

Utviklingsprosjekt ved Nordfjord sjukehus

Sluttrapport frå arbeidsgruppa
Pasientar med behov for akutt/rask bistand i samband med mindre alvorlege skader og hendingar

13. august 2012

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Mål med arbeidet

Hovudmål

- Føreslå eit framtidretta akutttilbod for innbyggjarane i Nordfjord, ved å tydeleggjere lokalsjukehuset sin funksjon i ei akuttmedisinsk kjede, der rollene til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta sitt prehospitalt tilbod, lokal-/sentral- og universitetssjukehus er tydeleggjort

Delmål og ønska gevinstar

- Pasientar slepp å reise unødig langt for mindre akutte skader og behandlingsbehov
- Effektiv ressursutnytting
- Betre samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta
- Rett arbeidsfordeling mellom helseføretak og kommunar gjennom ei tydeleg organisert akuttkjede for handsaming av traumar
- Tydelege kompetansekrav og avklart kva kompetansestyrking som er naudsynt
- Synleggjort modellar for samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunane for å ta imot eit breitt register av pasientar som har ulike akutte behov

Rammer og kritiske suksessfaktorar

Rammer og avgrensingar¹

Framlegg til løysing skal mellom anna ta omsyn til:

- Tilgjengeleg kompetanse og realistiske høve for rekruttering
- Effektiv utnytting av radiologi og anestesikompetanse
- Løysingar som kan etablerast i samarbeid med kommunane
- At pasientar slepp å reise unødig langt for mindre akutte skader og behandlingsbehov
- Utforminga av eit varig forslag må vere i pakt med intensjonane i Samhandlingsreformen, og vere utforma slik at ein oppnår eit godt samarbeid og riktig oppgåvefordeling mellom kommunane og helseføretaket
- At behov vert balansert mot krav til, og evt. avgrensingar i tilgangen på naudsynt spesialisert kompetanse, og korleis telemedisinsk rådgjeving/konsultasjon kan støtte kompetansebehovet

Kritiske suksessfaktorar²

- Vere nytenkande innanfor rammene til prosjektet
- Sikre nasjonal verdi. Prosjektet skal vere ein pilot for å gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus
- Finne løysingar som sikrar eit framtidsretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket

Nasjonale, regionale og lokale føringar og utgreiingar

Arbeidsgruppa har bygd arbeidet på følgjande nasjonale, regionale og lokale føringar og utgreiingar:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld St. 16 2010-2011)
- «Lokalsykehusenes akuttfunksjon i en samlet behandlingsskjede» Rapport frå arbeidsgruppe nedsett av HOD mars 2007
- «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem». Rapport frå arbeidsgruppe nedsett av RHFa oktober 2007
- «Organisering av behandlinga av alvorleg skadde pasientar – traumesystem i Helse Vest». Styresak Helse Vest RHF 5.11.08, 109/08
- Arbeidsgruppa skal sjå til prosjekt i Helsedirektoratet, der oppgåva er å vurdere oppretting av eit kompetanseområde innanfor akuttmedisin, jfr oppdraget frå HOD
- Pasientstrømsanalyser utført i regi av Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus
- Avtalar mellom kommunar og Helseføretak som følgje samhandlingsreforma, herunder delavtale om akuttmedisinsk kjede
- Styringsdokument og andre sentrale føringar for helseføretaket
- Vidare skal arbeidsgruppa basere seg på evt. innspel frå faglege ekspertar på området, som blir gjort tilgjengeleg frå prosjektleiinga si side, og dokumentasjon/data knytt til uttrykkingar (land- og luftbaserte) som skuldast skader

Deltakarar i arbeidsgruppa

Namn	Yrke/tittel/profesjon	Representerar
Ien Klaver (gruppeleiar)	Avdelingssjukepleiar	Nordfjord Sjukehus
Oddrun Rye	Oversjukepleiar	Nordfjord Sjukehus
Elin Brekke Grinde	Verneombod AAM	Nordfjord Sjukehus
Konrad Mader	Overlege ortopedisk avdeling	Helse Førde
Robert Brennersted	Avdelingssjef AAM	Helse Førde
Anne Stubdal	Praksiskonsulent	Helse Førde
Bjørn Morten Øen	Avd.sjef ortopedisk avdeling	Helse Førde
Trond Inselseth	Kommunelege	Interkommunal legevakt, Vågsøy
Hans Ole Hjelle	Tillitsvalt	Delta, Nordfjord ambulansområde
Oddlaug Lyslo Vereide	Tillitsvalt	Norsk Sjukepleiarforbund
Kurt B. Andersen	Traumekoordinator	Helse Bergen
Jeanette Jensen	Konst. kommunalsjef/sjukepleiar	Vågsøy kommune
Solfrid Lillebø	Brukarrepresentant	Brukar
Helge Torgersen	Deloitte	Ekstern prosjektstøtte
Maria Estenstad	Deloitte	Ekstern prosjektstøtte

Aktivitetar i arbeidet

Arbeidsgruppa har hatt fire arbeidsgruppemøte i perioden mars til mai 2012. Gruppa har fulgt faseinndelinga som skildra under.

	1) Etablere prosjekt, detaljere og avgrense samt gjennomgå vedtakskriterium	2) Greie ut modellforslag	3) Konsekvens-analysar og risikovurderingar	4) Anbefaling av modell
Formål	<ul style="list-style-type: none"> Etablere prosjektplan og prosjektorganisasjon og gjennomgå metode som lager ei god ramme for arbeidet Gjennomgå vedtakskriterium 	<ul style="list-style-type: none"> Konkretisere og utdjupe fleire alternative modellforslag 	<ul style="list-style-type: none"> Vurdere sentrale konsekvensar, og gjennomføre risikovurderingar av modellforslaga 	<ul style="list-style-type: none"> Fatte vedtak om ein anbefalt modell for skadepoliklinikk og rolle i traumebehandlinga
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Etablere prosjektorganisasjon Utarbeide detaljert prosjektplan Beskrive vedtakskriterium/ sentrale moment Vurdere å innhente erfaringar/ løysningar ved andre RHF/HF/kommunar 	<ul style="list-style-type: none"> Beskrive alternative modellforslag 	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre konsekvensanalysar og risikovurderingar 	<ul style="list-style-type: none"> Val av modell(ar) som skal bli anbefalt Utarbeide sluttrapport
Sentrale leveransar	<ul style="list-style-type: none"> Konkretisert prosjektplan Vedtaksriterier Struktur for sluttrapport 	<ul style="list-style-type: none"> Beskriving av alternative modellforslag 	<ul style="list-style-type: none"> Konsekvensanalysar og risikovurderingar av modellane 	<ul style="list-style-type: none"> Sluttrapport med anbefalt modell

Konklusjonar - samandrag

- Arbeidsgruppa foreslår ei løysing kor skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped delar av døgnet og allmennlege ved den interkommunale legevakta andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt då aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært låg. Ved behov konsulterast spesialist i Førde. Ifølgje aktivitetsdata vert gjennomsnittleg éin pasient handsama ved skadepoliklinikken mellom kl. 18 og 08
- Det siste halve årets erfaringar tilseier at behovet for observasjonssenger i tilknytning til skadepoliklinikken er 0-2 senger. Dette må sjåast i samanheng med behovet frå den planlagde lokalmedisinske avdelinga
- Radiologiske og laboratoriemedisinske tenester, samt telemedisinsk utstyr, er heile døgnet tilgjengeleg for skadepoliklinikken
- Løysinga vil innebere at ein vesentleg del av skadetilfella kan sluttbehandlast i Nordfjord og eit betydeleg mengd pasientar slipp å reise til Førde for vurdering og behandling
- Løysinga representerer ei effektiv utnytting av personalet i og med at skadepoliklinikken på kveld og natt takast i vare av allmennlege som allereie er engasjert på den kommunale legevakta
- Det bør vurderast å gjennomføre kursing av allmennlegane og støttepersonell i dei mest brukte prosedyrane ved skadepoliklinikken. Dette gjeld prosedyrar knytt til skade på hand/handledd og fot/ankel
- Det må leggest til rette slik at skadepoliklinikken har tilgjengeleg hjelpepersonell hele døgnet, og at det blir ein praktisk, felles sambruk med sjukehuset av dette personellet
- Arbeidsgruppa foreslår 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 sin operative kompetanse. Dette kan løysast ved ambulering til LSH og FSS
- Arbeidsgruppa meiner det bør definerast ein stabiliseringsfunksjon ved Nordfjord sjukehus som kan vurderast aktivert i heilt spesielle traumesituasjonar

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Dagens situasjon: løysing med kirurg

- Poliklinikken vert bemanna med ansvarleg lege som anten er spesialist i kirurgi/ortopedi eller LIS-lege med fleire års erfaring innan dei same fagområda. Også legar med kompetanse og erfaring innan allmenmedisin er aktuelle
- Som hjelpepersonell nyttast det ordinære poliklinikkpersonalet på dagtid (felles med indremedisin), medan ein på kveld og natt får assistanse frå AAM, primært operasjonssjukepleiarar i vakt. Legen kan vidare støtte seg på anestesilege og spesialist i indremedisin om dette er naudsynt
- I rådgjeving knytt til ein pasientsituasjon skal legen ved poliklinikken på dagtid kontakte fagansvarleg overlege i traumatologi ved ortopedisk avdeling i Førde eller vakthavande overlege ved ortopedisk avdeling i Førde
- Sjukehuset sitt laboratorium, røntgen og andre støttefunksjonar står til disposisjon for kirurgen/ortopeden
- Løysinga tilsvare løysingane ved mange andre norske sjukehus
- Skadepoliklinikken er organisert som ein del av ortopedisk avdeling, og lege ved poliklinikken har avdelingssjef der som sin nærmaste overordna
- Nytt videokonferanseutstyr er kjøpt inn, men ikkje montert opp. Dette kan nyttast i dialog med ortopedisk avdeling Førde

Aktiviteten gjennom døgnet (1)

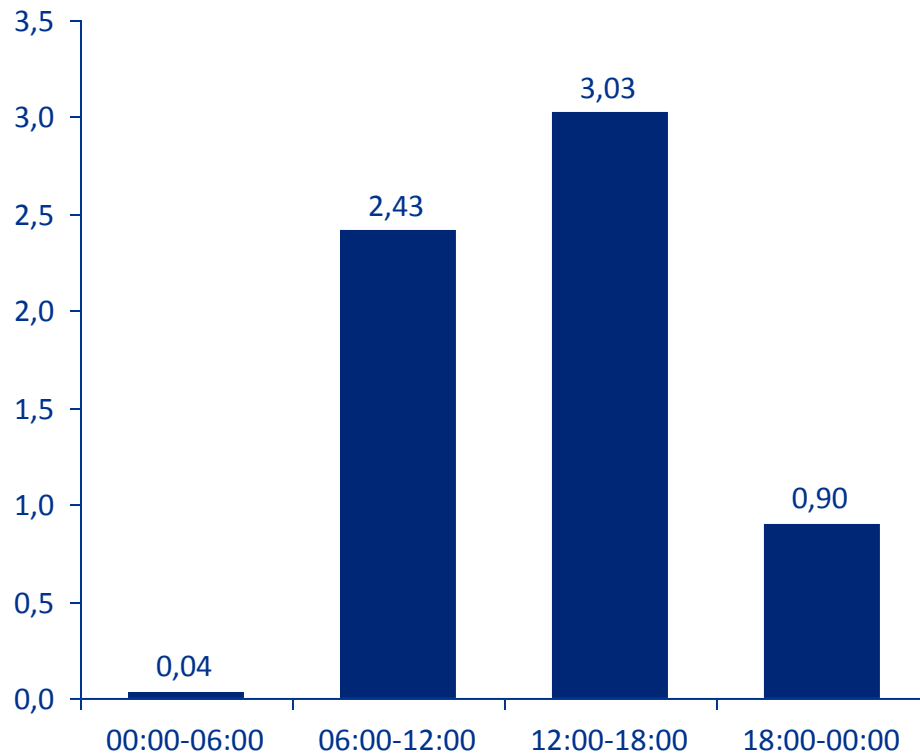
Innkommande pasientar til skadepoliklinikken i perioden
16.12.11-11.04.12

Klokkeslett	00-06	06-12	12-18	18-00	Totalt
Augeblikkeleg hjelp	5	93	311	104	513
Ikkje-augeblikkeleg hjelp	0	186	38	0	224
Totalt tal på innkommande pasientar	5	279	349	104	737

- 737 konsultasjonar vart gjennomført ved skadepoliklinikken i perioden 16.12.11-11.04.12
- 69,6% av desse var augeblikkeleg hjelp

Aktiviteten gjennom døgnet (2)

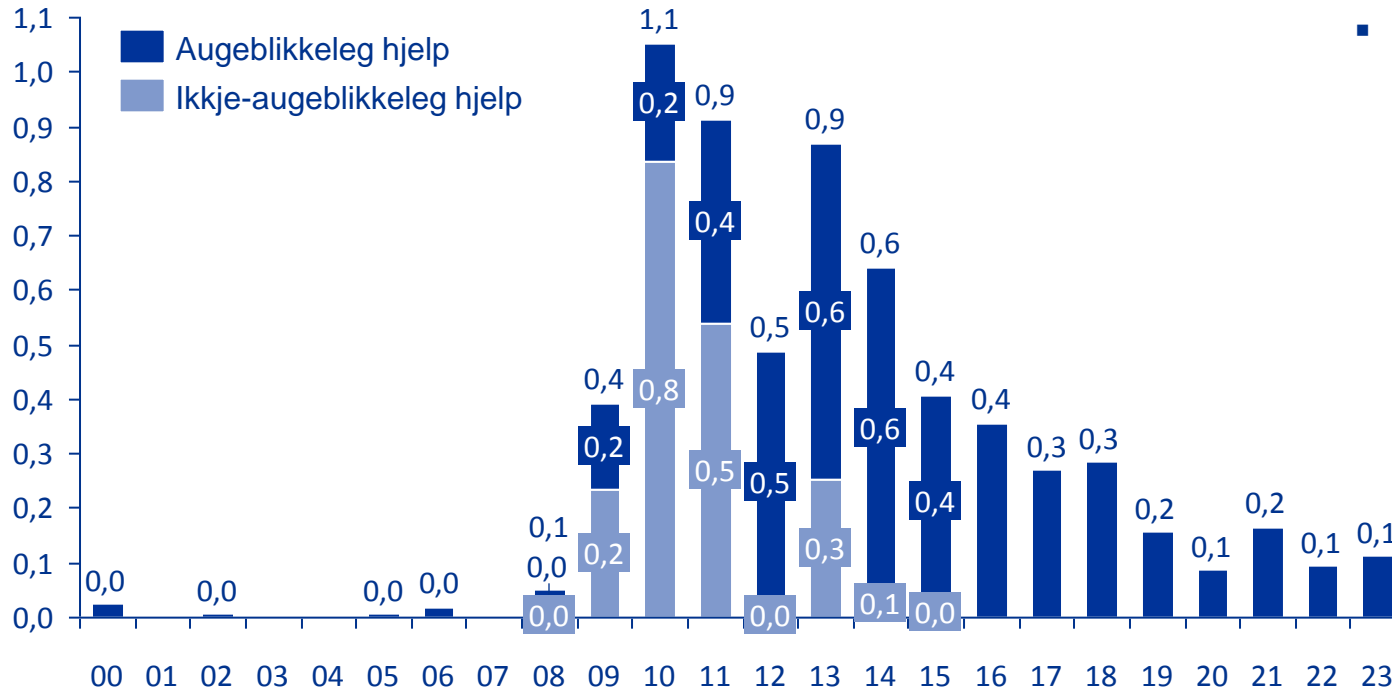
Gjennomsnittleg tal på innkomande pasientar i løpet av døgnet¹



- 85% av pasientane kjem til skadepoliklinikken mellom klokka 06:00 og 18:00
- I snitt kjem 2,4 pasientar til klinikken på formiddagen, medan 3,0 blir behandla på ettermiddagen og 0,9 på kvelden
- I snitt kvart 23. døgn kjem ein pasient inn mellom midnatt og klokka 06:00
- 18% (133) av pasientane har vore på skadepoliklinikken i helg/høgtidsdagar

Aktivitet per time

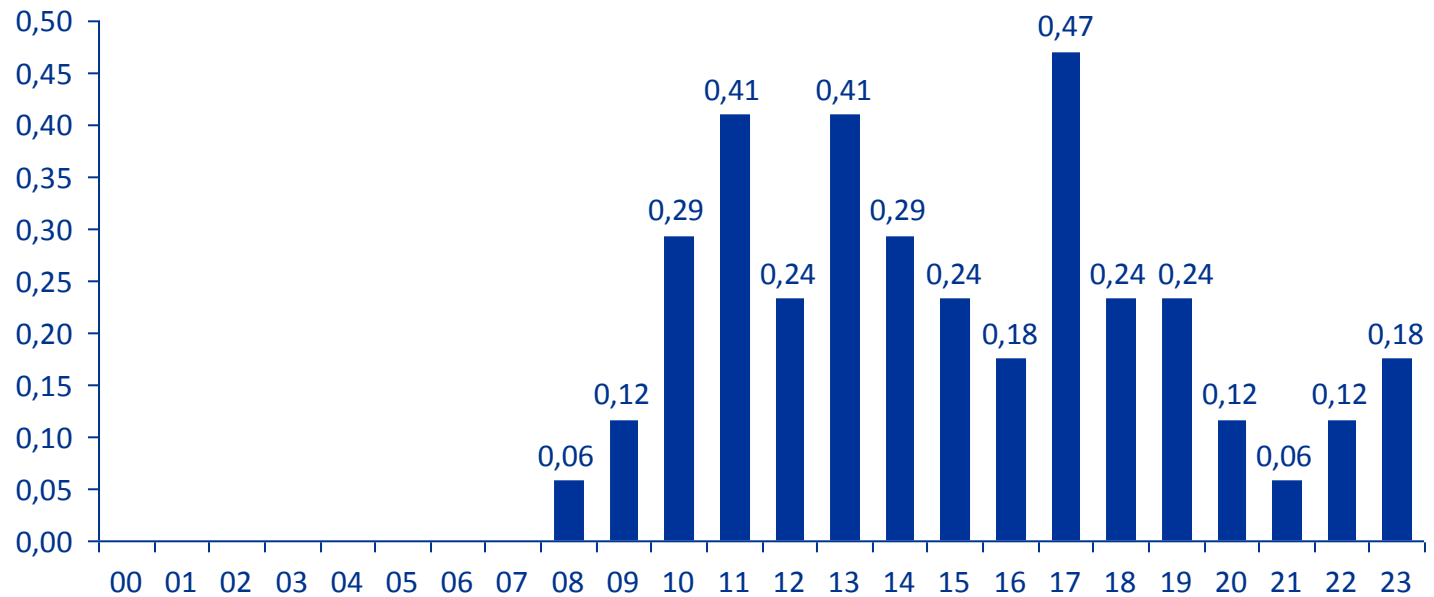
Gjennomsnittlig tal på innkomande pasientar per time¹



- Det kjem flest pasientar inn mellom klokka 10 og 11. I laupet av denne timen kjem det i snitt inn 1,1 pasientar

Aktivitet per time – laurdagar

Gjennomsnittleg tal på innkomande pasientar per time¹

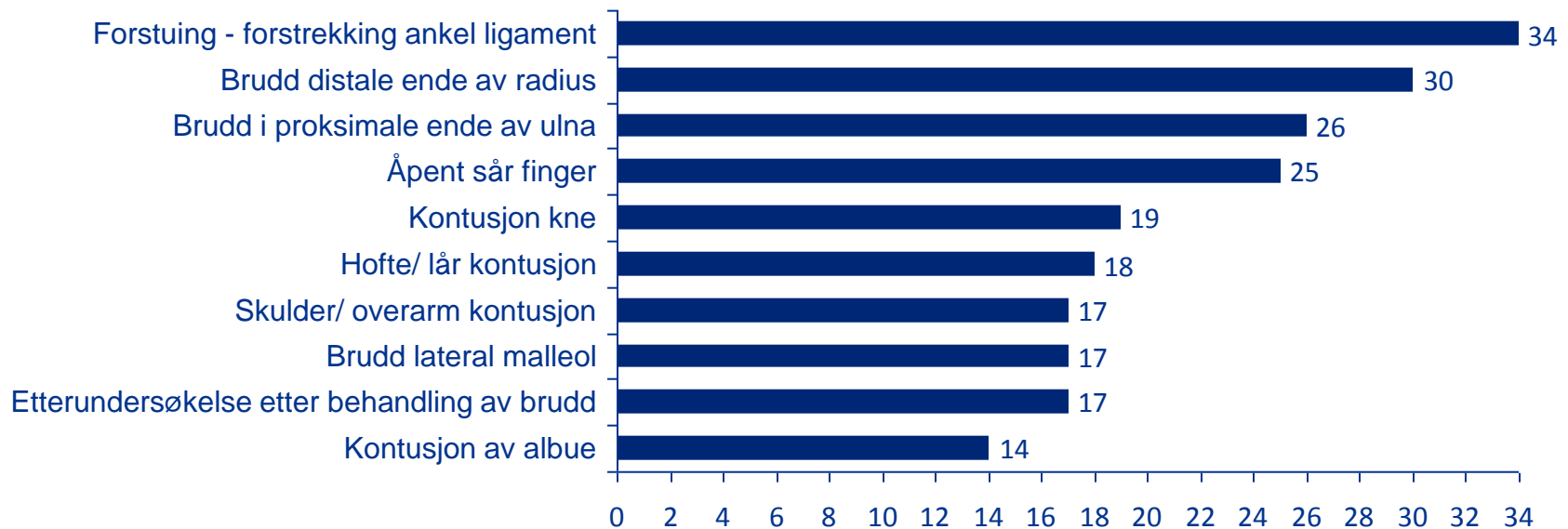


Totalt tal på pasientar per time i perioden

1 2 5 7 4 7 5 4 3 8 4 4 2 1 2 3

Dei hyppigaste diagnosane

Diagnosane som flest pasientar får ved skadepoliklinikken¹



- Forstuing/ forstrekking ankel ligament er den hyppigaste hovuddiagnosen med 34 pasientar i perioden 16.12.11 til 11.04.12
- Brudd distale ende av radius og i proksimale ende av ulna er høvesvis den nest og tredje hyppigaste diagnosen med 30 og 26 pasientar i perioden

Dei hyppigaste prosedyrane

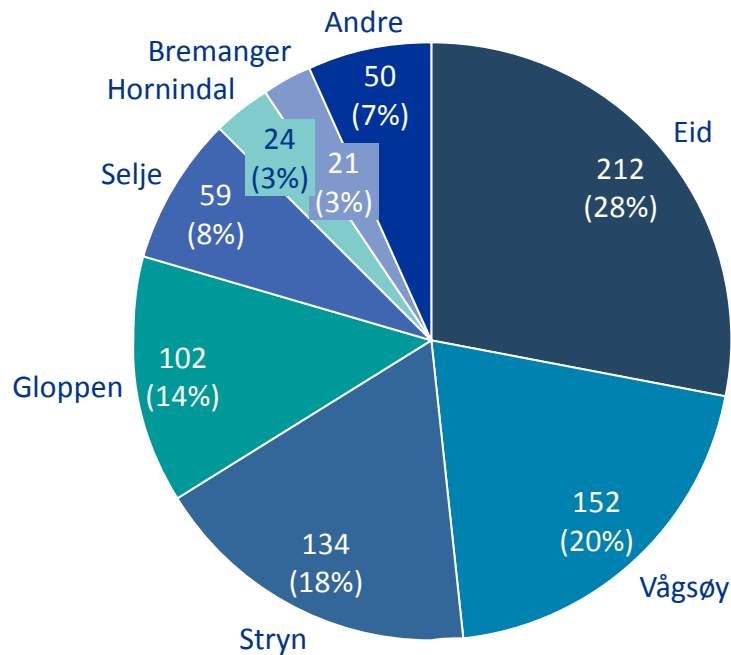
Prosedyrane som vert oftast nytta ved skadepoliklinikken¹



- Skinne av modellerbart materiale på håndledd eller hånd er med 61 tilfelle prosedyren som vert nytta oftast ved skadepoliklinikken i perioden 16.12.11 til 22.04.12
- Myk bandasje på ankel eller fot og s rrevisjon på overekstremitet er høvesvis den nest og tredje hyppigaste konsultasjonen med 37 og 29 tilfelle i perioden

Pasientane sine heimekommunar

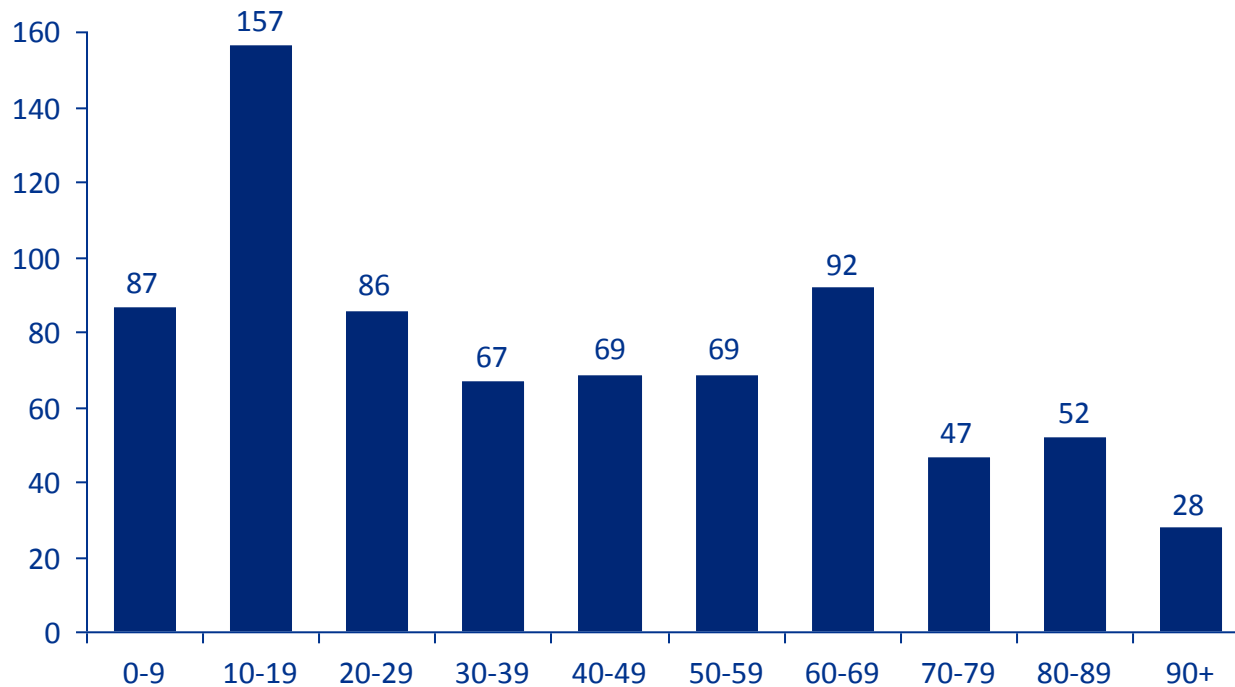
Pasientane sine heimekommuner¹



- 28% (212) av pasientane kjem frå Eid, som er kommunen med flest pasientar
- 20% av pasientane kjem frå Vågsøy og 18% kjem frå Stryn, som er kommunane med høvesvis nest flest og tredje flest pasientar
- Breanger er kommunen i Nordfjordregionen som færrest pasientar kjem ifrå
- Pasientar frå kommunar utanfor Nordfjordregionen utgjør 7%

Pasientane sin alder

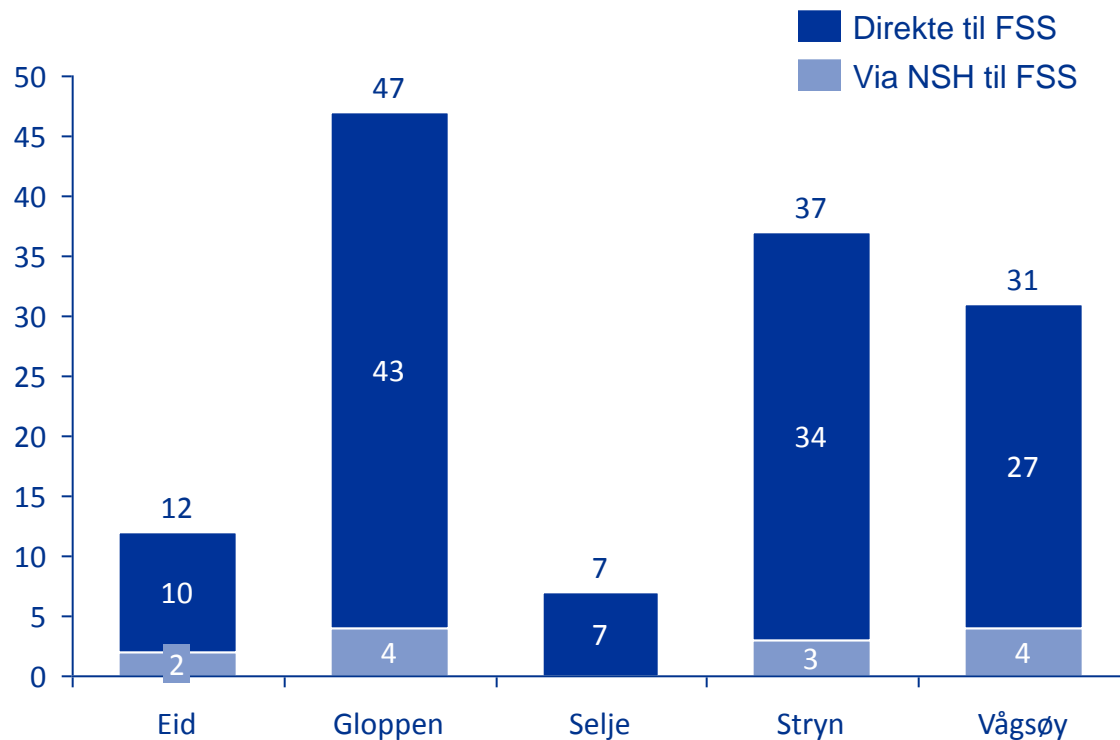
Talet på pasientar i ulike aldersgrupper¹



- Pasientar i alderen 10-19 år utgjer den største aldersgruppa
- Den nest største aldersgruppa er 60-69 år

ØH konsultasjonar ved FSS

Polikliniske ØH konsultasjonar ved ortopedisk poliklinikk ved FSS frå Nordfjordkommunane¹



- 134 personar frå Eid, Gloppen, Selje, Stryn og Vågsøy hadde augeblikkeleg hjelp-konsultasjonar ved ortopedisk poliklinikk ved Førde sentralsjukehus i perioden 16.12.11 til 17.04.12
- 13 av desse (9,7%) vart vidaresendt frå skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Alt.	Lege ved skadepoliklinikk	Støttefunksjonar for legen ved skadepoliklinikken
A	Allmennlege	Sjukehuset sin lab, røntgen og andre støttefunksjonar er tilgjengeleg for allmennlegen, jamfør Hallingdal og Alta. Allmennlegen konsulterer eventuelt spesialist i Førde
B	Turnuslege	Sjukehuset sin lab, røntgen og andre støttefunksjonar er tilgjengeleg for turnuslegen, jamfør tidlegare plan for Nordfjord. Turnuslegen konsulterer eventuelt spesialist i Førde
C	Kirurg	Sjukehuset sin lab, røntgen og andre støttefunksjonar er tilgjengelege for kirurgen, jamfør ordninga som i dag på Nordfjord og Mosjøen. Ved behov konsulterast spesialist i Førde
D	Kirurg/ allmennlege	Som alternativ A, men kirurg tek i vare tenesta delar av døgnet/delar av veka, jamfør Røros
E	Kirurg/turnuslege	Som alternativ B, men kirurg tek i vare tenesta delar av døgnet/delar av veka

A. Løysing med allmennlege

- Skadepoliklinikken blir bemanna av allmennlege. Ved behov konsulterer allmennlegen spesialist i Førde
- Sjukehuset sitt laboratorium, røntgen og andre støttefunksjonar står til disposisjon for allmennlegen
- Løysinga tilsvarende løysingane ved sjukestovene i Hallingdal og Alta

Styrker	Svakheiter	Moglegheiter og alternativ
<ul style="list-style-type: none">▪ Løysinga vil kunne representere ei effektiv utnytting av den kommunale legevakta som allereie er bemanna	<ul style="list-style-type: none">▪ Drift av felles legevakt i sjukehuset sine lokale er berre etablert delar av døgnet; kveld, natt og helg. På dagtid utøvast legevaktfunksjonen frå den enkelte lege sitt kontor i Nordfjord-regionen, noko som vil vanskeliggjere skadepoliklinikk etter dei retningslinjer som nemnt ovanfor	<ul style="list-style-type: none">▪ Dersom den pågåande planlegginga av kommunale lokalmedisinske tenester med kommunalt legetilsyn 24/7 realiserast, vil det sette dette alternativet i eit heilt anna lys▪ Med støtte frå ein operasjonssjukepleiar, vil forholda gi ein annan tryggleik og fleire moglegheiter for at allmennlegen kan ta ein større del av denne oppgåva. Med støtte frå anestesilege/anestesi-sjukepleiar vil også fleire oppgåver som til dømes reponering kunne utførast i Nordfjord. Dette er likevel totalt sett ikkje ei stor mengd pasientar.▪ Ordninga kan som eit alternativ vurderast delar av døgnet

B. Løysing med turnuslege

- Skadepoliklinikken blir bemanna av turnuslege. Ved behov konsulterer turnuslegen spesialist i Førde
- Sjukehuset sitt laboratorium, røntgen og andre støttefunksjonar står til disposisjon for turnuslegen
- Løysinga tilsvarear løysingane som opprinneleg var foreslått for Nordfjord sjukehus hausten 2011. Løysinga var den gongen kort beskrive som følgjer: Medisinske turnuslegar ved NSH som mottakande lege i skadepoliklinikken. Vakthavande LIS ved ortopedisk avdeling i Førde som bakvakt, ved hjelp av telemedisinsk utstyr

Styrker

- Løysinga vil kunne representere ei effektiv utnytting av den medisinske turnuslegen som allereie er på vakt

Svakheiter

- Sjølv med ei grundig opplæring, vil denne løysinga medføre at fleire pasientar må først over til Førde for vurdering av kirurg/ ortoped
- Turnuslegane vil vanskeleg få den supervisjon som er nødvendig på deira nivå i utdanninga
- Det vil kunne bli stilt spørsmålsteikn ved kvaliteten på dette tilbodet. Den norske legeforening har også gitt uttrykk for at denne løysinga ikkje er akseptabel verken i eit kvalitets- eller opplæringsperspektiv sett i forhold til krava til supervisjon av turnuslegane sitt arbeid

Moglegheiter og alternativ

- Med støtte frå ein operasjonssjukepleiar, vil forholde gi ein annan tryggleik og fleire moglegheiter for at turnuslegen kan ta ein større del av denne oppgåva.
- Ordninga kan som eit alternativ vurderast delar av døgnet

C. Løysing med kirurg (1/2)

- Løysinga tilsvare løysingane ved mange andre norske sjukehus og er den løysinga som i dag praktiserast ved Nordfjord sjukehus (sjå beskriving i tidlegare kapitel)
- Skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped. Ved behov konsulterer kirurg/ortoped spesialist i Førde

Styrker

- Løysinga vil innebære at ein vesentleg del av skadetilfella kan sluttbehandlast i Nordfjord og eit betydeleg mengd pasientar slipp å reise til Førde for vurdering og behandling

Svakheiter

- Slik løysinga praktiserast i dag er det ei lite effektiv utnytting av kirurgar/ortopedar som leigast inn på vekebasis, i og med at dei i utgangspunktet ikkje har andre oppgåver enn skadepoliklinikken
- Det er heller ikkje tilfredsstillande for dei som sitt med ansvaret for tenesta at det heile tida kjem nye kirurgar/ortopedar til skadepoliklinikken og dermed avgrensa moglegheiter for oppfølging av den faglige kvaliteten

C. Løysing med kirurg (2/2)

Moglegheiter og alternativ

- Med støtte frå anestesilege/anestesisjukepleiar vil fleire oppgåver som til dømes reponering kunne utførast i Nordfjord. Dette er likevel totalt sett ikkje ei stor mengd pasientar
- Primært hadde det vore ønskeleg med egne legar tilsette i Helse Førde HF til å ta i vare denne funksjonen. Dette vil representere både ein større stabilitet og føreseielegheit. Dette vil likevel truleg krevje fire nye stillingar innan ortopedi. Desse vil anten måtte tilsettast med ein avtale om ambulering eller ein variant av «Nordsjø-turnus». Det vil vere vesentleg enklare å rekruttere til desse stillingane dersom dei vart tillagt andre oppgåver i Nordfjord enn berre skadepoliklinikken

D. Løysing med kirurg/ allmennlege

- Skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped delar av døgnet og allmennlege andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt då aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært lav. Ved behov konsulterast spesialist i Førde
- Sjukehuset sitt laboratorium, røntgen og andre støttefunksjonar står til disposisjon for kirurgen/ortopeden
- Det visast elles til beskrivingane for alternativ A og C

Styrker

- Utover det som allereie er nemnt tidlegare, vil styrken for denne løysinga mellom anna vere at den representerer meir effektiv utnytting av personalet i og med at skadepoliklinikken på kveld og natt takast i vare av allmennlege som allereie er engasjert på den kommunale legevakta
- Det er også grunn til å tro at det vil vere enklare å få aksept frå tilsynsmyndigheitene for bruk av egne kirurgar/ortopedar til skadepoliklinikken dersom tenesta ikkje er ei samanhengande veke, men at tenesta på natta takast i vare av andre legar

E. Løysing med kirurg/ turnuslege

- Skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped deler av døgnet og turnuslege andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt då aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært lav. Ved behov konsulterast anten spesialist i Førde eller den kirurgen/ortopeden som har jobba dagtid, som no kan ha bakvakt
- Sjukehuset sitt laboratorium, røntgen og andre støttefunksjonar står til disposisjon for kirurgen/ortopeden
- Det visast elles til beskrivingane for alternativ B og C

Styrker

- Utover det som er nemnt tidlegare, vil styrken for denne løysinga mellom anna vere at den representerer meir effektiv utnytting av personalet i og med at skadepoliklinikken på kveld og natt takast i vare av turnuslege som allereie er engasjert som vakthavande på medisinsk avdeling
- Det er også grunn til å tro at det vil vere enklare å få aksept frå tilsynsmyndigheitene for bruk av egne kirurgar/ortopedar til skadepoliklinikken dersom tenesta ikkje er ei samanhengande veke, men at tenesta på natta takast i vare av andre legar

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Forslag til løysing:

Alt. D: Kirurg og allmennlege

Ut frå vedtakskriteria i vedlegg I vurderer arbeidsgruppa at løysingsalternativ D Løysing med kirurg/allmennlege vil vere den mest føremålstenlege modellen for skadepoliklinikken

- Arbeidsgruppa foreslår at skadepoliklinikken blir bemanna av kirurg/ortoped delar av døgnet og allmennlege andre delar av døgnet, til dømes kveld og natt då aktiviteten ved skadepoliklinikken viser seg å vere svært låg. Ved behov konsulterast spesialist i Førde; her vil telemedisinsk utstyr kunne spele ei viktig rolle
- Løysinga vil innebere at ein vesentleg del av skadetilfella kan sluttbehandlast i Nordfjord og ei betydeleg mengd pasientar slipp å reise til Førde for vurdering og behandling
- Løysinga representerer ei effektiv utnytting av personalet i og med at skadepoliklinikken på kveld og natt takast i vare av allmennlege som allereie er engasjert på den interkommunale legevakta
- Det er også grunn til å tro at det vil vere enklare å få aksept frå tilsynsmyndigheitene for bruk av egne kirurgar/ortopedar til skadepoliklinikken dersom tenesta ikkje er ei samanhengande veke, men at tenesta på natta takast i vare av andre legar
- Kirurg/ortoped kan ambulere frå FSS til NSH, eventuelt kan kirurg/ortoped ambulere frå NSH til FSS. Inntil rekruttering er gjennomført vil det vere naudsynt å oppretthalde vikarordninga slik ho er i dag

Behov for å etablere observasjonssenger

- Det siste halve årets erfaringar tilseier at behovet for observasjonssenger i tilknytning til skadepoliklinikken er 0-2 senger. Dette må sjåast i samanheng med behovet frå den planlagde lokalmedisinske avdelinga
- Skadepoliklinikken kan ha tilgjengelege senger på den lokalmedisinske avdelinga/medisinsk avdeling som kan nyttast
- Økonomisk ansvar (fordeling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta) for sengene må avklarast

Hjelpepersonell på skadepoliklinikken

- Det må leggest til rette slik at skadepoliklinikken har tilgjengeleg hjelpepersonell heile døgnet, og at det blir ein praktisk, felles sambruk med sjukehuset av dette personellet
- Det vil vere til stor verdi for skadepoliklinikken å nytte allereie tilgjengeleg fagkompetanse, t.d. anesthesi- og operasjonssjukepleiarar; dette vil føre til at færre pasientar blir sendt vidare til FSS. Arbeidsgruppa foreslår 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 eventuelle operasjons- og anesthesisjukepleiarar ved skadepoliklinikken å halde ved like sin operative kompetanse. Dette kan løysast ved ambulering til LSH og FSS. Reisinga som dette medfører vil på ei anna side gjere stillinga mindre attraktiv og gjere rekruttering meir utfordrande
- I tabellen under er dei ulike kompetansebehova for sjukepleiarar ved utføring av ulike oppgåver presentert

Oppgåve	Kompetansebehov	Grad av behov
Sterilsentral	Operasjonssjukepleiar	Naudsynt
ECT	Anestesisjukepleiar	Naudsynt
Reponering/sedering	Anestesisjukepleiar	Naudsynt
Dagkirurgi	Operasjons- og anesthesisjukepleiar	Naudsynt
Skadepoliklinikk (avhengig av sterilsentral)	Operasjonssjukepleiar Anestesisjukepleiar	Ønskeleg (ikkje like stort behov på natt) Naudsynt å ha tilgjengeleg dersom reponering/sedering skal utførast

Hjelpepersonell legevakt og samarbeid

legevakt og spes.helsetenesta

- Hjelpepersonellet på legevakta bør primært vere sjukepleiarar
- Talet på tilgjengeleg hjelpepersonell på vakt bør vere to ressursar fram til natt. Den eine vil då primært vere telefonvakt for legevaktstelefonen, medan den andre fungerer som støtte til lege. På natt, når aktiviteten er lågare, vil det berre vere behov for éin hjelperessurs som handterer både telefon og støtte til lege. Personell på t.d. sengepostane kan ein også dra nytte av ved behov
- Kommunane har lyst ut 4 årsverk fordelt på 6-8 personar til hjelpepersonell ved legevakta (sjukepleiarar med erfaring frå tilsvarande arbeid)
- Når den lokalmedisinske avdelinga er etablert kan hjelpepersonellet også jobbe her. Dette, i tillegg til drift av sjukehusets sengepost, gjer at turnusen vert meir attraktiv (ikkje vakt berre kveld, natt og helg)
- Det er viktig at personell oppfattar det som tydeleg kor dei har organisatorisk tilknytning, sjølv om arbeidsoppgåvene dekkjer både primær- og spesialisthelsetenesta. Primær- og spesialisthelsetenesta kan kjøpe tenester frå kvarandre framfor at personell må stelle seg til fleire arbeidsgjevarar
- Sjukepleiarar som tilsettast må ha andre oppgåver forutan skadepoliklinikken
- Det bør ikkje tilsettast sjukepleiarar berre for å arbeide med skadepoliklinikken, her kan personell frå poliklinikken brukast. Dette føreset at den fysiske avstanden mellom skadepoliklinikken og andre poliklinikkar ikkje er for stor
- Teknologien bør legge til rette for at den som handterer legevaktstelefonen kan vere fleksibel til å gjere andre oppgåver
- Teknologien bør legge til rette for at innringar koplaster vidare til annan legevaktsentral ved opptattsignal

Tiltak for kompetansebygging i skadepoliklinikken

- Det bør vurderast å gjennomføre kursing av allmennlegane og støttepersonell i dei mest brukte prosedyrane ved skadepoliklinikken. Dette gjeld prosedyrar knytt til skade på hand/handledd og fot/ankel. T.d. er «Skadeortopedi for allmennlegar» eit kurs som kan arrangerast lokalt i Helse Førde og få det godkjent gjennom Legeforeninga
- Vidareutdanning for sjukepleiarar: Ei viktig kompetanse å kunne ha på skadepoliklinikken/legevakta er spesialsjukepleiar med vidareutdanning i legevaktssjukepleie. Dette er eit tilbod som interesserte kan få støtte til. Det bør påpeikast at dette ikkje vil vere erstatning for andre spesialistsjukepleiarar. Kostnad estimerast til 500.000 NOK for to personar
- Sjukepleiarar som skal jobbe i den lokalmedisinske avdelinga bør få opplæring i korleis det kommunale helsetenesteapparatet fungerer
- Det går ulike faste kurs som er ope for turnuslegar i distrikt og allmennlegar

Opningstid

- Gitt dagens opningstider for felles legevakt ved NSH vil skadepoliklinikken vere bemanna av kirurg/ortoped frå kl. 08.00 til 22.00. Frå kl. 22.00 til 08.00 vil poliklinikken vere bemanna av allmennlegen som har interkommunal legevakt. Denne opningstida bør også gjelde for helg og høgtidsdagar
- Dersom opningstida for felles legevakt utvidast til å starte tidlegare på kvelden, vil ein kunne vurdere at legevakta tar over for kirurgen på skadepoliklinikken på dette tidpunktet. Mellom kl. 18.00 og 08.00 er det gjennomsnittleg éin person inne til konsultasjon på skadepoliklinikken
- Det bør vurderast om kirurg/ortoped kan starte seinare enn 08.00, då talet på pasientar er forholdsvis lågt fram til kl. 09.00/10.00

Telemedisin

- Det er essensielt at det telemedisinske utstyret er lett tilgjengeleg for alle som skal nytte telemedisin – både ved legekontora og for sjukehuslegane. Skadepoliklinikken har allereie videokonferanseutstyr
- Det er kritisk for at utstyret skal nyttast at det er brukarvennleg; det må vere så enkelt som mogleg å nytte
- Legevakta kan kommunisere med pasientar heime ved hjelp av telemedisinsk utstyr. Gruppa ser større fordelar med telemedisinsk utstyr for legevakta enn for skadepoliklinikken. Ei løysing kan vere at legevakta har utstyret, medan skadepoliklinikken låner dette ved behov
- Arbeidsgruppa ser for seg at utstyret hovudsakleg kan nyttast til rehabiliteringsformål og undervisning, men er usikre på kor stor nytten er ved diagnostisering
- Telemedisinsk utstyr kan også nyttast ved å kommunisere med bakvakt som er heime (telemedisin er ikkje utelukkande video)

Andre forbetningsområde, moment, suksessfaktorar

Funksjonar nært relatert til skadepoliklinikken

I tilknytning til arbeidsgruppa sitt arbeid, har det vore påpeikt fleire forhold som i tillegg til å styrke skadepoliklinikken sitt arbeid, også vil kunne bidra til å underlette drifta på fleire andre relaterte område. Det kan i den samanheng nemnast:

- Ein ortoped ved skadepoliklinikken vil også ha kapasitet til å utføre planlagde polikliniske konsultasjonar, preoperative vurderingar av pasientar som skal opererast i Førde, mindre dagkirurgiske inngrep og postoperative kontrollar. I tillegg vil ortopedden ved behov kunne hjelpe stabiliseringsteamet
- Ein anestesistjukepleiar og operasjonssjukepleiar vil kunne inngå i fleire andre funksjonar/stillingar utover det som er nemnt i direkte relasjon til skadepoliklinikken. Forutan dei oppgåvene nemnt i tabell tidlegare, vil slike funksjonar vere:
 - Generelt poliklinisk arbeid
 - Etablering og drift av lokalmedisinske senger, eventuelt ved etablering av observasjonssenger
 - Ambulansetenesta (anestesistjukepleiar)
 - Bistand til stabiliseringsteamet (kfr seinare)

Det høyrer med til vurderinga at Nordfjord allereie har stabil, stedleg etablert kompetanse som anesthesi- og operasjonssjukepleiarar

- Uansett må innhaldet i stillingane vere av ein slik karakter at det blir mogleg å rekruttere medarbeidarar til Nordfjord sjukehus i framtida

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Traumebehandling i Helse Vest

Traumesystemet i Helse Vest

- Traumesystemet i Helse Vest beskriv behandlingsskjeda med fire nivå:
 1. Den prehospitale delen med ambulanse, lokal akuttmedisinsk team og luftambulanse
 2. Traumesjukehusfunksjon
 3. Traumesenter (Haukeland universitetssykehus)
 4. Rehabilitering

Nordfjord sjukehus si rolle i dag

- Nordfjord sjukehus har ikkje traumesjukehusfunksjon. Det betyr at sjukehuset i utgangspunktet ikkje har noko rolle i traumekjeda sett bort frå eventuelt å vere ein del av det lokale, kommunale utrykkingsteamet
- Nordfjord sjukehus er ein del av den totale katastrofeberedskapen i Nordfjord

Stabiliseringsfunksjon ved Nordfjord sjukehus

Arbeidsgruppa meiner det bør vere ein stabiliseringsfunksjon ved Nordfjord sjukehus som kan vurderast aktivert i heilt spesielle situasjonar. Behovet for ein slik plan B grunnig med følgjande:

- Vêrforholda kan forsinke/hindre vidare transport
- Ein kritisk dårleg pasient som ein ikkje forventar vil kunne overleve forlenga transport. Om det er formålstenleg å stoppe ved Nordfjord sjukehus er avhengig av problemstilling og kva tilbod ein vidarefører/opprettar ved Nordfjord sjukehus. Ved eit tilbod som utelukkande inneheld medisinske funksjonar med anestesi utan kirurg, vil dette enda sjeldnare vere formålstenleg. Ein ender då opp med forhold som skyldast luftvegs- og respirasjonsproblematikk. Ein sirkulasjonsproblematikk vil i traumesamanheng vere avhengig av ein bløtdelskirurg
- Førekomsten av dette behovet vil vere <1 per år og av desse må ein kunne anta at ikkje alle er så tidskritiske at ei forseinking på 20 min (helikopter) eller <90 min (hjulambulanse) er avgjerande. (Tidsestimata går ut frå ideelle transportforhold.) NSH må ha/få tilgang til katastrofeblod (det er i dag blodbank ved NSH)
- Det vil vere heilt avgjerande at helsepersonale på skadestaden konsulterer andre, primært traumeleiar ved Førde sentralsjukehus i denne vurderinga, slik at unødvendig forseinkingar ved stopp i Nordfjord kan unngåast
- Eit alternativ i diskusjonen vil også vere å sende spesialtrena traumepersonale til Nordfjord sjukehus i heilt spesielle situasjonar, t.d. ved ein masseskadesituasjon

Stabiliseringsteamet si rolle og oppgåver

- Stabiliseringsteam tilsvarer det akutteamet som allereie er etablert ved Nordfjord sjukehus, for ivaretaking av akutte situasjonar i sjukehuset
- Stabiliseringsteamet si rolle vil primært vere stabilisering før vidare transport til Førde eller Bergen. Av legane i teamet bør minimum kirurgen og anestesilegen vere trenar i ATLS (advanced trauma life support) samt ha praktisk opplæring i kirurgiske nødprosedyrar som:
 - Intubering
 - Nødtracheotomi
 - Dekompresjon ved trykkn pneumothoraks
 - Innlegging av thoraksdren
 - Pericardiocentese
- Rutinar må etablerast for Nordfjord sjukehus si stabiliserande rolle. I desse rutinane bør konsultasjon med traumeleiar ved Førde sentralsjukehus inngå. I heilt spesielle vêrmessige situasjonar må det også vurderast om helsepersonale skal sendast til Nordfjord for å styrke beredskapen der
- For at teamet skal fungere optimalt må folk vere i *stand* til å rykke ut. Dette inneber at dei må vere informert om at dei er ein del av teamet og om kva prosedyrene er og slik vere forberedt på ei eventuell utrykking. Dette inneber også at utrykkingsutstyr (som t.d. påkledning), radioutstyr og naudnett er på plass. Kompetansehevingstiltak som nemnt seinare i kapittelet samt gjennomføring av øvingar med ein viss hyppigheit er naudsynt

Bemanning i stabiliseringsteamet

- Av funksjonar som allereie er vedtatt skal finnast ved NSH vil stabiliseringsteamet ved Nordfjord sjukehus kunne bestå av:
 - Anestesiressurs
 - Indremedisinar
 - Turnuslege/allmennlege
 - Intensivsjukepleiar
 - Ambulansepersonell
 - Radiolog
 - Radiograf
 - Bioingeniør
 - Skadepoliklinikklege
- Ambulansepersonell som er heime kan nyttast i kombinasjon med team på sjukehus
- Arbeidsgruppa sitt forslag til bemanning i stabiliseringsteamet (dersom ein skal kunne tilby luftvegsstabilisering etter norsk standard) er å i tillegg ha ein anestesistjukepleiar i teamet
 - Anestesisjukepleiaren kan også vere ein ressurs i ambulansetenesta (som del av ambulanseteam) og slik styrke den akuttmedisinske kjeda
 - Arbeidsgruppa anbefaler ikkje at primærfunksjonen til anestesistjukepleiarar skal vere i stabiliseringsteamet
- Dersom ortoped/kirurg og/eller operasjonssjukepleiar også er i teneste, vil desse naturleg gå inn og styrke teamet, eventuelt som erstatning for nokre av dei andre i teamet

Tiltak for kompetansebygging i stabiliseringsteamet

- Stabiliseringsteamet ved NSH treng kursing i traumebehandling
- Heile teamet må vere samkjørt etter opplæring ved lokale kurs basert på opplegg frå Stiftelsen BEST (betre og systematisk teamtrening). Dette er eit tverrfagleg teamtreningskurs utan kursavgift
- ATLS (advanced trauma life support) er eit legekurs som dekker traumeteamet. Kursavgift er 10.000 NOK per kursplass. Det estimerast ein samla kostnad på 100.000 NOK for ti legar. Kurset leder til sertifisering
- KITS (kurs i traumesjukepleie) etablerast i Helse Vest i 2012-2013 og kan planleggast satt opp lokalt for mellom anna sjukepleiarar på skadepoliklinikken. Kursavgift er 1.000-1.500 NOK per kursplass. Fagleg innhald er tilsvarande TNCC, men klassifiserast som bedriftsintern opplæring
- TNCC (Trauma Nursing Core Course) kostar 7.600 NOK per kursplass. I tillegg kjem opphald og lønnskostnad. Her kan ein eventuelt kjøre ei felles samling lokalt med 16 kursplassar. Dette vil koste om lag 100.000 NOK. Kurset leder til sertifisering

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Økonomiske konsekvensar

- Arbeidsgruppa foreslår ingen eigne stillingar utelukkande knytt til skadepoliklinikken. På dagtid vil bemanninga primært sjåast i samanheng med resten av den polikliniske verksemda, medan bemanninga på kveld og natt primært vil sjåast i samanheng med den lokalmedisinske avdelinga og sengepostverksemda
- Dei økonomiske konsekvensane av modellen vil vere avhengig av ein del uavklarte problemstillingar, t.d. dagkirurgi og operasjonssenger. Felles bruk av personell gjer at kostnader må fordelast utover fleire funksjonar. Kostnader for modellen må estimerast ut frå ulike alternative løysingar med tanke på uavklarte problemstillingar. Kor stor del av kostnaden som vil vere direkte knytt til skadepoliklinikken vil derfor vere vanskeleg å anslå på det noverande tidspunktet
- Arbeidsgruppa estimerer ei ramme på minimum 2 MNOK til å dekke naudsynte kompetansehevingstiltak, forankringsarbeid og prosjektarbeid for å få den foreslegne modellen opp og stå

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Kritiske suksessfaktorar/ ROS-analyse

Kritiske suksessfaktorar

1. Forankring høgt i leiinga av helseføretaket
2. Forankring hjå og samhandling med kommunehelsetenesta (legevaktsfunksjonen)
3. Forankring blant dei tilsette ved NSH – takle omstilling
4. Tilstrekkelege økonomiske rammer
5. Kompetanse/tilsette forblir i organisasjonen trass i usikkerheit i dag rundt framtidig kompetansebehov
6. Forankring hjå befolkning og folkevalte

Risikomatrise

Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei

Konsekvens	Svært høg			1	2, 3	
	Høg			4	6	
	Moderat				5	
	Liten					
	Ingen					
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				

Tiltak for å sikre dei kritiske suksessfaktorane

Kritisk suksessfaktor	Tiltak for å sikre suksess
1. Forankring høgt i leiinga av helseføretaket	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involvering av føretaksleiinga, samspill mellom prosjekt og driftsorganisasjon
2. Forankring hjå og samhandling med kommunehelsetenesta (legevaktsfunksjonen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involvering av kommunehelsetenesta: Tydeleg kommunikasjon/informasjon på t.d. informasjonsmøte, involvere legar i prosjektarbeid ▪ Avklaring av støttefunksjonar knytt til den interkommunale legevakta ▪ Forankring på politisk og administrativt nivå, slik at alle kommunane i den grad det er mogleg forpliktast i eit langsiktig perspektiv ▪ Eventuelt innføre egne legevaktslegar
3. Forankring blant dei tilsette ved NSH – takle omstilling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involvering av dei tilsette, tydeleg kommunikasjon/informasjon, svare på uavklarte spørsmål, vinne att tillit til føretaksleiinga, mobilisere endringsvilje
4. Tilstreккеlege økonomiske rammer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involvering av føretaksleiinga, samspill mellom prosjekt og driftsorganisasjon
5. Kompetanse/tilsette forblir i organisasjonen trass i lang prosjektid utan endelege avklaringar rundt kompetansebehov	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avklare spørsmål så snart det lar seg gjøre, tydeleg kommunikasjon
6. Forankring hjå befolkning og folkevalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydeleg kommunikasjon/informasjon, forankring blant tilsette ved NSH vil føre til forankring hjå befolkning og folkevalte

Prosessar for forankring mot allmennlegar, kommunar og i helseføretaket

- Forankring bør skje ved å nytte eksisterande arenaer for samhandling. Det er viktig å spreie sakleg informasjon, anten det er noko som skal drøftast eller noko som er vedteke
- Praksiskonsulentane vil vere sentrale i informasjonsspreiingsarbeidet
 - Praksiskonsulentane har møte to gonger i året med kommune- og sjukehuslegar som kan nyttast til å informere om ny løysing for skadepoliklinikk
 - Det vil også vere viktig å møte legane/kommunerepresentantar i mindre grupperingar. Praksiskonsulentane vil kunne invitere seg til dei ulike legekontora
- Ein annan kommunikasjonskanal til kommunelegane er via kommunalsjefane. Desse har god kontakt med legane i kommunen og kan lett spreie informasjon
- Informasjon kan også spreiest i samarbeidsutval, der representantar frå kommunane og kommunelegane møtast (valte representantar). Det finst også andre møte der alle legane skal møte
- Det kan også arrangerast separate informasjons- og orienteringsmøte med kommunelegane
- Prosjektleiinga har ansvaret for informasjonsspreiing

Innhold

Om arbeidet

Omtale av dagens situasjon

Alternative løysingar for skadepoliklinikken

Forslag til løysing for skadepoliklinikken

Traumebehandling

Økonomiske konsekvensar

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse

Vedlegg

Vedlegg I: Vedtakskriterium ved evaluering av ulike modellar

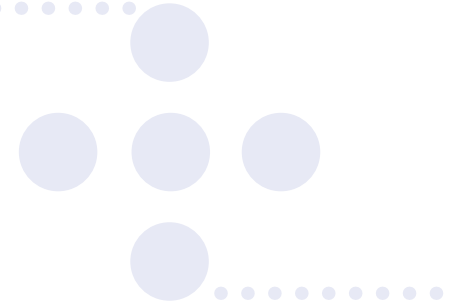
Vedtaks Kriterium

		Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ n	
Kvalitative	Kvalitet	Tjenestekvalitet			
		Samhandling mellom miljøa			
		Pasientservice			
		Tilbudet skal bli gitt på beste effektive omsorgsnivå (BEON)			
		Tryggleik for befolkninga			
	Tilgjenge og samordning av servicetilbud	Vurdering av nærleik			
		Vurdering av tilgjenge			
		Pasienttransport			
		Legge til rette for forutsigbar samhandling med kommunar			
	Forholda for dei tilsette	Størrelse på miljø			
		Rekruttering			
		Attraktivitet ovafor høgskule og universitet			
		Attraktivitet ovafor andre medisinske miljø			
	Fagleg utviklings- og forsknings-moglegheiter	Moglegheit for realisering av faglige gevinstar			
		Moglegheit for nettverksutvikling			
Spesialisering					
Utdanning					
Kvantitative	Driftsøkonomiske vurderingar	Endring i vaktordningar			
		Endring i bemanning			
		Endring i transportkostnader			
		Omstillingskostnader			
		Moglege innsparingar			
		Andre gevinstar			

Vedlegg II: Traumer i Nordfjord

Samanstilling og kommentarar frå traumekoordinator Kurt Andersen

Traumer i Nordfjord



Oppsummering statistikk

- Vedlagte talgrunnlag er henta frå AMIS ved FSS og traumeregisteret HUS. Datasamlinga inneheld tal frå og med 2009 til og med 2011
- Det er under 150 pasientar per år. Av desse er under 50 vurdert som potensielt alvorleg skadd
- Årleg vart det motteke under 40 pasientar mens ortopedien framleis var på Eid. Av desse vart minst 86% handtert lokalt i akutfasen
- Andelen av ØH pasientar levert ved Nordfjord sjukehus med ambulansar har utgjort mellom 32% og 48%. Dette inkluderer traumer
- Direkte transport til anna sjukehus har økt dei siste åra, frå 30% til 60%

Vurderingar¹

- Volumet alvorlege traume er svært lågt, berekna til under 10 per år
- Til trass for svært lågt volum av alvorlege traume vil det i spesielle tilfelle kunne oppstå hendingar/situasjonar som mogleggjer behov for stopp ved Nordfjord sjukehus. Dette gjeld kritiske pasientar der ein ikkje forventar at pasienten vil overleve ein forlengta transport. Her må det vere ei vurdering av kva behov pasienten har for å kunne overleve (luftvegshandtering - kirurgi). Førekomst <1 pr. år
- Det kan også oppstå spesielle situasjonar der ein pga. vêrmessige forhold som tvingar fram behov for ein stabiliserande rolle. Dette bør tas høgde for i eigen plan
- Volumet ØH pasientar må antakast å vere såpass høgt at kombinert med elektiv / poliklinisk aktivitet vil det kunne vere formålstenleg å oppretthalde ein skadepoliklinikkfunksjon e.l.
- Eit økt press på ambulansetenesta i samband med meir direktetransport vil påverke den grunnberedskap ein har i regionen. Opp mot 180 timar fråvær av ambulanse må kunne påreknast

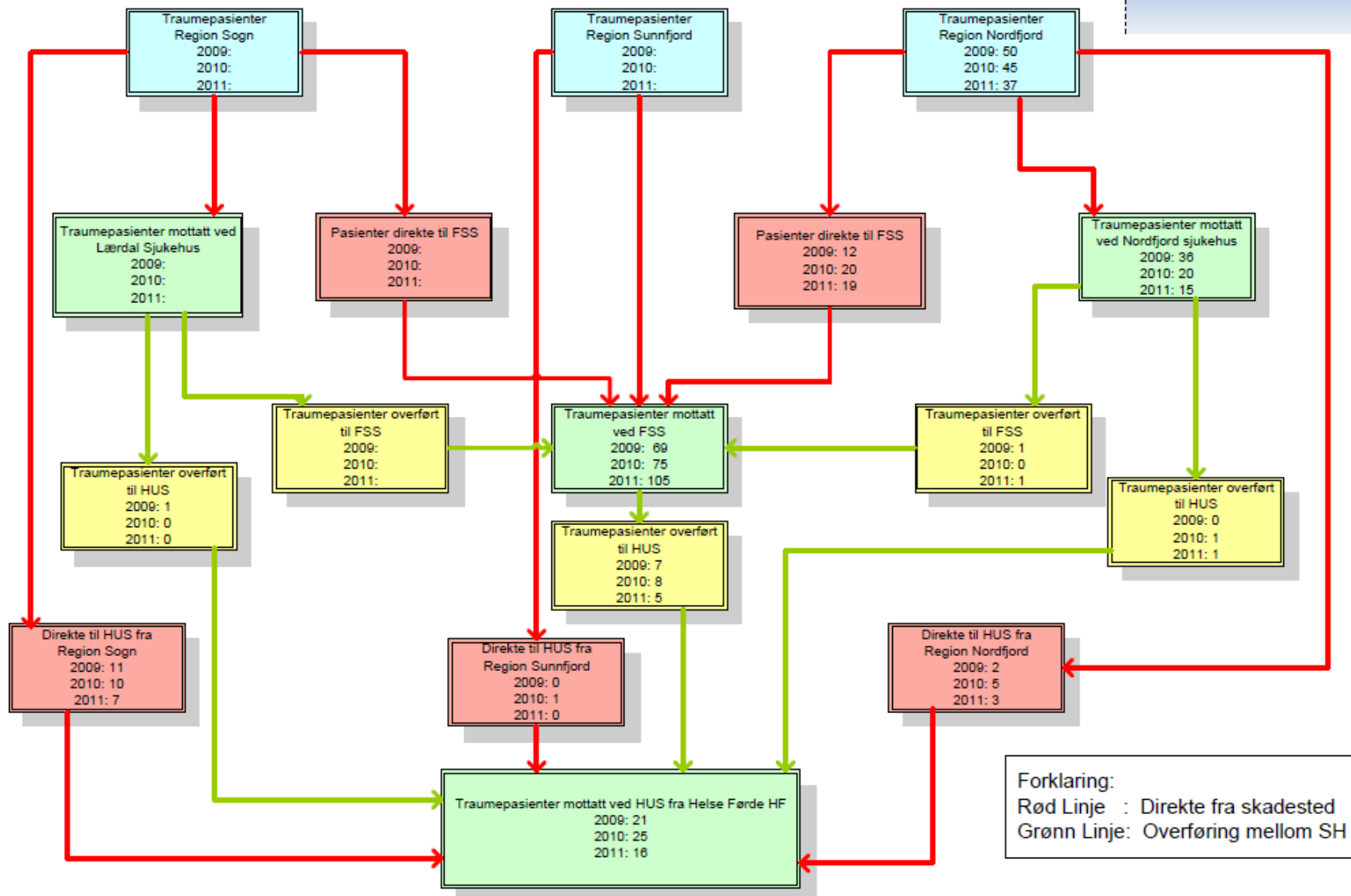
¹Samanstilling og kommentarar frå traumekoordinator Kurt Andersen

Oversikt multitraume pasientflyt

2009 – 2011 Helse Førde HF

Multitraumepasienter
Sogn og Fjordane

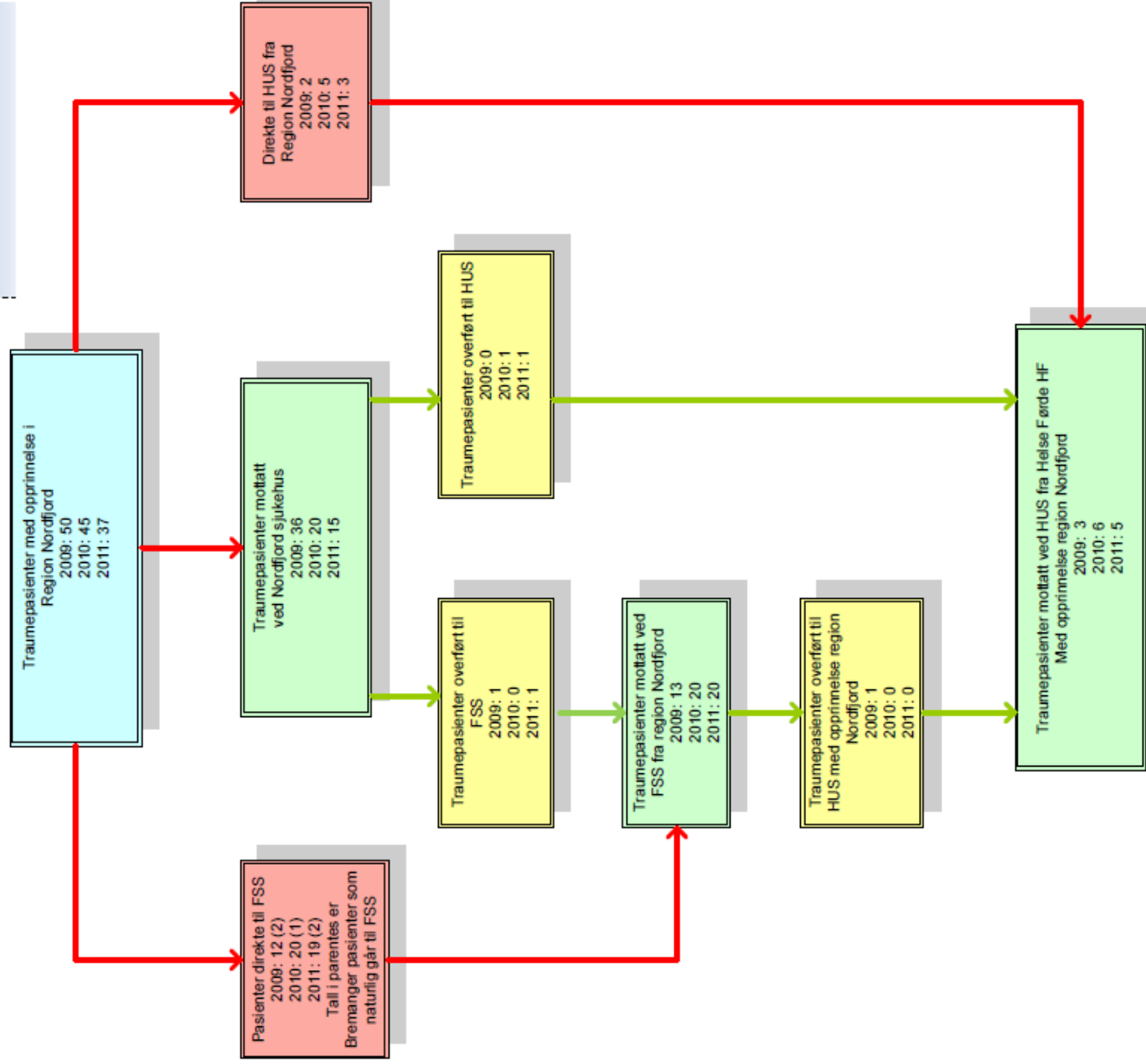
15.03.2012



Oversikt multitraume pasienter med opprinnelse Nordfjord regionen 2009 - 2011

Multitraumepasienter Sogn og Fjordane

15.03.2012



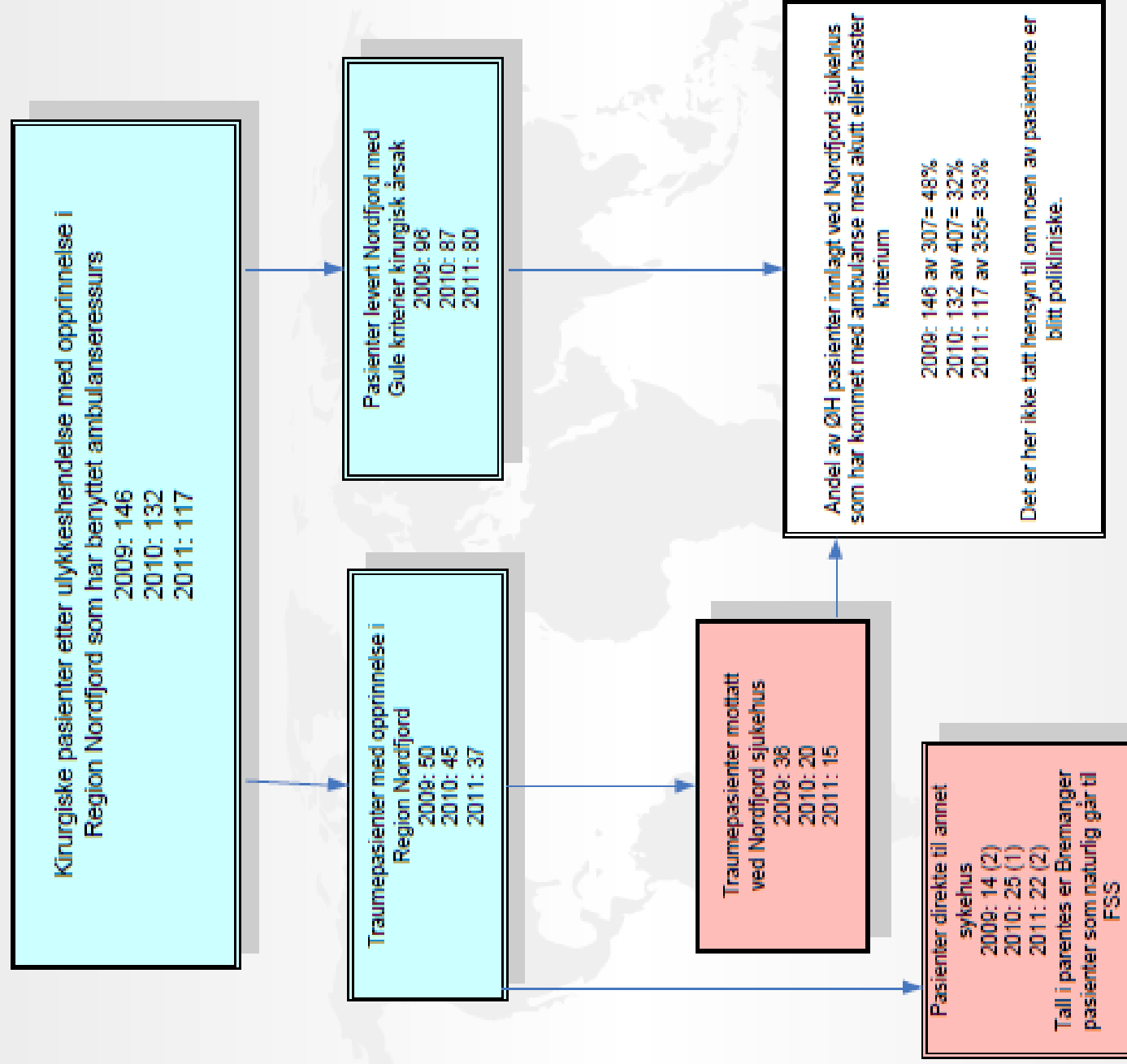
Inklusjonskriterier/ Begrensninger:

- Varslet med mistanke om alvorlig skade.
- Overføring under 24 timer etter skadetidspunkt
- Ikke tatt hensyn til ISS scoring

Forklaring:

- Rød Linje : Direkte fra skadested
- Grønn Linje: Overføring mellom SH

Oversikt pasientstrøm med andel av pasienter som har kommet med ambulanse med kirurgisk kriterium og hastegrad haster eller akutt.



Vedlegg III: Legevaktsfunksjonen i Nordfjord

Orientering av Trond Inselseth

Dagens ordning for legevaktsfunksjonen

- I legevaktsområdet til Nordfjordkommunane som har felles legevaktssamarbeid ved NSH, bur det om lag 25.000 personar (kommunane Bremanger og Gloppen er ikkje med i samarbeidet)
- Legevakta er organisert etter vertskommunemodellen med Eid som vertskommune
- Det er felles legevakt ved NSH frå kl. 22.00 på kvelden til kl. 08.00 om morgonen i kvardagar i tillegg til heile døgnet i helger og på heilag dagar. Det er ei styringsgruppe beståande av representantar frå kommunane som administrerer den felles legevakta
- Frå kl. 08.00 til kl. 22.00 har kommunane separate legevaktsordningar i dei respektive kommunane
- I tida der det er felles legevakt har legen ikkje støttepersonell. Dette med unntak av laurdag og sundag mellom kl. 08.00 til 19.00, då det er ein legesekretær/sjukepleiar til stades
- Legevaktstelefonen i tidrommet for felles legevakt er bemanna av overvåkingsavdelinga ved Nordfjord sjukehus. Helse Førde har no sagt opp tenesta og det er uvisst korleis legevaktstelefonen skal bemannast framover

Moglege løysingar for legevaktsfunksjonen

- Det er ønskeleg å ha sjukepleiar som støttepersonell til stades kontinuerlig i tidromma då det er felles legevakt ved NSH. Ei mogleg løysing kan vere at sjukepleiaren også kan bemanne legevaktstelefonen
- Dersom ein kan ha ein diagnostisk ressurs på legevakta vil ein ha moglegheit til betre å selektere pasientane
- Legevakta kan samarbeide med sjukehuset – både om ressursar og sengeplassar (til dømes observasjonssenger)
- Det kan vere ein fordel at den felles legevaktsordninga utvidar opningstida (starte tidlegare enn kl. 22.00)
- Det er også behov for å styrke bemanninga med éin lege, alternativt med ei bakvakt, i deler av veka/døgnet
- Alle kommunane er einige om at den felles legevaktsordninga må styrkast og omorganiserast, men det er ikkje bestemt om ordninga skal utvidast
- Utvida opningstid for felles legevakt, alltid å ha ein sjukepleiar til stades som støttepersonell og å ha bemanning av legevaktstelefonen i tilknytning til sjølve legevakta er i samhøve med «Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt frå 2009» frå «Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin». Det skal nemnast at befolkningsgrunnlaget i Nordfjordregionen er mindre enn forslaget til handlingsplan legg til grunn

Vedlegg IV: Bruk av Volda sjukehus

Arbeidsgruppa vart bede om å drøfte kva rolle Volda sjukehus burde ha i samband med skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus

Bruk av Volda sjukehus

- Arbeidsgruppa ser ikkje behovet for å nytte Volda sjukehus i samband med skadepoliklinikken. Dersom pasient må til høgare nivå enn Nordfjord sjukehus vil han gå til Førde sentralsjukehus eller Haukeland universitetssjukehus