoperert (jf. kap. 5.8). Denne pasientgruppa har tidlegare fått tenester utanfor Helse Førde. Samhandling med kommunehelsetenesta t.d. gjennom frisklivssentral.
Nevrologi	Skal etablerast som tilbod innan diagnostikk og kontrollar 2 dg/mnd, lege ambulerer frå FSS (jf. kap. 5.8).
Revmatologi	Skal etablerast som tilbod innan diagnostikk og kontrollar 2 dg/mnd, lege ambulerer frå FSS (jf. kap. 5.8).
Infusjonssenter	Intravenøs behandling av sjukdommar knytt til nevrologi, revmatologi og medikamentell kreftbehandling (cytostatica) (jf. kap. 5.8).
Medikamentell kreftbehandling	NSH skal ha tilbod om medikamentell kreftbehandling, for at pasienten skal få behandling så nær heimen som mogleg (jf. kap. 5.8). Kreftavdelinga ved FSS skal ha systemansvar for og legge behandlingsplan for den einskilde pasient, mens helsepersonell ved NSH har ansvar for at behandlinga skjer i samsvar med gjeldande retningslinjer.
Dialyse	På grunn av auke i talet på dialysepasientar er det behov for større kapasitet ved sjukehuset. Dei neste 1-2 åra er det behov for ein auke frå 3 til 7 plassar og nytt vassrensingssystem.
Diabetespoliklinikk	Tilbodet ved NSH blir vidareført og styrka, sjå kap. 5.8.
ØNH	Poliklinikk og utsyr for hørselsomsorg/hørselstesting. Rettleiing og samarbeid mot høyrerekontaktar i kommunar og sjukeheimar. Ambulering av lege og audiograf frå FSS 1 dag per veke, evt. supplert med heimel for avtalespesialist (som er oppretta) etter vurdering av behov i løpet av 2013/2014. Dimensjoneringsgrunnlaget finst i vedlegg 4.
Auge	Utviding av dagens tilbod ved etablering av 100 % avtalespesialist. Samhandling med kommunehelseteneste (legekontor).
Gynekologi og fødepoliklinikk	Jordmorkontroll, rutineultralud og gynekologi. Lege/jordmor med ultraludkompetanse ambulerer mellom FSS og Nordfjord. Jordmorteneste i samarbeid med kommunane, inkl. følgjeteneste (jf. kap. 5.6)
Barnepoliklinikk	Eksisterande tilbod held fram som før med diagnostikk og kontrollar. Barnelege ambulerer frå FSS 1 dg/veke. Samhandling med

	kommunane gjennom fagmøte med jordmor/helsesøster.
Hudpoliklinikk	Hudlege ambulerer frå FSS. Det eksisterande tilbodet med lysbehandling held fram som før. Nær samhandling med kommunane ved at sjukepleiar gir råd og rettleiing om sår/kroniske sår.
Eldrepoliklinikk	Det blir etablert eit nytt tilbod for eldre pasientar samansette geriatriske problemstillingar. Dette er ei tverrfagleg poliklinikk med ressursar frå Nordfjord psykiatrisenter og medisinsk avdeling NSH (jf. kap. 5.7).
KOLS-skule	Blir etablert som nytt tilbod (jf. kap. 5.8).
Læring og meistring (LMS)	Opplæring og undervisning til grupper av pasientar både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta (jf. kap. 5.8).
Skade- og akuttpoliklinikk	Sjå kapittel 5.4
Ortopedi	Nytilvisingar og kontrollar etter operasjon/behandling. Nær samhandling med skadepoliklinikken. Dimensjoneringsgrunnlaget finst i vedlegg 4.
Kirurgi	Nytilvisingar og kontrollar etter operasjon/behandling. Nær samhandling med skadepoliklinikken. Dimensjoneringsgrunnlaget finst i vedlegg 4.

Status for iverksetting ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

All poliklinisk verksemd ved NSH er no organisert i ei felles eining i medisinsk klinikk ved NSH.

Det er tilsett eigen prosjektleiar som leiar arbeidet med å etablere tenestene i poliklinikkeininga.

- Med. poliklinikk: Tilbodet er vidareført, og under utvikling. Open 5 dg/veka.
- Fylkesdekkjande hjarterehabilitering: Estimert oppstart september 2013
- Nevrologi: Etablert tilbod innan diagnostikk og kontrollar. Nevrolog ambulerer til NSH 2 dg/mnd
- Revmatologi: Etablert tilbod innan diagnostikk og kontrollar. Revmatolog ambulerer til NSH 2 dg/mnd
- Infusjonspoliklinikk: Etablert tilbod med intravenøs behandling av sjukdommar innan revmatologi, nevrologi og medikamentell kreftbehandling. Open 5 dagar i veka
- Augepoliklinikk: 100 prosent avtalespesialist er tilsett
- Dialyse: Eksisterande tilbod vidareført. Kapasitetsauke frå 3-7 senger når ombygging er ferdigstilt juni 2013
- Diabetespoliklinikk: Eksisterande tilbod ved NSH er vidareført, open 1 dg/veka. Sjå kap. 5.8
- ØNH og høysesentral: Tilbod ved NSH er under klargjering for ambulering. Dette startar opp før sommaren 2013. Tilbodet vil vidare bli evaluert i høve til å prioritere avtalespesialist til NSH.
- Gyn/fødepoliklinikk: Det er gynekologisk poliklinikk 4 dg/mnd. + ei veke kvar 5. veke. Sjå også kap. 5.6 om God Start-eininga
- Barnepoliklinikk: Eksisterande tilbod er vidareført med diagnostikk og kontrollar. Barnelege ambulerer 1 dg/veke frå FSS til NSH
- Hudpoliklinikk: Eksisterande tilbod er vidareført. Hudlege ambulerer til NSH 4-6dg/mnd. Hudpoliklinikk er open 5 dg/veka
- Eldremedisinsk poliklinikk: Estimert oppstart oktober 2013, jf. kap. 5.7
- Læring og meistring (LMS): Det er utlyst stilling som LMS-koordinator ved NSH. Forventa oppstart mai 2013
- KOLS-skule: Ikkje etablert. LMS-koordinatoren vil ta opp etableringsarbeidet, jf. kap. 5.8.
- Slagpoliklinikk: Under planlegging, forventa oppstart våren 2013
- Skade- og akuttpoliklinikk: Skadepoliklinikken er i døgnkontinuerleg drift, bemanna av Helse Førde. Samarbeidsmodell med interkommunal legevakt er under arbeid, sjå. kap. 5.4
- Ortopedi: Det er ortoped på Nordfjord sjukehus i samband med skadepoliklinikken. Kvar femte veke har ambulerande lege frå FSS ansvaret og varetar i tillegg til kontrollar også diagnostikk og utgreingar i høve operative inngrep ved FSS.
- Kirurgi: Helse Førde har skadepoliklinikk med ortoped og nokre veker er denne bemanna med kirurg. Betre utnytting av kapasiteten til legen er ønskeleg og til vurdering. Der legar ambulerer frå eige helseføretak vil dette vere lettare å få til. I dag er modellen i for stor grad basert på innleige av legar.

5.3.1 Dagkirurgiske tenester

Utviklingsprosjektet har drøfta moglegheter og utfordringar i samband med ei eventuell etablering av eit dagkirurgisk tilbod ved eit lokalsjukehus (jf. vedlegg 16). Innleiingsvis i utviklingsprosjektet blei det gjort ei kartlegging av tenestetilbodet ved ni sjukehus, alle med eit befolkningsgrunnlag på same størrelse som Nordfjord sjukehus. I tillegg til dei opphavlege ni kartlagde sjukehusa, er det undersøkt ytterlegare ni sjukehus. Alle dei 18 kartlagde sjukehusa utfører dagkirurgi for ein eller fleire spesialitetar for å dekke eige opptaksområde, eventuelt også tilgrensande område.

Figur 18: Dagkirurgi ved lokalsjukehus

Sjukehus	Kirurgiske spesialiteter						
	Øyre-nase-hals	Ortopedi	Gyn	Auge	Gastro-kirurgi	Urologi	Karkirurgi
Tynset sykehus	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Ringneke sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✗	✓
Notodden sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Rjukan sykehus	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗
Flekkelfjord sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Odda sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Voss sjukehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Volda sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Orkdal sykehus	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Namsos sykehus	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Sandnessjøen sykehus	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Mo i Rana sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Vesterålen (Stokmarknes) sykehus	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Lofoten (Gravdal) sykehus	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Konsberg sykehus	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Larvik sykehus	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Røros sykehus	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗
Mosjøen sykehus	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✓
Hallingdal sjukestugu	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Alta helseheim / spesialistpoliklinikk	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗

Overføring av dagkirurgiske inngrep frå eit sentralsjukehus/områdesjukehus til eit lokalsjukehus vil ha både økonomiske og kvalitative konsekvensar. Det er mange forhold og mange usikkerheitsfaktorar som må takast med i vurderinga av ei eventuell oppretting av eit dagkirurgisk tilbod i eit lokalsjukehus. Kostnader som er relevante i denne samanhengen er kostnader som kan tenkast å variere avhengig av kor inngrepa blir gjennomførde. Dette gjeld kostnader knytt til:

- Legebemanning
- Teknisk drift av operasjonsstue
- Pleiebemanning, operasjonsstue og tilhørande fasilitetar
- Pasientreisekostnader

Kvalitative vurderingar vil vere knytt til pasientopplevd kvalitet, fagleg kvalitet og personellsituasjonen.

Uavhengig av om vi tar det nasjonale eller lokale perspektivet, vil forskjellig vektning av kostnadselementa kunne gi betydelege utslag i kostnadsoverslaga. Det samla kostnadsbildet må uansett sjåast i forhold til dei kvalitative gevinstane og utfordringane og dei velferdsgevinstane ein kan oppnå.

Følgjeforskningsgruppa har peikt på at det dagkirurgiske behovet for Nordfjordbefolkninga er så stort at det må vurderast om dagkirurgi skal inngå i tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus. Den bygningsmessige infrastruktur er på plass, mens det etter omstillingsarbeidet som er gjennomført ved sjukehuset no vil vere behov for endringar både på utstyrs- og bemanningssida.

Status ved Nordfjord sjukehus

Det er ikkje tilbod om dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus. Etter nedlegging av føde- og ortopediavdelingane, har føretaket ikkje planlagt at det skal vere kirurgisk aktivitet som krev generell anestesi ved dette lokalsjukehuset.

5.4 Skadepoliklinikk – ny modell

Det vil ikkje vere pasientgrunnlag for at alle lokalsjukehus skal kunne handtere alle typar sjukdommar og alvorlege skadar. Regionaliseringsprinsippet (jf. kap. 5.1) er innført for å sikre ei tenleg oppgåvedeling mellom sjukehus. Sjølv om lokalsjukehusa ikkje kan handsame alle skadar, spesielt dei alvorlege skadane (multitraume), eller alle lidingar, har lokalsjukehus ein viktig funksjon i å tilby tryggleik for rask bistand innanfor ansvarsområdet sitt. Det vil vere viktig for innbyggjarane i Nordfjord å ha nærleik til eit tilbod for behandling av hyppig førekommande tilstandar, som mindre alvorlege uhell og skadar.

Samtidig med at den ortopediske verksemda ved Nordfjord sjukehus blei lagt ned i desember 2011, oppretta Helse Førde ein skadepoliklinikk for å ta hand om mindre alvorlege skadar, som ei mellombels løysing. Utviklingsprosjektet blei bedt om å ta oppgåva med å kome fram til ei meir permanent løysing.

Utviklingsprosjektet foreslår ei løysing der skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus blir bemanna av kirurg/ortoped delar av døgnet og allmennlege ved den interkommunale legevakta andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt da aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært låg. Ved behov konsulterast spesialist i Førde. Ifølgje aktivitetsdata som er samla inn av utviklingsprosjektet blir gjennomsnittleg éin pasient handsama ved skadepoliklinikken mellom kl. 18 og 08. Det kjem i snitt 2,4 pasientar til skadepoliklinikken på formiddagen (kl. 06-12) og 3 på ettermiddagen (kl. 12-18).

Erfaringar frå den siste tida tilseier at behovet for observasjonssenger i tilknytning til skadepoliklinikken er 0-2 senger. Dette må sjåast i samanheng med behov for kommunale øyeblikkeleg-hjelp tilbod, der kommunane i Nordfjord planlegg å opprette felles senger ved sjukehuset, samlokalisert med dei indremedisinske døgntenestene (jf. kap. 4.2). Radiologiske

og laboratoriemedisinske tenester, samt telemedisinsk utstyr, vil vere tilgjengeleg for skadepoliklinikken heile døgnet.

Løysinga for skadepoliklinikken vil innebere at ein vesentleg del av skadetilfella kan sluttbehandlast i Nordfjord, og ei betydeleg mengde pasientar slepp å reise til Førde for vurdering og behandling. Løysinga representerer ei effektiv utnytting av personalet i og med at skadepoliklinikken på kveld og natt skal takast vare på av allmennlege som allereie er engasjert på den kommunale legevakta, med støtte frå Helse Førde. Spesialisthelsetenesta har ansvaret for pasientane i skadepoliklinikken døgnet rundt, og må sørge for at det er tilstrekkeleg kompetanse tilgjengeleg heile tida.

Det skal gjennomførast kurs for allmennlegane og støttepersonell i dei mest brukte prosedyrane ved skadepoliklinikken. Dette gjeld prosedyrar knytt til skade på hand/handledd og fot/ankel.

Det må leggast til rette slik at skadepoliklinikken har tilgjengeleg hjelpepersonell heile døgnet, og at det blir ein praktisk, felles sambruk med sjukehuset av dette personellet. Arbeidsgruppa foreslo at det i tillegg til vanlege sjukepleiarstillingar bør vere nokre stillingar for operasjonssjukepleiarar ved skadepoliklinikken. Dersom det ikkje skal utførast dagkirurgi ved NSH vil det vere ei utfordring for desse og eventuelle anestesijukepleiarar å halde ved like den operative kompetansen sin. Dette kan løysast ved ambulering til LSH og FSS.

I tillegg skal det vere eit stabiliserings/akutteam ved lokalsjukehuset som skal brukast i alvorlege situasjonar, sjå kap. 5.5.

Referansegruppa for prosjektet var særleg opptatt av at modellen må sikre stabil kompetanse, rekruttering og kompetanseutvikling. Det blei i denne samanheng peikt på:

- rotasjonsordningar for ulike personellgrupper
- kopling mot Helsedirektoratets prosjekt om kompetanseområde akuttmedisin
- glidande overgangar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta – fleksibel bruk av personellressursar
- ulike personellgrupper kan kombinere ulike oppgåver på sjukehuset, t.d. i skadepoliklinikken og i dagbehandling/poliklinikk

Status for iverksettinga ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

Skadepoliklinikken ved Nordfjord Sjukehus er i døgkontinuerleg drift, bemanna av legar og hjelpepersonell som er tilsett i Helse Førde. Det er frå august 2012 tilsett eigen delprosjektleder ved Nordfjord sjukehus som leiar og koordinerer prosessen kring etablering av samarbeidsmodellen mellom Helse Førde og den interkommunale legevakta. Samarbeidsmodellen for skadepoliklinikk, der kommunale legevaktslegar er tenkt å skulle bemanne skadepoliklinikken på natt, med tilgang til hjelpepersonell frå Helse Førde, er ikkje etablert. Dialogmøte mellom Helse Førde og kommunane (v/ interkommunal legevakt og vertskommune Eid) om etablering av samarbeidsmodell pågår, og ein tar sikte på avklaring før sommaren 2013.

5.5 Stabiliserings/akutteam

Sjølv om Nordfjord sjukehus ikkje har øyeblikkeleg hjelp-funksjon i kirurgi, har innbyggjarane i Nordfjord eit godt etablert tilbod ved akutte kirurgiske tilstandar som til dømes traume/skadar, både for mindre skadar som kan handterast på skadepoliklinikken, og andre skadar som krev innlegging (jf. også kap. 6).

Traumesystemet i Helse Vest beskriv behandlingsskjeda med fire nivå:

1. Den prehospitala delen med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse
2. Traumesjukehusfunksjon
3. Traumesenter (Haukeland universitetssjukehus)
4. Rehabilitering

Næraste traumesjukehus er Førde sentralsjukshus. Det betyr at rolla til Nordfjord sjukehus i behandlingsskjeda er å vere ein del av det lokale, kommunale utrykkings-teamet. Nordfjord sjukehus har likevel eit stabiliseringsteam, også kalla akutt-team, som kan aktiverast i heilt spesielle situasjonar, og da gjerne etter at helsepersonell på skadestaden har konsultert traumeleiar ved Førde sentralsjukehus.

Stabiliseringsteamet ved Nordfjord sjukehus vil bestå av anestesilege, spesialsjukepleiar (anestesi eller intensiv), indremedisinar, turnuslege, radiolog/radiograf, bioingeniør, lege og sjukepleiar frå skadepoliklinikken og ambulanspersonell.

Stabiliseringsteamet er trent til mellombels å kunne løyse akutte problem på grunn av luftvegs- og respirasjonsproblematikk og om nødvendig legge ein pasient på respirator før vidaretransport til Førde eller Bergen. Behandling ved sirkulasjonssvikt vil også kunne startast før vidaretransport.

5.6 Svangerskaps/føde/barsel­poliklinikk

Fødeavdelinga ved Nordfjord sjukehus blei lagt ned og beredskap for keisarsnitt blei fjerna hausten 2012. Frå da av har dei fødande med lav risiko, tilbod om å føde ved FSS eller Volda sjukehus. Samtidig har spesialisthelsetenesta som følgje av samhandlingsreforma fått ansvar for å organisere og dekke utgiftene ved følgjetenesta til fødeavdeling. Tilbodet til fødande med høg risiko er ved Førde sentralsjukehus som tidligare.

Ei prosjektgruppe i regi av Helse Førde har arbeidd med å gjennomføre endringane (jf. vedlegg 18), og det har blei lagt opp til eit nært samarbeid med kommunane i Nordfjord om følgjetenester, slik at heile distriktet skal ha ei funksjonell dekning av tenesta heile døgnet, alle dagar. Dette skjer ved at det til ei kvar tid er ei jordmor på vakt ved Nordfjord sjukehus, og ei jordmor enten i indre eller ytre Nordfjord. Den som er på vakt ved Nordfjord sjukehus vil kunne rykke ut og køyre den gravide i møte. Dei to jordmødrene som er på vakt, skal samarbeide om å følgje fødande til sjukehuset i Volda eller Førde.

Gravide med uro for reiseavstand får tilbod om innlegging ved eininga på Nordfjord sjukehus fram til fødsel. Nordfjord sjukehus skal også ha barseltilbod for mødrer som ønsker å vere nærare heimstaden enn Volda og Førde etter fødsel, der indikasjonane er til stades for rask utreise frå fødeavdelinga.

Jordmødrene i kommunar og helseføretak, saman med gynekolog frå Førde sentralsjukehus, skal saman syte for oppfølging, naudsynte kontrollar/ultralyd og god seleksjon i høve fødeavdeling. Dei er også ansvarlege for naudsynt kommunikasjon mot fødeavdeling. Vidare blir det lagt til grunn nært samarbeid med barnelege ved Volda og Førde sentralsjukehus om nyføddekontrollar.

Ein ser for seg eit godt samarbeid mot høgskular med omsyn til praksisplassar for sjukepleiarar og jordmorstudentar. Ei slik eining vil kunne gi eit godt omdømme på samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Tilbodet er avhengig av samarbeid med kommunane i Nordfjord om kjøp av jordmorteneste frå eininga. Stillingsprosenten vil svare til folketalet i kommunane. På den måten vil finansieringa av drifta bli delt mellom kommunane og føretaket. Jordmødrene i eininga vil yte tenestene i kommunane, noko som sikrar ein god kontinuitet for dei gravide.

Samla blir tilbodet kalla «God start», og er tenkt å vere ein samlande funksjon for fagpersonell i Nordfjord som skal arbeide med svangerskaps-, fødsels- og barselteneste. Dette inneber felles fagutvikling og kompetansestyrking, mellom anna nært samarbeid med fødeavdelinga ved Førde sentralsjukehus og ved Volda sjukehus. Oppretting av ei «god start-eining» vil kunne gi viktige effektar i forhold til stabilisering av eit godt fagmiljø og kunne rekruttere jordmødrer lokalt i framtida. Eininga vil gi nærleik til barselopphald og kontrollar for mor og barn.

Status for iverksetting ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

Tilbodet om følgjetenester i Nordfjord er etablert i samarbeid med kommunane i Nordfjord, og God start-eininga har vore i drift sidan oktober 2012, da fødeavdelinga ved NSH blei lagt ned. Eininga er etablert som eit prosjekt som skal evaluerast etter to år.

5.7 Tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske behov

Eldre med samansette psykiske og fysiske behov utgjer ei stor gruppe brukarar av helsetenester/spesialisthelsetenester, og for mange av desse er det problematisk å reise. Tilbodet som er foreslått skal, i tillegg til å styrke samhandlinga mellom NSH og NPS, styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta. Mellom anna sikrar tilbodet ein god overgang mellom helsetenestene, gode pasientforløp tilpassa pasientane sine behov og kompetansebygging på tvers av helsetenestene. Dessutan blir samhandlinga styrka som ein del av pasientforløpa gjennom den geriatriske arbeidsmetoden som inneber at rehabilitering skjer samtidig med akuttbehandling.

Utviklingsprosjektet har utarbeidd ein modell med samlokalisering av alderspsykiatrisk team og medisinsk poliklinikk i ein eldremedisinsk poliklinikk (jf. vedlegg 12). Denne skal i tillegg til poliklinisk verksemd også ambulere ut til pasientar og kommunehelsetenesta.

Poliklinikken skal vere eit felles møtepunkt og ha lokalisering nokre faste tider/dagar i veka og det skal trekkast inn spesialistar når det trengst. Det er viktig at heile pasientforløpet er på ein fast plass ved at både psykiske og somatiske utgreiingar kan skje her. Pasienten kjem som regel inn med ei hovudproblemstilling, men det er ein stor fordel med samlokalisering at ulike spesialistar kan diskutere problemstillingane på tvers.

Samhandlinga mellom medisinsk sengepost og kommunehelsetenesta kan styrkast ved å auke kompetansen innan eldremedisin og meir systematisk bruk av geriatrisk arbeidsmetode.

Samlokalisering av alderspsykiatrisk team og medisinsk poliklinikk vil gi ei meir tilgjengeleg teneste og ressurseffektiv utnytting – både når det gjeld samhandling og bruk av areal, utstyr, personell og fagutvikling. Løysinga skal også kunne redusere talet på innleggingar.

Status for iverksetting ved Nordfjord sjukehus

Eldremedisinsk poliklinikk har forventa oppstart oktober 2013. Ei arbeidsgruppe med representantar frå somatikk og psykisk helsevern i Helse Førde, kommunane og brukarar er sett ned for å planlegge tilbodet.

5.8 Tilbod til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester

I utviklingsprosjektet har det vore arbeid særskilt med tilbodet til pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester. Arbeidet har blitt sett i samheng med utgreiinga av desentrale poliklinikkar og dagbehandlingstilbod, jf. kap. 5.3, og følgjande tilbod blei vurdert som særleg viktig for desse pasientane (jf. vedlegg 13):

- Infusjonspoliklinikk som skal gi infusjonar til pasientar med nevrologiske, revmatiske, hud- og kreftsjukdommar, i tillegg til Remicade-infusjonar og polikliniske blodtransfusjonar
- Hjarterehabiliteringstilbod for pasientar frå heile Sogn og Fjordane. Tilbodet skal vere eit tverrfagleg «startkurs» som er ein kombinasjon av lærings- og meistringskurs og fysisk opptrening. Opplegget bør vere ei blanding av individuell tilpassing/oppfølging og trening/undervisning i grupper.
- Ei styrking av tilbodet til diabetespasientar, da spesielt gjennom ambulering ut til kommunane for å diskutere generelle problemstillingar, enkelte pasientar eller praktiske problemstillingar, ha felleskonsultasjonar og halde kurs. Spesialistar i spesialisthelsetenesta bør ha faste telefontider der fagpersonell frå kommunane kan ringe for råd og rettleiing.
- KOLS-skule – tilsvarende det FSS, LSH og avdeling Florø har, slik at KOLS-pasientar som bur i Nordfjordregionen får nytte seg av eit slikt tilbod nærare heimen.
- Leige av to KOLS-koffertar til bruk for pasientar i Nordfjordregionen. Dette tilbodet skal vere eit pilotprosjekt og finst per i dag ikkje som tilbod for pasientar i Sogn og Fjordane.

Utviklingsprosjektet tilrår at det blir tilsett ein lærings- og meistringskoordinator (LMS-koordinator) ved NSH som skal koordinere oppstart og drift av dei ulike tilboda. LMS-koordinatoren skal vere kontaktperson for kommunane, informere om tilboda ved NSH og samtidig ha oversikt over dei ulike rehabiliteringstilboda og andre tilbod som kommunane har, som pasientar kan overførast til. Koordinatoren skal planlegge, organisere og delta i gjennomføringa av tilbodet. Til dømes kan vedkomande stå for undervisninga innan eitt av områda og ha ansvar for å drifte alle LMS-tilboda.

I det vidare arbeidet må ein sikre ei heilskapleg tilnærming for pasientar med fleire samtidige diagnoser. Dette heng m.a. saman med vidareutvikling av breiddekompetansen til helsepersonellet, jf. kap. 8 om kompetanseutvikling.

Grenseoppgangen mellom kommunane og spesialisthelsetenesta er vanskeligare på rehabiliteringsområdet enn på andre felt. Rehabiliteringa må i hovudsak skje i kommunane, nært heimesituasjonen til pasientane, men oppgåvedelinga mellom nivåa må tilpassast ulike kommunar (størrelse, geografi, kompetanse), slik at tilbodet er likeverdig, sjølv om det er

ulikt organisert. Det er viktig at tilbodet støttar god pasientflyt og at ein varetar heile pasienten. Det er behov for ein kombinasjon av indremedisinsk, geriatrisk og alderspsykiatrisk kompetanse.

Status for iverksetting ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

- Fylkesdekkjande hjarterehabilitering: Estimert oppstart september 2013
 - Læring- og meistringskoordinator: Det er utlyst stilling som LMS-koordinator ved NSH
 - Diabetespoliklinikk: Eksisterande tilbod ved NSH er vidareført
 - KOLS-skule: Ikkje etablert. LMS-koordinatoren vil ta opp etableringsarbeidet
- Sjå også kap. 5.3.

5.9 Tverrfagleg spesialisert rusbehandling – «Nordfjordmodellen»

I Helse Førde er psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) fullintegreerte tenester. Lokalsjukehusfunksjonen i psykisk helsevern ligg til Nordfjord psykiatrisenter, som er eit fullt utbygd distriktskykiatrisk senter (DPS).

Utviklingsprosjektet har, etter initiativ frå Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidd ein modell for framtidens lokalsjukehusstilbod for menneske med rusrelaterte problem i Nordfjord (jf. vedlegg 14). Tilbodet blir organisert som ein del av Nordfjord psykiatrisenter. Det er viktig at modellen sjåast på i heilskap, og ikkje som enkelte modular, da det er heilskapen som gir modellen slagkraft.

Lokalsjukehusstilbodet for personar med rusmiddelproblem rettar seg mot personar som har rusmiddelrelaterte problem, eller som er avhengige av spel eller androgene steroid. Personar som samtidig har psykoselidingar, vil som hovudregel få tilbodet sitt ved Nordfjord psykiatrisenter i nært samarbeid med ruseininga. Ruseininga skal også gi tilbod til pårørande til personar med rusmiddelrelaterte problem.

- *Døgnposten* vil ha seks ordinære døgnplassar og ein brukarstyrt plass for personar som har skriftleg avtale om det. Døgndrifta skal rette seg særleg inn mot akutt intervensjon, avrusing og stabilisering. Døgnposten kan ta imot pasientar heile døgnet.
- *Dagposten* ved psykiatrisenteret kan gi tilbod til personar med rusproblem. Tilbodet vil vere ressurs- og betringsorientert med stor vekt på fysisk aktivitet.
- *Ambulant team* ved psykiatrisenteret blir styrka for å kunne vere opent heile døgnet. Teamet gir eit lågterskeltilbod, og alle kan kontakte teamet utan tilvising. Teamet vil syte for akuttilbod døgnet rundt i lag med Nordfjord legevakt, døgnpost og psykiatrisenteret elles.
- *Poliklinikken* vil halde fram som vurderingseining for tverrfagleg spesialisert behandling og rehabilitering i tillegg til konsultative tenester.
- *Post 1* (den allmennpsykiatriske døgnposten) vil, i tråd med nasjonale retningslinjer, ha hovudansvaret for å behandle personar med samtidig rusliding og alvorleg psykisk liding.

Samhandling vil bli sikra gjennom stor vekt på utoverretta og konsultative tenester, felles koordinator på tvers av tenestenivåa og utvikling av pasientløyper som syner korleis tenesteytarane skal forplikte seg i fellesskap. Modellen let seg gjennomføre med dei ressursane som låg inne i dei opphavlege planane for ruseininga.

Ruseininga vil med dette kunne bygge vidare på den kommunenære modellen som Nordfjord psykiatrisenter har utvikla. Det ligg i dette at spesialisthelsetenesta skal hjelpe den kommunale helse- og sosialtenesta til å løyse oppgåvene sine, og at grenseoppgangen mellom tenestenivåa er mindre interessant enn dei resultata ein kan oppnå i forpliktande samarbeid om felles oppgåver. Samarbeidet mellom ruseininga og bustadskommunen/NAV vil vere avgjerande i alle fasar av handsaminga.

Status for iverksettinga ved Nordfjord psykiatrisenter per mars 2013

Ruseininga ved Nordfjord psykiatrisenter starta opp med dagbehandling i september 2012, og frå februar 2013 er tilbodet etablert i full drift med døgnbehandling. Helse Førde HF har lagt til grunn ei gradvis utvikling i retning av den foreslåtte lokalsjukehusmodellen. Denne modellen, Nordfjordmodellen, blir omtala i storingsmeldinga «Se meg! – En helhetlig ruspolitikk, alkohol – narkotika – doping» (Meld. St. 30 (2011-2012)).

5.10 Psykisk helsevern – nye modellar og tiltak

I utviklingsprosjektet har det vore gjort eit arbeid under tittelen «Vidareutvikling av psykisk helsevern – betre akutthjelp?» (jf. vedlegg 15). Målet har vore at kommunane og spesialisthelsetenesta i lag skal gi eit betre akuttilbod for personar med psykiske lidingar og samansett problematikk, inkludert rusproblem, på lokalsjukehusnivå. Samordna lokal akutthjelp vil kunne førebygge innlegging.

Oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest for 2013 har som mål at «Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjonar der lokale forhold gjer det nødvendig».

Det er eit manglande akuttilbod på lokalsjukehusnivå for personar:

- med rusmiddelrelaterte problem som treng akutt legehjelp og/eller innlegging
- som treng akutt psykisk helsehjelp
- med sjølvmoordsfare eller sjølvpåført skade
- innlagd i sjukehuset med forvirringstilstandar eller andre psykiske vanskar
- med akutte livskriser

Spesialisthelsetenester for pasientar med psykisk liding/rus er i dag ikkje tilgjengelege heile døgnet lokalt. Det eksisterande tilbodet ved behov for akutthjelp på kveld og natt er den kommunale legevakta.

Dette har mellom anna som konsekvens at det blir høg terskel for å tilvise og at aktuelle pasientar får ikkje lokalt tilbod. Den kommunale legevakta eller somatisk personell i medisinsk sengepost, har ikkje tilgang på spesialisert rådgjeving. Pasientar kan i ein del tilfelle få tilbod på for høgt omsorgsnivå.

Det blir skissert ein modell for lokalt, samordna akuttilbod heile døgnet for personar med rusproblem og/eller psykiske lidingar der det blir lagt opp til samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og kommunale tilbod:

- Kommunane og Helse Førde sikrar i fellesskap eit døgnkontinuerleg tilbod som kan gi psykiatrisk og rusfagleg hjelp til dei som treng akutthjelp.

- Tilbodet består av legevakta på Nordfjord sjukehus, ambulant team ved Nordfjord psykiatrisenter og kriseplassar ved psykiatrisenteret.
- Tilbodet blir organisert og leia av Nordfjord psykiatrisenter ved at det ambulante teamet blir styrka.
- Det er planlagt delt medisinsk ansvar med lege ved DPS (Nordfjord psykiatrisenter) og legevakta, som på nattetid varetar alle vurderingar, mellom anna somatisk vurdering, bruk av medikament og evt. behov for tilvising til annan institusjon.
- Det skal arbeidast med forankring mot kommunane.
- Dei økonomiske konsekvensane for kommunane og helseføretaket vil bli vurdert nærare. Det ligg til rette for at kommunane og helseføretaket i fellesskap søker om samhandlingsmidlar frå staten.

Poliklinikken for psykisk helsevern for barn og unge på Nordfjordeid (Nordfjord BUP) har deltatt i prosjektet «Vidareutvikling av psykisk helsevern – betre akutthjelp?». Ut over dette har det ikkje vore arbeid med særskilte prosjekt knytt til psykisk helsevern for barn og unge i regi av utviklingsprosjektet, men det har vore ein dialog undervegs i prosjektperioden. Poliklinikken er lokalisert i nærleiken av NSH og NPS og er ein del av den samla organiseringa av psykisk helsevern for barn og unge i Helse Førde. Poliklinikken vil vidareføre arbeidet med å utvikle samarbeidet med kommunane om førebyggjande tenester, undervisning og rettleiing.

Status for iverksetting per mars 2013

Helse Førde vil ta initiativ til å sette ned ei arbeidsgruppe som kan søke om samhandlingsmidlar for å vidareføre arbeidet med modellen for samordna døgnkontinuerleg akuttilbod for personar med rusproblem og/eller psykiske lidingar.

5.11 Radiologi og laboratorietenester

Når det gjeld medisinske støttetjenester ved Nordfjord sjukehus er det slått fast¹⁷ at radiologi og laboratorietenester skal vere tilgjengeleg heile døgn. Dette inneber at tenestene skal vidareførast som tidlegare. Laboratorietenester inkluderer blodbank.

Status for iverksetting per mars 2013

Desse tenestene er vidareført som tidlegare.

6 Akutfunksjonen

Lokalsjukehuset er ein viktig tryggleiksbase, og eit trygt og godt akuttilbod er derfor vesentleg for innbyggjarane. Nordfjord sjukehus skal vere eit godt og framtidsretta lokalsjukehus for Nordfjord som saman med dei andre sjukehusa i regionen vil ta vare på dei akutt sjuke og skadde pasientane.

6.1 Prehospitale tenester

Ambulansetenesta inkludert luftambulansen, og lokale akuttmedisinske team utgjer det prehospitale tilbodet i Noreg. Ambulansetenesta har dei siste åra vore gjennom ei betydeleg fagleg og kapasitetsmessig utvikling, og har gått frå å vere ei transportteneste til å vere ei

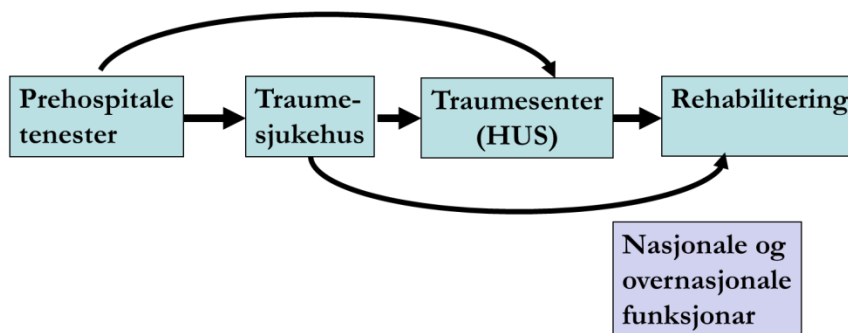
¹⁷ Føretaksmøte for Helse Vest RHF 28.04.11

forlenga arm for spesialisthelsetenesta, og på den måten eit stadig viktigare ledd i det akuttmedisinske tilbodet. Fleire i tenesta har fått fagutdanning og stadig fleire diagnostiske og behandlingmessige prosedyrar blir tillagt ambulansetenesta. Tenesta har tilgang til fagleg dialog med spesialisthelsetenesta via AMK-sentralen som også styrer ambulansane innanfor regionen slik at kapasiteten blir utnytta optimalt samtidig som beredskapen blir oppretthalden i heile det geografiske området (flåtestyring).

Dei prehospitala tenestene er første trinnet i traumesystemet til Helse Vest:

1. Den prehospitala delen med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse
2. Traumesjukehusfunksjon (i Helse Førde er det Førde sentralsjukehus)
3. Traumesenter (Haukeland universitetssjukehus)
4. Rehabilitering

Figur 19: Traume- /skadeomsorg – plan for akutt skadde. Traumesystem



6.2 Akutt indremedisin

Ved Nordfjord sjukehus er det, og skal det vere, akuttfunksjon i indremedisin, til dømes for akutte brystmerter, pustevanskar, hjerneslag eller alvorlege infeksjonar. Sjukehuset skal ha døgnkontinuerleg akuttmedisinsk anestesiberedskap. Denne beredskap blir varetatt ved at det er anestesilege og medhjelpar i kontinuerleg vakt. Medhjelparen må vere spesial-sjukepleiar i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerleg dekkja i basisbemanninga ved medisinsk seksjon NSH. Denne bemanninga vil også vere i stand til å stabilisere pasienten, eventuelt også legge pasienten på respirator, før vidaretransport til anna sjukehus (jf. også kap. 5.2).

6.3 Bruk av anesthesiressursen

Bidraget frå anestesilegen i den indremedisinske akuttberedskap er viktig, men ikkje spesielt arbeidskrevjande. Utviklingsprosjektet har derfor i ei eiga utgreiing (vedlegg 17) sett på andre moglege oppgåver for anestesilegen og drøfta dette ut frå dagens praksis ved ei rekke andre lokalsjukehus. Den største oppgåva for anestesilegen ved dei samanliknbare sjukehusa er utan tvil bidrag i samband med kirurgi, enten på dagkirurgiske pasientar eller innlagde pasientar.

Dersom det ikkje skal vere kirurgisk aktivitet ved Nordfjord sjukehus, vil alternative oppgåver for anestesilegen til dømes kunne vere preoperative vurderingar av pasientar som seinare skal opererast ved anna sjukehus, og smertebehandling, t.d. ved etablering av ein smertepoliklinikk. Anestesilegen må òg kunne nyttast i behandlinga på skadepoliklinikken, t.d. ved å gi «kort» sedasjon ved reponering av brot eller luksasjonar i ledd. Det vil likevel

vere avgrensa oppgåver for anestesilegen ved Nordfjord sjukehus, og det må forventast rekrutteringsutfordringar knytt til dette stillingsinnhaldet.

Den omtalte rolla for anestesisjukepleiarar i samband med den indremedisinske akuttberedskap inneber at det i lange periodar, inkludert på dagtid, ikkje vil vere anestesisjukepleiar til stades. Det betyr at fleire av dei oppgåvene som anestesisjukepleiarar tradisjonelt gjer ved andre norske sjukehus, vil måtte varetakast av anestesilege og/eller intensivsjukepleiar ved Nordfjord sjukehus.

6.4 Akutte skadar/multitraume

Sjukehuset har skadepoliklinikk for dei mindre alvorlege skadane (jf. kap. 5.4).

Skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped delar av døgnet og allmennlege ved den interkommunale legevakta andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt da aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært låg.

Både røntgenavdelinga og laboratoriet er heile døgnet tilgjengeleg for skadepoliklinikken. Også dei vakthavande spesialistane ved Førde sentralsjukehus er heile døgnet tilgjengelege for konsultasjonar enten via telefon eller telemedisinske løysingar.

Nordfjord sjukehus har dei siste åra ikkje tatt seg av dei alvorlegast skadde pasientane og skal heller ikkje gjere det i framtida. Næraste traumesjukehus er FSS. Nordfjord sjukehus har likevel eit stabiliseringsteam (jf. kap. 5.5), også kalla akutt-team. Teamet kan aktiverast i heilt spesielle situasjonar, og da gjerne etter at helsepersonell på skadestaden har konsultert traumeleiar ved Førde sentralsjukehus. Teamet skal kunne stabilisere alvorleg sjuke og skadde pasientar før vidare transport til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus, alt innanfor rammene av eit strukturert og godt innarbeidd traumesystem i Helse Vest.

Helse- og omsorgsplanen peiker på at sjukehus med indremedisinsk akuttberedskap skal ha kompetanse til å utføre «enklare kirurgiske prosedyrar» på døgnbasis. Dette er knytt til akuttfunksjonen og omfattar akuttprosedyrar som til dømes innlegging av dren i brysthula, avlastning av urinretensjon og mellombels stabilisering av brot. Dette er prosedyrar som det allereie er etablert rutinar for i Nordfjord sjukehus og som vil bli varetatt på skadepoliklinikken.

Sjølv om Nordfjord sjukehus ikkje har øyeblikkeleg hjelp-funksjon i kirurgi, har innbyggjarane i Nordfjord på denne måten eit godt og trygt etablert tilbod ved akutte kirurgiske tilstandar som for eksempel traume/skadar. Ei kartlegging (jf. kap. 0 og vedlegg 10) viser at ingen akutt-pasientar fekk avgjerande og livreddande kirurgisk behandling ved Nordfjord sjukehus i perioden 2009-2011.

7 Understøtting av kommunehelsetenesta – pasienttryggleik

Formålet med tiltaka i dette kapittelet er å leggje til rette for det helsetenestetilbodet som er omtalt i kapittel 5. Tiltaka er ein del av spesialisthelsetenesta sitt ansvar for å understøtte tenestetilbodet i kommunane, ikkje minst med omsyn til kompetanse.

Ein del pasientar opplever utilsikta hendingar (skadar, komplikasjonar, biverknader) som i nokre tilfelle endar med varige plagar og i verste fall død. Ein stor del av skadane kan førebyggjast, t.d. ved god organisering, gode rutinar og systematikk.

Utviklingsprosjektet har initiert arbeid innanfor to område med stor innverknad for pasienttryggleiken – legemiddelhandtering (kap. 7.1) og smittevern (kap. 7.2). Formålet er at helsetenestene skal vere trygge og sikre for pasientane.

7.1 Legemiddelhandtering

Legemiddel er ein av dei viktigaste innsatsfaktorane og kostnadsfaktorane i helsevesenet. Samtidig blir behandling med legemiddel stadig meir komplekst, og feil bruk av legemiddel utgjer ein omfattande risiko for tryggleiken til pasientane. Legemiddelhandtering er også eit viktig innsatsområde i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen.

Bakgrunnen for prosjektet er omfanget og alvoret i legemiddelrelaterte problem. Pasientar blir behandla både i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta og mange pasientar har fleire helseplager som dei mottar behandling for. Mens spesialisthelsetenesta har ekspertkompetanse på behandling av sjukdommar, har pasient, pleiepersonell og primærhelsetenesta inngåande kjennskap til pasienten og sjukehistoria. Helsevesenet har så langt ikkje utnytta denne samla kompetansen godt nok. Undersøkingar både i Noreg og internasjonalt viser at det ofte oppstår feil i informasjonen om legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå. Dette gir legen eit mangelfullt avgjerdsgrunnlag og kan føre til feilbehandling av pasienten.

Spesialisthelsetenesta har ei rettleiingsplikt overfor kommunane og samarbeidspartnarar. Kunnskapen i spesialisthelsetenesta skal komme kommunane til gode. Samhandlingsreforma inneber at pasientane blir skrivne ut tidligare frå sjukehuset og treng meir oppfølging i kommunehelsetenesta enn tidlegare. Desse pasientane vil ofte ha ein kompleks legemiddelbruk og kommunane vil ha stor nytte av erfaringsoverføring frå legemiddelekspertane i spesialisthelsetenesta.

Utviklingsprosjektet har initiert eit toårig prosjekt for å utarbeide ei varig løysing for korleis pasienttryggleik knytt til legemiddelbehandling kan forbeholdast ved NSH og i kommunane i Nordfjord. Prosjektet vil i hovudsak fokusere på overgangen mellom sjukehus og sjukeheimar for pasientar frå kommunane Vågsøy, Selje, Hornindal, Eid og Stryn.

Prosjektet er eit samarbeid mellom kommunane og Nordfjord sjukehus. Prosjektleiing og gjennomføringsansvar ligg til Sjukehusapoteket i Førde. Prosjektet blir samordna med den nasjonale pasienttryggleikskampanjen (lokalt og regionalt) og tiltaka i kampanjen om samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang i sjukeheimar. Prosjektet skal inngå i rapporteringsrutinane i samband med kampanjen.

Farmasøytane frå spesialisthelsetenesta som er knytt til prosjektet, jobbar delvis i sjukeheimane og delvis ved sjukehuset. I sjukeheimane vil dei arbeide med legemiddelgjennomgangar og undervisning av helsepersonell, og ved sjukehuset med legemiddelsamstemming og utskrivingsamtaler for utvalde pasientgrupper frå dei aktuelle kommunane. Fokus vil vere på pasientar som bruker spesielle legemiddel, mange legemiddel eller pasientar som er inne på korttidsopphald eller avlastingspasientar. Ved

legemiddelgjennomgangen bruker prosjektet ein kvalitetssikra metodikk som også blir brukt i pasienttryggleikskampanjen.

Fordelinga mellom sjukehus og kommunane blir sannsynligvis slik at ca. 2/3 av ressursane blir nytta til arbeid direkte knytt til kommunane og ca. 1/3 av tida blir brukt til arbeid relatert til pasientane på sjukehuset.

Status for prosjektet per mars 2013

Prosjekt legemiddelhandtering er sett i verk i regi av Sjukehusapoteka Vest, og med deltaking frå Helse Førde HF. Det er tilsett farmasøyt, som er lokalisert til Nordfjord sjukehus.

7.2 Smittevern

Førebyggjande smittevern er viktig for pasienttryggleiken – pasientane skal vere trygge på at behandling og opphald i sjukehus eller i sjukeheimane i kommunane ikkje skal påføre dei unødige ekstra skadar og sjukdommar.

Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus har initiert eit toårig prosjekt for å styrke og utvikle arbeidet med smittevern og hygiene i kommunane og ved Nordfjord sjukehus. Prosjektet skal medverke til å betre kunnskap, systematikk og rutinar på området. Prosjektet er eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Førde og kommunane i området, og har som mål å implementere smittevern- og hygienetiltak i den ordinære drifta i kommunane, spesielt ved sjukeheimane, og ved Nordfjord sjukehus.

Prosjektet skal samordnast med tiltak innanfor smittevern i den nasjonale pasienttryggleikskampanjen og den regionale kvalitetssatsinga i Helse Vest. Den nasjonale pasienttryggleikskampanjen har førebygging av infeksjonar som innsatsområde. I den regionale kvalitetssatsinga i Helse Vest er det i gang felles arbeid i regionen rundt smittevern. Innsatsen i pasienttryggleikskampanjen blir koordinert via kvalitetssatsinga. Helse Førde er plukka ut til å vere nasjonal pilot for førebygging av urinvegsinfeksjonar i samband med sjukehusopphald. Lærdal sjukehus og Aurland kommune skal vere pilot. Prosjektet initiert av utviklingsprosjektet skal samarbeide med kampanjen og kvalitetssatsinga.

Prosjektet skal mellom anna etablere modell for smittevernarbeidet på lokalsjukehusnivå gjennom å:

- vidareutvikle arbeidsmetodikken i alle ledd
- utvikle førebyggjande samarbeidsmodellar i samarbeid med kommunane sitt samfunnsmedisinprosjekt
- planlegge kompetanseutvikling gjennom erfaringsutveksling, undervisningsopplegg og konsultasjonsordningar
- implementere tiltak frå den nasjonale pasienttryggleikskampanjen

Helse Førde har prosjektleiaransvaret og organiserer og legger til rette for deltaking frå kommunane i Nordfjord og implementering av tiltak ved NSH. Kommunane deltar i prosjektet og står for implementering av aktuelle tiltak i eiga verksemd, med støtte frå prosjektet.

Både kommunane og spesialisthelsetenesta har ansvar for smittevern og hygienetiltak. Som følge av samhandlingsreforma skal kommunane overta fleire oppgåver. Interkommunalt samarbeid omfattar òg samfunnsmedisinske oppgåver, mellom anna smittevern. Prosjektet bør mellom anna prøve ut modellar for vurdering av korleis samhandling på dette området kan gi effektivisering i form av fagleg og organisatorisk styrking av både kommunane og spesialisthelsetenesta si satsing på smittvern.

Helseføretaka skal førebygge smitte internt, og også støtte kommunane på området. Nasjonal helse- og omsorgsplan legg vekt på at det blir stimulert til systematisk kompetanseoverføring på tvers av og innan forvaltningsnivåa. Rettleiingsplikta til spesialisthelsetenesta og etablering av samarbeidsavtaler og møtearenaer er viktige verkemidlar.

Status for prosjektet per mars 2013

Det er tilsett eigen smittevernkoordinator med ansvar for smittevernprosjektet ved Nordfjord Sjukehus.

8 Kompetanseutvikling

For å vareta behova til dei store pasientgruppene som i framtida skal få tilbod ved Nordfjord sjukehus, treng helsepersonellet (både legar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar, helsefagarbeidarar og støttepersonell) både høg spisskompetanse og ei generell breidde i kompetansenivået sitt. Nasjonal helse- og omsorgsplan peiker på at det er særleg viktig å legge til rette for breiddekompetanse ved mindre sjukehus.

Arbeidet med kompetansebygging ved Nordfjord sjukehus vil ha eit langsiktig perspektiv, og kompetansetiltaka skal understøtte kommunane sine behov for rettleiing/opplæring frå spesialisthelsetenesta.

Det er sett i gang eit arbeid med ein strategisk utdanningsplan for Helse Førde, og det skal også utarbeidast ein overordna kompetanseplan. Helse Førde har eit nært samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane om utdanning og vidareutdanning av sjukepleiarar, og det blir no vurdert korleis ein modul som gjeld breiddekompetanse i ein samla poliklinikk kan sjå ut.

Helsedirektoratet har sett i gang eit arbeid for å vurdere kompetanseutvikling innan akuttmedisin for legar og sjukepleiarar, tilpassa behova ved mindre lokalsjukehus (Prosjekt kompetanseområde akuttmedisin)¹⁸. Det har vore kontakt mellom utviklingsprosjektet og Helsedirektoratet, men det har ikkje vore samarbeid undervegs i prosjektperioden til utviklingsprosjektet. Bakgrunnen for dette er at prosjektet i direktoratet er omfattande og med forsinka oppstart. I kompetanseutviklingsarbeidet ved NSH blir det etablert samarbeid med prosjektet til direktoratet.

8.1 Breiddekompetanse

Pasientgruppene ved NSH har i stor grad behov for tenester på tvers av mange fagområde, både psykisk helsevern, kirurgi og medisin. Fagområda har tradisjonelt «tette skott» mellom seg og det kan vere til hinder for breidde i den faglege tilnærminga. Nordfjord sjukehus har

¹⁸ jf. kap. 6.2 i Nasjonal helse- og omsorgsplan

det fortrinn at dei tilsette ved poliklinikkeininga er vant med å jobbe fleksibelt, og hjelpepersonellet i poliklinikkeininga har tradisjon for å hjelpe til på tvers av fagområda. Dette må ivaretaast og vidareutviklast når ein no planlegg ytterlegare tenestetilbod innanfor fleire fagområde i eininga. Det vil vere behov for at ulike personellgrupper kombinerer ulike oppgåver på sjukehuset, t.d. i skadepoliklinikken og i dagbehandling/poliklinikk, og også t.d. vekselbruk mellom poliklinikkeininga og døgneininga.

Nye arbeidsformer for å understøtte intensjonane i samhandlingsreforma kan innebere m.a. fleksibel bruk av personellressursar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Samhandlingskompetanse er nødvendig i denne samanheng. I samband med etablering av interkommunale ØH-senger i medisinsk sengepost ved NSH (jf. kap. 4.2.1), er det planar om eitt sjukepleiepersonale tilsett ved NSH som driftar både spesialisthelsetenesta sine indremedisinske senger og dei kommunale sengene. Ein vil derfor vurdere å utvikle felles kompetanseplanar for spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Når det gjeld samarbeidsmodellen for skadepoliklinikken (jf. kap. 5.4) er det behov for systematisk opplæring/kursing av legar og anna helsepersonell frå begge forvaltningsnivåa. Det vil bli gjennomført tverrfaglege kurs for alle internt tilsette som jobbar med alvorleg skadde pasientar ved NSH (BEST-kurs: Betre og systematisk teamtrening for å handtere alvorleg skadde pasientar). Vidare blir det lagt opp til kompetansekurs i høve skadeortopedi tilpassa kommunelegane med fokus på dei vanlegaste skadane/prosedyrane knytt til skadepoliklinikken.

Breiddekompetanse og samhandlingskompetanse kan i stor grad bli varetatt gjennom uformell kompetanseheving, til dømes gjennom hospiteringsordningar og rulleringsordningar som legg til rette for at ein kan jobbe innanfor fleire fagfelt, og gjerne også på tvers av forvaltningsnivåa. Ved Nordfjord Sjukehus er det sett i gang faste hospiteringsordningar i regi av opplæringsprogram frå FSS innanfor til dømes kreftbehandling ved infusjonspoliklinikken på NSH.

Det er òg behov for formell breiddekompetanse tilpassa dei store pasientgruppene som vil bruke Nordfjord sjukehus. Utvikling av geriatrisk kompetanse (eldremedisin) er ei spesialisering med ei tverr-/fleirfagleg tilnærming som tar vare på breidda. Å sikre at dei tilsette får god kompetanse innanfor geriatri er derfor viktig.

8.2 Spisskompetanse

Samtidig som vidareutvikling av breiddekompetanse er vesentleg for lokalsjukehuset, er spesialisering i sjukehuset naudsynt for å vareta det fagleg høge nivået spesialisthelsetenesta skal ha. Konkrete kompetanseutviklingstiltak som blir planlagd, går fram av vedlegg 23.

Ein må jobbe aktivt med å tenke nytt i spesialisthelsetenesta for å finne balansen mellom det generelle og spesielle kompetansebehovet, og denne balansen vil ein måtte justere undervegs i tråd med endra behov og eventuell oppgåveforskyving mellom første- og andrelinjetenesta.

8.3 Leiarkompetanse

Lokalsjukehuset vil også ha behov for personell med kompetanse på leiing, administrasjon og det å gjennomføre prosjekt. Sjølv om ein i denne samanheng har hovudfokus på tenesteproduksjonen og det å utvikle fagområda, vil det også vere viktig å ha kompetanse på

å kunne samordne, bygge organisasjonen, leie arbeidsprosessar og jobbe med kultur og kvalitetsforbetring.

8.4 Jobbgliding

Jobbgliding inneber overføring av oppgåver frå ein helseprofesjon til ein annan ved at også kompetansen blir utvikla tilsvarande. Dette kan vere eit nyttig verkemiddel både for å kunne desentralisere fleire tenester til lokalsjukehuset, men også for å veie opp for rekrutteringsproblem og mangel på helsepersonell. Jobbgliding kan gi betre kvalitet gjennom å finne nye og betre måtar å gjere jobben på, og kan vere eit verkemiddel for m.a. å oppnå betre pasientflyt.

Det er positive erfaringar med jobbgliding som verkemiddel, m.a. frå Helse Midt-Noreg (<http://www.helse-midt.no/no/Media/Nyhetsarkiv/Nyheter/Arkiv-2011/Blinker-ut-faglige-utviklingsprosjekter-for-2012/118041/>).

Nokre tenester kan t.d. gis utan at legespesialisten er fysisk til stades, samtidig som kvaliteten på tenesta blir oppretthalden. Ein sjukepleiar med rett opplæring/ tilleggstudanning kan gjennomføre sjølvstendige oppgåver innanfor spesialisthelsetenesta, eventuelt med legespesialist tilgjengeleg via t.d. telemedisin. Dette er ei oppgåveforskyving som i mange tilfelle følgjer naturleg av auka kunnskap og teknologiske framsteg.

Helsedirektoratet skriv¹⁹ at:

Overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere har gitt gode resultater. En rekke kunnskapsoppsummeringer har påvist at sykepleiere kan utføre legeoppgaver uten at det går på bekostning av kvalitet. Kunnskapsoppsummeringer har også påvist at kvaliteten ved tjenestene som oftest er like gode, eller blir bedre når sykepleiere utfører dem, både i forhold til behandlingsutfall og pasienttilfredshet.

Det er selvfølgelig begrenset hvilke legeoppgaver sykepleiere kan overta. Men potensialet er stort. Det blir regnet som sannsynlig at mellom 25 og 70 prosent av legenes oppgaver i Storbritannia kan utføres av sykepleiere eller andre helseprofesjoner. Dette tallet gir også en indikasjon på at leger ikke får brukt sin kompetanse på en effektiv måte.

Den regionale kirurgiplanen i Helse Vest legg opp til auka bruk av jobbgliding/ oppgåvegliding i rutinekontrollar av behandla pasientar, der sjukepleiar eller fysioterapeut kan overta oppgåver for legen.

Jobbgliding kan også vere aktuelt for overføring av oppgåver frå andre profesjonar enn legar, t.d. frå sjukepleiar til helsefagarbeidarar og/eller helsesekretærar når det gjeld enkle oppgåver og rutinearbeid.

Arbeid med jobbgliding bør kombinerast med innføring av sjekklister, kvalitetsmålingar og standardisering av pasientforløp. Det må vere på plass eit system som sikrar rett kompetanse til oppgåvene.

¹⁹ «Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen» (Helsedirektoratet 2009)

Haldningar og profesjonsinteresser kan skape motstand mot jobbglijingstiltak fordi det rører ved profesjonane sine oppfatningar av arbeids- og ansvarsdeling, og slike endringar kan trenge modning i fagmiljøa. Systematisk bruk av jobbglijingstiltak for å oppnå nye måtar å jobbe på, krev engasjement og fleksibilitet både frå leiinga og frå medarbeidarane, og ei målretta og strukturert tilnærming med involvering av dei det gjeld. Mange stader har ein sett at det i hovudsak gir vinst for både tilsette og brukarar ved at ein får auka tilgjenge, mellom anna ved at fleire kan gjere oppgåvene.

Ved NSH blir det sett i gang arbeid for å utnytte potensialet i jobbglijing i poliklinikkeininga (innanfor geriatri, diabetes, hjarteundersøkingar, kOLS og lungesjukdommar, kreft- og infusjonspoliklinikk, sårpoliklinikk og polikliniske kontrollar) og ved radiologisk seksjon (for å sikre nok kvalifisert fagpersonell kan radiografar med kompetanse/vidareutdanning utføre tolking og rapportering av skjelettbilde (beskrivande radiograf og ultralydsonograf), og radiologen blir frigjort til anna diagnostisk arbeid).

Status for kompetanseutvikling ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

I vedlegg 23 går det fram kva for konkrete kompetanseutviklingstiltak som er sett i gang og planlagt ved NSH (per januar 2013). Utviklingsprosjektet har sett av til saman 6 mill. kr til kompetanseutvikling ved NSH.

8.5 Ambulering av helsepersonell

Ambulering av helsepersonell inneber at personellet arbeider på ulike stader i helseføretaket, både i sentralsjukehuset og lokalsjukehusa. Ambulering av helsepersonell er ein føresetnad for at fleire tenester kan desentraliserast til lokalsjukehusa samtidig som løysingane er berekraftige, fagleg og økonomisk, på lang sikt.

Små lokalsjukehus har ofte for lite pasientgrunnlag til å ha lokalisert spesialiserte funksjonar. Dette kan gi rekrutteringsvanskar både fordi det blir lite variert praksis for legane og fordi fagmiljøet blir lite.

Ambulering av helsepersonell er eit verkemiddel for å:

- organisere personellressursane på ein måte som gir pasientane desentraliserte tenester
- gjere lokalsjukehusa robuste ved å styrke fagmiljøet og bidra til kompetanseutveksling og -utvikling
- bygge tette samarbeidsrelasjonar og felles kultur mellom sentral- og lokalsjukehusa
- unngå utstrakt bruk av eksterne vikarar i stafett
- fremje pasienttryggleiken gjennom at lokalsjukehuset har stabile team som kjenner kvarandre, utstyret og rutineane

Ambuleringa (og hospitering) er viktig «begge vegar» mellom sjukehusa.

Det er ein del utfordringar med å få til berekraftige ambuleringsordningar. Det er ulike tradisjonar og kulturar innanfor ulike fagområde når det gjeld fleksibilitet. Arbeidsordningar er basert på avtaleverk og forhandlingar med sterke fagforeiningar. Helseføretaka vil unngå å etablere kostnadsdrivande avtaler som kan undergrave berekrafta til lokalsjukehusa, og kan i den samanheng oppleve at det er liten styringsrett, eller at bruk av denne kan skade samarbeidet.

Utviklingsprosjektet har identifisert følgjande moment kan bidra til å få på plass berekraftige løysingar som også er attraktive for helsepersonellgruppene²⁰:

- ved nyttilsettingar blir det sett vilkår om ambulering. Nyttilsettingar kan gjerast ved lokalsjukehuset, med krav om ambulering til sentralsjukehus.
- gjere ambuleringsordningar fagleg attraktive ved t.d. å lage «pakkeløysingar» med interessante oppgåver fordelt mellom stort sjukehus, lite sjukehus og kommunehelsetenesta.
- knytte ambulerings/hospiteringsplikt til dei mest attraktive stillingane på dei store sjukehusa
- arbeide for ei endring av ikkje tidsriktige tradisjonar; «alle» reiser i jobben i dag
- opne for at avtalespesialist kan ha liten stillingsdel på eit lite sjukehus
- vie merksemd til studentane for rekruttering

Det kan vere behov for eit nasjonalt engasjement for å få på plass avtaler som stiller krav om ambulering. Behovet for ambulering av helsepersonell gjeld særleg for små lokalsjukehus, men er også i aukande grad nødvendig i sentrale strøk.

Status for ambulering ved Nordfjord sjukehus per mars 2013

Ambuleringsordningar er på plass for barnelege, hudlege, gynekologar, palliativt team frå kreftavdelinga, nevrolog, revmatolog, ortoped. Øyre-nase-hals er under avklaring. Det er etablert ambulering frå NSH til FSS for sjukepleiarar og jordmødrer. Det blir arbeidd for å få på plass fleire ambuleringsløysingar.

9 Telemedisin

Formålet med bruk av telemedisin er å bidra til at pasientane får raskare og betre koordinert utgreiing og behandling.

Utviklingsprosjektet vil bidra til at telemedisin i større grad blir tatt i bruk i pasientbehandlinga i Nordfjordregionen, og har derfor sett i gang eit innføringsarbeid (jf. vedlegg 24). I samband med dette blei Senter for telemedisin i Tromsø (NST) konsultert.

Telemedisinske løysingar vil kunne vere eit nyttig verktøy i samhandlinga internt i kommunane i Nordfjord, mellom spesialisthelsetenesta og kommunane og innan spesialisthelsetenesta; i første rekke mellom Nordfjord sjukehus og Førde sentralsjukehus.

På bakgrunn av innspel frå arbeidsgrupper og utgreiingar i regi av utviklingsprosjektet²¹, blir arbeidet med å ta i bruk telemedisinsløysingar knytt opp til følgjande område:

²⁰ Temaet har vore til drøfting i referansegruppa til utviklingsprosjektet.

²¹ Arbeidsgruppene i utviklingsprosjektet har hatt i mandat å vurdere korleis teknologi/IKT (telemedisin) kan bidra til gode tenester til pasientane og vidareutvikling av samhandling/samarbeid og undervisning. Dei blei bedne om å ta stilling til følgjande spørsmål:

- Kva type utstyr vil det vere behov for, til kva føremål (kommunikasjon, informasjonsutveksling, kompetanseutvikling, behandling)?
- Kor skal utstyret vere lokalisert?
- Korleis skal ansvarsforhold/drift organiserast?
- Kva nye investeringar/endringar vil forslaget medføre?
- Kva meirverdi meiner gruppa forslaget vil gi?

- Skadepoliklinikk
- Eldremedisin – tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske behandlingsbehov
- Rehabilitering
- Sårpoliklinikk (del av hudpoliklinikk)

Det blir også arbeidd med å ta i bruk telemedisinløyningar i samband med undervisning og rettleiing frå NPS/NSH til sjukeheimane i Nordfjordkommunane.

Ønska gevinstar ved å ta i bruk telemedisin er å:

- Sikre tilgang til spesialisert kompetanse
- Effektivisere behandlarane sin kvardag og sikre rett ressursbruk til rett tid
- Hindre unødige innleggingar ved rask avklaring av behov for utgreiing og behandling i akutte tilfelle (fastlege/legevakt – sjukeheim – spesialisthelsetenesta)
- Samhandling som styrker koordinert behandling av pasientar som treng langsiktig oppfølging
- Samarbeid om utskrivingsprosessar og oppfølging etter utskrivning
- Effektiv opplæring og undervisning frå spesialisthelsetenesta og internt i spesialisthelsetenesta
- Utvikle ein framtidretta samhandlingsmodell som kan nyttast andre stader

Innføringa av telemedisin ved Nordfjord sjukehus blir handtert av Helse Førde og knytt opp til anna relevant arbeid med telemedisinløyningar i føretaket og i fylket, særleg til den planlagde fase 2 av «Forprosjekt Telemedisin Sogn og Fjordane fase 1».

Det er mange utfordringar knytt til vellukka innføring av telemedisinske løyningar. Utviklingsprosjektet har henta inn råd frå Senter for telemedisin i Tromsø (NST), som har erfaringar frå ei lang rekke ulike prosjekt for innføring av telemedisin. Utfordringane er ofte knytt til dei organisatoriske sidene ved implementeringa, og NST blei bedt om å oppsummere erfaringane sine: kva skal til for vellukka iverksetting – kva fremmar og kva hemmar innføring og ibruktaking av telemedisin? Ei kort oppsummering av kunnskapsstatus er å finne i vedlegg 24.

Nokre hovudpunkt som NST legg vekt på for å lukkast med å ta i bruk telemedisin er:

- Forankring og eigarskap blant alle dei involverte partane: Bygge opp/vareta entusiasme ved m.a. å vise at bruk av telemedisin gir meirverdi knytt til konkrete oppgåver for alle involverte
- Bygge opp solide organisatoriske løyningar: Innføring av telemedisin handlar i stor grad om å tilpasse organisering og nye oppgåver. Dette inneber at det må jobbast med å «skreddarsy» tekniske løysningar slik at dei er tilpassa dei organisasjonane dei skal fungere i. Det er behov for å utvikle prosedyrar, rutinar og planar for opplæring.
- Etablere driftsstøtte slik at alle involverte kan stole på at den tekniske løysinga til ein kvar tid fungerer

Status for innføringsarbeidet per mars 2013

Helse Førde HF har etablert eit fylkesdekkande prosjekt med eigen prosjektleiar for å iversette planane om bruk av telemedisin. Arbeidet vil starte med å etablere telemedisin knytt til prioriterte område (hud, akutttenester mv) i samarbeid mellom Nordfjord sjukehus, kommunane i Nordfjord og Førde sentralsjukehus.

10 Stadleg leiing

Spørsmålet om stadleg leiing eller ikkje ved eit lokalsjukehus har ofte vekt mediainteresse og lokalpolitisk interesse i kommunane rundt lokalsjukehuset. Det har også vore tilfellet for Nordfjord sjukehus. Utviklingsprosjektet har gjort eit kartleggingsarbeid av ulike leiingsmodellar ved lokalsjukehus, som belyser sterke og svake sider ved ulike modellar, og problemstillingar rundt val av modell (jf. vedlegg 19).

Kartlegginga er gjort ved bruk av utvalde føretak sine heimesider og intervju med nøkkelpersonar ved dei same føretaka. I tillegg er det gjennomført eit dagseminar med representantar frå dei ulike føretaka og ressursar innan forskning på området.

Kartlegginga viser at ulike helseføretak har valt ulike leiingsmodellar. Ytterpunkta kan beskrivast som:

- tverrgående klinikkorganisering, dvs. når ein på tvers av dei ulike institusjonane organiserer dei medisinske disiplinane innanfor eit helseføretak i felles einingar med sentral leiing for kvar disiplin
- organisasjonsstruktur med stadleg leiing, dvs. når ein har ein overordna stadleg leiar ved helseføretaket sine ulike sjukehus. Leiarane for sjukehusa sine ulike avdelingar rapporterer til den stadlege leiaren

Mange av dei kartlagde helseføretaka har leiings- og organisasjonsmodellar som verken er reindyrka organisasjonsstruktur med stadleg leiing eller klinikkorganisering, men har element frå begge modellane. Ut frå kartlegginga kan ein beskrive fire hovudtypar av modellar med ulike styrkar og svakheiter:

Figur 20: Hovudtypar av leiingsmodellar



Det er mange faktorar ein må ta omsyn til ved val av modell, til dømes:

- Den politiske dimensjonen - relasjon med kommunane
- Er relasjonen med kommunane meir eller mindre fungerande?
- Historie og kulturtilhøve

- Korleis har det vore før, kva har fungert?
- Økonomisk situasjon i føretaket
- Er det til dømes behov for større økonomiske innstrammingar?
- Behov for endringar i høve funksjonsfordeling
- Er det behov for å endre på kven som gjer kva, kor i føretaket?
- Storleik
- Er det eit mindre eller større helseføretak, mange små sjukehus eller større sjukehus?

Det finst ikkje ei løysing som dekkjer alle behov. Det er likevel brei semje om at ein må ha eit bevisst forhold til kva løysing som blir vald, kva konsekvensar dette medfører og korleis ein kan kompensere for svakheiter og utfordringar.

Utviklingsprosjektet tar ikkje stilling til kva for leiingsmodell Helse Førde eller andre føretak skal velje, og kartlegginga har ikkje konkrete forslag til løysing for Nordfjord sjukehus. Det blir likevel peikt på nokre vesentlege moment ved val av leiingsmodell:

- Velje løysingar med bakgrunn i kva utfordringar ein står ovanfor og kva moglegheiter ein ser i høve personkabalar, lokale omsyn med meir
- Sikre den faglege utviklinga av lokalsjukehuset ved tett integrasjon mellom dei kliniske miljøa i føretaket
- Legge til rette for at Nordfjord sjukehus framleis utviklar seg som framtidens lokalsjukehus med nasjonal merksemd, ei utvikling som må skje i nær dialog med kommunane
- For å sikre det planlagde og nære samarbeidet om pasientbehandling, felles bruk av areal og felles bruk av personell, må framtidens lokalsjukehus utviklast vidare og drivast i nært samarbeid med kommunane i opptaksområdet. Leiingsmodellen for Nordfjord sjukehus må understøtte denne samhandlinga.

Status i Helse Førde per mars 2013

Helse Førde har klinikkorganisering, og vil ha funksjon som koordinator på lokalsjukehusa for å sikre god kommunikasjon og samordning av tenesteytinga og det utadretta samarbeidet lokalt.

11 Samarbeid over regionsgrenser – grenseproblematikk

I kapittel 5.1 blir det gjort greie for regionaliseringsprinsippet som er grunnlaget for likeverdige spesialisthelsetenester i heile landet. Dei regionale helseføretaka har ansvaret for å sørge for spesialisthelsetenester til befolkninga i eigen helseregion²². Helse Vest RHF varetar sørgje for-ansvaret gjennom eigne helseføretak og gjennom kjøp av helsetenester frå private.

I grenseområdet mellom regionane kan regionaliseringsprinsippet bli utfordra fordi avstanden til sjukehus i naboregionen kan vere kortare enn i eigen region. Utviklinga innanfor samferdsel med bygging av bruer og tunnellar, vil kunne gi endringar i reisemønster og reisetid. Også endringar i funksjonane til sjukehusa i grenseområda, vil kunne påverke bruken av sjukehusa og endre pasientstraumane.

²² Jf. spesialisthelsetenestelova § 2-1 a.

I Nordfjordregionen ser ein at nytt vegsamband har skapt ny debatt om helsetenestene i grenseområdet mellom regionane (jf. òg tabell 1 om reisetid). Etter at Kvivsvegen opna hausten 2012 har reiseavstanden frå *delar* av Nordfjordregionen, dvs. frå Hornindal og delar av Stryn, blitt kortare til Volda sjukehus som ligg i Helse Midt-Noreg, enn til Nordfjord sjukehus og Førde sentralsjukehus. Saman med endringane i funksjonane ved Nordfjord sjukehus, dvs. nedlegginga av den ortopediske kirurgiske verksemda og fødetilbodet, inneber dette at pasientane i større grad enn tidlegare kryssar regionsgrensen. Dette blir vist i kap. 3.3.4 om endringar i pasientstraumane ut av regionen til Volda sjukehus.

Utviklingsprosjektet har merka seg at det i det offentlege ordskiftet i Nordfjord blir argumentert for at pasientane/Nordfjordkommunane må orientere seg mot Volda sjukehus. Desse synspunkta har fått ny dynamikk ved at det er danna ein ny sjukehusaksjon for Volda sjukehus der personar og fastlegar frå Nordfjord tar del.

Utviklingsprosjektet sitt oppdrag er å forme eit robust og framtidsretta Nordfjord sjukehus. Utviklingsprosjektet legg òg til grunn at diskusjonane om endra regiongrenser, og om folket i Nordfjord som hovudprinsipp skal nytte spesialisthelsetenestetilboda i Helse Midt RHF, er politiske av natur. Endringane i føretakslova med verknad frå 1. januar 2013 viser òg at endring av sjukehusstruktur og talet på helseføretak skal vere eit resultat av politisk styring.

Utviklingsprosjektet har likevel funne det naturleg å omtale nokre av elementa i denne diskusjonen som ei klårgjering.

11.1 Elektiv behandling – fritt sjukehusval

Når det gjeld elektiv/planlagd behandling gir pasient- og brukarrettighetslova pasientane rett til å velje det sjukehuset dei ønsker å bli behandla ved. For ein god del planlagd sjukehusbehandling er det uproblematisk å krysse regionsgrensene. Ordninga med fritt sjukehusval legg til rette for slik bruk.

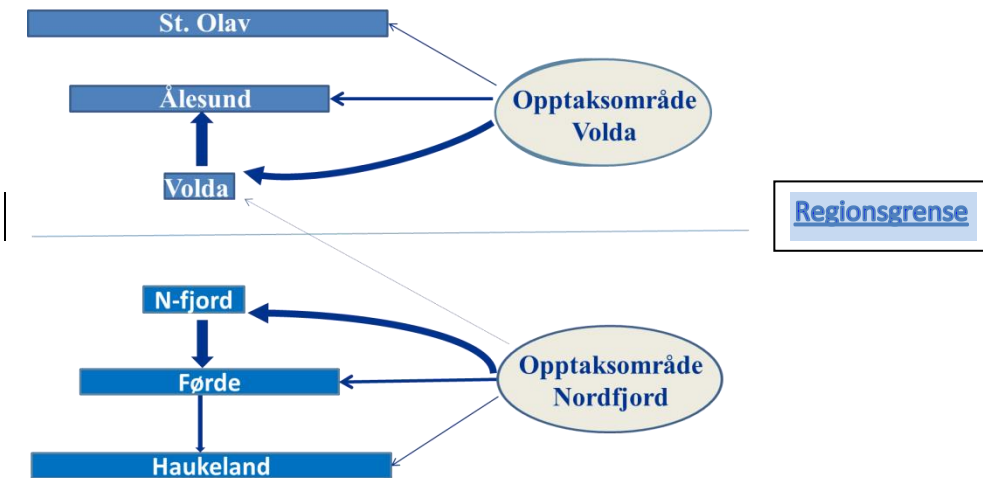
Sjukehusa må som hovudregel ta imot alle pasientar som vel seg til sjukehuset, uavhengig av bustad (region). Sjukehusa kan likevel avvise fritt sjukehusval-pasientar frå andre regionar dersom dei må prioritere rettighetspasientar frå eigen region (pasientar med rett til prioritert helsehjelp)²³. Det er ein liten del av pasientane som nyttar seg av ordninga med fritt sjukehusval.

Ved planlagd behandling er det viktig for kvaliteten på tilbodet at ein så langt det er råd, kan standardisere pasientforløpa både for alvorlege og mindre alvorlege tilstandar, spesielt for dei med kronisk sjukdom og for eldre med mange og samansette behov. Dette skjer lettast innanfor same organisasjonsstrukturen. Volda sjukehus vil i stor grad måtte støtte seg til Ålesund sjukehus og til St. Olavs hospital i Trondheim for pasientar som treng breiare tilbod. Pasientar frå Nordfjord har den tilsvarande behandlingkjeda til Førde sentralsjukehus og Haukeland universitetssjukehus. Pasientstraumanalysane (kap. 3.3) viser at pasientstraumane i all hovudsak følgjer desse kjedene.

²³ Jf. www.sykehusvalg.no/Rettigheter

Figur 21: Behandlingskjeda – regionaliseringsprinsippet

17



Når pasientane skal nytte seg av fritt sjukehusval, er det vesentleg å vere klar over at både Volda sjukehus og Nordfjord sjukehus er små lokalsjukehus med eit avgrensa pasienttilbod. Førde sentralsjukehus har eit breiare og meir spesialisert pasienttilbod.

Utviklingsprosjektet gjennomførte ei kartlegging av tenestetilbodet ved Nordfjord sjukehus, Førde sentralsjukehus og Volda sjukehus per januar 2012 (jf. vedlegg 7). Etter dette har utviklingsprosjektet lagt opp til eit breiare poliklinisk tilbod ved Nordfjord sjukehus. Med dei polikliniske tilboda som styret i Helse Førde no har vedtatt at skal etablerast ved Nordfjord sjukehus, får Nordfjordbefolkninga eit breiare poliklinisk tilbod der enn ved sjukehuset i Volda. Det er bare innanfor spesialitetane urologi og hematologi at Volda sjukehus framleis vil ha eit poliklinisk tilbod som ikkje er planlagt i Nordfjord. Ingen av desse sjukehusa kan i breidde samanlikne seg med Førde sentralsjukehus.

11.2 Betalingsordningar ved fritt sjukehusval

Det er høgare eigendel for reisa frå heimen til sjukehuset når ein nyttar seg av fritt sjukehusval²⁴. Når det næraste lokalsjukehuset ligg i naboregionen, er dette uheldig. Det er i gang eit samarbeid mellom helseregionene for å kome fram til meir fleksible løysingar som også varetar likebehandling. Prinsippet må vere at pasientar som vel det næraste lokalsjukehuset, men kryssar ei regionsgrense, skal betale lågaste eigendel for reisa. Dette er ei praktisk tilpassing som Helse Førde kan innføre på same måte som t.d. Helse Stavanger har gjort for Sokndal og Lund når det gjeld bruk av Flekkefjord sjukehus som ligg i Helse Sør-Øst.

Når det gjeld betalinga for sjukehusopphaldet er det etablert ei ordning for økonomisk oppgjær mellom helseregionene. Ordninga har fungert gjennom mange år. Det blir betalt gjestepasientoppgjær som gir økonomisk kompensasjon for behandling av pasientar som kryssar regionsgrensene. Oppgjærordninga, som inneber 80 prosent ISF-refusjon²⁵, vil i gitte situasjonar kunne fungere som eit insitament til å hente pasientar frå andre helseregioner.

²⁴ Størrelsen på eigendelen blir fastsett kvart år av Stortinget. Eigendelen er no 400 kr for kvar reise ved fritt sjukehusval, og elles 133 kr.

²⁵ ISF står for innsatsstyrt finansiering. Til grunn for berekning av ISF-refusjon ligg DRG-systemet. DRG står for Diagnose Relaterte Grupper, og er eit diagnoseklassifiseringssystem.

Situasjonen med pasientstraumar over regionsgrensene opnar for strategisk spel både frå legar i sjukehusa og fastlegar og frå det politiske systemet.

11.3 Akuttbehandling – traumesystem for å sikre trygge tenester

Retten til fritt sjukehusval gjeld ikkje i akutte situasjonar²⁶.

For dei alvorleg skadde pasientane er det bygd opp eit såkalla traumesystem²⁷ i kvar region for å sikre eit trygt akuttilbod (jf. også kap. 6). Dette bygger på ei samanhengande teneste frå dei prehospitale tenestene (ambulansar, luftambulanse) til ei avklart arbeidsdeling og ein definert pasientflyt mellom sjukehusa i regionen, der lokalsjukehus, sentralsjukehus og universitets-/regionssjukehus samla dekkjer dei ulike behova til pasientane. For innbyggjarane i Nordfjord består denne kjeda av Nordfjord sjukehus, Førde sentralsjukehus og Haukeland universitetssjukehus, mens sjukehusa i Volda, Ålesund og St. Olav varetar dette for Voldaregionen.

Traumesystemet er innarbeidd gjennom mange år, og velkjend for både fastlegane, ambulansetenesta og innbyggjarane. Eit innarbeidd system med avklart arbeidsdeling og tydelege ansvarsforhold, der den enkelte helsearbeidaren veit korleis han skal handle, er ein viktig føresetnad for å oppnå trygge og gode tenester til pasienten. Dette er særleg viktig i akutte situasjonar, kanskje viktigare for pasienten enn om han må ligge nokre ekstra minutt i ambulansen.

Å avvike frå traumesystemet vil innebære ein risiko for pasienttryggleiken. Oppdeling av systemet vil kunne gi grunnlag for misforståingar og representere ein betydeleg risiko for innbyggjarane, og det vil vere svært krevjande å redusere denne risikoen. Uklare ansvarsforhold er kanskje den største faren for pasienttryggleiken.

Utviklingsprosjektet²⁸ tilrår ikkje å avvike frå traumesystemet som er bygd opp innanfor kvar region, når det gjeld behandlinga av pasientar med alvorlege skadar/traume («raud respons»). 22. juli kommisjonen peikte på at helsetenesta fungerte godt. Iverksetting av traumeplanen i Helse Sør-Øst RHF og ein velfungerande katastrofeberedskap ved Oslo universitetssjukehus sikra dette.

I andre akutt-tilfelle må det gjerast ei medisinsk-fagleg vurdering når det gjeld hastegrad og avstand til næraste sjukehus med eit relevante tilbod. I vurderinga må omsynet til kvalitet og pasienttryggleik vegast opp mot omsynet til avstand/nærleik.

11.4 Tilgang til pasientjournal

Det er IKT-messige og klare juridiske avgrensingar som gjer det problematisk å få tilgang til pasientinformasjon og pasientjournal på tvers av regionsgrensene. Helse Midt-Noreg har i

²⁶ www.regjeringen.no/pages/38086147/horeingsnotat-atg1.pdf

²⁷ I sak 109/08 til styret i Helse Vest RHF 05.11.08 blir traumesystem definert som ein organisert plan for behandling av akutt skadde pasientar i ein definert region eller populasjon. Alvorleg skadd pasient er ein person som har pådratt seg openbart alvorlege skadar og/eller er sirkulatorisk /respiratorisk ustabil og/eller har vore utsett for høenergetisk traume. Med openbart alvorleg skade meiner ein store blødningar eller knusningar, dislokerte bekkenbrot eller brot i lange røyrknoklar, ustabil brystkasse, stikk- og skotskadar ovanfor olboge og kne samt store brannskadar.

²⁸ Saka er drøfta både i styringsgruppa og referansegruppa for utviklingsprosjektet.

tillegg andre pasientjournaløysingar enn dei andre helseregionane. Manglande informasjon om tilstanden til ein pasient vil vere særleg uheldig for tryggleiken til pasienten i ein øyeblikkeleg hjelp-situasjon.

Ved planlagd behandling er det tid til å innhente informasjon på førehand slik at utfordringa blir redusert. For pasientar med komplekse sjukdommar og samansette lidingar/mange diagnosar kan det likevel vere problematisk å oppnå ei føreseieleg og heilskapeleg pasientløype. Desse pasientane er ofte storbrukarar av sjukehustenester (jf. kap. 3.3.5). Vi veit og at kvar tilvising genererer 3-4 kontaktar med spesialisthelsetenesta. Informasjonsbarrieren mellom regionane inneber at sjukehuset i naboregionen ikkje har tilgang til heile sjukdomshistorikken, og vil kunne mangle vesentleg informasjon for å gi ei god oppfølging. Ein kan stille spørsmålsteikn ved om det er tenleg å bygge opp pasientjournal og kliniske kjennskap til pasienten på fleire stader. Innanfor den same helseregionen har ein lett tilgang på informasjon, bilde og undersøkingar frå tidlegare opphald til ein pasient.

Hausten 2013 skal «kjernejournal»²⁹ prøves ut i nokre geografiske område. Nasjonal kjernejournal er ei løysing som inneber at viktige, men avgrensa helseopplysningar blir gjort tilgjengelege for behandlarane. Når løysinga på sikt får nasjonal dekning, vil det gi betre, men framleis avgrensa tilgang på pasientinformasjon.

«Éin innbyggjar, éin journal» jf. Meld. St. 9 (2012-2013), tar sikte på at alle pasientopplysningar om kvar innbyggjar blir tilgjengeleg ein stad, regulert med streng tilgangskontroll. Dette er eit stort nasjonalt løft, og realiseringa ligg mange år fram i tid.

11.5 Samhandling mellom lokalsjukehus og heimkommunen

Samhandlingsreforma legg grunnlaget for eit langt tettare samarbeid mellom kommunane og helseføretaka. Ved utstrakt bruk av lokalsjukehusa på begge sider av regionsgrensa vil det for fleire kommunar vere nødvendig å inngå avtaler med to helseføretak. Dette gir ikkje berre auka byråkrati, men kompliserer også den kontinuerlege faglege dialogen om tilbodet til kvar enkelt pasient.

Sjukehusa og primærhelsetenesta i same region har innarbeidde rutinar for å samarbeide med kvarandre, inkludert å leggje plan for både sjukehusopphaldet og rehabiliteringa etterpå. Det ligg mykje tryggleik i å møte eit helsetenestetilbod som er godt kjend med den tidlige sjukehistoria til pasienten, og som har erfaring med å samarbeide med dei aktørane som vil vere nødvendige som ledd i det samla tilbodet til pasienten. Denne tryggleiken vil i mange situasjonar vere langt viktigare enn redusert reiseavstand.

11.6 Brukarmedverknad – den informerte pasient gjer informerte val

Når pasientane skal nytte seg av retten til fritt sjukehusval ved planlagd behandling, er det viktig at pasienten har tilstrekkeleg informasjon som grunnlag for å velje. Fastlegane, som oftast møter pasienten i valsituasjonen, har eit viktig ansvar for å gi balansert informasjon om både fordeler og ulemper som følgjer av å velje eit sjukehusstilbod som inneber å krysse regionsgrensa, jf. utgreiinga ovanfor. Råda som pasientane får, må vere medisinsk-faglege (jf. òg kap. 4.3).

²⁹ www.helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/Sider/default.aspx

Ein grunnleggande føresetnad for at pasientane skal velje lokalsjukehusstilbodet i eigen region, er at tilbodet svarar til behovet for dei store pasientgruppene, og at helseføretaket sørgjer for at tilbodet er kjent og blir opplevd som kvalitativt godt. Helseføretaket må gjere ein aktiv innsats for å spreie balansert og pedagogisk informasjon om tilboda ved sjukehuset og korleis systema bidrar til å vareta pasienttryggleiken. Dette er ein kontinuerleg oppgåve som er vesentleg for å bygge tillit i befolkninga.

11.7 Berekraftige lokalsjukehus med lite pasientgrunnlag

Tilboda ved sjukehusa er i utgangspunktet dimensjonert og bemanna for størrelsen på opptaksområdet. Volda sjukehus har eit relativt lite pasientgrunnlag (om lag 44 000 innbyggjarar), og Nordfjord sjukehus har eit enda mindre (om lag 28 000, jf. kap. 3.3.1).

Med dei nye tilboda som er planlagde ved Nordfjord sjukehus vil det vere eit minst like breitt poliklinisk tilbod her som ved Volda sjukehus. Men Volda sjukehus vil ha eit ortopedisk døgnbehandlingstilbod og eit meir avgrensa kirurgisk tilbod (måndag til fredag). Både Volda sjukehus og Nordfjord sjukehus er små lokalsjukehus med færre funksjonar og mindre spesialisert kompetanse enn Førde sentralsjukehus.

Dersom ein flytter deler av den planlagde verksemda ved Nordfjord sjukehus til Volda sjukehus, vil det redusere eit i utgangspunktet lite pasientgrunnlag. Dette vil gå ut over allereie små og sårbare fagmiljø og svekke tilbodet ved Nordfjord sjukehus. Sjukehuset vil bli mindre berekraftig for framtidig drift.

Ved stor auke i pasientstraumane til Volda sjukehus vil kapasiteten der både for bemanning og bygningar, bli utfordra.

11.8 Samarbeid over regionsgrensene

Dersom regionaliseringsprinsippet skal fråvikast representere det både strategiske og faglege utfordringar, og helseføretaka må inngå avtaler for å avklare ansvar, arbeidsdeling og pasientforløp.

Det er inngått ei intensjonsavtale mellom Helse Midt-Noreg RHF og Helse Vest RHF for å leggje til rette for ei overordna ramme for eit samarbeid mellom regionane som bidrar til eit heilskapleg og kvalitativt godt og trygt spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga i grenseområdet mellom regionane.

Det er avklart at det skal vere eit samarbeid mellom Helse Førde HF og Helse Møre og Romsdal HF om fødetilbodet. Det er etablert faglege rutinar og modell for korleis samhandlinga mellom sjukehusa skal skje. Selekterte lavrisiko-fødane som ønsker det, kan føde ved Volda sjukehus. Ved fare for komplikasjonar under fødselen eller ved komorbiditet, skal fødselen skje ved Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus. Denne ordninga blei etablert etter ein prosess der kommunane i Nordfjord tok del.

Om det er behov for å inngå samarbeidsavtaler på andre fagområde, har vore til vurdering i utviklingsprosjektet. Det er ikkje konkludert med behov for formalisert samarbeid over regionsgrensa innan dei områda som er vurderte. Konklusjonane er baserte på omsyna som er peikte på i dette kapitlet.

11.9 Vidare arbeid – samarbeid eller grenseendring?

Ein kan seiast å stå overfor tre tilnærmingar:

- Halde fast på regionaliseringsprinsippet innanfor eksisterande regionsgrenser
- Etablere samarbeid og fleksible løysningar mellom helseregionane
- Endre helseregionsgrensene

Med bakgrunn i gjennomgangen i dette kapitlet, tilrår ikkje utviklingsprosjektet å fråvike regionaliseringsprinsippet ut over bruken av fritt sjukehusval. Ordninga med fritt sjukehusval bør bli meir fleksibel i grenseområda gjennom å innføre prinsippet om at pasientar som vel det næraste lokalsjukehuset, men kryssar ei regionsgrense, skal betale lågaste eigendel for reisa. I tillegg må ein sørge for at pasientane i vallsituasjonen får balansert informasjon om fordelar og ulemper ved å krysse regionsgrensa.

Ved unntak frå regionaliseringsprinsippet ut over bruken av fritt sjukehusval, må det gjerast eksplisitte avtaler om ansvarsdeling mellom helseføretaka. Denne løysinga blir tilrådd berre i unntakstilfelle.

Forholda som er peikt på i dette kapitlet reiser spørsmålet om flytting av regionsgrensene er eit betre alternativ enn å planlegge for delt ansvar.

Utviklingsprosjektet foreslår at dei regionale helseføretaka går saman om eit vidare arbeid rundt dette spørsmålet. Er det mogleg å etablere kriterium for å vurdere om ein skal velje grenseendring eller samarbeid basert på vurderingar av:

- Fysisk nærleik og kommunikasjon
- Historiske pasientstraumar og kommunanes eigne ønske (politiske prosessar)
- Robuste opptaksområde
- Pasienttryggleik og heilskapelege pasientforløp

Eit slikt arbeid kan inkludere ei konsekvensutgreiing for samarbeidsløysingar kontra grenseendring.

12 Erfaringar frå gjennomføringa av utviklingsprosjektet – organisatorisk læring

Erfaringane frå gjennomføringa av utviklingsprosjektet har gitt grunnlag for nokre refleksjonar som kan gi grunnlag for læring. Dette gjeld problemstillingar rundt medarbeidarskap og leiarskap undervegs i endringsprosessar (kap. 12.1), og det gjeld erfaringar frå samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta (kap. 12.2).

Erfaringane gir også grunnlag for nokre generelle betraktningar:

Utviklingsprosjektet har hatt mange interessentar og mange aktørar med sterkt engasjement (jf. kap. 2.3 og 3.1.3 og 3.1.4). Interessentane og aktørane har hatt ulik ståstad, ulike interesser og ulike erfaringar og arbeidsform. Utviklingsprosjektet har forsøkt å balansere

mellom dei ulike interessene. Det har i hovudsak vore konstruktivt og utviklande å bli utfordra av aktørar med andre innfallsvinklar og problemforståing.

Ein del forhold har det likevel vore til dels krevjande å møte på konstruktive måtar:

- Argumentasjon som ikkje skil mellom medisinsk-faglege vurderingar og politiske ytringar. Dette har vore forsøkt møtt gjennom å bygge på eit sakleg faktabasert kunnskapsgrunnlag i utviklinga av løysingane.
- Ei aksjons-linje med ei konfronterande form på innspel og ytringar. Dette har vore forsøkt møtt med openheit og informasjon.
- Urealistiske forventningar til kva som er mogleg å få til, spesielt med omsyn til å reversere eller endre tidlegare lovleg fatta vedtak. Dette har vore forsøkt møtt med sakleg faktabasert informasjon.
- Manglande forståing av kva det inneber å delta i ein prosess: at ein blir høyrte i ein arbeidsprosess/endringsprosess inneber ikkje nødvendigvis at ein får gjennomslag for sine synspunkt. Dette har også vore forsøkt møtt med openheit og informasjon.
- Spenning og motsetning mellom utviklingsprosjektet og Helse Førde sine omstillingsprosjekt. Det har vore krevjande å formidle at utviklingsprosjektet arbeider for å bygge opp nye tilbod ved sjukehuset, parallelt med omstilling/nedbemanning som blir opplevd negativt og truande.
- Manglande tiltru til at løysingane i utviklingsprosjektet vil bli implementert i Helse Førde. Dette har vore forsøkt møtt gjennom implementering og avsetting av midlar undervegs i prosjektperioden.

12.1 Medarbeidarskap og leiarskap

Som vist i kapittel 3.1 er det behov for endring og omstilling i helsetenestene for å møte utviklinga i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og medisinsk-fagleg utvikling. Behovet for å tilpasse tenestene vil vare ved, og det krev medarbeidarar og leiarar som er innstilte på kontinuerlege forbetnings- og endringsprosessar. Vellukka endringsprosessar krev eit godt samspel og god informasjonsflyt mellom medarbeidarar, tillitsvalde og leiing.

Medarbeidarskap

Omstillingane ved Nordfjord sjukehuset har vore vanskelege for mange tilsette. Dette er forståeleg fordi omstillingar inneber at stabile rutinar blir brotne opp, etablerte oppfatningar blir utfordra og framtida blir dermed ofte opplevd som utrygg. Ein kan oppleve å ikkje bli høyrte, at endringane går på tvers av eigne oppfatningar, og at ein opplever manglande arenaer der ein kan få gitt uttrykk for eige syn. Det vil vere ulike reaksjonar på omstillingar, alt frå motstand, sinne og frustrasjon til aktiv nyorientering. Ein kan velje å kjempe for å motarbeide omstillingane, søkje seg ut av organisasjonen, godta situasjonen eller bidra til omstillingane.

Det har vore krevjande å gjennomføre eit utviklingsprosjekt der ein skulle tenke langsiktig og bygge opp nye tilbod, samtidig som sjukehuset gjennomgjekk krevjande omstillingar. Ei utfordring har vore å kommunisere at dei vedtatte endringane skulle gjennomførast, og at dette var Helse Førde sitt ansvar, samtidig som utviklingsprosjektet hadde i oppdrag å sjå framover mot nye moglegheiter for sjukehuset. Utviklingsprosjektet hadde ingen rolle i omstillingane med bakgrunn i dei tidlegare vedtaka.

Innspel og tilbakemeldingar til utviklingsprosjektet frå medarbeidarar har delvis hatt preg av motstand mot dei vedtatte endringane og misnøye med prosessane rundt omstillingane, og eit ønske om å «rykke tilbake til start».

Usemjje om endringane har også kome til uttrykk gjennom ei «vi» og «dei» haldning innanfor helseføretaket: ein kultur som ser lokalsjukehuset og sentralsjukehuset som to åtskilde einingar som snarare arbeidar mot kvarandre, enn saman.

For oppdraget til utviklingsprosjektet har denne situasjonen vore utfordrande.

Utviklingsprosjektet har bygd på brei medverknad og open informasjon og kommunikasjon rundt prosessane i prosjektet, og på den måten søkt å legge til rette for godt medarbeidarskap³⁰. Medarbeidarskap handlar om korleis ein stillar seg til arbeidsoppgåvene, arbeidsgivar og kollegaer. Utviklinga av ein organisasjon som både møter behova til pasientane og forventningane til medarbeidarane, krev eit velfungerande medarbeidarskap der kvar enkelt medarbeidar ser seg sjølv som ein viktig og naturleg del av ein større heilskap.

Det er eit inntrykk at mange medarbeidarar no ser framover, mot dei nye moglegheitene for Nordfjord sjukehus i samarbeid med resten av helseføretaket. Dette er, saman med godt medarbeidarskap, ein nødvendig føresetnad for eit berekraftig lokalsjukehus.

Leiarskap

For å få til gode endringsprosessar blir det også stilt store krav til leiarskap. Det finst ingen fasit for korleis leiing skal utøvast for å lukkast, men det er likevel brei semje om at ein gjensidig, open dialog mellom medarbeidarar og leiarar på alle nivå er viktig. Det same gjeld brei involvering og deltaking og aktiv bruk av tillitsvalde-apparatet, der synspunkta frå medarbeidarane blir tatt på alvor.

At leiinga på alle nivå gir merksemd til utviklingsarbeid og hentar ut nyskapande idear frå medarbeidarane og andre aktørar, har stor verknad på gjennomføringsevna, og er viktig for å sikre godt medarbeidarskap. Merksemd frå leiinga inneber mellom anna at leiinga:

- er til stades og lyttar til medarbeidarane
- synleggjer endringsbehov og fokuserer på moglegheiter
- fokuserer på målsetting og dei resultata ein ønsker seg
- sørgjer for at godt, lokalt leiarskap kan utøvast – leiing som verkemiddel for endring
- legg til rette for utvikling av kompetanse
- sikrar reell medverknad og involvering
- aktivt støttar gode tiltak

At det er rom for forbetringar av leiarskapet ved endringsprosessar, blir uttrykt av Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre³¹ på denne måten: «Jeg tror omstilling er reglen – ikkje unntaket – for sykehusene. Men ingen omstilling er til for omstillingens skyld. Omstilling skal være gjennomtenkt, forankret og godt planlagt. Og skal ta de ansattes syn på alvor og sikre

³⁰ Utviklingsprosjektet skal iflg. mandatet sikre godt medarbeidarskap.

³¹ I tala til sjukehusa den 30.01.13: «Politiske mål og forventinger til spesialisthelsetjenesten»

medbestemmelse i tråd med avtaleverket. Omstillinger som ikke er gjennomgått, diskutert og forankret hos de ansatte, er motbakke. Det har vært mange slike.» Statsråden vil stille «tydeligere krav til godt samspill mellom ansatte og ledelse.»

I gjennomføringa av utviklingsprosjektet har leiingsforankring av prosjektarbeidet vore vesentleg. Det er eit særleg ansvar for leiinga å arbeide for å utvikle ei «vi»-haldning i føretaket, der det store sjukehuset i praksis er ei støtte for dei små sjukehusa. Støtta må gis på ein måte som dei små sjukehusa opplever positivt, ikkje som ein trussel.

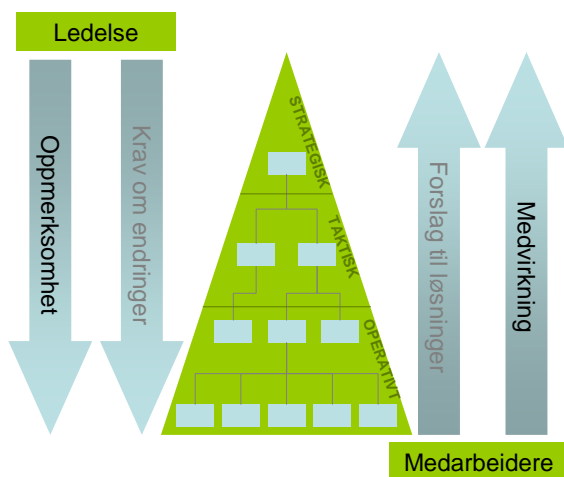
Ein føresetnad for å utøve godt leiarskap er konstruktive medarbeidarar. Medarbeidarar som over tid utfordrar leiinga med sterk, og til dels usakleg og personfokusert kritikk, gir ikkje rom for å utøve godt leiarskap.

Samspel – ein nødvendig føresetnad

Erfaringane frå gjennomføringa av prosjektet har vist tydeleg at ein heilt nødvendig føresetnad for å lukkast med å utvikle eit berekraftig lokalsjukehus for framtida, er at medarbeidarar og leiarar på alle nivå spelar på lag.

Samspelet mellom medverknad frå medarbeidarane og merksemd frå leiinga kan framstillast slik:

Figur 22: Forankring av endringsarbeid i leiinga og blant medarbeidarane



12.2 Samhandlinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta

Utviklingsprosjektet har involvert kommunane. Samstundes har kommunane og Helse Førde hatt eit intensivt arbeid for å implementere tiltak i samhandlingsreforma i denne perioden (jf. òg kap. 4). Omstillingsarbeidet til Helse Førde har også ført til endringar for kommunane. Samla har dette medført ei mengd ulike samhandlingsprosessar, som ikkje alltid har vore enkle å halde frå kvarandre.

Oppsummeringa av erfaringane frå samhandlinga med kommunane i utviklingsprosjektet viser at den direkte samhandlinga har fungert godt. Det har vore gjensidig respekt for kvarandre sine roller og oppgåver og fagkunnskap i arbeidet. Prosessane har vore strukturerte og ryddige, og det har vore ei open og ryddig utveksling av informasjon.

Tilbakemeldinga frå kommunane er at dei har nådd fram med innspela sine i utviklingsprosjektet.

Samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta i Nordfjordregionen, både i utviklingsprosjektet og i anna samarbeid, blir opplevd som velfungerande på grunn av god organisering og gode strukturar, noko som gir ryddige og klare kommunikasjonslinjer. Det er etablerte samarbeidsstrukturar både internt i kommunane, mellom kommunane i Nordfjordregionen, mellom kommunane og spesialisthelsetenesta og internt i spesialisthelsetenesta. Dette gjeld samhandlingsfora mellom fagmiljøa i kommunane og helseføretaket, og rådmannsgruppe og kommunalsjefgruppe i Nordfjordkommunane.

Organiseringa av samhandlinga og samarbeidsstrukturen gir eit godt grunnlag for å utvikle saumlause helsetenester til pasientane. Kommunane og helseføretaket har ein gjennomgåande representasjon i kvarandre sine utviklingsprosjekt. Dette har ført til eit godt oversyn og god kontinuitet i alle prosjekt på begge nivå.

Partane har vore gjensidig avhengige av kvarandre for å få god framdrift, og ein har truleg gitt kvarandre drahjelp. Kommunane i Nordfjord har i denne perioden kome langt i samordninga seg imellom for felles innsats i høve samhandlingsreforma. Både utviklingsprosjektet og samhandlingsreforma har ført Helse Førde og kommunane nærare kvarandre, og ulike kulturar og faglege perspektiv skal nærme seg kvarandre.

Ein skal vere likeverdige partar. Kommunane gir signal om at ein framleis ikkje alltid opplever at dette er tilfellet. Spesialisthelsetenesta kan arbeide enda meir med å sjå kommunane som likeverdige partar. Trass i godt samarbeid i prosessane i utviklingsprosjektet, er det framleis ei oppleving av at kommunane og spesialisthelsetenesta representerer to heilt ulike kulturar når det gjeld kompetanse, hierarki, organisasjonsforståing og -kunnskap.

I det konkrete arbeidet med å utvikle samarbeidsløysingar blir det opplevd som ein stor utfordring at politiske prosessar i kommunane ikkje går i takt med avgjersleprosessar i helseføretaket.

13 Bruk av prosjektmidlane

Føretaksprotokollen for Helse Vest RHF 28. april 2011 slår fast at utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus «...vil bli tilført 25 mill. kr årleg i tre år som særskilt tilskott til Helse Vest RHF. Midla skal i hovudsak nyttast til investeringar, kompetansehevande tiltak, evaluering og lokal administrasjon av prosjektet». Prosjekteigaren, Helse Vest, godkjenner bruken av midlane etter tilråding frå styringsgruppa til utviklingsprosjektet.

Utviklingsprosjektet har til saman fått 77,5 mill. kr i 2011, 2012 og 2013 (justert for kostnadsutviklinga). Den tilrådde bruken av midlane er tett knytt opp til utviklinga av tenestetilbodet til pasientane og til tiltak for å understøtte pasienttilboda, slik dei har blitt skisserte i denne rapporten. I tillegg har midlane dekt sekretariatsbistand, utgreiingsarbeid, prosjektleiing og følgjeforsking. Arbeidsinnsatsen til prosjektdeltakarar frå kommunane, Helse Førde og Helse Vest RHF (styringsgruppeleiar og delar av sekretariatet) har ikkje blitt belasta utviklingsprosjektet.

Løysingane som utviklingsprosjektet har kome fram til, er freista implementert undervegs i prosjektperioden. Utviklingsprosjektet har ikkje hatt eit sjølvstendig ansvar for å sette vedtaka ut i livet. Styringsgruppa for utviklingsprosjektet har tilrådd avsetning av midlar, og vedtaka om dette har vore samrøystes. Midlar til formåla har undervegs blitt overført frå prosjekteigar Helse Vest til Helse Førde for å understøtte implementeringa ved Nordfjord sjukehus.

Tabell 6: Bruk av prosjektmidlane

Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus		Kommentar
Prosjektmidlar	77 500 000	inkl. kostnadsjustering, jf. statsbudsjettet
Sekretariat, prosjektleiing		
Sekretariatsbistand og utgreiingar	5 116 100	tentativt per mars 2013, endeleg avrekning gjenstår
Prosjektleiing Helse Førde	1 000 000	2011-2013
Andre kostnader	400 000	tentativt; møter, workshop/seminar, møtegodtgjøring brukarar, fastlegar, eksterne bidragsytarar
	6 516 100	
Følgjeforskning		
Følgjeforskning prosjektleiar, forskningsadministrativ støtte	246 300	inkl. frikjøp prosjekt storbrukarar
Følgjeforskning, utgreiingar, påløpt	1 260 886	perioden 10.11.11 - 07.09.12, inkl. mva
Følgjeforskning 2013; prosjekt luftambulanse	500 000	vedtatt (sak 68/12)
	2 007 186	
Tiltak		
Ruseining	26 600 000	vedtatt (prosjektdirektiv + sak 12/12)
Styrking dialyseining og kreftpoliklinikk	2 500 000	vedtatt (sak 19/12)
Kompetansehevande tiltak nye oppgåver	1 000 000	vedtatt (sak 12/12)
God start-eining; kompetansestyrking + prosjektleiing	2 000 000	vedtatt (sak 28/12)
Skadepoliklinikk, etablering	1 000 000	vedtatt (sak 42/12)
Desentrale poliklinikkar, etablering + MTU	4 000 000	vedtatt (sak 43/12)
Legemiddelhandtering-prosjekt	1 500 000	vedtatt (sak 45/12)
Eldremedisinsk poliklinikk: etablering, kompetanseutvkl	1 000 000	vedtatt (sak 54/12)
Langvarige og koordinerte tenester: etablering, kompetans	1 000 000	vedtatt (sak 55/12)
Innføring av telemedisin: stillingsressurs, utstyr	1 500 000	vedtatt (sak 58/12)
Ombyggingsbehov, areal	6 200 000	vedtatt (sak 70/12)
Medisinsk-teknisk utstyr	5 400 000	vedtatt (sak 70/12)
Smittevernprosjekt	1 000 000	vedtatt (sak 73/12)
Kompetanseheving, jobbgilding	4 000 000	vedtatt (sak 04/13)
Kompetanseheving slagbehandling	1 000 000	vedtatt (sak 03/13)
Psykisk helsevern	2 000 000	vedtatt (sak 14/13)
Tilleggsbehov ombyggingar, MTU	4 000 000	vedtatt (sak 15/13)
Samhandlingsprosjekt/forskningsprosjekt	400 000	vedtatt (sak 25/13)
Informasjonsavis for innbyggjarane i Nordfjord	200 000	vedtatt (sak 30/13)
Bruk av restmidlar, til tiltak initiert av utviklingsprosjektet	2 600 000	vedtatt (sak 29/13)
	68 900 000	
Totalt	77 423 286	
Ufordelt	76 714	

14 Vedlegg

I parentes følger saksnummer og møtedato for handsaming i styringsgruppa. Alle vedlegga er å finne på www.framtidaskokalsjukehus.no.

14.1 Prosjektorganisering og - gjennomføring

1. Prosjektdirektiv Utviklingsprosjekt for Nordfjord sjukehus, Framtidas lokalsjukehus (sak 03/12, 03.02.12)
2. Oversikt over prosjektdeltakarar og arbeidsform
3. Kommunikasjonsplan (sak 13/12, 03.02.12, oppdatert i sak 25/12, 25.04.12 og 30/13 20.03.13)

14.2 Følgjeforskringsrapportar og andre kartleggingar

4. **Følgjeforskringsrapport:** Nordfjord Sjukehus – Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i kommunane rundt Nordfjorden (sak 41/12, 29.08.12)
5. **Følgjeforskringsrapport:** Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester i Nordfjord-området (sak 07/13, 30.01.13)
6. **Delutgreiing:** Analyse av pasientstraumar og forbruksratar i Nordfjordregionen. Bruk av somatiske spesialisthelsetenester i kommunane Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal, Stryn, Gloppen og Bremanger (sak 11/12, 03.02.12)
7. **Delutgreiing:** Tenestetilbodet ved NSH, FSS og Volda sjukehus (sak 11/12, 03.02.12)
8. **Delutgreiing:** Analyse av nøkkeltal for kommunane Selje, Vågsøy, Eid, Hornindal, Stryn, Gloppen og Bremanger
9. **Delutgreiing:** Løysingar andre stader (sak 23/12, 25.04.12)
10. **Saksframlegg:** Akutt, traume – «raude responsar» i Nordfjord (sak 17/13, 27. 02.13).

14.3 Arbeidsgrupperapportar

11. **Arbeidsgrupperapport:** Skadepoliklinikk for «Pasientar med behov for akutt/rask bistand i samband med mindre alvorlege skadar og hendingar» (sak 42/12, 29.08.12)
12. **Arbeidsgrupperapport:** Eldrepoliklinikk for «Eldre med samansette psykiske og fysiske utgreiings- og behandlingsbehov» (sak 54/12, 17.10.12)
13. **Arbeidsgrupperapport:** Tilbodet til «Pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester» (sak 55/12, 17.10.12)
14. **Arbeidsgrupperapport:** Framtidas lokalsjukehusstilbod for personar med rusmiddelrelaterte problem i Nordfjord (sak 09/12, 03.02.12)
15. **Arbeidsgrupperapport:** Vidareutvikling av psykisk helsevern – betre akutthjelp? (sak 14/13, 27.02.13)

14.4 Delutgreiingar og saksframlegg

Nokre av delutgreiingane fekk i hovudsak form av saksframlegg til styringsgruppa.

16. **Delutgreiing:** Dagkirurgi ved lokalsjukehus. Nasjonale og lokale perspektiv (sak 06/13, 30.01.13)
17. **Delutgreiing:** Anestesiberedskap ved lokalsjukehus. Nasjonale og lokale perspektiv (sak 18/13, 27.02.13)
18. **Delutgreiing:** Etablering av «God Start» i Nordfjord. Framtidige svangerskaps, følgjetenester og fødselsomsorg for Nordfjord (sak 28/12, 07.06.12)
19. **Delutgreiing:** Stadleg leiing (sak 71/12, 28.11.12)
20. **Saksframlegg** med vedlegg: Indremedisinske tenester – døgnbehandling (sak 03/13, 30.01.13)
21. **Saksframlegg** med vedlegg: Poliklinikk og dagbehandling ved med.avd. NSH (sak 56/12, 17.10.12)
22. **Saksframlegg** med vedlegg: Desentrale poliklinikkar (sak 43/12, 29.08.12)
23. **Saksframlegg:** Kompetanseutvikling og jobbgleding (sak 04/13, 30.01.13)
24. **Saksframlegg** med vedlegg: Innføring av telemedisinske løysingar (sak 58/12, 17.10.12)