

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 07.03. 2013
Sakhandsamar: **Gjertrud Jacobsen**
Saka gjeld: **Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013- 2017**

Arkivsak
2011/274/
Styresak 046/13 B

Styremøte 10.04. 2013

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Vest sluttar seg til forslag til regional plan for kirurgi med tilrådingar og tiltak. Styret ber om at det blir lagt fram eigen sak om tilrådingpunkt 6 om forskning med ei breiare vurdering av dette temaet før styret tar stilling til dette punktet.
2. Styret i Helse Vest sluttar seg til forslag om funksjonsfordeling for kreftkirurgi jf. tabell 1 og 2 i styresaka med presisering for fagleg samarbeid spesielt mellom Helse Bergen og Helse Stavanger.

Oppsummering

Helse Vest har med bakgrunn i Helse 2020 fått utarbeidd regional plan for kirurgi som nå har vore på høyring i helseføretaka, private ideelle sjukehus og Regionalt brukarutval. Planen inneheld ei rekke tilrådingar med forslag til tiltak. Rekruttering, utdanning og kompetanseheving er hovudutfordringane framover. Kapasiteten for kirurgi må aukast i Helse Vest for å møte krav og forventningar til spesialisthelsetenesta.

Høyringsintansane sluttar seg i hovudsak til tilrådingane og tiltaka i rapporten. Planen peiker på utfordringar som gjeld alle føretaka og vil være til god nytte for det enkelte føretak som grunnlag for lokale planar på kort og lang sikt.

Det blir tilrådd større grad av sentralisering og tettare fagleg samarbeid for kreftkirurgien.

Forslaget til regional plan for kirurgi gir eit godt grunnlag for vidare arbeid med å sikre kirurgiske tenester til befolkninga i regionen både i høve til kvalitet og kapasitet.

Fakta

1 Innleiing

Helse Vest har med bakgrunn i Helse 2020 utarbeidd forslag til regional plan for kirurgi (vedlegg 1). Planen er utarbeidd i samarbeid med helseføretaka og private ideelle sjukehus i regionen og arbeidet har vore organisert som eit prosjekt med styringsgruppe (fagdirektørane og tillitsvalde) og prosjektgruppe (to deltakarar frå kvart HF og tillitsvalde). Rapporten blei levert desember 2012.

Vi har nå gjennomført ein høyringsprosess og fått innspel frå føretaka, private ideelle sjukehus og regionalt brukarutval.

4. februar 2013 blei planen drøfta i direktørmøtet i Helse Vest.

2 Samandrag av planen

Bakgrunn – mandat:

- Målet er ein regional plan for kirurgi som med basis i ei beskriving av nåsituasjonen og forventa utvikling, trekkjer opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet innan kirurgi i Helse Vest.
- Planen skal ligge til grunn for vidareutvikling av tilbodet innan kirurgi i regionen og i det enkelte helseføretak

Målsettingar:

- Sikre kapasitet, gode kirurgar og gode kirurgiske team
 - Rett og tilpassa infrastruktur for kirurgiske tenester og tilrettelegging av gode pasientforløp
 - Sikre «den alminnelege kirurgien» (storvolumkirurgi) som folk flest har behov for
 - Meir aktive grep om utdanning/spesialisering og vedlikehald av kompetanse
- Sikre kvalitet og pasientsikkerheit
- Betre tilgjenge til tenestene, redusere tal på ventande og ventetider, og god prioritering
- Styrke forskning på pasientrelaterede utfallsmål (evaluering/måling av behandlingsresultat sett frå eit pasientperspektiv)

Ei rekke element peikar mot auka behov for kirurgi:

- Demografisk utvikling – fleire eldre
- Forventa auke i talet på krefttilfelle (over 30% fram mot 2030)
- Ny teknologi og metodar – stadig fleire kan behandlast
- Jamn auke i øyeblikkeleg hjelp
- Nye oppgåver – spesielt knytt til politiske lovnader
- Låge behandlingsrater på Vestlandet

Planen har ei rekke tilrådingar med forslag til tiltak innan 8 ulike område som følger under.

1 AUKE KAPASITET OG TILGJENGELEGGHEIT

- **Gjennomgang av sengetals- og operasjonsstovebehov for dei kirurgiske fagområda (hovud- og greinspesialitetar) i HF-a med tilpassa støttefunksjonar**
TILTAK:
 - Planarbeid i HFa med ferdigstilling i 2013. Planarbeidet må bygge på dei faktorane som er omtala i kapittel 9. Det må vidare leggest til grunn at kapasiteten for støttetjenester (operasjon, anestesi, postoperativ/intensiv, radiologi, patologi) sikrar gode pasientforløp utan flaskehalsar.
 - Det er tidvis ventetid for ØH-operasjonar. Dette er ein situasjon som ikkje kan akseptertast fordi slik ventetid er svært belastande for pasientane i tillegg til at risikoen for pasienten aukar. Det må førast oversikt over operasjonar som vert utsette pga manglande kapasitet og styra i helseføretaka må drøfte slike spørsmål ved kvar tertialrapportering.
- **Auke dagkirurgisk verksemd i føretaka til minst nasjonalt gjennomsnitt ila 2013 (på regionalt nivå) og med minimum 20 % auke ila 2015.**
TILTAK:
 - Konkret iverksetting i føretaka og HDS. Planane må også omhandle korleis «storvolumkirurgien»/den generelle kirurgien skal handterast og kva koordinerande tiltak mellom private sjukehus, avtalespesialistar og helseføretak som må setjast i verk.
 - Utnytte potensialet for desentraliserte dagbehandlingstenester ved bruk av lokalsjukehusa.
- **Auke poliklinisk kapasitet for nye tilvisingar med 50 % innan 2016**
TILTAK:
 - Auke kapasitet for nyttilviste pasientar ved å redusere talet på kontrollar. Innføre ny styringsvariabel som framstiller forholdet mellom nyttilviste og kontrollar innan den einkilde hovud- og greinspesialitet
 - I løpet av 2013 må alle helseføretak vidareutvikle og auke, evt starte opp med forsøk innan gastroenterologisk kirurgi (sjukepleiar), urologi (sjukepleiar/uroterapeut), brystkreft (sjukepleiar) ortopedi (fysioterapeut) med auka bruk av jobbglliding/oppgåveglliding i rutinekontrollar av behandla pasientar. Som ein del av dette må det over tid utarbeidast felles enkle regionale retningslinjer/kontrollopplegg for opererte pasientar som inneheld informasjon om kontrollintervall og innhald i kontrollane. Det regionale helseføretaket må vurdere å etablere ei insentivordning for å få til slike endringar slik Helse Midt-Norge RHF har gjort.
 - Utnytte potensialet for desentraliserte polikliniske tenester ved bruk av lokalsjukehusa.
- **Sterkare og betre koordinering mellom avtalespesialistar, private sjukehus og føretaka**
TILTAK:
 - Gjennomgang av avtalestruktur og avtalar som m.a. sikrar forpliktande bruk av felles retningslinjer, prioritering i tråd med rettleiar og betre grunnlag for dimensjonering av tilbodet (ansvar: Helse Vest RHF).
- **Auke utnytting av operasjonsstover ved å betre logistikk (presis oppstartstidspunkt ved operasjonar, redusert skiftetid, lengre operasjonstid «knivtid» pr operasjonsstove)**
TILTAK:
 - Helse Vest RHF og seinare helseføretaka må i drøftingar med arbeidstakarorganisasjonane få på plass forpliktande samarbeid for å få dette til.
 - Helse Vest RHF og helseføretaka bør etablere samarbeid med utdanningsinstitusjonar vedrørende føretaka sine behov for utdanning av operasjonssjukepleiarar.

2 UTDANNING, REKRUTTERING OG KOMPETANSE

- **Styrke rekrutteringa på kort sikt (0-10 år). Helseføretaka i Helse Vest RHF har gjennomgåande store rekrutteringsvanskar.**

TILTAK:

- Ei felles RHF-styrt rekrutteringssatsing innan rekrutteringssvake fag for å ha nok nødvendige spesialistar. Samordningsvinstane ved eit felles initiativ vert av prosjektet oppfatta som store. Det må spesielt leggast vekt på å sikre bakvaktskompetente kirurgar til dei mindre helseføretaka og rekruttering av spesialistar innan urinvegskirurgi (urologi) til alle helseføretak. Dette strakstiltaket er ikkje berre nødvendig for å dekke opp kortsiktige behov, viktigare er tilgang til spesialistar som sikrar utdanning av nye spesialistar (føretak har mista sin utdanningsstatus).
- Det må opprettast ein «pool» på 10 tidsavgrensa utdanningsstillingar (LIS-stillingar) som HFa kan bruke for å sikre framdrift i utdanningsløpa. RHFet skal styre bruken etter omforeinte kriterier, der m.a. omsynet til dei mindre HFa skal vektleggast. Det må sikrast at tiltaket vert forankra i arbeidstakar-organisasjonane som eit strategisk viktig, men tidsavgrensa tiltak. Helse Vest RHF må vurdere om det kan vere føremålstenleg å etablere ei insentiv-ordning for føretaka for å understøtte tiltaket for å auke utdanningskapasiteten og redusere utdanningstida.
- Det må etablerast ei økonomisk stimuleringsordning som kan sikre at LIS-kandidatar kan få fullført utdanninga si, t.d. ved kortare engasjement ved Gruppe I-sjukehus.
- Helse Førde og Helse Fonna må sikre talet på godkjende spesialistar i bryst- og endokrin-kirurgi for å dekke behovet dei har innan 3 år.
- Etablere stipendordning for kortare utanlandsopphald (1-3 mnd) for å sikre kompetanse i «tung» kirurgi (spesielt avansert traumekirurgi, lågvolum kreftkirurgi og komplikasjonskirurgi).
- Sikre auka behov og kapasitet for rekonstruktiv kirurgi etter fedmeoperasjonar og brystkreftoperasjonar i regi av formalisert utdanning/kursing (innan- og utanlands)

- **Sikre utdanning og rekruttering på lang sikt (> 10 år).**

TILTAK:

- Det må startast eit RHF-initiert og styrt planarbeid for å sikre at føretaka på Vestlandet i større grad enn i dag kan utdanne eigne spesialistar, inkludert spesialistar med breiddekompetanse/vaktkompetanse. Planarbeidet må spesielt bygge på og vektlegge:
 - Faktagrnnlaget, dvs samansetjing av legearbeidsstokken i dag og forslag for framtida.
 - Samordna og koordinerte utdanningsforløp.
 - Omtale av korleis utfordringane med faste LIS-stillingar skal handterast.
 - Korleis dei nye søkbare basis- (turnus-)stillingane kan brukast aktivt for å styrke rekrutteringa, inkl spørsmålet om omfordeling av basisstillingar mellom HFa.
 - Korleis ein kan auke kvinnedelen i kirurgifaga og legge forholda best til rette for kirurgar gjennom ulike opplærings- og livsfasar. Fleire kvinner i kirurgifaga er m.a. nødvendig for å sikre brei rekruttering.
 - Utdanning av plastikk-kirurgar til alle HFa, inkl det å etablere stillingar for plastikk-kirurgar i Helse Førde og Helse Fonna.
 - Sikre bakvaktskompetansen ved dei mellomstore (små) sjukehusa.
 - Helse Bergen har starta ein planprosess for å ta stilling til ei eventuell etablering av spesialiteten barnekirurgi i Helse Vest. Helse Vest RHF må understøtte planarbeidet.

- **Den kirurgiske utdanninga må styrkast generelt i tillegg til at ein utviklar spesielle funksjonar:**

TILTAK:

- Det blir tilrådd å etablere eit «skill centre»/øvingssenter i Helse Vest RHF etter modell t.d. frå Malmø/Lund for heile føretaksgruppa. Her bør det vere både spesielle treningsrobotar, og andre avanserte fasilitetar. I tillegg må det haldast regelmessige kurs i eksempelvis hemostatisk naudkirurgi.
- I kvart føretak må ein sikre opplæring i kirurgiske ferdigheiter (minimal- invasive teknikkar, inkludert bruk av lokale opplæringstilbod (med enklare utstyr som «Drammens-kasse» og liknande)), utnytte potensialet i simulering, og etablere ordningar for situasjonsbasert opplæring (BEST og liknande).
- Ein må etablere samordna utdanningsløp med sikte på kortare utdanningstid utan å svekke kvaliteten i utdanninga, og etablere ordningar for vedlikehald av kunnskap og tekniske ferdigheiter (re-godkjenningordningar). Arbeidet må tilpassast arbeid og konklusjonar/føringar i det nasjonale arbeidet i regi av Helsedirektoratet.

3 REGIONALT FAGLEG SAMARBEID OG NØDVENDIGE FAGLEGE JUSTERINGAR

TILTAK:

- **Styrke kirurgisk behandling av «Anorectal dysfunksjon (endetarmssjukdomar) og avansert bekkenkirurgi», inkludert reoperativ bekken- og anorectal kirurgi.**
 - Etablere ein regional funksjon som må samarbeide med Nasjonal behandlingsteneste for gynekologiske fistlar og Nasjonal kompetanseteneste for inkontinens og bekkenbunnsykdommer.
- **Etablere tverrfaglege regionale faggrupper innan følgende område som spesielt skal arbeide med gjennomgang og harmonisering av indikasjonsstillingar og praksis**
 - Kirurgisk behandling for komplikasjonar og for reoperativ kirurgi, inkl tilhøyrande intensivbehandling (ortopedi og gastroenterologisk kirurgi)
 - Overvektskirurgi og postbariatrisk kirurgi
 - Brystkreft, spesielt arbeidet med rekonstruktiv kirurgi
- **Regionalisering av «avansert» revmakirurgi til helseføretak med stor erfaring innan avansert protesekirurgi og innan funksjonell og rekonstruktiv ekstremitetskirurgi.**
- **Sikre eitt fullverdig «traumesjukehus» for dei mest alvorlege skadde (multitraume) i kvart helseføretak. Dette sjukehuset må ha døgnkontinuerlege vaktordningar for ortopedi og «bløtdelskirurgi» og ha ein brei infrastruktur.**

4 KREFTKIRURGI

- **Det er semje om:**
 - Kirurgisk behandling av brystkreft i tråd med innstilling frå eiga faggruppe. Det skal vere eit brystdiagnostisk senter og formell kirurgisk kompetanse (greinspesialitet i bryst- og endokrin kirurgi) i kvart helseføretak.
 - Gjeldande funksjonsfordeling innan prostatakraft bør vidareførast inntil nasjonale føringar skulle tilseie noko anna. Arbeidet i faggruppa «prostatakraft» bør samordnast med arbeidet med utarbeiding av nasjonale retningslinjer i regi av Helsedirektoratet som er i gang. Radikal prostatektomi skal inntil vidare gjerast ved HUS og SUS.
 - Store operasjonar på urinblære (dvs alle cystectomiar) skal skje ved Haukeland universitetssjukehus (tilråding frå Helse Stavanger og Helse Bergen som prosjektgruppa sluttar seg til).
 - Omfanget av kreftkirurgi på enkeltorgan (t.d. magesekk, endetarm, nyrer, osb) må vere stort nok, ikkje berre for å oppretthalde kompetansen til dei som driv verksemda i dag, men som òg er tilstrekkeleg stort til å utdanne kreftkirurgar for framtida.
 - For lågvolumkreft (<30-50 operasjonar per år) må det etablerast formelle tverrfaglege fora som i fellesskap drøftar kvart einskilt krefttilfelle («tumorkonferansar»).
 - For dei kreftformene der det finnst kvalitetsregister skal det visast fram resultat av behandling, inkl data om pasientsikkerheit.
 - Ved primær leverkreft (primær hepatocellulær kreft (HCC)) skal levertransplantasjonsgruppa ved Oslo universitetssykehus konsulterast med tanke på levertransplantasjon dersom pasienten elles er eigna for det.
 - Det er lite truleg at sjukehus vil «forvitre» ved omfordeling av små deler av kreftkirurgien. NPR viser at mindre enn 10 % av kirurgien er knytt til kreft ¹.
 - Kreftkirurgi, spesielt lågvolum-kirurgi, skal ikkje brukast som rekrutteringsverkemiddel.

5 KVALITET, PASIENTSIKKERHEIT OG PRIORITERING

TILTAK:

- Behovet for og nytteverdien av eit felles regionalt kvalitetsregister/komplikasjonsregister (for all operativ verksemd) må utgreiast og evt etablerast. Registeret må vere tilgjengeleg via PAS. Registeret bør anten vere knytt til diagnosen eller det må etablerast eit eige komplikasjonsregister.
- Det må sikrast leveranse til nasjonale kvalitetsregister
 - Resultat frå registera må nyttast til kvalitetsforbetring og til opne, felles faglege diskusjonar
 - Offentleggjing av resultat (opne samanlikningar)

¹ <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Protokoll%20styremøte%20200612.pdf>

- Det bør utarbeidast felles regionale retningslinjer for dei mest vanlege kirurgiske inngrepa (høgvolum-kirurgi, den «generelle» kirurgien) med kvalitetskrav, standardar og resultatrapportering tilsvarande som for lågvolumkirurgi.
- Fullføring av arbeidet med «kvalitetsportal» for Helse Vest RHF (jf eiga utgreiing)
- «Trygg kirurgi» vert fullt ut implementert ved alle føretak i opprinneleg form innan 2014.
- Innføre ordning med regelmessige og tidbundne komplikasjonsmøte (M&M meetings)
- Etablere rutinemessige og meir systematiske tilbakemeldingar og drøftingar av avviksmeldingar og av rapportar frå kvalitetsutvala.
- Harmonisere prioriteringspraksis mellom helseføretaka på spesialitets- og greinspecialitets nivå.
- Alle fagspesifikke faglege retningslinjer må vere opne og tilgjengelege, og må også vere tilgjengelege i Helsebiblioteket.

6 FORSKING

TILTAK:

- Etablere eit eige forskingsprogram (årleg 5 mill) for Helse Vest RHF (i regi av Samarbeidsorganet) for pasientrelaterte utfallsmål (såkalla PROMs; behandlingsutfall sett med pasientane sine auge)
- Etablere ei eiga forskingssatsing (2,5 mill årleg) når det gjeld variasjonar i praksis innan dei kirurgiske fagområda på Vestlandet. Etablere samarbeid med andre RHF, spesielt SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) i Helse Nord.

7 ROBUSTE OG MEIR PÅLITELEGE AKTIVITETSDATA SOM ER STANDARDISERTE OG TILPASSA AKTIVITETEN PÅ KLINISKE NIVÅ

- Det bør utviklast regionale plattformer som gjer det mogleg å hente ut direkte samanliknbare og robuste data knytt både til økonomi og aktivitet jf. utfordringar peika på i kapittel 5.

8 SPESIFIKKE TILTAK PÅ FØRETAKSNIVÅ

- Helse Førde: Må sikre formell kompetanse innan bryst- og endokrin kirurgi
- Helse Bergen: Må styrke regionsfunksjonen med omsyn til service og ventetid; ventetida er for lang. Må i arbeidet med funksjonsfordeling med Haraldsplass diakonale sykehus spesielt sikre tilbodet innan «generell kirurgi» og ortopedi, og koordinere seg med dei private («kommersielle») sjukehusa i Bergensområdet.
- Helse Fonna: Det må vere felles fagleg leiing og koordinering for all ortopedisk verksemd i opptaksområdet. Må sikre formell kompetanse innan bryst- og endokrin kirurgi, og opprette eit brystdiagnostisk senter. Helse Fonna har og eit særskilt ansvar for å styrke tilbodet innan urologi og må snarast råd sikre sjukehuset utdanningsstatus i urologisk kirurgi.
- Helse Stavanger: Må snarast råd sikre sjukehuset utdanningsstatus (gruppe I teneste) i urologisk kirurgi.

3 Oppsummering av høyringsinnspel

Under følger ei oppsummering av høyringsinnspela. Alle innspela er samla i eit eige dokument jf link under².

Helse Førde

Styret i Helse Førde gjorde i sak 06/2013 følgjande vedtak:

Styret i Helse Førde har handsama «Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013-2017», som er ute på høyring. Ein har følgjande innspel:

- *Rapporten frå arbeidsgruppa er grundig og peikar på mange av dei utfordringar som ein også opplever lokalt i Sogn og Fjordane.*
- *Helse Førde ser det som sentralt for gjennomføring av planen at ein sikrar utdanningsløpa for helseføretaka ved forpliktande avtalar mellom universitetssjukehusa og øvrige føretak.*

Frå styresaka:

For Helse Førde sin del er det viktig å sikre seg rett kompetanse innan kirurgifaget framover og ein må her jobbe for å skaffe seg kirurgar som har «generell kirurgisk» kompetanse til å gå i vaktberedskap. Det er også viktig at spekteret desse kirurgane skal jobbe med er breitt nok til å ta i vare storvolum kirurgien for folk flest.

Planen legg opp til at ein innan 3 år må sikre seg kompetanse innan bryst – og endokrin kirurgi. Dette vil være avgjerande for om ein kan behalde operasjonar innan ca. mamma (brystkreft) i eige føretak.

Helse Førde vil i løpet av våren 2013 også ha kompetanse til å ta seg av postbariatrisk kirurgi.

Innan fagfeltet karkirurgi har Helse Førde eit avklart forhold til HUS, ein ser fram til ein felles dialog i regionen rundt karkirurgi.

Når det gjeld utdanning av eigne kirurgar legg planen opp til eit smidigare utdanningsløp innan Helse Vest. Det er viktig for Helse Førde at ein sikrar slike utdanningsløp ved forpliktande avtalar mellom universitetssjukehusa og øvrige føretak.

Administrerande direktør ser samla plan for kirurgi i Helse Vest 2013- 2017 som framtidsretta. Fokus på systematisert kvalitetsutvikling, samarbeid og rekruttering er heilt naudsynt for vidareutviklinga av kirurgifaga. Vidare er det naudsynt at fagmiljøa i større grad samordnar aktivitetar, prosedyrar og evnar å avklare dei vanskelege spørsmåla med utgangspunkt i kva som er dokumentert best for pasienten.

Helse Bergen

Helse Bergen er i det store og heile tilfreds med planen. Det er viktig for oss at vi samhandlar på Vestlandet og at behandling som fell innanfor det regionale ansvaret blir utført i eigen region.

Kapasitet og tilgjenge

Helse Bergen er samd i at kapasiteten innan kirurgi har vore for liten dei siste åra med til dels alt for lang ventetid på operasjonar. HUS tek frå september 2013 i bruk 10 nye operasjonsstover. Dagkirurgisk aktivitet vil og auke som konsekvens av dette.

² http://www.helse-vest.no/aktuelt/rapporter/Documents/Regionale%20planar/Vedlegg_regional_plan_for_kirurgi/Hoyringsinnspel_regional_plan_kirurgi.pdf

Utdanning, rekruttering og kompetanse

Helse Bergen er oppteken av å gje god utdanning til legar under spesialisering og etterutdanning av alle yrkesgrupper i den kirurgiske lina. Ein støttar oppretting av eit «skillcenter/øvingscenter. Alle føretaka bør ha øvingseiningar, og eit meir utvikla senter bør leggest til Helse Bergen. Modellen som er valt for rekruttering av LIS til dei mindre føretaka og vidareutdanning for å auke av kompetanse er krevjande, men let seg gjennomføre.

Regionalt fagleg samarbeid og nødvendige faglege justeringar

Det er etablert eit godt samarbeid mellom Kvinneklinikken og Kirurgisk klinikk med omsyn til avansert bekkenkirurgi. Ein opplever at dette allereie er ein regional og til dels fleirregional funksjon. Behandling for analinkontinens er blitt teken opp, og menn med postprostektomiinkontinens får implantert lukkeprotesar. Dette er også ein regional funksjon. Komplikasjonskirurgi har fått og vil også framover ta ein stadig større plass i føretaket.

For å få eit godt regionalisert traumearbeid er det naudsynt at ein i regionen får implementert kriteria for overføring av traumepasientar både direkte til traumesenteret ved HUS frå skadestad og frå dei andre føretaka til traumesenteret nå dette skal gjelde.

Kreftkirurgi

Helse Vest bør sentralisere behandling av ventrikkcancer for å sikre optimal behandling, redusere morbiditet, og sikre opplæring av framtidig personell. Høgvolum sjukehus kan skilte med betre 5-års pasient overleving/langtidsoverleving enn lågvolum sjukehus (ref. i vedlagt høyringsinnspel). Sentralisering inneber også muligheit for stringent opplæring og rekruttering av personell til framtidig behandling av pasientgruppa. Med bakgrunn i dette tilrår Helse Bergen at den kirurgiske behandlinga av ventrikkcancer blir lokalisert til dei to største sjukehusa på Vestlandet.

For å få eit godt fagmiljø treng ein å samle pancreaskirurgien til eit senter på Vestlandet. I Helse Bergen er det etablert eit tverrfagleg miljø innanfor pancreaskirurgien. Dette er eit multidisiplinært samarbeid i tråd med internasjonale tilrådingar.

Når det gjeld leverkirurgi sluttar vi oss til det som står om HCC. Når det gjeld levermetastaser stør vi framlegget om MDT videokonferanse mellom føretaka i regionen, samstundes som det er viktig å presisere at talet på pasientar i regionen er relativt lågt for større leverkirurgi. I tillegg er volumet marginalt for utdanning og iverksetting av nye metodar som til dømes på laparoskopisk leverkirurgi. Det ideelle hadde difor vore å ha berre eit senter for leverkirurgi på Vestlandet.

Kvalitet, pasienttryggleik og prioritering – forskning

Helse Bergen er glad for at dette kapittelet har fått ein slik framståande plass i rapporten og støttar dette viktige arbeidet. Helse Bergen stør og framlegga om forskning i rapporten

Spesifikke tiltak på føretaksnivå

Helse Bergen er i gang med arbeid knytt til tiltak på føretaksnivå. Helse Bergen tek på seg oppgåva med å opprette ei barnekirurgisk avdeling som kan gje eit fagleg forsvarleg tilbod i heile Helse Vest. Barnekirurgi omfattar i hovudsak kirurgi på mage/tarm og urinvegar. Kirurgisk behandling på andre organ blir teke hand om av respektive kirurgiske fagområde. Dette vil gradvis bli bygt opp slik at det vil være fullt utbygd før innflytting i det nye barne- og ungdomssjukehuset (BUSP). Vi tilrår samling av kirurgi på barn under 3 år som eit utgangspunkt, samt all kirurgi til spesielle tilstander.

Helse Fonna

I sak 15/13 27.02.13 vedtok styret i Helse Fonna følgande:

Styret i Helse Fonna HF sluttar seg til administrasjonens innspel til regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013-2017.

Frå styresaka:

Utfordringsbiletet for framtidens kirurgi.

Plane peiker på at aukande spesialisering fører til fragmentering, fleire parallelle vaktlag og behov for sentralisering og at dette er ein «trussel for dei mindre sjukehusa». Helse Fonna meiner at det også kan

ligge moglegheiter for dei mindre sjukehusa i dette. Aukande funksjonsdeling kan òg gi rom for nisjebygging. For fleire kirurgiske tilstandar er volumet så høgt, inngrepa så standardiserte og risikoen for komplikasjonar så liten at det er mogleg for mindre sjukehus å byggje gode tilbod der større sjukehus ikkje greier møte behova.

Helse Fonna støttar forslaget om prøveordning med tidsavgrensa stillingar slik det er omtala i pkt. 6.3.1.

I punkt 6.6. tilrår prosjektgruppa at det bør vera eit traumesjukehus i kvart føretak, og det blir mellom anna stilt krav til vaktkompetanse. Helse Fonna er ikkje ueinige i dei vurderingane som er gjort, og er opptekne av at pasientar må kome til rett behandlingsstad utan forseinking. Det vil uansett kome alvorleg skadde pasientar direkte til dei små sjukehusa av og til, og vi saknar ei utgreiing av kva for akuttkompetanse/kompetanse i naudprosedyrar dei sjukehusa som ikkje er definerte som traumesjukehus skal ha og vedlikehalde. Kanskje burde planen skilje mellom traumesjukehus og traumemottak?

I punkt 6.7.2 er det tilråding om å «etablere felles fagleg leiing av det ortopediske fagmiljøet i Helse Fonna og HSR». Helse Fonna meiner at det vil vere krevjande å få til ei felles leiing på tvers av to føretak. Eit godt fagleg samarbeid er viktig, og eksisterer allereie.

Til Kapitel 7. Kvalitet, prioritering og pasienttryggleik.

Helse Fonna meiner at arbeidet med felles faglege prosedyrar og retningslinjer i Helse Vest bør forserast.

Til Kapitel 8. Regionalt fagleg samarbeid.

Vi støttar at faggrupper som blir etablerte, skal ha tidsavgrensa faglege arbeidsoppgåver med tydeleg mandat og ikkje fungerer «ad hoc».

Til Kapitel 9. Kapasitetsutfordringar, flaskehalsar og ressursbehov.

Støttetjenester og behov for desse er sparsamt beskrivne. Til dømes er det vist til at det er stort behov for operasjonssjukepleiarar. Det er også stort behov for utdanning av andre grupper for å få eit komplett og godt operasjonsteam – så som anestesijukepleiarar, anestesilegar og teknikarar. Behovet for intensivplassar og postoperative senger kunne ha vore sterkare påpeikt. Forslag om å oppheve kvotetildeling for legar kan bidra til opning av flaskehalsar (radiologi, patologi, onkologi, plastisk kirurgi), men kan også føre til at flaskehalsar oppstår andre stader dersom føretaka ikkje sikrar bevisst prioritering ved tilsetjingar. Ordlyden i første kulepunkt under punkt 9.4. kunne vore endra til « sikre at operasjonsstovene vert maksimalt nytta gjennom god logistikk og pasientflyt.»

IKT er lite omtala. Framtida vil i aukande grad krevja velfungerande, sikre IKT-system. Vi støttar tanken om såkalla «skill-senter.»

Til Kapitel 10. Kreftkirurgien i Helse Vest.

Kreftkirurgien har fått brei omtale i planen og kapitlet gir eit godt bilete av kreftkirurgien i Helse Vest. Helse Fonna meiner at det burde vore tilrådd større grad av sentralisering av sjeldne inngrep for kreft.

Planen peiker på at behovet for kirurgi vil auke framover. Prioritering mellom fagområde er så vidt nemnt og kunne ha vore omtala i større grad.

Konsekvensen for pasienttransport og ambulanse er ikkje nemnt. Aukande grad av spesialisering med funksjonsdeling vil føre til auke i bruk av drosje og ambulanse.

Oppsummering.

Helse Fonna sluttar seg til planen med kommentarane ovanfor. Planen vil vere til god nytte for dei einskilde føretaka i Helse Vest som grunnlag for lokale planar – både i kort og langt perspektiv. Planen bør evaluerast og reviderast av når femårsperioden nærmar seg slutten – og/eller om ny medisinsk og teknologisk kunnskap/utvikling tilseier det.

Helse Stavanger

Helse Stavanger sluttar seg til hovudlinjene i planen, og har vald å kommentere nokre sentrale tiltaksområde i planen.

Mål

For å nå dei skisserte måla for spesialisthelsetenesta er det naudsynt med ein realistisk og robust plan, men også eintydig leiing slik at naudsynt kapasitet og kvalitet i helsetilbodet kan sikrast for befolkninga i regionen. Mange av tiltaka som er gjort greie for i rapporten er viktige for å nå dei mål som er skissert for planleggingsperioden.

Kapasitet og tilgjenge, utdanning og rekruttering.

Helse Stavanger sluttar seg til føreslåtte tiltak og understreker spesielt behovet for å skaffe oversikt over kapasitet og kvalitet for naudsynte støttefag slik også planen beskriv. Mål om auka dagkirurgi er naudsynt for å skape naudsynt kapasitet i sentrale operasjonsavdelingar (SOP) og sengepostar. Det må bli tatt omsyn til kva for økonomiske effektar dette kan ha i ei oppbyggingsfase med tanke på forholdet mellom ISF-finansiering av dagkirurgi og kirurgi for innlagde pasientar.

Regionalt fagleg samarbeid og kreftkirurgi

Det må leggest til rette for tett samarbeid mellom føretaka, både bilateralt og mellom alle fire, for å sikre lik tilgjenge og kvalitet på spesialisthelsetenestene i regionen. Det må sikrast konkret og føreseieleg samarbeid mellom små fagmiljø for lågvolumgrupper. Det kan stillast spørsmål ved om ein skal vidareføre kreftbehandling i fagmiljø med ein spesialist innan det aktuelle fagområdet, noko som til dels er situasjonen i Helse Førde og Helse Fonna.

Representantane i planarbeidet frå Helse Stavanger har gjort greie for sitt syn vedrørande funksjonsfordeling innan kreftområdet i planen. Helse Stavanger HF støttar i all hovudsak dei vurderingane som kjem fram.

Dagens funksjonsfordeling for levermetastasekirurgi og kreftkirurgi på bukspyttkjertel bør vidareførast med enda tettare og konkret fagleg samarbeid. Eit tettare samarbeid mellom dei to gastrokirurgiske avdelingane ved HUS og SUS er allereie etablert.

Helse Stavanger ser ikkje faglege eller andre grunnar til å endre dei behandlingstilbod som per i dag blir utført innan opererande fag i Helse Stavanger HF.

Kvalitet og pasientsikkerheit og forskning

Komplikasjonsregister for Vestlandet (og gjerne nasjonalt) vil være eit viktig verktøy i pasientsikkerheits- og kvalitetsarbeidet. Helse Vest RHF sitt engasjement både organisatorisk og økonomisk for å sikre dette vil være avgjerande. Helse Stavanger sluttar seg til vurderingane og konkrete forslag knytt til forskning.

Generelt om vurdering av utfordringane for føretaka i Helse Vest RHF

Utfordringsbiletet og moglegheitene er ulike for dei to store universitetssjukehusa i Bergen og Stavanger på den eine sida og for Helse Førde og Helse Fonna på den andre sida. Dette er i særleg grad aktuelt for framtidige konsekvensar av ytterlegare spesialisering innan dei ulike fagområda. Vidare kva for konsekvensar dette vil få på kort og lenger sikt for å oppretthalde kompetente vaktordningar i dei små helseføretaka.

Ei anna sentral utfordring er korleis Helse Førde og Helse Fonna skal kunne sikre eit tilstrekkeleg tverrfagleg og robust fagmiljø for framleis å kunne utføre til dømes kreftkirurgi i nokre år framover. Helse Stavanger vil tilrå at Helse Vest bidreg til eit enda meir konkret samarbeid mellom Helse Fonna og Helse Stavanger innan kreftkirurgi, og til at eit tilsvarende samarbeid blir vidareutvikla mellom Helse Førde og Helse Bergen.

Begge desse utfordringane over har ikkje klare nok løsningsforslag i planen per i dag.

Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS)

HDS ønskjer å bidra til både auke av dagkirurgi, styrke storvolumkirurgien og bariatrisk/postbariatrisk kirurgi. Insitament for dette blir etterlyst i planen, og tilleggsfinansiering utover DRG-vekt. DRG-vekt for den postbariatriske kirurgien i dag er lav, og HDS har til nå tatt unna dei meir kompliserte tilfella som er svært ressurskrevjande.

Hospitalet Betanien

Hospitalet Betanien peiker på at gynekologi burde ha vore del av planarbeidet og har i si høyringsfråsegn peika på at eit stort omfang av inngrepa innan generell gynekologisk kirurgi naturleg fell inn under gruppa

storvolumkirurgi som er omtalt i kapittel 6 i rapporten. Det er eit stort omfang av slike inngrep, og i større grad enn eksempla som er nemnt under generell kirurgi, faller ein del av pasientane inn under gruppa med prioritert helsehjelp.

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus (HSR)

HSR er kritisk til prosessen i samband med utarbeiding av utkast til plan og at HSR ikkje har vore representert i prosjektarbeidet³. Det har vært lite kunnskap om HSR og kva sjukehuset representerer i prosjektgruppa både med omsyn til nedslagsfelt, volum, type kirurgi og effektdata. HSR har derfor og i høyringsnotatet presentert sitt revmakirurgiske fagmiljø og tenestene med ein faktadel i tillegg til innspel til sjølve planen.

Ved å sentralisere revmakirurgien vil ein sikre likeverdige og rettferdig tilgang til høgspesialisert pasientbehandling samt sikre helsetilbodets kvalitet. Ein slik kvalitet vil være vanskeleg å oppretthalde på ein generell ortopedisk avdeling kor revmakirurgien bare blir ein liten del av den kirurgiske verksemda og nærleiken til revmatologisk spisskompetanse ikkje er tilgjengeleg.

Volumet innan revmakirurgi blir påverka av nye biologiske medikament med nye terapeutiske moglegheiter. Vi meiner derfor det vil være klare kvalitetsmessige fordeler å sentralisera aktiviteten innanfor kvart RHF for å sikre at minst eit fagmiljø overlever og blir utvikla til tross for redusert volum. Ei sentralisering av revmakirurgiske inngrep til HSR vil allereie i dag kunne handterast innanfor eksisterande kapasitet.

Regionalt brukarutval i Helse Vest (RBU)

Brukarutvalet i Helse Vest fatta i sitt møte 24. januar 2013 følgjande vedtak:

Brukarutvalet i Helse Vest har i møte 24. januar fått orientering om «Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013-2017». Brukarutvalet ser positivt på dei overordna målsettingane for kirurgiplanen.

Brukarutvalet meiner det er viktig å ha fokus på framtidig rekruttering og utdanning av helsepersonell relatert til utfordringane innan kirurgikapasitet

Kommentarar

Høyringsfråsegnene viser at føretaka i hovudsak sluttar seg til tilrådingar og tiltak i rapporten. Vidare at planen peiker på utfordringar som gjeld alle føretaka og at han vil være til god nytte for det enkelte føretaket i regionen som grunnlag for lokale planar både på kort og lang sikt. Særleg er utfordringar knytt til kapasitet og rekruttering/utdanning grundig vurdert i planen.

Rapporten slår fast at radikale cystectomiar (alle former) ved blærekreft skal opererast i Helse Bergen. Utover dette er det ikkje forslag til endring i funksjonsfordeling for kreftkirurgi i planen fordi det ikkje blei semje om forslag om sentralisering av fleire inngrep. Usemja er knytt til kreft i magesekken, lever/galleveier og bukspyttkjertel som er ein svært liten del av aktiviteten som planen omfattar.

I direktørmøtet 4. mars blei det semje om å tilrå større grad av sentralisering og tettare fagleg samarbeid for kreftkirurgien enn forslaget som ligg i planen.

Dette forslaget inneber at kreft i magesekk som nå blir operert i alle føretaka blir lagt til Helse Bergen og Helse Stavanger. Vidare at kreft i lever/galleveigar og bukspyttkjertel i hovudsak blir vidareført i Helse

³ Dei private ideelle sjukehus i regionen, HSR – HDS og Betanien har i arbeidet hatt ein representant i prosjektgruppa og ein representant i styringsgruppa.

Bergen og Helse Stavanger, men med krav om eit tett fagleg samarbeid. Forslaget er beskrevet i tabell 1 under. Tabell 2 under gir samla oversikt over forslag til funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest der forslag til endring i tabell 1 er lagt inn.

Tabell 1 Forslag til funksjonsfordeling innanfor deler av kreftkirurgien

Forslag til funksjonsfordeling for kirurgi for kreft i magesekken, lever/gallevegar og bukspyttkjertel:

I. Kreft i magesekken

Kirurgisk behandling blir sentralisert til Helse Stavanger og Helse Bergen.

II. Kirurgi lever/galleveier og bukspyttkjertel

A. Dagens funksjonsfordeling blir i hovudsak vidareført, men samarbeidet mellom HF-a, særleg Helse Bergen og Helse Stavanger skal styrkast og formaliserast. Primær leverkreft skal framleis behandlast kirurgisk i Helse Bergen. Fagmiljøa i Bergen og Stavanger skal konkretisere funksjonsfordelinga skriftleg med kva for inngrep som skal utførast begge stader eller bare i Bergen.

B. Fagmiljøa i Stavanger og Bergen som utøver denne type kirurgi skal etablere eit felles fagmiljø med følgjande faktorar:

1. Multidisiplinære møter der alle aktuelle pasientar frå heile regionen blir gått igjennom på følgjande måte:

- Om det er indikasjon for kirurgi.
- Planlagt kirurgisk metode, spesielt iht. formelle, anatomiske reseksjonar eller meir avgrensa ikkje-anatomiske segmentreseksjonar, evt. annan eller supplerande metode.
- Kor operasjonen skal gjennomførast, sett i lys av den skriftlege dokumentasjonen av funksjonsfordelinga.
- Deltaking i kommande operasjonar for å sikre opplæring av kirurgar innanfor det aktuelle område.
- Komplikasjonsmøte: Obligatorisk gjennomgang av alvorlege og/eller uventa komplikasjonar for pasientar som tidlegare har blitt vurdert i fellesmøte.

2. Pasientkoordinatorar i Helse Stavanger og Helse Bergen skal samarbeide seg imellom, og om nødvendig med koordinatorar i Helse Fonna og Helse Førde, for å sikre at all relevant informasjon er tilgjengeleg.

C. Opplæring

Hospitering og deltaking i enkeltoperasjonar skal samordnast mellom Helse Stavanger og Bergen. Førstnemnte bør være ein del av det faste samarbeidet. Sistnemnte vil mellom anna kunne planleggast i samband med møta kvar veke der avgjerder om det enkelte inngrep blir tatt. Det må utarbeidast oversikt over opplæring som inngår i operasjonen (førsteoperatør, assistent), og det må kunne dokumenterast kva for kompetanse som blir bygd opp.

III. Regionalt kvalitetsregister

Etablering og drift av eit regionalt kvalitetsregister som omfattar:

Alle pasientar med primære svulstar i bukspyttkjertel, lever og galleganger.

Alle pasientar med metastasar til lever som blir vurdert for kirurgisk behandling, uansett om dei blir operert eller ikkje.

Registeret må minst kunne gi informasjon om:

- Operasjonstype (formelle, anatomiske reseksjonar basert på segmentklassifisering/tal segment, eller meir avgrensa ikkje-anatomiske segmentreseksjonar)
- Operasjonstid og peroperativ blødning (volum, transfusjoner)
- Komplikasjonsrater og perioperativ død (alt innan 30 dagar)
- Tilvising til andre sjukehus pga komplikasjonar
- Liggetid, intensiv og totalt

Kommentar: Det kan diskuterast om eit slikt register bare skal omfatte pasientar som blir vurdert for kirurgi og eventuelt operert i Bergen og Stavanger. Dette vil være enklare og drifte. Det vil imidlertid

ikkje kunne gi fullgodt svar på eventuelle ulikheter i tilvisings- og behandlingspraksis i dei fire HF-a, og dermed om heile regionen får et likeverdig tilbod.
<i>IV. Spesialistutdanning i Helse Fonna og Helse Førde</i> Helse Stavanger og Helse Bergen må også legge til rette for at legar under spesialistutdanning i Helse Fonna og Helse Førde får delta i relevante operasjonar som er sentralisert til Bergen og Stavanger for å sikre opplæring.
<i>V. Tilvisingspraksis frå Helse Førde og Helse Fonna</i> Helse Førde og Helse Fonna kan fritt velje kor dei tilviser pasientar når både Helse Stavanger og Helse Bergen etter gjeldande funksjonsfordeling kan operere pasienten. Samarbeidet må imidlertid være stabilt og føreseieleg.
<i>VI. Rapportering og evaluering</i> <ul style="list-style-type: none">• Resultata frå registeret og annan relevant informasjon skal rapporterast årleg etter etablering av dette regime til Helse Vest og føretaksleiinga i dei fire HF-a.
Det skal gjennomførast ei evaluering to år etter at denne ordninga er etablert.

Tabell 2 Funksjonsfordeling for kreftkirurgi i Helse Vest

Fagområde:	Funksjonsfordeling:	Merknad:
Kreft i spiserør	HUS	
Kreft i magesekk	HUS, og SUS	Kreftkirurgi i magesekk blir lagt til Helse Bergen og Helse Stavanger.
Kreft i bukspyttkjertel	HUS og SUS	Dagens funksjonsfordeling blir i hovudsak vidareført, men samarbeidet mellom HF-a, særleg Helse Bergen og Helse Stavanger skal styrkast og formaliserast jf. styresak 46/13 B. Ordninga skal evaluerast etter to år.
Primær leverkreft	HUS	
Levermetastasekirurgi	HUS og SUS	Dagens funksjonsfordeling blir i hovudsak vidareført, men samarbeidet mellom HF-a, særleg Helse Bergen og Helse Stavanger skal styrkast og formaliserast jf. styresak 45/13 B. Ordninga skal evaluerast etter to år.
Proksimal gallegangs- og leverkreft	HUS	Konsultasjonsplikt med levertransplantasjonsmiljøet ved OUS
Sarkomer i bukhule (med unntak av GIST)	HUS	
Kreft i tykktarm	Førde, HUS, HDS, Haugesund og SUS	Operasjoner ved HDS i koordinert opplegg med HUS
Kreft i endetarm	Førde, HUS, Haugesund og SUS	Primært inoperable endetarmskreft blir behandla ved HUS og SUS som i dag. Kirurgi ved residiv ved HUS. Pasientar som skal ha neoadj. radiokjemoterapi blir tilvist til HUS og SUS. Kirurgisk behandling i etterkant kan skje på lokalt sjukehus.
Kreft i endetarmsopninga	HUS	
Bryst og endokrinkirurgi	Førde, HUS, Haugesund og SUS	
Kreft i eggstokk	HUS og SUS	Behandling av gynekologisk kreft er i prinsippet regionalisert ved at det er møter kvar veke der dei gynekologiske avdelingane ved hovudsjukehusa i kvart føretak deltek. Vulva-, cervix-, høymalign endometrie-cancer og sarkom er regionalisert til Haukeland. Den delen av kirurgien som skal handterast lokalt blir bestemt i dette møte.
Kreft i endometrium/livmorhals/vulva	HUS, Haugesund og SUS	
Lungekreft	HUS og SUS	
Kreft i nyre	Førde, HUS, Haugesund og SUS	Konsultasjonsplikt (tumormøte) for å avklare indikasjonen for nefronsparande kirurgi
Kreft i urinblære (overfladisk)	Førde, HUS, HDS, Haugesund og SUS	
Radikal cystectomi (alle former)	HUS	
Kreft i prostata (alle andre enn kandidat for radikal prostatektomi)	Førde, HUS, Haugesund og SUS	
Radikal prostatektomi	HUS og SUS	Ny gjennomgang av funksjonsfordeling dersom talet >300 pr. år. Pasient skal uansett informerast om robotkirurgi
Kirurgisk kreftbehandling av barn	HUS	
Kreft i skjoldbruskkjertelen (thyreoidea)	HUS og SUS	
Kreft i andre hormonproduserande kjertlar	HUS	
Kreft i skjelett og bindevev (sarcom)	HUS	Fleirregional behandlingsteneste (delt mellom HUS og OUS)

Forkortingar: Førde: Førde sentralsjukehus, HUS: Haukeland universitetssjukehus, Haugesund: Haugesund Sjukehus, SUS: Stavanger universitetssjukehus, HDS: Haraldsplass diakonale sykehus

Konklusjon

Forslaget til regional plan for kirurgi peikar på mange sentrale utfordringar og gir ei rekke gode tilrådingar om tiltak. Både lokale tiltak i føretaka og regionale tiltak.

Helse Vest må auke kapasitet og tilgjengeligheit for kirurgi for å oppfylle krav og forventningar som blir stilt til spesialisthelsetenesta. Dette må føretaka sjølve sikre gjennom lokale planar og tiltak, mellom anna ved å auke kapasitet for poliklinikk og dagkirurgi. Det er viktig å auke operasjonskapasiteten, spesielt for å unngå unødig og kanskje skadeleg ventetid for øyeblikkeleg hjelp-pasientar. Det er og

avgjerande at alle støttefunksjonar blir tilpassa dette, og at kapasiteten også blir auka for desse for å sikre god pasientflyt i føretaka og mellom føretaka.

Rekruttering, utdanning og kompetanseheving er hovudutfordringane og gjeld alle føretaka. Desse må løysast gjennom regionale tiltak i tillegg til lokale tiltak. Det er svært viktig å utdanne eigne spesialistar i regionen for å sikre god rekruttering, og det må leggest til rette for planlagde utdanningsløp på tvers av føretaka. Det vil til dømes bli utfordrande å sikre vaktkompetanse i dei mindre føretaka med stadig større grad av spesialisering. Arbeidet i regionen knytt til dette må og samordnast med nasjonalt arbeid.

Det er brei semje i prosjektet om at omfanget av kreftkirurgi må vere stort nok til å sikre både vedlikehald av kompetanse og for å utdanne nye kirurgar. Vidare at kreftkirurgi ikkje skal brukast som rekrutteringsverkemiddel. Det blir tilrådd å endre funksjonsfordelinga innan kreftkirurgi noko i forhold til forslaget i planen jf. tabell 1 og 2 i styresaka.

Forslaget til regional plan for kirurgi gir eit godt grunnlag for vidare arbeid med å sikre kirurgiske tenester til befolkninga i regionen både i høve til kvalitet og kapasitet.

Vedlegg:
Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013 - 2017