

Sak til styringsgruppa for Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus

Frå: Styringsgruppeleiar og prosjektleiar

Møtedato: 30.01. 2013

Sak 03/13: Indremedisinske tenester – døgnbehandling

Forslag til vedtak:

1. Styringsgruppa sluttar seg til Helse Førde sin plan for ny medisinsk avdeling i føretaket og ved Nordfjord sjukehus.
2. Styringsgruppa legg til grunn at planen er i tråd med føringane i mandatet for utviklingsprosjektet og Nasjonal helse- og omsorgsplan.
3. Styringsgruppa vil peike på den grundige prosessen som er gjennomført når det gjeld slagbehandling i føretaket/Nordfjord sjukehus.
4. Styringsgruppa føreset eit samarbeide med kommunane om framtidige døgntenester (øyeblikkeleg hjelp og intermediære senger).
5. Det er avgjerande å sikre nødvendig kompetanse for å vareta døgntjenestene ved lokalsjukehuset. I sak om avsetting av midlar til kompetansestyrking (sak 04/13) er dei indremedisinske fagområda høgt prioriterte.
6. Sak om eventuelle tilleggsøyvingar til investeringar (MTU og ombyggingar) vil bli handsama i styringsgruppemøte i februar 2013.
7. Styringsgruppa set av 1 mill. kr til å styrke kompetansen knytt til slagbehandling og slagrehabilitering ved Nordfjord sjukehus, og til etablering av logopedtenester ved Nordfjord sjukehus i samarbeid med kommunane.

Bakgrunn

Mandat og rammer for utviklingsprosjektet

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. Prosjektdirektivet for utviklingsprosjektet oppsummerer rammene 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 og ha tilbod om ulike typar dagbehandling.

Dagens ortopediske tilbod blir nedlagt og fødeavdeling for regionen blir, etter opninga av Kvisvegen, ved fødeavdelinga på Volda sjukehus. Prosjektet vil vurdere og eventuelt understøtte føretaksoverskridande prosessar og løysingar der det er tenelege.»

Utviklingsprosjektet skal bygge på Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og skal m.a. vurdere «kva pasientretta aktivitet som kan bli organisert ved sjukehuset for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt.» Vidare skal prosjektet:

«kartlegge indremedisinsk øyeblikkeleg 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»

Framtidige medisinske tilbod ved Nordfjord sjukehus – tidlegare handsaming i styringsgruppa

Utviklingsprosjektet har gjennom sakene om skadepoliklinikk (sak 42/12) og om desentrale polikliniske tenester (sak 43/12) synleggjort korleis delar av pasienttilbodet ved Nordfjord sjukehus blir. Bilete av det framtidige tenestetilbodet blei utdjupa gjennom sakene om tenester til eldre med samansette lidingar (sak 54/12), til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester (sak 55/12) og poliklinikk og dagbehandling ved Medisinsk avdeling, Nordfjord sjukehus (sak 56/12).

Dei polikliniske tenestene og dagbehandlinga som blir knytt til Medisinsk avdeling ved Nordfjord sjukehus omfattar følgjande område (jf. sak 56/12).:

Poliklinikkar:

1. Gastroenterologi (mage-tarmsjukdommar, inkl. «kikkert»-undersøkingar av mage-tarm). Tilbodet blir vidareført og auka.
2. Kardiologisk poliklinikk. Tilbodet blir vidareført og styrka.
3. Diabetespoliklinikk ved sjukepleiar. Tilbodet blir vidareført og styrka.
4. «Eldre-poliklinikk» for samansette geriatriske problemstillingar. Det blir etablert eit nytt tilbod med tverrfagleg poliklinikk med ressursar frå Nordfjord psykiatrisenter og medisinsk avdeling NSH.
5. Slagpoliklinikk. Tilbodet blir vidareført og kompetansen styrka.

Dagbehandling:

1. Medikamentell kreftbehandling. Tilbodet blir vidareført og styrka.
2. Dialysetilbodet skal vidareførast og styrkast.
3. Hjerterehabilitering. Det blir etablert eit nytt tilbod.
4. KOLS-skule blir etablert som nytt tilbod.

Følgjeforskinga til utviklingsprosjektet

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. Kartlegging av forbruk og pasientstraumar m.a. for indremedisinsk ø-hjelp blei lagt fram for styringsgruppa i august (sak 41/12). Kva for pasientretta aktivitet som blir lagt til Nordfjord sjukehus, byggjer m.a. på denne kartlegginga.

Tala, som er frå 2010, viser at om lag 130 nordfjordingar med behov for akutt hjelp blei lagt inn i sjukehus per 1000 innbyggjarar. Åtte prosent av desse hadde behov for kirurgi/operasjon, mens om lag 70 prosent hadde behov for indremedisinsk akuttbehandling eller annan nødvendig observasjon i sjukehus.

Pasientstraumanalysane viser at kommunane nord for fjorden brukar NSH som sitt lokalsjukehus, men samla dekker NSH under halvparten av døgnforbruket for desse kommunane. Bremanger og Gloppen brukar FSS som hovudsjukehus 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.

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 liggjedøgna i sjukehusa. Dette 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.

Framtidige medisinske tilbod ved Nordfjord sjukehus – døgnbehandling

Medisinsk avdeling ved Helse Førde HF har i samband med omstillingsarbeidet «Helse Førde 2020» planlagt innhald og dimensjonering av dei indremedisinske sengepostane ved lokalsjukehusa. Det har vore arbeidd med kvalitetsutvikling innan dei medisinske fagområda. Ei breitt samansett prosjektgruppe frå alle aktuelle fagområde/avdelingar, praksiskonsulentar, tillitsvalde og brukar har lagt fram plan for «ny medisinsk avdeling» som skildrar korleis ein skal arbeide med dei medisinske fagområda i Helse Førde. Plan for ny medisinsk avdeling har vore lagt fram til orientering for styret i Helse Førde 30.08.2012.

Vedlegg 1 til denne saka (notat om medisinsk sengepost, NSH) oppsummerer kva for pasientgrupper som vil få døgnbehandling ved Nordfjord sjukehus, i tråd med denne planen.

Som følge av tidlegare vedtak er sengetalet ved den medisinske sengeposten på Nordfjord sjukehus frå 01.10.12 redusert med 5 senger til 18 senger. Overvakingsplassane vart integrert i sengeposten frå hausten 2012. Det er mål om at sengetalet skal reduserast til 15 senger i samband med iverksetting av samhandlingsreforma, og etablering av intermedieære kommunale tilbod.

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

- Hjartesyjukdommar
- Infeksjonar
- Lungesyjukdommar
- Mage-tarmsjukdommar
- Blodsyjukdommar
- Geriatri/eldremedisin; akutt funksjonssvikt hos eldre
- Palliasjon
- Akutte lette til moderate forgiftingar
- Akutt slagbehandling

I vedlegg 1 blir kvar pasientgruppe nærare omtalt. Her blir det gjort nærare greie for den akuttmedisinske funksjonen, hjarteinfarkt- og hjerneslagbehandlinga:

Indremedisinsk akutfunksjon ved Nordfjord sjukehus

På Nordfjord sjukehus skal det vere indremedisinsk akutfunksjon også i framtida, jf. mandatet for utviklingsprosjektet.

I Helse Førde er det lagt nye, felles retningslinjer for behandling av akutt sjuke pasientar, Retningslinjene gjeld for alle dei medisinske avdelingane i føretaket, og skal sikre at kvar pasient så raskt som mogleg får hjelp som dekker behandlingsbehovet. Dei pasientane som treng meir avansert behandling enn det som er tilgjengeleg ved Nordfjord sjukehus, skal i størst mogleg grad sendas direkte til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus.

For å understøtte den indremedisinske akuttberedskapen, er det i tråd med overordna føringar etablert ein kontinuerleg vaktordning med anestesilege og spesialsjukepleiar med utdanning i anestesi eller intensivmedisin. Helse Vest har vurdert at denne organiseringa av anestesiberedskapen varetek intensjonane i føretaksmøtet i Helse Vest 28.04.11, og også er i samsvar med krava stilt av Helse- og omsorgskomiteen (Innst. 422 S (2010-2011)), jf. også brev frå Helse- og omsorgsdepartementet datert 03.10.2012.

Hjarteinfarktbehandling

Det er ikkje planlagt endringar i lokalsjukehusa sine funksjonar i høve handsaming av hjarteinfarkt. Det skal vere handsaming av non-STEMI hjarteinfarkt ved Nordfjord sjukehus. Avdelinga har høve til å handsame hjarteinfarkt, til overvaking av hjerterytme, ikkje-invasiv ventilasjonsstøtte og enkelte infusjonar. Om nødvendig kan pasientar leggest på respirator ved akutt lungesvikt og ein kan stabilisere før vidare transport.

Ein planlegg oppstart av tilbod om hjarterehabilitering frå hausten 2013. Dette er tenkt som dagbehandling.

Hjerneslagbehandling

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 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
- 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

Proessen for utarbeiding av plan for hjerneslagbehandling i Helse Førde

Planen for diagnostikk og behandling ved hjerneslag i Helse Førde 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 sentralsjukehus. Avdeling for akuttmedisin, avdeling for nevrologi og rehabilitering og medisinsk avdeling har deltatt ved leiarar og aktuelle fagpersonar frå alle einingane (slagsjukepleiarar, fysioterapeutar og ergoterapeut). Eksterne deltakarar var 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.

Prosjektgruppa sitt framlegg til plan for behandling av akutte hjerneslag i Helse Førde blei drøfta i føretaksleiinga i juni 2012. Deretter har ein hatt ein forankringsprosess, der ein har sett det som viktig å få vurdert om planen er i samsvar med dei vurderingane som blir gjort i fagmiljøa elles i Helse Vest og elles i landet. Utkast til plan har hausten 2012 vore drøfta med fagdirektør i Helse Vest. Vidare har det i januar 2013 vore møte med fagansvarlege for slagbehandlinga i Helse Midt-Noreg (sjå vedlegg 2 Notat slagbehandling Helse Førde frå Baard-Christian Schem, fagdirektør i Helse Vest RHF).

Helse Midt-Noreg har valt ein modell med slageining ved kvart sjukehus. Til grunn for dette ligg at ingen av sjukehusa har eit opptaksområde på under 40 000. For dei minste sjukehusa

er det likevel svært krevjande å møte krava til slageining, jf. den nasjonale retningslinja. Ei slageining skal dekke mange funksjonar, inkludert diagnostikk og rehabilitering knytt til språk og syn, og radiologisk diagnostikk av halskar. Eininga må fungere gjennom helger og høgtider. Storleiken på opptaksområda til LSH (under 10 000) og til NSH (ca. 23 000) inneber at det i praksis vil vere svært krevjande å få på plass slageiningar i tråd med nasjonale krav.

På dette grunnlaget er vurderinga til Helse Vest 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 (jf. vedlegg 2).

Temaet slagbehandling i lokalsjukehus har også vore drøfta i referansegruppa til utviklingsprosjektet i januar 2013. I drøftingane blei det vist til den nasjonale retningslinja, og peikt på at behandling i slageining har dokumentert effekt på attvinning av funksjon, og at tidlig rehabilitering med mobilisering innan 24 timar, er vesentleg. Den første uka er viktigast for å vinne tilbake funksjon.

Det er viktig at tverrfagleg rehabiliteringa skjer, ikkje kor. Ved eventuell kompetansemangel på lite sjukehus, må det støttast av det store sjukehuset, og eventuelt må pasienten som treng kompetanse som finst på det store sjukehuset, sendast vidare. Tidleg tilbake til heimen er best for pasienten, og samarbeidet mot kommunane og støtte til kommunane for lokal kompetanse er derfor viktig.

Vurdering av formalisert samarbeid med Helse Midt-Noreg, Volda sjukehus

Ifølgje prosjektdirektivet skal utviklingsprosjektet vurdere føretaksoverskridande prosessar og løysingar der det er teneleg.

Utviklingsprosjektet vurderer eit formalisert samarbeid om indremedisinske akuttpasientar, m.a. slagpasientar, som ikkje teneleg, særleg ut frå omsyn til pasienttryggleiken og omsynet til føreseielege og heilskapelege pasientløyper. Pga. IKT-messige og juridiske avgrensingar er det problematisk å få tilgang til pasientjournalane på tvers av regionsgrensene. Manglande informasjon om tilstanden til en pasient som treng øyeblikkeleg hjelp er uheldig for tryggleiken til pasienten. Ved behov for å flytte pasienten til høgare nivå, vil ein få den same informasjonsbarrieren tilbake til FSS eller Haukeland.

På sikt dersom det blir utvikla «ein pasient – ein journal», inkludert bildediagnostikk, kan formalisert samarbeid om akuttpasientar på tvers av regionsgrenser bli vurdert.

Rekruttering og kompetanseutvikling

Det blir vist til sak 04/13 om kompetanseutvikling og jobbgilding.

Medisinsk avdeling legg i planen sin vekt på å utvikle eit felles fagmiljø, og felles og gjennomgåande kvalitetsstandardar og rutinar for alle avdelingane i føretaket. Systematisk arbeid med fagutvikling gjennom faste fagsamlingar, hospitering, opplæringstiltak faglege og drøftingar på tvers av sjukehusa, blir sett som avgjerande for å sikre likeverdige kvalitet på

tenestene. Det er ønskeleg at dette også skal bidra til at fagpersonar på lokalsjukehusa får større fagnettverk, noko som kan bidra til auka stabilitet og meir robuste fagmiljø samla sett.

I drøftingane om slagbehandling ved lokalsjukehus i referansegruppa til utviklingsprosjektet, blei det trekt fram at vidareutdanning for slagkompetanse kan vere aktuelt for mange ulike spesialitetar/profesjonar. Interesse for temaet og ØH-tankegang er viktigast. Det blei peikt på at Nordfjord sjukehus bør utnytte den tilgjengelege akuttkompetansen til den akutte slagbehandlinga, og bygge vidare på lokalt tilgjengeleg kompetanse for å bygge nødvendig kompetanse for tidleg rehabilitering.

Det blir foreslått at styringsgruppa set av 1 mill. kr til å styrke kompetansen knytt til slagbehandling og slagrehabilitering ved Nordfjord sjukehus, og til etablering av logopedtenester ved Nordfjord sjukehus i samarbeid med kommunane.

Samlokalisering og samorganisering med kommunale tilbod

Samhandlingsreforma fører til utvikling av nye arbeidsformer og ny organisering, og kommunane skal overta fleire oppgåver og pasientar som tidlegare har fått tilbod frå spesialisthelsetenesta. Dette gjeld også døgnopphald. Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt oppdragsdokument for 2013 sett følgjande overordna mål:

«Det er etablert og vidareutvikla effektive og lokale behandlingstilbod i samarbeid med kommunane, mellom anna lokalmedisinske senter.»

Vidare er det sett følgjande mål for 2013:

- «Helseføretaka samarbeider med kommunane om etableringa av døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane som eit alternativ til sjukehusinnlegging. Dei regionale helseføretaka har gjort sitt til at døgntilbod om øyeblikkelig hjelp i kommunane har ein kvalitet som reelt sett avlastar sjukehus. Sjå Helsedirektoratet sin rettleiar om kommunane si plikt til døgntilbod om øyeblikkelig hjelp.
- Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetenester bør samlokaliserasast med det nye kommunale tilbodet.»

Det interkommunale samhandlingsprosjektet i Nordfjord har kome langt i planlegginga med å etablere felles senger for øyeblikkeleg hjelp frå 2013. Kommunane ønskjer at desse sengene vert organiserte saman med spesialisthelsetenesta, i medisinsk sengepost ved Nordfjord sjukehus. Ei felles arbeidsgruppe mellom kommunane i Nordfjord og Helse Førde HF er no i full gang med å planlegge dette tilbodet.



Medisinsk sengepost ved Nordfjord sjukehus

Medisinsk avdeling i Helse Førde HF

18.01.2013

Dette notatet er utarbeidd på førespurnad frå utviklingsprosjektet, som ei orientering til styringsgruppa den 30.01.2013.

Pasientgrupper som vert handsama ved medisinsk sengepost ved Nordfjord sjukehus:

Medisinsk seksjon ved Nordfjord sjukehus har sengepost med integrert overvåkingsrom og akuttrom. Vi har anestesilege i beredskap og spesialsjukepleiar (intensiv- eller anestesisykepleiar) i døgntkontinuerleg vakt på overvåkingsrommet/akuttrommet. Sengeposten er og skal vere rusta til å ta imot pasientar med akutte indremedisinske tilstandar. Mer enn 90 % av innleggingane i medisinsk sengepost er øyeblikkeleg hjelp.

Hovedgrupper av pasienter som får utgreiing og vert handsama ved medisinsk sengepost Nordfjord sjukehus:

- 1) **Hjartesyjukdomar:** Akutte brystmerter til avklaring. Hjartekrampe/angina pectoris. Akutt hjarteinfarkt av typen non-STEMI, der pasienten er sirkulatorisk stabil (pasientflyt for direkte vidaretransport til Haukeland Universitetssjukehus for kontrastundersøking av kransårer og eventuell utblokking/stenting er veletablert). Lette til moderate hjartesyktilfelle, inkludert forverring av kronisk hjertesvikt. Hjerterytmeforstyrningar som ikkje medfører sirkulatorisk kollaps eller alvorleg hjertesvikt, særleg hjarteflimmer (atrieflimmer). Observasjon etter uvit.
- 2) **Infeksjonar:** Lungebetennelsar og bronkitt, urinveisinfeksjonar og blautdelsinfeksjonar (rosen osv.) kor pasienten treng sjukehusinnleging for intravenøs antibiotikabehandling. Blodforgifting (sepsis) kor pasienten er stabil nok til at pasienten trygt kan handterast på lokalsjukehusnivå. Influensa og andre virusinfeksjonar. Gastroenterittar (mage-tarm virusinfeksjonar) kor sjukehusbehandling for intravenøs væske er naudsynt. Infeksjonar hos pasientar under pågåande medikamentell kreftbehandling der det ikke føreligg intensivbehov.



- 3) **Lungesykdomar:** Astma og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) med forverring som krev sjukehusbehandling, men ikkje intensivbehandling.
- 4) **Mage-tarmsjukdomar:** Pasientar med symptom på magesår eller spiserørsbetennelse for avklaring/diagnostikk der desse treng sykehusinnlegging. Blødning i mage-tarm traktus der pasienten er sirkulatorisk stabil, blodbanken sin beredskap er tilstrekkeleg og der risiko for seinare kirurgi-behov er liten.
- 5) **Blodsjukdomar:** Utgreiing og behandling av blodpropp i underekstremitetar og lunger.
- 6) **Geriatric/eldremedisin:** Akutt funksjonssvikt hos eldre. Uvit. Falltendens.
- 7) **Palliasjon:** Behandling av komplikasjonar til kreftsjukdom der sykehusinnlegging er naudsynt (smerter, kvalme, andre plagsame symptom). Terminal pleie.
- 8) **Akutte lette til moderate forgiftingar** (medikament, alkohol) til observasjon og behandling, jamfør det arbeidet som vert gjort for å vurdere betre handtering av akutte tilstandar innan psykisk helse og rus.
- 9) **Hjerneslag.** Behandling med trombylose før vidareending til sentralsjukehus når dette er mest hensiktsmessig etter vurdering av vakthavande nevrolog. Oppfølgjande behandling for opptrening etter den første akutte fasen, etter overflytting frå Førde sentralsjukehus.

Målsetjing: Akuttmedisinsk beredskap alle stader og kvar pasient til riktig sjukehus.

Medisinsk avdeling legg vekt på at øyeblikkeleg hjelp for indremedisinske pasientar skal handteres på lågast mogleg nivå og nærast mogleg bustaden sin. Nokre pasientar har likevel behov for meir avansert behandling enn det vi kan tilby ved medisinsk seksjon Nordfjord sjukehus – og desse pasientane må styrast i størst mogleg grad direkte til det sjukehusnivået kor den naudsynte helsehjelpa finst tilgjengeleg for pasienten. Frå november 2012 vurderer medisinsk bakvakt kvar einaste melde innlegging under telefonsamtale med innleggande lege, og avgjer kva som er rett innleggingsstad for den einskilde pasient. De pasientane som ikkje kan få fullgod helsehjelp ved lokalsjukehuset, vert selekterte til sentralsjukehuset i Førde (anten direkte eller etter stabilisering ved lokalsjukehuset) eller Haukeland Universitetssjukehus.

Pasientgrupper som vert selekterte til Førde sentralsjukehus:

- 1) **Pasientar i behov for intensivbehandling.** Helse Førde har fullverdig intensivavdeling ved sentralsjukehuset, medan det ved lokalsykehusa finst overvakingsplassar. Pasientar med alvorleg sjukdom og trua/tapte organfunksjonar (alvorleg hjertesvikt, lungesvikt, nyresvikt, sirkulasjonskollaps) må til intensivavdeling kor den naudsynte helsehjelpa finst.
- 2) **Pasientar med høg risiko for å bli intensivkrevjande.** Desse pasientane vert flytta til høgare sjukehusnivå medan dei framleis er rimeleg stabile til å tåle transport (luftambulanse eller ambulanse med kompetent følgje).



- 3) **Pasientar som treng spesialisert kompetanse som kun finst ved sentralsjukehuset:** Dette gjeld for eksempel alvorleg nyresvikt eller nyretransplanterte pasientar som treng nefrologisk kompetanse, blodsykdommar som krev spesialist innan blodsjukdomar (tilhøyrer kreftavdelinga).
- 4) **Slagpasientar.** Vakthavande lege nevrologisk avdeling selekterer frå november 2012 kvar einskild pasient med mistanke om akutt hjerneslag til riktig sjukehus ut frå faglege kriterier og transporttid. Det er vurdert som mest tenleg at slageininga i Helse Førde HF vert lokalisert til Førde sentralsjukehus, og at ein som hovudregel ivaretek akutt slagbehandling ved dette sjukehuset. Det vert teke omsyn til tidstapet ved å transportere pasienten til Førde, og alternativt kan Nordfjord sjukehus gje akutt behandling med trombylose. Pasientar som har fått trombylosebehandling ved lokalsjukehus, skal ifølgje framlegg til nye retningslinjer flyttast til Førde sentralsjukehus for vidare utgreiing og behandling i den første akutte fasen og rehabilitering i oppfølgingsfasen ved Nordfjord sjukehus.
- 5) **Inneliggande pasienter som blir ustabile.** Helsepersonell må alltid vere budd på komplikasjonar eller forverring under medisinsk behandling. Inneliggande pasienter ved medisinsk sengepost Nordfjord sjukehus som blir ustabile/alvorlig sjuke med truande livsfunksjonar og kor intensivbehov er sannsynlig – eller som vil trenge intensivbehandling, vert flytta vidare til høgare sjukehusnivå etter stabilisering (Førde sentralsjukehus eller Haukeland Universitetssjukehus).

Pasientar som vert selekterte til Haukeland Universitetssjukehus:

- 1) **Hjerteinfarkt av type STEMI.** De største og mest akutte hjerteinfarkta har spesielle teikn i hjartediagrammet/EKG. EKG vert sende inn frå alle ambulansar til vurdering av medisinsk bakvakt ved FSS. Pasientar med STEMI hjerteinfarkt vert sende direkte til utblokking ved Haukeland Universitetssjukehus (luftambulanse). Kun ved manglande flyver vert desse pasientane lagde inn ved dei medisinske avdelingane i Helse Førde.
- 2) **Akutte hjerneslag.** En liten andel av akutte slagpasientar er egnet for blodpropp-fisking (uthenting av blodproppen som er årsaka til det akutte hjerneslaget, på fagspråket: trombendarerektomi). Dette vert kun gjort ved Haukeland Universitetssjukehus. I desse tilfella vert akutt biletdiagnostikk gjort ved røntgenavdelingen ved næraste sjukehus (Nordfjord, Lærdal eller Førde) før vidaretransport til Haukeland med luftambulanse.

Notat:

Fremtidig organisering av diagnostikk og behandling ved hjerneslag i Helse Førde.

Baard-Christian Schem

I. Problemstilling:

Helse Førde har laget en plan for diagnostikk og behandling ved hjerneslag basert på den regionale plan og nasjonale føringer. Samtidig er dette en aktuell problemstilling for Nordfjordprosjektet. En viktig problemstilling er hvordan oppgavefordelingen skal være mellom de tre sykehusene i Helse Førde HF.

II. Møte mellom Helse Førde, Helse Midt-Norge og Helse Vest.

09.01.13. ble det avholdt et videomøte mellom Helse Førde, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Hensikten med videomøte var å få en presentasjon av den modell for slagbehandling man har valgt i Helse Midt-Norge, og råd fra Helse Midt-Norge før den endelige utforming av planen for slagbehandling i Helse Førde. Bakgrunnen for å møte Helse Midt-Norge er at man her har fagfolk med høy kompetanse, men også at man har valgt en desentralisert modell.

A. Dagsorden utsendt før møtet:

- 1.** Vi tar i utgangspunktet ikke opp tiltak for å få flest mulig til å ringe 113 direkte ved symptomer på mulig hjerneslag.
- 2.** Fra Helse Førde og Helse Vest er det ønskelig å få synspunkter på planen fra Helse Førde fra Slagnettverket i Helse Midt-Norge på følgende punkter:
 - Organisering av akuttfasen for å sikre at flest mulig av pasienter egent for trombolyse eller intervensjonsprosedyre når sykehus som kan gi et slikt tilbud innen aktuelt tidsvindu.
 - Rutiner for samarbeid om akutt diagnostisering og behandling for pasienter innlagt i lokalsykehus uten komplett tilbud og stort sykehus.
 - Prinsipper for flytting etter akuttfasen av pasienter som er tatt imot og akuttbehandlet ved små sykehus til stort sykehus.
 - ✓ Skal alle flytte?
 - ✓ Hva må være på plass av utstyr og kompetanse ved små sjukehus for at de skal kunne ivareta hele forløpet for de aktuelle pasientene?
 - ✓ Når i forløpet bør flytting finne sted?

- ✓ Lengde på opphold ved slagenhet for ulike pasientgrupper (Type hjerneslag, alder, størrelse av utfall, komorbiditet)

- Rehabilitering ved små sykehus:
 - ✓ Faglig Innhold
 - ✓ Samarbeid med stort sykehus
 - ✓ Avgrensning mot kommunal rehabilitering

3. For alle punkter over, og for andre forhold man fra slagnettverket i Helse Midt-Norge eller fra fagmiljøet i Helse Førde finner relevant ønsker vi å få belyst:

- Hvilke prinsipper har man her fulgt i Helse Midt-Norge?
- Skiller disse seg fra den plan som er laget i Helse Førde?

B. Deltakere

Helse Midt-Norge:

- Direktør helsefag, forskning og utdanning Nils H. Eriksson (Helse Midt-Norge RHF)
- Seksjonsleder medisinsk klinikk Bent Indredavik (St. Olavs Hospital HF)
- Overlege spes i geriatri Ann-Grete Midtsæther (Helse Møre og Romsdal HF)

Helse Førde:

- Administrerende direktør Jon Bolstad
- Fagdirektør Hans Johan Breidablik
- Klinikkdirektør medisin Olav Hesjedal
- Avdelingssjef medisinsk avdeling Trine Vingsnes
- Avdelingssjef nevrologisk avdeling, Stig Hegrestad
- Utviklingsdirektør Anne Kristin Kleiven, HFD

Helse Vest:

- Fagdirektør Baard-Christian Schem

C. De viktigste momenter som kom frem møtet:

- Bent Indredavik hadde en grundig presentasjon av modellen i Helse Midt-Norge, inkludert begrunnelsene for å velge en desentralisert modell og mulige svakheter. Fordelene med en slik modell er nærhet til diagnostikk og behandling og pasientforløp som ikke deles opp. Ulempene er at det ved de mindre sykehus blir marginale hva gjelder antall pasienter og ikke minst evnen til kontinuerlig å oppfylle faglige nasjonale krav til slagenheter. Indredavik påpekte også at Helse Midt-Norge vil evaluere modellen regelmessig basert på bl.a. basert på data fra det nasjonale slagregister.
- Sentralt i modellen er et regionalt faglig nettverk.

- Det sykehus som har minst opptaksområde er Volda, men litt over 40 000 mennesker.
- Ann-Grete Midtsæther med arbeidssted ved sykehuset i Kristiansund, beskrev hvordan man der har møtt utfordringene med å oppfylle nasjonale faglige krav, og at dette er krevende i en såpass liten slagenhet.
- Bent Indredavik hadde et klart råd hva gjelder planen for Helse Førde: Hvis man flytter pasienter med betydelige utfall fra Lærdal/Eid til Førde etter akutt diagnostikk og evt. trombolyse, bør disse bli i Førde minst en uke, da dette er den mest kritiske periode for reorganisering av hjernen etter et slag. Denne fasen bør ikke stykkes opp, og det er viktig at pasienten møter en slagenhet med full bredde i denne perioden.

III. Samtaler med Helse Førde:

Før og etter møtet med Helse Midt-Norge hadde jeg samtaler med deltagerne fra Helse Førde. Det fremkom at man har arbeidet grundig med foreliggende plan, også på detaljert og rent praktisk nivå, ikke minst for å sikre rask innleggelse, diagnostikk og trombolyse. Samtidig ble foreliggende situasjon hva gjelder personell, ansettelsesforhold/bosted for personell og kompetanse i Eid og Lærdal gjennomgått. Det fremkom at det er svært stor avstand mellom det som p.t. foreligger og nasjonale krav til en slagenhet, mens det derimot er lettere å etablere et akutttilbud med trombolyse ved alle tre sykehus.

Det var full enighet om at planen skal endres i samsvar med Bent Indredaviks råd om at pasienter som overflyttes til Førde med behov for rehabilitering i sykehus, skal bli der i minst en uke før tilbakeføring til Eid eller Lærdal.

IV. Vurdering og konklusjon:

A. Helse Førde har arbeidet grundig med sin plan for slagbehandling, ned på et detaljnivå som sikrer tett kommunikasjon mellom de tre sykehus og fravær av tidstap i den akutte fasen (jf. det korte tidsvindu viss pasienter skal ha trombolyse eller sendes til Bergen for å fjerne tromber ved intervensjon).

B. Alle sykehus i Helse Midt har slagenhet, men ingen av disse har et opptaksområde på under 40 000. For de minste er det likevel svært krevende å møte alle nasjonale krav til en slagenhet. Det er viktig å få frem at en slik enhet skal dekke mange funksjoner, inkludert diagnostikk og rehabilitering knyttet til språk og syn, og radiologisk diagnostikk av halskar. Enheten må fungere gjennom helger og høytider. For våre to sykehus vil opptaksområdet i Lærdal i praksis bli under 10 000 og i Nordfjord noe over 20 000 (jf. at mange sør for fjorden vil legges inn i Førde). Jeg anser at det i praksis ikke mulig å etablere et slikt tilbud i Lærdal, og i beste fall svært krevende faglig og organisatorisk (bl. med omfattende bruk av vikarer/vikarstafetter) for å etablere det på Eid.

C. Jeg anser en modell med en akuttvei for pasientene inn via telefon113/nevrologisk bakvakt i Førde, akutt diagnostikk og behandling evt. med trombolyse i Eid, Førde og Lærdal, supplerende diagnostikk og tidlig rehabilitering i Førde, og langsiktig rehabilitering i Eid, Førde og Lærdal i samarbeid med kommunene, som en god modell. Dette suppleres med poliklinisk oppfølging ved alle tre sykehus.

D. Konklusjon: Med de endringer som man vil gjøre av slagplanen i Førde (jf. minimumslengde på opphold i Førde for pasienter som overflyttes), kan ikke jeg se at det er noen grunn til at Helse Vest skal gripe inn overfor denne.