

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 22.01.2014  
Sakhandsamar: **Hilde Rudlang**  
Saka gjeld: **Høring - Sluttrapport "Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus"**

**Arkivsak**  
2013/257  
**Styresak 015/14**

**Styremøte 05.02.2014**

---

## Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Vest seier seg godt nøgd med arbeidet i «Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus – framtidas lokalsjukehus», og sluttar seg til modellen som er utvikla og ber Helse Førde om å realisere planen.
2. Løysingane som er valt framstår framtidsetta, og styret konstaterer at det er stor semje om hovudgrepa i modellen. Modellen kan gi nyttige innspel til andre helseføretak, til kommunalt utviklingsarbeid og til arbeid med ny nasjonal helse- og sjukehusplan.
3. Spørsmålet om dagkirurgi vil styret ta stilling til i eiga sak.

## Oppsummering

«Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus – Framtidas lokalsjukehus» tilrår ein modell for desentraliserte spesialisthelsetenester på lokalsjukehusnivå som skal ivareta innbyggjarane sine behov for trygge og nære tenester. Modellen for Nordfjord sjukehus er vurdert som robust og berekraftig i eit lengre perspektiv. Den er basert på behova til innbyggjarane i Nordfjordregionen, sett ut frå befolkningsstørrelse, alderssamansetting og forbruk av spesialisthelsetenester. Modellen tek omsyn til den geografiske konteksten, tilgjengeleg kompetanse og organisatoriske tilhøve.

Modellen inneber eit lokalsjukehus med indremedisinsk døgntilbod, inkludert akuttberedskap med anestesilege, skadepoliklinikk med beredskaps- og stabiliseringsfunksjon, eit breitt dagbehandlingstilbod, utvida og nye polikliniske tenester, psykisk helsevern og rusbehandling, ei «God start-eining» for svangerskaps- og barseltilbod, og støttetjenester.

Prosjektet har systematisk vurdert behovet for tenester utifrå pasientane sine behov. Pasientgrunnlaget er kartlagt, pasientperspektivet og brukarinvolvering har gjennomgåande vore førande for prosjektarbeidet. Det var brei deltaking og involvering i prosjektet både frå omkringliggjande kommunar, brukarar og dei tilsette. Denne styresaka tek ikkje føre seg detaljane, men nettsida [www.framtidaskokalsjukehus.no](http://www.framtidaskokalsjukehus.no) inneheld omfattande informasjon om dei ulike pasienttilboda og grunnlaget for desse.

Sluttrapporten har vore på ei brei høyringsrunde, og det har kome inn 15 høyringsuttalar. Hovudpunkta i den foreslåtte modellen har i stor grad fått støtte frå høyringsinstansane, men mange peikar på at dagkirurgi er ein viktig del av eit lokalsjukehusstilbod. Det blir vidare trekt fram ein del område som vil vere utfordrande og krevje særleg merksemd i implementeringa og drifta av løysingane. Dette er spesielt knytt til ordningar for fleksibel bruk av helsepersonellet.

I denne styresaka blir det først gjort greie for hovudinnhaldet i sluttrapporten frå utviklingsprosjektet og i høyringsuttalane. Deretter blir hovudgrepa i modellen vurdert ut frå om dei vil kunne bidra til å møte utfordringane for framtidaskokalsjukehus, og om modellen kan ha overføringsverdi til andre helseføretak. Ein ser nærare på den lokale tilpassinga/implementeringa i Helse Førde.

Utviklingsprosjektet utgreia og la fram eit notat om moglegheiter og utfordringar knytt til dagkirurgi ved lokalsjukehus. Det er i dag dagkirurgi ved mange lokalsjukehus, mens det ikkje har vore planlagt ved Nordfjord sjukehus. På bakgrunnen høyringsuttalar og brev frå dåverande statsråd Jonas Gahr Støre er det gjort ei ny vurdering om dagkirurgi bør vere ein del av framtidaskokalsjukehus generelt, og i Nordfjord spesielt. Konklusjonane frå den nye gjennomgangen blir lagt fram i eiga sak. I denne saka blir dei generelle forholda rundt dagkirurgi ved lokalsjukehus drøfta.

## Fakta

### Mandat for utviklingsprosjektet

Helse- og omsorgsdepartementet bestemte i 2011 å opprette eit nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sjukehus (NSH) for å utvikle sjukehuset til eit tidsmessig lokalsjukehus for Nordfjord. Prosjektet blei tilført 25 mill. kr årleg i tre år. Prosjektet fekk namnet «Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus – Framtidaskokalsjukehus», i denne saka omtalt som utviklingsprosjektet.

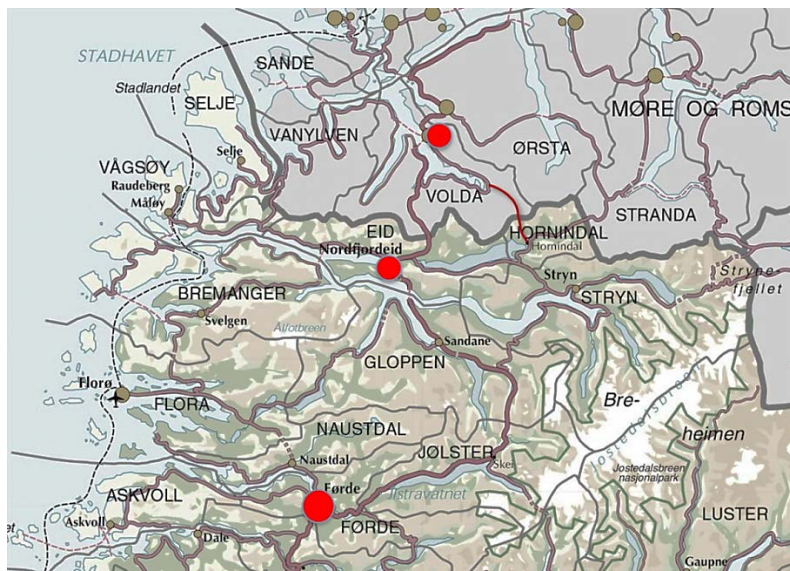
Oppdraget til utviklingsprosjektet var å utforme ein modell for Nordfjord sjukehus som er framtidssretta, og som gir eit trygt tenestetilbod til befolkninga i Nordfjordregionen, samtidig som modellen skal ha overføringsverdi til andre lokalsjukehus. Oppdraget skulle løysast innanfor rammene av tidlegare vedtak (føretaksrådet for Helse Vest 28. april 2011 og Stortinget si presisering, jf. kap. 2.1). Modellen skulle ta omsyn til Samhandlingsreforma og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

### Bakgrunn

Nordfjord er eit av to lokalsjukehus-område i Helse Førde, som er det minste helseføretaket i Helse Vest RHF. Helse Førde har eit pasientgrunnlag på 108 700 innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Nordfjord sjukehus dekkjer kommunane Eid, Selje, Vågsøy, Hornindal, Stryn og Gloppen, og har eit pasientgrunnlag på 28 795 innbyggjarar.

Kommune	Innbyggjarar per 3. kvartal 2013
Vågsøy	6 092
Selje	2 792
Eid	5 894
Hornindal	1 241
Stryn	7 110
Gloppen	5 666
<b>Sum</b>	<b>28 795</b>
Sum eksklusiv Gloppen*	23 129

\* Til Nordfjordkommunane reknast også av og til Bremanger, men befolkninga i Bremanger brukte i 2010 NSH i langt mindre grad enn dei andre Nordfjordkommunane, og i 2013 går så og seie alle dagkirurgiske inngrep til FSS. Bremanger kommune blir derfor halden utanfor berekninga av pasientgrunnlaget for Nordfjord sjukehus. Gloppen kommune brukar i 2013 Førde sentralsjukehus også som sitt lokalsjukehus, mens Stryn er i ei mellomstilling der medisinske ØH blir dekkja ved Nordfjord sjukehus, mens poliklinikk og ØH går til Førde.



Nordfjordområdet er delt av Nordfjorden. Gloppen kommune ligg på sørsida mens dei andre kommunane ligg på nordsida av fjorden. I nord grensar Nordfjord til Sunnmøre, som er del av Helse Midt-Noreg RHF. Prosjektet har arbeidd med å etablere modell for spesialisthelsetenestene i Nordfjord, som er lokalisert til Nordfjordeid i Eid kommune, der ein har lokalsjukehus med somatiske helsetenester, distriktpsikiatrisk senter for vaksne og barne- og ungdomspsikiatrisk poliklinikk. Nordfjord sjukehus blir nytta som fellesnemnar for spesialisthelsetenestene i Nordfjord, der anna ikkje er presisert.

### Prosjektorganisering

Helse Vest RHF har vore prosjekteigar. Prosjektet har vore organisert med ei styringsgruppe, ei prosjektgruppe og fleire arbeidsgrupper med representantar frå kommunane, Helse Førde HF (frå fagmiljøa ved Nordfjord sjukehus, Nordfjord psykiatrisenter og Førde sentralsjukehus), Helse Vest RHF, brukarar, tilsette og vernetenesta. I tillegg hadde prosjektet ei referansegruppe med representantar frå Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kommunenes sentralforbund, dei andre regionale helseføretaka, fastlege frå Nordfjord og frå Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM).

Utviklingsprosjektet la stor vekt på brei involvering og open og hyppig informasjon og kommunikasjon. Prosjektet hadde ei eige nettside med oppdatert informasjon gjennom heile prosjektperioden: [www.framtidaskokalsjukehus.no](http://www.framtidaskokalsjukehus.no).

Utviklingsprosjektet blei gjennomført i perioden november 2011 til mars 2013. Styringsgruppa for prosjektet sende i april 2013 over sluttrapporten frå prosjektet til Helse Vest RHF. Helse Vest RHF sende deretter sluttrapporten ut på ei brei høyring. Sluttrapporten og alle høyringsuttalane er lagt ved saka. Vedlegga til sluttrapporten ligg på nettsida til prosjektet. Der finn ein også sluttrapporten og høyringsuttalane.

## Kommentarar

### **Samandrag av sluttrapporten frå utviklingsprosjektet (frå kap. 1)**

Utforminga av modellen for framtidens lokalsjukehus er basert på eit omfattande faktagrunnlag, som er bygd på følgjeforskning og anna analyse- og utgreiingsarbeid. Utgreiingane er vedlegg til sluttrapporten. Innhaldet i den nye modellen er tilpassa behova til innbyggjarane i Nordfjordregionen, ut frå befolkningsstørrelse, alderssamansetting og forbruk av spesialisthelsetenester. Modellen er utarbeidd med tanke på å bygge eit berekraftig lokalsjukehus som kan svare på dei utfordringane helsetenesta står overfor, stå seg over tid og bidra til å definere den desentraliserte rolla til spesialisthelsetenesta.

#### *Endringar er nødvendige*

Nasjonal helse- og omsorgsplan viser at endringar i blant anna demografi, sjukdomsmønster og utviklinga i medisinsk diagnostikk og behandling, inneber behov for endringar og tilpassingar i helsetenestene. Dette ligg til grunn for samhandlingsreforma, og er også bakteppet for oppgåva til utviklingsprosjektet. I tillegg fører også raske endringar i infrastruktur, teknologi og kommunikasjonsmønster til endringar i pasientstraumar som framtidige helsetenester må ta omsyn til.

#### *Berekraftig helseteneste*

Løysingane i modellen er utforma for å vere berekraftige og robuste over tid. Dette er særleg viktig for eit lite lokalsjukehus med eit avgrensa opptaksområde med relativt få innbyggjarar, mens avstandar og geografi er ei utfordring, slik tilfellet er med Nordfjord sjukehus. Modellen har føresetnader for å kunne utviklast vidare i takt med den medisinske og teknologiske utviklinga.

#### *Nasjonal modell – lokal kontekst*

Løysingane er til dels implementerte ved Nordfjord sjukehus undervegs i prosjektperioden. Løysingane skal samtidig fungere som ein nasjonal modell for framtidens lokalsjukehus. Det inneber at utviklingsprosjektet også har sett ut over lokale forhold i Nordfjordregionen. Blant anna blir arbeidet lagt til grunn ved planlegging og utvikling av Lærdal sjukehus og lokalmedisinske senter i fylket.

#### *Desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa*

Utviklinga av nye behandlingmetodar verkar sentraliserande på sjukehusenestene, mellom anna ved aukande krav til spesialisering, men gir også potensiale for desentralisering av spesialisthelsetenester, ved at fleire behandlingar kan gis lokalt eller nær heimen. I utviklinga av rolla til lokalsjukehuset må ein balansere mellom det sjeldne, men alvorlege (som ofte må sentraliserast) – og det vanlege som folk flest har behov for (og som ofte kan desentraliserast).

#### *Tilbod til pasientgrupper som særleg treng spesialisthelsetenester lokalt*

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

Medisinsk ø-hjelp står for den største delen av forbruket av sjukehusopphald (85 prosent av dei akuttinnlagde). Medisinske døgnopphald er definert som døgnopphald utan behov for kirurgi. Dei aller fleste av desse er ved indremedisinske avdelingar ved til dømes hjarte/ lungesjukdommar. Ein liten del av forbruket er akutt kirurgisk døgnbehandling der eit kirurgisk inngrep er utført (11 prosent av dei akuttinnlagde).

Dei som brukar spesialisthelsetenesta mest og oftast, («storbrukargruppene») er i hovudsak eldre pasientar som har fleire sjukdommar, kroniske lidningar og behov for tenester frå fleire medisinske spesialitetar. Demografisk framskriving tyder på at denne «storbrukargruppa» kan vekse i tida som kjem. Samtidig reiser pasientar i aldersgruppa over 70 år i mindre grad enn yngre pasientar ut av Nordfjordregionen for behandling. Vi veit også at omfanget av psykiske lidningar er aukande.

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

### *Lokalsjukehuset som viktig tryggleiksbase*

Prosjektet har lagt vekt på at lokalsjukehuset er ein viktig tryggleiksbase for innbyggerane. Ved Nordfjord sjukehus skal det framleis vere akuttfunksjon i indremedisin og skadepoliklinikk for mindre alvorlege skadar. Skadepoliklinikken vil òg nytte dei akutt-kirurgiske behandlingane (prosedyrane) som er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Sjukehuset skal vidare kunne stabilisere alvorleg sjuke og skadde pasientar før vidaretransportering. Telemedisinske løysingar vert også etablerte for å understøtte dette.

### *Regionaliseringsprinsippet er lagt til grunn*

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

### *Samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste*

Samhandlingsreforma er ein viktig premiss for utviklingsprosjektet. Endra ansvars- og oppgåvedeling mellom nivåa krev tettare samarbeid og integrasjon. Gjennom dei skisserte løysingane blir «vekslingsfeltet» mellom spesialisthelsetenesta og kommunane utvida og fylt for å skape samanhengande tenester. Verkemiddel som er nytta i løysingane i utviklingsprosjektet for å oppnå dette, er m.a. felles og fleksibel bruk av personellressursane, samlokalisering av tenester, tydlege ansvarsavklaringar, samanhengande pasientforløp. Arbeidet med kompetanseoverføring og -utveksling legg vekt på å understøtte behova i kommunane, og dreier seg m.a. om smittevern, legemiddelhandtering og bruk av telemedisin.

### *Samhandling innanfor spesialisthelsetenesta*

Løysingane skal bidra til integrering og tettare samarbeid mellom det store sjukehuset og det vesle sjukehuset innanfor same helseføretak. Tett samarbeid mellom fagmiljøa bidrar til å styrke kvalitet og trygge tenester, mellom anna ved at ein i auka grad får etablert felles retningslinjer og prosedyrar. Det er ikkje «vi» og «dei», men «oss». Det er særleg viktig med tett integrasjon mellom legar og sjukepleiarar. Sentralsjukehuset må støtte lokalsjukehuset for tilgang til kompetanse t.d. gjennom ambuleringsordningar, først og fremst for legespesialistar (t.d. ved dei desentraliserte poliklinikkane), felles opplæring, hospitering og telemedisinløyningar. Fleire av løysingane knyter fagmiljøa tettare saman på tvers av ulike klinikkar, og også på tvers av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling (som t.d. den eldre medisinske poliklinikken).

### *«Nye» Nordfjord sjukehus*

Med alle dei foreslåtte løysingane på plass, vil Nordfjord sjukehus ha følgjande tilbod (løysingane bygger på arbeidsgrupperapportar og delutgreiningar, jf. vedlegga til sluttrapporten):

<b>Tenester ved nye Nordfjord sjukehus</b>	
<b>Indremedisinsk døgntilbod</b> (akuttberedskap med anestesilege) <ul style="list-style-type: none"><li>• Hjartefarkat</li><li>• Infeksjonar</li><li>• Lungesjukdommar</li><li>• Mage-tarmsjukdommar</li><li>• Blodsjukdommar</li><li>• Geriatri/eldremedisin; akutt funksjonssvikt hos eldre</li><li>• Palliasjon</li><li>• Akutte lette til moderate forgiftingar</li><li>• Akutt hjerneslag</li></ul>	<b>Utvida og nye polikliniske tenester</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gastroenterologisk poliklinikk (styrka)</li><li>• Kardiologisk poliklinikk (styrka)</li><li>• Diabetespoliklinikk (vidareført)</li><li>• Lungesjukdommar; KOLS-tilbod (nytt)</li><li>• Eldremedisinsk poliklinikk (nytt)</li><li>• Slagpoliklinikk (styrka)</li><li>• Nevrologi (nytt)</li><li>• Revmatologi (nytt)</li><li>• ØNH, høyreresentral (nytt)</li><li>• Auge; avtalespesialist (nytt)</li><li>• Gynekologi og fødepoliklinikk (endra)</li><li>• Barnepoliklinikk (vidareført)</li><li>• Hudpoliklinikk (vidareført)</li><li>• Ortopedi (vidareført)</li><li>• Kirurgi (nytt)</li></ul>
<b>Skadepoliklinikk – beredskap, stabilisering</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ny modell, integrering med interkommunal legevakt</li></ul>	<b>Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nytt akutttilbod ved DPS-et</li><li>• Nordfjord BUP (vidareført)</li><li>• Ruspost – fylkesdekkande døgntilbod og «Nordfjordmodellen»</li></ul>

<b>Breitt dagbehandlingstilbod</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentell kreftbehandling (vidareført og styrka)</li> <li>• Infusjonspoliklinikk/behandling (utvida/nytt)</li> <li>• Dialysetilbod (styrka, om lag dobla)</li> <li>• Hjarterehabilitering (nytt)</li> <li>• KOLS-skule (nytt)</li> <li>• Læring- og meistring (nye tilbod)</li> </ul>	<b>Endringar i fødetilbodet – «God start eining»</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barseltilbod</li> <li>• Følgjetenester</li> </ul>
	<b>Laboratorie- og røntgenetener, inkludert blodbank (vidareført)</b>

I tillegg har utviklingsprosjektet drøfta mogelegheiter og utfordringar i samband med eventuelle dagkirurgiske tenester og bruk av anestesiresursen.

På Nordfjord sjukehus er det felles interkommunale tenester for seks kommunar i Nordfjord; legevakt og legevaktstelefontsentral og øyeblikkeleg-hjelp-avdeling (som blei opna 07.10. 2013). Det er vidare prehospitala tenester med ambulansstasjon ved sjukehuset.

#### *Kompetanseutvikling/overføring*

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

#### *Lokal leiing (stadleg leiing)*

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

#### *Samarbeid over regionsgrensa – grenseproblematikk*

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

#### *Erfaringar frå prosjektgjennomføringa*

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

#### *Bruk av prosjektmidlar*

Prosjektet fekk til saman 77,5 mill. kr i 2011, 2012 og 2013. Nær 69 mill. kr av prosjektmidlane har gått til utvikling av tenestetilbodet til pasientane og til tiltak for å understøtte pasienttilboda. Av dette har om lag 26,5 mill. kr vore til etableringa av ruseininga i Nordfjord. Nær 2 mill. kr blei brukt til følgjeforskinga og om lag 5,6 mill. kr gjekk til ei rekkje utgreiingar, prosjektleiing, sekretariatsbistand og administrasjon. Ved prosjektavslutning står det igjen om lag 1 mill. kr av prosjektmidlane, som prosjekteigar vil vurdere bruken av i samsvar med vedtak i denne saka, for å understøtte pasienttilbod ved Nordfjord sjukehus.

#### **Oppsummering av høyringsuttalane**

Helse Vest RHF har mottatt 15 høyringsuttalar som blir oppsummerte i det følgjande (alle uttalane er lagt ved saka).

#### *Nordfjordretdet/Nordfjordkommunane:*

Nordfjordkommunane Eid, Selje, Vågsøy, Stryn, Hornindal og Gloppen (Nordfjordretdet) har gitt ein felles høyringsuttale der dei støtter opp om hovudinnhaldet i sluttrapporten og modellen for «Framtidas

lokalsjukehus». Ein føresetnad for støtta er at dagkirurgi inngår som ein del av modellen. Kommunane legg til grunn at dagkirurgitilbodet kjem på plass «i tråd med tilrådingane i utviklingsprosjektet sin sluttrapport, følgjerapporten om dagkirurgi, Erikstein-utvalet og Helse Vest sin nye strategi for kirurgi i helseføretaket der utnytting av kapasitet og kompetanse ved lokalsjukehusa er ein viktig del av strategien».

Nordfjordkommunane ber styret i Helse Førde legge opp til ein leiingsmodell som ivaretar både kommunane, innbyggjarane og personalet ved Nordfjord sjukehus, og dei meiner at leiingsmodellen bør ha sterkare innslag av lokal/stadleg leiing enn reindyrka klinikkorganisering.

Nordfjordkommunane er framleis kritiske til prosessen som førte fram til nedlegginga av fødeavdelinga og ortopedisk avdeling ved Nordfjord sjukehus, og dei er usamde i at ca. 1/3 prosjektmidlane blei sett av til drift av ei avdeling (oppstart ruspost) ved sjukehuset framfor til utviklingsarbeid. Nordfjordkommunane ser det no som avgjerande at tilrådingane i prosjektet blir implementerte ved Nordfjord sjukehus, inkludert dagkirurgi. Kommunane ber Helse Vest leggje til rette for dette i samarbeid med Helse Førde og Nordfjordkommunane.

Kommunestyret i Vågsøy vedtok følgjande tilleggspunkt til den felles høyringsuttalen: «Vågsøy kommune krev at Helse Førde legg opp til statleg leiing ved Nordfjord sjukehus» (vi forstår «statleg» i denne samanheng som «stadleg»).

#### *Fylkesmannen i Sogn og Fjordane:*

Fylkesmannen meiner forslaga til organisering av tenesta er framtidsretta, robust nok til å stå seg over tid og i stor grad fleksibel nok til at det kan gjerast endringar ved behov.

I samband med ny modell for skadepoliklinikken, som inneber delvis overføring av oppgåver til kommunal legevakt, må partane sikre seg at kapasitet og kompetanse blir ivarettatt. Endringa bør tas inn i avtaleverket mellom helseføretaket og kommunen.

Når det blir lagt opp til høg grad av ambulerande verksemd for legespesialistane, aukar, i følgje Fylkesmannen, krava til organisering og tilrettelegging av faglege nettverksfunksjonar mellom sjukehusa i føretaket, for å sikre kompetente og robuste fagmiljø og tenester.

Fylkesmannen rår til at det blir gjort nøye vurderingar av kva slags modell for leiing som er den beste for sjukehuset i ulike fasar, og at vurderinga bør bygge på kartlegging og analyse frå utviklingsprosjektet, behov løyst ut av samhandlingsreforma, og at sjukehuset over tid har vore eksponert for usikkerheit og endringar.

Når det gjeld utfordringar knytt til samarbeid over helseføretaksgrensene mot nord som skildra i sluttrapporten, legg Fylkesmannen til grunn at ein så snart som mogleg finn løysingar til beste for befolkninga.

#### *Sogn og Fjordane fylkeskommune:*

Fylkesutvalet i Sogn og Fjordane slutter seg til hovudlinjene i sluttrapporten, og oppfattar det som positivt dersom Helse Førde, innanfor gitte rammer, greier å etablere og drive den desentraliserte strukturen som rapporten beskriv. Når det gjeld dagkirurgisk verksemd ved Nordfjord sjukehus meiner Fylkesutvalet at «styret i Helse Førde bør klårgjere korleis ein ser på ev. dagkirurgisk verksemd ved Nordfjord sjukehus. Ein vil vidare oppmode styret i Helse Vest om å leggje stor vekt på dei synspunkt som måtte kome frå helsestyresmaktene i Sogn og Fjordane. Dei disposisjonar som vert føretekte på lokalsjukehusnivå, må ikkje vere av ein slik art at dei svekker eller trugar sentralsjukehusfunksjonen i fylket.»

#### *Helse Fonna HF:*

Erfaringane frå prosjektet og tiltak som er skisserte i rapporten har overføringsverdi til Helse Fonna. Føretaket har allereie hatt nytte av rapporten og delutgreiningar og vil ta omsyn til dette i det vidare arbeidet med å utvikle sjukehusa i føretaket.

#### *Helse Nord RHF:*

Helse Nord ser fellestrekk mellom utviklingsprosjektet og Alta-prosjektet i Helse Nord, sjølv om utgangspunktet for prosjekta er ulike, og meiner at prosjekta er viktige kjelder til felles læring. Helse Nord er tilfreds med utredningsarbeidet i utviklingsprosjektet.

Helse Nord anbefaler Helse Vest og Helse Førde å ta opp spørsmålet om dagkirurgisk verksemd ved Nordfjord sjukehus på nytt: «Slik vi ser det, vil et dagkirurgisk tilbud kunne bli et viktig element i en desentralisert spesialisthelsetjeneste; det gjelder både i faglig forstand og i forhold til pasientene. Et dagkirurgisk tilbud vil utvilsomt bidra til å gjøre hybridløsningar a la Nordfjordeid mer robuste, og dermed styrke legitimitet og oppslutning om den samlede løysning». Helse Nord vurderer å utvide det eksisterande dagkirurgiske tilbudet i Alta.

#### *Helse Sør-Øst RHF:*

Helse Sør-Øst tar ikkje stilling til om modellen har overføringsverdi til andre lokalsjukehus, og meiner at utviklinga av lokalsjukehusa vil avhenge av nasjonale føringar, intensjonen med samhandlingsreforma, lokale forhold som geografi og demografi og god dialog med lokalsamfunnet.

#### *Brukarutvalet i Helse Førde:*

Brukarutvalet støtter i hovudsak framlegga i sluttrapporten, som dei meiner viser breidda i problemstillingane. Utvalet peiker på at prosjektet i større grad skulle utgreia dei økonomisk-administrative verknadene av framlegga, for å sikre berekrafta i dei foreslåtte løysingane. Rapporten kunne ha vore tydlegare på dei personalpolitiske utfordringane i samband med ambulering av legespesialistar, og kva som må til for å sikre den polikliniske/ambulante verksemda.

Dersom det blir behov for strammare prioritering for å sikre berekraft, meiner brukarutvalet at omsynet til «mangegongsbrukarar og dei med samansette helseavvik» må få stor vekt på lokalsjukehusnivå. Dette må omfatte psykisk helse og rusomsorg.

Brukarutvalet meiner at det bør knytast følgjeforsking til implementeringsfasen, før overføringsverdien til resten av landet blir endeleg vurdert. Brukarorganisasjonane bør trekkast inn i denne samanheng.

#### *DEI TILSETTE SINE ORGANISASJONAR:*

##### *Føretakstillitsvalde og føretakshovudverneombod i Helse Førde:*

Tillitsvalde/verneombod meiner at det til tider har vore vanskeleg for dei tilsette og leiinga å skilje mellom utviklingsprosjektet og omstillingsprosessane i Helse Førde, og at det var uheldig å køyre dei to prosessane samtidig.

Tillitsvalde/verneombod meiner at kompetansen og kapasiteten ved Nordfjord sjukehus, m.a. anestesiberedskapan, kan nyttast betre ved å tilby ei eller anna form for elektiv behandling/kirurgi. Utfordringa med å rekruttere og behalde fagfolk må få ekstra fokus i etterkant av prosjektet. Tilsette som skal jobbe på tvers av avdelingar og nivå (1. og 2.-linja), må ha klare ordningar og avtalar. Det må vere fokus på «den enkelte medarbeidar, arbeidsmiljøet, haldningsskapande arbeid og kulturbygging for å lage gode arbeidsplassar og god kvalitet i pasientarbeidet».

##### *Tillitsvalde for Fagforbundet og for Norsk sjukepleiarforbund og vernetenesta og ved Nordfjord sjukehus:*

Dei tillitsvalde og vernetenesta er kritiske til dei praktiske ordningane som er etablerte for å få dei nye tilboda til å fungere (turnusordningane, overtidsbruk, bruk av personellet, utnyttinga av eksisterande kompetanse, organiseringa av oppgåvene). Dei hevdar at dette gir auka sjukefråvær, rekrutteringsvanskar, blir lite lønnsamt samfunnsøkonomisk og går ut over kvaliteten på tenestene.

Det blir peikt på som positivt at det blir etablert lokale, nære polikliniske tilbud til eldre og sjuke med samansette lidningar, og at dialyseverksemda blir auka.

Uttalen er kritisk til at det ikkje er etablert dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus, og viser til sluttrapporten og vedlegget «Dagkirurgi ved lokalsjukehus – Nasjonale og lokale perspektiv». Dei meiner det er «eit paradoks at det sjukehuset som skal vere malen for Framtidas lokalsjukehus er det einaste lokalsjukehuset i landet som ikkje har dagkirurgi».



Det blir påpeikt at det har vore vanskeleg for dei tilsette å skilje mellom utviklingsprosjektet og omstillingsprosessane. Det er no ønske om å sjå framover og håp om at lokalsjukehuset kan byggjast opp til det beste for innbygarane.

*Fagforbundet Sogn og Fjordane og Fagforbundet Helse Førde:*

Fagforbundet i Sogn og Fjordane og Helse Førde meiner det er positivt at ein etter krevjande år ved sjukehuset har sett fokus på avklaring av oppgåver og organisering ved lokalsjukehuset, i lys av samhandlingsreforma. Fagforbundet vektlegg eit desentralisert spesialisthelsetenestetilbod og er positiv til handteringa av temaet i rapporten.

Vidare er dei opptekne av at dagkirurgi må vere ein del av eit lokalsjukehus, og forventar at Helse Vest tar høgde for dette på Nordfjord sjukehus. Det blir vist til uttalen til dei tillitsvalde og vernetenesta ved Nordfjord sjukehus. Det blir også vist til denne uttalen i samband med at det har vore vanskeleg for dei tilsette å skilje mellom utviklingsprosjektet og omstillingsprosessane i Helse Førde. Fagforbundet meiner det har vore uheldig å køyre parallelle prosessar.

Fagforbundet i Sogn og Fjordane og Helse Førde er positive til omtalen av kompetanse og kompetanseutvikling i sluttrapporten, og understreker at dette må omfatte alle yrkesgrupper, særleg er helsefagarbeidaren viktig. Fagforbundet meiner at erfaringane frå prosjektet må bli ført vidare og gjort tilgjengelege for andre lokalsjukehus.

*Fagforbundet sentralt:*

Fagforbundet sentralt har gitt eit høyringssvar. Dei viser til høyringsuttalen frå tillitsvalde og verneombod ved Nordfjord sjukehus og framhevar «at det er nødvendig å ta hensyn til at de tillitsvalgte peker på at kvaliteten på noen tjenester faktisk er redusert. En slik utvikling er ikke akseptabel. Overføringsverdien frå arbeidet med pilotsjukehuset blir dermed primært en metode for å kartlegge behovene i regionen, framfor å adoptere de løsninger som ble viktige for Nordfjordregionen».

Fagforbundet ser det som nødvendig å tilpasse lokalsjukehusa, og føreset ein desentralisert sjukehusstruktur tilpassa behova i befolkninga, omstillingar gjennom breie, involverande prosessar, og kompetanseheving til fagfolk i alle yrkesgrupper for å oppnå fleksibilitet gjennom oppgåvegledning.

*Unio, Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede:*

Unio viser til tilbakemeldingar frå tillitsvalde om at det har vore krevjande å skilje mellom utviklingsprosjektet og omstillingsarbeidet ved Helse Førde, og dei peiker på at elektiv kirurgi ved Nordfjord sjukehus ville gi betre rekruttering og betre utnytting av ressursar knytt til anestesiberedskapen.

Unio peiker på at overføringsverdien til andre lokalsjukehus som skal tilpasse seg endra føresetnader, først og fremst ligg i den metodiske tilnærmingsmåten prosjektet har valt for utforming av modellen, meir enn dei konkrete løysingane for Nordfjord sjukehus.

Unio meiner prosjektet har gjort eit grundig arbeid for å utgreie lokalsjukehusstenester i Nordfjordregionen, og at det blir skissert fleire spennande, men også utfordrande løysingar. Unio kommenterer m.a. at prosjektet burde ha utgreia kostnader ved å drifte dei føreslåtte funksjonane med fast tilsett personell ved Nordfjord sjukehus, som alternativ til løysingar med felles og fleksibel bruk av personellressursane. Forskyvinga av oppgåver mellom kommune- og spesialisthelsetenesta er avhengig av evna i kommunane til å ruste opp tilboda sine på innhald, kompetanse og kapasitet.

Når det gjeld løysingar som ambulering, fleksibel bruk av personell og endra oppgåvedeling (jobbgledning) meiner Unio at prosjektet skulle ha diskutert problemstillingar knytt til desse verkemidla:

«Lokale tillitsvalde rapporterer om både samtidskonflikter (det er behov for den same personen fleire steder samtidig) og konfliktvakter (turnusplanene ved de ulike arbeidsstedene kolliderer), samt økt bruk av overtid, sykemeldinger og dyre vikarordninger. Dette er en indikasjon på at bemanningen er presset for lavt, og slike innspill må tas på alvor i det videre arbeidet med Framtidas lokalsjukehus dersom modellen skal være berekraftig».

*SAN, Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i Spekter:*

SAN meiner modellen verkar grei og gjennomarbeidd med tanke på at den også skal ha overføringsverdi til andre lokalsjukehus. SAN gir følgjande kommentarar og innspel: modellen føreset tett og nært

samarbeid internt i spesialisthelsetenesta; bruk av telemedisin er bra, men krev IKT-ressursar lokalt. Laboratorietenestene må tilpassast dei behova lokalsjukehuset har, og ved små einingar som eit lokalsjukehus må ein vere bevisst på at kompetansen ved laboratoria til ein kvar tid er god nok. Det krev m.a. fokus på rekruttering til laboratoria. Jobbgliding/oppgåveoverføring kan vere positivt, og det blir vist til gode erfaringar med overføring av oppgåver frå legar til bioingeniørar, men det føreset at kvalitet og kompetanse blir ivaretatt.

#### *Den norske legeforening:*

Legeforeningen meiner at det er utarbeidd ein grundig rapport med analysar av helsetenesteforbruk og behova i kommunane og befolkninga i Nordfjordregionen, men dei ønsker ikkje modellen som nasjonal modell for framtidige lokalsjukehus. Legeforeningen har særleg to prinsipielle motførestellingar:

«1. Minstekrav for lokalsjukehus.

Legeforeningen har hatt en bred prosess for å finne frem til hvilke langsiktige krav som må stilles til akutfunksjoner ved lokalsjukehus. Legeforeningens standpunkt til akutfunksjoner ved lokalsjukehus er at de som minimum må inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester. Legeforeningen er derfor på et medisinskfaglig grunnlag imot rapportens konklusjon om at lokalsjukehuset ikke skal ha akuttkirurgifunksjon. Nordfjord er etter Legeforeningens krav om minstestandard for akutfunksjoner ikke et lokalsjukehus.

2. Uklare ansvarsforhold mellom nivåene i helsetjenesten.

Lokalmedisinsk senter (LMS) og distriktmedisinsk senter (DMS), som kommunalt eide sykehuslignende enheter, er løsninger som er valgt andre steder i landet. Legeforeningen mener den foreslåtte organiseringen ved Nordfjord i praksis innebærer en slik modell (LMS, DSM) som er eid av helseforetaket. Et slikt eierskap og organiseringsløsning skaper uklarhet om ansvarsforhold. Videre stiller Legeforeningen spørsmålsteget ved bl.a allmennlegenes rolle i modellen som er valgt. Kjerneoppgavene til fastleger er å være kontaktpunktet i kommunehelsetjenesten og fastlegene har et stort antall konsultasjoner i løpet av et år. Enkelte tiltak i rapporten trekker allmennlegene ut av kjerneoppgaver. Modellen trekker allmennlegene inn i spesialisthelsetjenesten på en måte som skaper uklarhet rundt ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket.»

#### *Sjukehusaksjonen Nordfjord:*

Sjukehusaksjonen har i uttalen gitt uttrykk for usemje med utgangspunktet for utviklingsprosjektet, og for misnøye med dei tidlegare vedtaka om endringar ved Nordfjord sjukehus (føretaksmøtet for Helse Vest 28. april 2011) og omstillingsprosessane i Helse Førde for å følgje opp desse vedtaka.

Sjukehusaksjonen er kritisk til løysingane i modellen til utviklingsprosjektet, og til implementeringa i Helse Førde. Det gjeld innanfor kompetanseutvikling, skadepoliklinikk, stabiliserings-/akutteam (MAT-team), slagbehandling og -rehabilitering og auka poliklinisk verksemd.

Ut over dette er Sjukehusaksjonen kritisk til anestesiberedskapen ved Nordfjord sjukehus, og dei meiner at det må vere eit tilbod innanfor dagkirurgi ved sjukehuset. Det er først og fremst eit dagkirurgitilbod innanfor ortopedi aksjonen påpeiker behovet for.

#### **Styrebehandling i Helse Førde**

I møte 24. januar 2014, sak 006/2014, behandla styret i Helse Førde sluttrapporten frå utviklingsprosjektet og høyringane. Styret gjorde følgjande vedtak:

1. Helse Førde HF har i 2012 og 2013 gjennomført eit utviklingsarbeid ved Nordfjord sjukehus med siktemål å organisere eit framtidsretta spesialisthelsetenestetilbod på lokalsjukehusnivå. Breidde, kvalitet og nærleik for dei pasientgruppene som treng det mest har stått sentralt i arbeidet. Samstundes med utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus, har Helse Førde gjennomført eit omstillingsarbeid som oppfølging av vedtekne målbilete for Helse Førde mot 2020. Føresetnaden var at utviklingsprosjektet ikkje skulle vurdere dei omstillingane som alt var vedtekne, på nytt.
2. Foreslegne løysingar frå utviklingsprosjektet har i stor grad blitt implementert undervegs. Dette gjeld også samarbeid om felles interkommunale funksjonar for Nordfjord-kommunane ved Nordfjord sjukehus.
3. Utviklingsprosjektet utarbeidde ein rapport om dagkirurgi ved lokalsjukehus. Helse Førde har, etter innspel i høyringsprosessen til utviklingsprosjektet, gjort ei ny vurdering av

behovet med utgangspunkt i oppdatert talgrunnlag, lokale føresetnader og god ressursutnytting.

4. Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus har også ein nasjonal dimensjon. Helse Førde meiner sluttrapporten og rapportane frå delprosjekta gjev nyttige innspel til andre helseføretak, samt til kommunalt utviklingsarbeid. Dagkirurgiske tilbod på mindre lokalsjukehus bør organiserast ut frå lokale føresetnader, der pasienttryggleik, kvalitet og god ressursbruk vert vektlagt i heilskap for det aktuelle opptaksområdet.
5. Helse Førde vurderer at utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus kan gje viktige innspel til arbeid med ny nasjonal helse- og sjukehusplan.

## Vurdering

### Innleiing

Hovudinstrykket frå høyringsuttalane er at dei støttar opp om hovudinnhaldet i modellen for lokalsjukehus som blir skissert i sluttrapporten frå utviklingsprosjektet, og at løysingane blir implementerte ved Nordfjord sjukehus. Men det blir peikt på ein del område som vil vere utfordrande og krevje særleg merksemd i implementeringa og drifta av løysingane.

### Prinsippa i modellen

I lys av høyringsuttalane vurderer vi her om prinsippa i modellen kan bidra til å møte utfordringane som helsetenesta står overfor, og dermed gi eit framtidiretta og trygt tenestetilbod til befolkninga i Nordfjord, og om modellen kan ha overføringsverdi til andre lokalsjukehus.

Hovudutfordringane og endringsbehova for helsesektoren slik dei er skisserte m.a. i Nasjonal helse- og omsorgsplan, ligg til grunn for løysingane som er foreslått i utviklingsprosjektet. Vi vil trekkje fram hovudgrep i modellen som vi meiner er bidrag til å finne løysingar på utfordringane:

#### 1) Identifisere dei breie pasientgruppene

Pasientgrunnlaget for lokalsjukehusa er avgrensa. Både demografiske og strukturelle tilhøve tilseier at ikkje alle lokalsjukehus kan ha same tilbod om behandling. Tenestetilbodet som inngår i modellen er retta inn mot dei pasientgruppene som bruker spesialisthelsetenester ofte og mykje, og som kan ha stor nytte av nærleik til tenestene. Dette bygger på analysar og utgreiingar av pasientstraumar, forbruk av spesialisthelsetenester, alderssamansetting og befolkningsstørrelse (følgjeforskning).

Fleire av høyringsinstansane peiker på at denne metoden for å sikre at tilboda treff behova i befolkninga lokalt, vil vere nyttig i vidareutviklinga av lokalsjukehusa. Dei desentrale polikliniske tilboda som nå blir bygde opp innretta mot dei breie pasientgruppene, blir peikt på som positive av mange.

Enkelte er likevel kritiske til at dei akuttkirurgiske tilstandane ikkje får større plass i modellen, sjølv om analysane og utgreiingane i prosjektet viser at det er dei medisinske tilstandane, og ikkje dei kirurgiske, som står for størstedelen av behova for sjukehusopphald, jf. også punkt 3 nedanfor.

Helse Vest meiner at modellen balanserer motsetnaden mellom det sjeldne, men alvorlege, og det vanlege som folk flest ofte har behov for hjelp til, og underbygger måten dette er gjort på med eit grundig faktagrunnlag. Pasientar med sjeldne, men alvorlege tilstandar blir ivaretatt ved dei store sjukehusa og gjennom det regionale traumesystemet (sentralisert), mens pasientar med vanlege tilstandar og hyppig behov for helsetenester bli ivaretatt nær heimstaden (desentralisert).

#### 2) Fylle vekslingsfeltet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta

For å sikre tilbodet til pasientar med behov for tenester både frå den kommunale helse- og omsorgstenesta og frå spesialisthelsetenesta, legg modellen opp til at tilboda i dette breie «vekslingsfeltet» mellom kommunane og spesialisthelsetenesta er eit felles ansvar og at dei tilgjengelege ressursane blir sett i samanheng. Det er i vekslingane samhandlingsutfordringane er størst.

Modellen legg opp til samlokalisering av kommunale tenester og spesialisthelsetenester og fleksibel bruk av personellressursar og kompetanse, jf. også punkt 4 nedanfor. Lokalsjukehuset skal vere ein støttespelar for kommunehelsetenesta på fleire område, og understøtte kompetanseutvikling, m.a. gjennom arbeidet med pasienttryggleikstiltak og telemedisinske løysingar.

Nokre av høyringsinstansane stiller spørsmål ved om kommunane har kapasitet og kompetanse til å gjennomføre desse planane, og meiner prosjektet skulle ha utgreia problemstillingar knytt til dette. Fleire høyringsinstansar peiker på at det er særleg vesentleg å avklare ansvarsforholda i ein slik samarbeidsmodell mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, at dette bør avtafestast, og at dei tilsette blir sikra klare arbeidsavtaler.

Ein grunnleggande føresetnad for at prosjektet kom fram til desse samhandlingsløysingane var at kommunane deltok aktivt i utviklingsprosjektet, både i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Samtidig har kommunane, parallelt med utviklingsprosjektet, etablert interkommunale helsetenester ved Nordfjord sjukehus i samarbeid med Helse Førde.

Vi vurderer samhandlingstiltaka i modellen som nytenkande, og som bidrag til å knyte tenestene saman. Det er vesentleg at løysingane blir formaliserte gjennom avtaleverket mellom kommunane og Helse Førde, og at leiinga på begge nivåa følgjer tett opp for å sikre at kapasitet og kompetanse blir ivaretatt i samarbeidet.

### 3) Lokalsjukehuset inngår i ein heilskapleg spesialisthelseteneste

Lokalsjukehuset er ein viktig tryggleiksbase for befolkninga. Dette handlar både om at tenestene er tilpassa behova for lokale, nære tilbod, at tenestene er godt koordinerte i vekslingsfeltet mellom forvaltningsnivåa, og at det er gode system for å ivareta dei sjeldne, men alvorlege og akutte tilfella. Enkelte høyringsinstansar stiller spørsmål ved systema for å ivareta akuttfunksjonen.

For å gi den øyeblikkelege hjelpa som det oftast er behov for, har Nordfjord sjukehus akuttfunksjon i indremedisin, døgnkontinuerleg akuttmedisinsk anestesiberedskap og skadepoliklinikk som tar hand om dei mindre alvorlege skadane. Det er kompetanse til å utføre enklare kirurgiske prosedyrar på døgnbasis (jf. krav i Nasjonal helse- og omsorgsplan). Nordfjord sjukehus har i tillegg eit stabiliserings/akutteam som i heilt spesielle situasjonar kan stabilisere pasientar før vidaretransport. Dette vil vere aktuelt for mindre kritiske skadar, og ikkje store traume.

Dei alvorlege, akutte skadane (t.d. store traume) blir ivaretatt gjennom eit innarbeidd samarbeid mellom dei små og store sjukehusa i regionen (traumesystemet i Helse Vest). Traumesystemet består av ein prehospital del (ambulans, lokalt akutt-team, luftambulans), traumesjukehus (Førde sentralsjukehus) og traumesenter (Haukeland universitetssjukehus). Nordfjord sjukehus inngår i ein avklart arbeidsdeling mellom lokal-, sentral og universitetssjukehus.

Modellen til utviklingsprosjektet er basert på kartleggingar av førekomsten både av mindre alvorlege skadar og alvorlege traume i Nordfjord. Når det gjeld dei mindre alvorlege skadane som skadepoliklinikken skal ta seg av, viser kartlegginga at det i tidsrommet mellom kl. 18.00 og 06.00 i snitt er mindre enn 1 pasient per døgn. Bemanninga av skadepoliklinikken er tilpassa dette.

Nordfjord sjukehus har ikkje på mange år behandla dei alvorlegaste skadde pasientane (traumepasientar) og skal heller ikkje gjere det i framtida. Ei kartlegging viser at det i perioden 2009-2011, dvs. før nedlegginga av den ortopediske avdelinga, ikkje blei utført livreddande akutt kirurgi ved Nordfjord sjukehus.

Vi meiner at modellen ivaretar tryggleiken til befolkninga. For å oppretthalde gode system trengs det kontinuerleg merksemd på god samhandling internt i spesialisthelsetenesta med klar arbeids- og ansvarsdeling og tydelege pasientforløp. Dette gjeld ikkje minst internt i helseføretaket der det store sjukehuset må vere ein støtte for lokalsjukehuset og knyte helseføretaket tettare saman (m.a. med telemedisin som verktøy; siste døme er «teleslag» som er satt i drift ved Nordfjord sjukehus i desember 2013). For å kunne desentralisere tenester til lokalsjukehusa er det særleg viktig å nytte kompetansen i heile helseføretaket og sørgje for at alle einingar har tilgang til kompetanse. Samarbeid på tvers av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling er ein del av dette.

### 4) Kompetanseutvikling, endra oppgåvedeling, fleksibilitet på tvers av einingar

Modellen utfordrar tradisjonell bruk av kompetanse og personellressursar innanfor helsetenesta. Samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta om samlokalisering av tenester legg opp til fleksibel bruk av kompetanse og personellressursar på tvers av forvaltningsnivåa. Innanfor helseføretaket blir tilsvarande gjort på tvers av geografiske og faglege einingar. Fleksibilitet på tvers av

tradisjonelle inndelingar blir følgt av kompetanseutvikling og endra oppgåvedeling mellom helseprofesjonar (også kalla jobbgilding).

Dette temaet har høyringsuttalane frå dei tilsette sine organisasjonar mange synspunkt på. Hovudintrykket er at dei stiller seg positive, men peiker på at løysingane kan vere krevjande. Dei legg vekt på at det er viktig med god organisering og merksemd på tilhøva til dei tilsette det gjeld. Det blir trekt fram ein del utfordringar med løysingane, m.a. fare for uklare ansvarsforhold, moglege samtdiskonfliktar, konfliktvaktar, uføreseielege og belastande arbeidsforhold. Det blir uttrykt uro for om ambuleringsordningane til legane vil vere økonomisk berekraftige og om ein vil greie å oppretthalde tilstrekkeleg kompetanse over tid med det tilbodet det blir lagt opp til.

Helse Vest meiner utviklingsprosjektet har peikt på eit område med potensiale for nytenking, og at modellen inneheld gode eksempel på nye løysingar. Mange av dei er i ferd med å bli implementerte. Mellom desse er den eldremedisinske poliklinikken. Her samarbeider psykisk helsevern og fleire somatiske fagområde om utgreiing og behandling av eldre med samansett problematikk, slik at desse slepp mange turar til ulike avdelingar. Dette tilbodet har så vidt kome i gang, men tilbakemeldingane frå pasientar, pårørande og dei tilsette er svært positive. Tiltaket vekker interesse elles i landet.

Utviklingsprosjektet har initiert eit samarbeidsprosjekt mellom psykisk helsevern, kommunal legevakt og -psykisk helseteneste om betre bistand i haste- og akutenester på døgnbasis. Utviklingsprosjektet har på dette og fleire andre område ført til tettare samarbeid om konkrete samarbeidsløysingar, og gitt drivkraft til utvikling i begge system. Saman med felles opplæringstiltak, har dette også ført til betre kunnskap om kvarandre.

Samarbeidsløysingane krev utan tvil tett oppfølging frå leiarhald og stort fokus på organisering og koordinering av dei praktiske forholda. Samarbeidsløysingane på tvers av forvaltningsnivåa må takast inn i avtaleverket mellom føretaket og kommunane. Tilsette internt i føretaket må ha klare arbeidsavtaler, og t.d. ambuleringsordningar aukar krava til tilrettelegging av faglege samarbeid, som nettverksfunksjonar, mellom sjukehusa i føretaket.

Dette er eit område som er interessant å vie meir merksemd framover, både for å vidareutvikle løysingane utviklingsprosjektet har lagt opp til, og for å utvikle nye løysingar som kan bidra til betre og meir ressurseffektive måtar å yte gode helsetenester til befolkninga. Samhandlingsreforma og bl.a. «Morgendagens omsorg» peiker på at helsetenestene framover må legge betre til rette for kompetanseutveksling og hensiktsmessig oppgåvedeling mellom profesjonar og deltenester.

### **Lokal leiing (stadleg leiing)**

Både utviklingsprosjektet og fleire høyringsinstansar har understreka at det er viktig å gå grundig inn i val av leiingsmodell og vurdere konsekvensane av det valet som blir gjort. Den konkrete situasjonen rundt lokalsjukehuset må vegast opp mot sterke og svake sider ved dei ulike leiingsmodellane. Tiltak som kan kompensere for svakheiter ved modellen som blir valt, må vurderast.

Høyringsinstansar legg vekt på at leiingsmodellen ved Nordfjord sjukehus må ivareta både kommunane, innbyggjarane og personalet ved sjukehuset, behov utløyst av samhandlingsreforma, og at det har vore usikkerheit over tid blant personalet ved sjukehuset.

Utgreiinga omkring leiingsmodell syner at det ikkje er ein modell som er «rett», men at det må være ei bevisst haldning til val av leiingsmodell, og kanskje må dette justerast over tid avhengig av type utfordringsbilete ein står ovanfor. Utviklingsprosjektet trakk fram nokre vesentlege moment ved val av leiingsmodell:

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

For å ta omsyn til desse forholda meiner Helse Vest at det må etablerast lokal leining ved Nordfjord sjukehus. Det blir i denne samanheng vist til sak 44/13 der det blir lagt til grunn etablering av lokal leining ved Stord sjukehus.

### **Overføringsverdi til andre lokalsjukehus – nytte som nasjonal modell?**

Vi meiner at dei grepa i modellen som er skissert over har overføringsverdi til andre lokalsjukehus som skal gjere tilpassingar til kommande utfordringar i helsetenesta. Den konkrete implementeringa av løysingane for Nordfjord sjukehus kan derimot ikkje kopierast direkte. Som fleire av høyringsinstansane også peiker på, vil lokale løysingar måtte tilpassast lokale forhold og forankrast lokalt. Enkelte er redde for generaliseringar på grunnlag av funna i analysane for Nordfjordregionen. Men fleire av høyringsinstansane peiker på at metoden prosjektet har brukt for å kartlegge behova, har overføringsverdi.

Prosjektet har bidratt både med analysar og ny kunnskap om kva for spesialisthelsetenester eit lokalsjukehus kan innehalde, og med generell kunnskap om ein kartleggingsmetode til bruk for å gjere lokale tilpassingar til behova i befolkninga. Modellen må likevel utviklast vidare, då både samfunnet generelt og medisinfaget spesielt endrar seg raskt og fører med seg behov for ei kontinuerleg utvikling av helsetenestene.

Framgangsmåten som utviklingsprosjektet har nytta, med open informasjon og brei involvering både frå omkringliggande kommunar, brukarar og dei tilsette, vil også kunne ha overføringsverdi. Fleire høyringsinstansar har peikt på at det er ein føresetnad i endringsarbeidet at prosessane har slike eigenskapar.

### **Parallele prosessar – utviklingsprosjektet og omstillingar i Helse Førde**

Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus og omstillingsprosessane i Helse Førde blei parallelle prosessar i tid. Bakgrunnen for dette var at det i føretaksmøtet for Helse Vest i april 2011, blei bestemt å opprette eit nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sjukehus for å utvikle sjukehuset som eit tidsmessig lokalsjukehus for Nordfjord. Samtidig blei det bestemt at ortopeditilbodet skulle samlast på færre einingar i Helse Førde, og at fødeavdelingane i Nordfjord og Volda skulle slåast saman.

Som både sluttrapporten frå utviklingsprosjektet og mange av høyringsuttalane har påpeikt, var det krevjande å skilje mellom prosessane. Både dei tilsette og leinga måtte på den eine sida handtere ei utfordrande omstilling og nedbemanning, og samtidig på den andre sida tenke langsiktig på oppbygging av nye tilbod. Desse problemstillingane blei via mykje merksemd både i samhandlinga mellom prosjektet og Helse Førde og i dialogen med dei tilsette. Ein søkte å vere open om utfordringane.

Det vil alltid kunne inntreffe slike samtidskonfliktar som alle partar må handtere etter beste evne, sjølv om ein ideelt sett kunne ønske seg éin problemstilling om gangen.

### **Lokal tilpassing av modellen – implementering i Helse Førde og ved Nordfjord sjukehus**

Etablering av løysingane i modellen ligg til Helse Førde sitt ansvar. Allereie undervegs i prosjektperioden har styret i Helse Førde vedteke å sette i verk fleire av pasienttilboda, og dei fleste tilboda har starta opp eller er i ferd med å starte opp.

Når det gjeld dagkirurgi la utviklingsprosjektet fram eit notat om moglegheiter og utfordringar knytt til dagkirurgi ved lokalsjukehus (vedlegg 16 til sluttrapporten). Dette er ein aktivitet som ein i dag finn ved mange lokalsjukehus, mens det ikkje har vore planlagt dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus. Bakgrunnen er nyleg gjennomført omstilling med nedtak av ortopedisk overkapasitet i Helse Førde, og vedtak om lokalisering av ortopedisk kirurgi til Lærdal sjukehus.

Mange av høyringsuttalane understrekar at eit dagkirurgisk tilbod vil vere ein viktig del av tilbodet ved eit lokalsjukehus. Høyringsinstansane legg vekt på at eit dagkirurgitilbod vil bidra til å utnytte kapasitet og kompetanse ved lokalsjukehusa, og dermed til å bygge robuste, berekraftige løysingar som står seg over tid.

I brev i oktober 2013 skreiv dåverande statsråd Jonas Gahr Støre at fråværet av dagkirurgitilbod ved Nordfjord sjukehus, er ein mangel som ein bør søke å rette opp. Statsråden bad Helse Vest vurdere om dagkirurgi bør vere ein del av framtidens lokalsjukehus generelt, og i Nordfjord spesielt.

Hausten 2013 blei det gjort ei fornya vurdering av det faglege grunnlaget for å etablere dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus. Resultat frå denne fornya vurderinga blir lagt fram i eiga sak (styresak 016/14). Her drøftar vi kort generelle perspektiv rundt dagkirurgisk verksemd ved lokalsjukehus:

### Dagkirurgi – nasjonale og lokale perspektiv

Utviklingsprosjektet skisserte fordeler og ulemper med dagkirurgi ved lokalsjukehus, summert opp som følgjer:

Moment som taler <b>for</b> innføring av dagkirurgi	«Nøytrale» moment	Moment som taler <b>mot</b> innføring av dagkirurgi
Pasientopplevd kvalitet <ul style="list-style-type: none"> <li>Nærleik til tenestene</li> <li>Viktig for den enkelte: minst 2 kontaktar per dagkirurgiske inngrep</li> <li>Mindre tidstap, mindre frávær frå arbeid, mindre belastande for pasienten</li> </ul>		
Personellsituasjonen <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagkirurgisk aktivitet kan bidra til å oppretthalde og utvikle kompetanse, særlig for spesialsjukepleiarar og anestsilegen</li> <li>Effektiv utnytting av anestesikompentansen (det er eit eige notat om dette, vedlegg 17 til sluttrapporten)</li> <li>Sambruk/fleksibel bruk av ressursane med poliklinikkane er effektiv ressursutnytting</li> <li>Meir interessante arbeidsoppgåver er positivt for rekrutteringa</li> </ul>	Personellsituasjonen <ul style="list-style-type: none"> <li>Krev god organisering av tenestene og aktiv styring/leing for å finne gode driftsløysingar som ser dei ulike tenestene i samanheng og utnytter ressursane effektivt.</li> </ul>	Personellsituasjonen <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulering belastande på legemiljøet i føretaket</li> <li>Fleire legetimer vil gå bort i reising</li> <li>Ambuleringsplikt kan hemme rekruttering av spesialistkompetanse til føretaket</li> <li>Avgrensa kapasitet til ambulering i føretaket</li> </ul>
	Fagleg kvalitet <ul style="list-style-type: none"> <li>Dagkirurgi er ein trygg og effektiv behandlingsform</li> <li>Tett integrert med anna kirurgisk aktivitet i HF-et</li> </ul>	
Erfaringar frå andre <ul style="list-style-type: none"> <li>18 lokalsjukehus rundt i landet, kartlagd i prosjektet, har dagkirurgi</li> </ul>		
Kostnadsreduksjon <ul style="list-style-type: none"> <li>gjestepasientutgifter</li> <li>pasientreisekostnader</li> <li>pasientopphaldskostnader</li> <li>hospiteringskostnader</li> </ul>		Kostnadsauke <ul style="list-style-type: none"> <li>teknisk drift av operasjonsstue</li> <li>ambulering av legar</li> <li>pleiebemannning</li> </ul>

I tillegg til desse faktorane vil vi peike på at lokalsjukehus vil kunne ha ulike føresetnader for å drive dagkirurgisk verksemd, knytt opp til kva andre funksjonar lokalsjukehuset har, og knytt til geografisk lokalisering:

- Lokalsjukehus som allereie har elektiv kirurgisk aktivitet og kirurgisk akuttberedskap. Her blir dagkirurgi berre ein effektiv måte å ta hand om delar av den elektive kirurgien.
- Lokalsjukehus som ikkje har anna akutt eller elektiv kirurgi, men som ligg i folkerike område slik at ein kan ta imot pasientar utover opptaksområdet til lokalsjukehuset. Eit eksempel er Larvik sjukehus som kan ta dagkirurgiske pasientar frå heile Vestfold.
- Lokalsjukehus som ikkje har anna akutt eller elektiv kirurgi, og som p.g.a. avstandar og befolkningsgrunnlag ikkje kan basere seg på rekruttering av pasientar som kjem utanfor eige opptaksområde, bl.a. fordi nabosjukehusa sjølv har marginalt pasientgrunnlag.

Når ein skal organiserer eit dagkirurgisk tilbod ved eit lokalsjukehus, vil det vere ulike måtar å løyse tilgangen til kompetente kirurgar. Ein kan ha lokalt tilsette, leige inn eller nytte ambulering frå større sjukehus. Alle alternativa inneber utfordringar:

Lokalt tilsette: Det kan vere problem med rekruttering og ein kan vere avhengig av enkeltlegar, slik at tilbod kan forsvinne brått ved sjukdom eller dersom legen slutter.

Leige inn spesialist: Kirurgifaget er prega av subspecialisering. Det inneber at dei færreste kirurgar dekker alle typar dagkirurgi innanfor eigen spesialitet. For eksempel vil ein ortoped som i den faste jobben sin på eit stort sjukehus i hovudsak opererer rygg eller hofte, ikkje nødvendigvis kunne drive hand- eller fotkirurgi i rolla som leigd inn. Men dersom legane som blir leigd inn har erfaring frå den typen dagkirurgi ein skal utføre, vil denne ordninga kunne gi stabilitet.

Ambulering: Bruk av ambulering av spesialistar vil påverke kapasitet og vaktdekning ved «modersjukehuset». Det er vanskeleg å gjennomføre om medarbeidarane ikkje sjølv ønsker å delta. Krav om ambulering kan svekke modersjukehuset si evne til å rekruttere spesialistar i konkurrans med større sjukehus der ambulering ikkje inngår. Store modersjukehus med stor og robust stab har langt større evne til å fungere som base for ambulering enn sjukehus som i utgangspunktet er relativt små (jf. elles punkt 4 over «Kompetanseutvikling, endra oppgåvedeling, fleksibilitet på tvers av einingar»).

Utviklingsprosjektet peikte på ein del moment som kan bidra til å utvikle berekraftige ambuleringssordningar (jf. kap. 8.5 i sluttrapporten):

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

Spørsmålet om dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus vil bli behandla i eiga sak. Generelt er det viktig at faktorar som folketal/demografi, helsetenester tilpassa behova i befolkninga, nærleik til tenester, pasienttryggleik, fagleg kvalitet og god ressursbruk blir vurdert i heilskap for det aktuelle opptaksområdet i samband med spørsmål om dagkirurgi.

## Konklusjon

Høyringsinstansane støttar i stor grad opp om hovudinnhaldet i modellen for lokalsjukehus, slik denne blir skissert i sluttrapporten frå utviklingsprosjektet, og at løysingane blir implementerte ved Nordfjord sjukehus. Det blir peikt på ein del område som vil vere utfordrande og krevje særleg merksemd i implementering og drift av løysingane.

Utviklingsprosjektet har synleggjort moglegheiter og utfordringar for den desentraliserte spesialisthelsetenesta ved lokalsjukehus. Kartleggingsmetodane som er nytta for å få fram grunnlaget for tenestene, har gitt verdifull kunnskap om pasientgrunnlag og forbruksmønster. Lokale tilhøve verkar inn på korleis ein best kan organisere tenestene på ein forsvarleg og trygg måte. Metoden og løysingane vil truleg vere nyttige for andre føretak som arbeider med liknande problemstillingar.

Prosjektet har konsentrert seg om pasientgrupper som i særleg grad treng spesialisthelsetenester ofte og i nærleiken. Prosjektet gir på denne måten ei viktig retning for utvikling av både spesialist- og kommunehelsetenesta. Prosjektet synleggjer kor viktig samhandling og koordinering mellom nivå og fagområde er, og skisserer moglege måtar å gi koordinert hjelp, mellom anna gjennom felles eldre medisinsk poliklinikk. Denne modellen føreset samarbeid mellom psykisk helsevern og fleire somatiske fagområde. Prosjektet synleggjer organisatoriske utfordringar og føresetnader for å få til tilstrekkelig koordinering slik at pasienten sine behov er i fokus.

Mange sjukehus/helseføretak byggjer er i dag organiseringa si på gjennomgåande klinikkstruktur. Dette kan sikre gjennomgåande god pasientbehandling med god kvalitet. Utfordringa er at det då ikkje vil vere ei samla leiging ved våre minste sjukehus. For noko på veg å bøte på dette, må det etablerast lokal leiging og ved dei minste lokalsjukehusa.



Prosjektet har peikt på løysingar som kan gi meir effektiv og samordna diagnostikk og behandling. Dette vil truleg bli ei av dei mest sentrale utfordringane i åra framover. Krav frå kompetente brukarar og deira pårørande vil bli tydelegare, det vil bli stilt større krav til rask avklaring og hjelp, og samtidig vil det bli færre yrkesaktive «hender» til å behandle pasientane. Prosjektet har framheva behovet for å vurdere endra oppgåvedeling mellom yrkesgrupper, brei kompetansestyrking og god samordning av kompetanse mellom lokal- og sentralsjukehus. Telemedisin og videokommunikasjon kan bidra til kompetanseoverføring og spesialisert bistand til behandling lokalt. Dette vil kunne bidra til å sikre eit langsiktig, robust og forsvarleg helsetilbod på lokalsjukehusnivå.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Sluttrapport frå Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus

Vedlegg 2: Høyringsuttale frå Nordfjorrådet/Nordfjordkommunane

Vedlegg 3: Høyringsuttale frå Fylkesmannen i Sogn og Fjordane

Vedlegg 4: Høyringsuttale frå Sogn og Fjordane fylkeskommune

Vedlegg 5: Høyringsuttale frå Helse Fonna HF

Vedlegg 6: Høyringsuttale frå Helse Nord RHF

Vedlegg 7: Høyringsuttale frå Helse Sør-Øst RHF

Vedlegg 8: Høyringsuttale frå Brukarutvalet i Helse Førde

Vedlegg 9: Høyringsuttale frå Føretakstillitsvalde og føretakshovudverneombod i Helse Førde

Vedlegg 10: Høyringsuttale frå Tillitsvalde for Fagforbundet og for Norsk sjukepleiarforbund og vernetenesta og ved Nordfjord sjukehus

Vedlegg 11: Høyringsuttale frå Fagforbundet Sogn og Fjordane og Fagforbundet Helse Førde

Vedlegg 12: Høyringsuttale frå Fagforbundet sentralt

Vedlegg 13: Høyringsuttale frå Unio, Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede

Vedlegg 14: Høyringsuttale frå SAN, Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i Spekter

Vedlegg 15: Høyringsuttale frå Den norske legeförening

Vedlegg 16: Høyringsuttale frå Sjukehusaksjonen Nordfjord