

**PROGRAM
IMPLEMENTERING
NY STRATEGI I HELSE FØRDE**

**GENERELLE
PROBLEMSTILLINGAR**

II

**RAPPORTERING
TIL HELSE VEST PR. 17.OKTOBER 2003**

INNHALD

I	INNLEIING	3
	Utfordringar og motivasjon for omstillingane.....	3
	Vedtak som ligg til grunn for implementering av Ny strategi for Helse Førde.....	3
II	ORGANISERING, SAMHANDLING OG PROSESS	7
	Organisering	7
	Samhandling	9
	Involvering av eige fagpersonell.....	9
	Involvering av kompetanse frå Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helse Vest.....	9
	Samhandling med kommunane/kommunehelsetenesta og andre samarbeidspartar	10
	Prosess og framdrift	11
III	ØKONOMISKE KONSEKVENSAAR.....	12
IV	PERSONALKONSEKVENSAAR.....	12
V	INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON.....	13
VI	”SØRGE FOR ANSVARET”	14
	Kapasitet.....	14
	Konklusjon.....	18
	Ventetider og avstander	19
	Ventetider	19
	Korridorpasientar	19
	Arbeid med kvalitetssikring og internkontroll	20
	Avstander.....	20
	Kompetanse.....	20
VII	SKADEHANDTERING OG STABILISERING.....	22
VIII	PREHOSPITALE TENESTER.....	23
IX	EVALUERING	24
	VEDLEGG 1 KONSEKVENSAAR PERSONALOMRÅDET	26
	VEDLEGG 2 TRANSPORTTIDER I HELSE FØRDE, 60 km/h.....	27

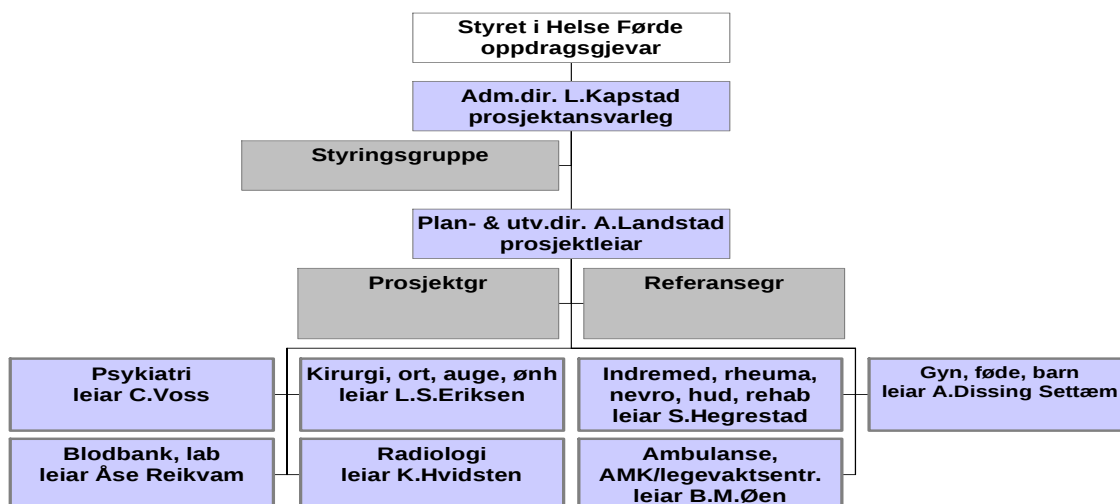
Utfordringar og motivasjon for omstillingane

Utfordringar for Helse Førde er kort oppsummert slik:¹

- Økonomiske rammevilkår som ikkje tillet noverande struktur på tenestetilbodet utan betydeleg kvalitetsreduksjon
- Aukande og nye krav til kvalitet i tenestene, sett fram av pasientar, eigar og fagmiljø
- Psykiatritenester i oppbygging – nye tenester, auka kapasitet
- Tenestestruktur og oppgåvefordeling i somatikken som i liten grad har endra seg i takt med befolkningsutvikling, kommunikasjonar og medisinskfagleg utvikling
- Krav til tverrfagleg samansette team, spesialisering/ kompetanse, dyrt utstyr og rasjonell drift vil auke sentraliseringstrenden ²
- Marknadsorientering – fritt sjukehusval, konkurranse om pasientar
- Vanskeleg rekrutteringssituasjon for spesialistkompetanse til Sogn og Fjordane enno i mange år.
- Auken i friske midlar avtek, nye tiltak krev omstilling og omprioritering
- Helse Vest er samla pressa på økonomi og fagressursar – Helse Førde skal konkurrere i interne prioriteringar

Vedtak som ligg til grunn for implementering av Ny strategi for Helse Førde

Til grunn for implementering av Ny strategi i Helse Førde ligg eit grundig utgreiingsarbeid gjennomført i perioden august 2002 – mai 2003 på oppdrag frå styret i Helse Førde. Dette arbeidet var organisert med 7 fagleg arbeidsgrupper samansett av fagpersonell og tilsette representantar samt repr. frå kommunehelsetenesta og andre samarbeidspartar. Ei styringsgruppe samansett av leiinga i Helse Førde, brukarrepresentant, repr. frå kommunehelsetenesta og tilsette representantar var rådgjevande for administrerande direktør i arbeidet.



¹ Jfr også Ny strategi for Helse Førde, høyringsframlegg og vedlegg, mars 2003

² (jfr. mammografi, karkirurgi, endokrin kirurgi, kreft- og infarktbehandling m.m.)

Etter brei høyring med dialogmøte våren 2003 vart utgreiingsarbeidet avslutta med følgjande vedtak i styret i Helse Førde 28.mai 2003, sak 035/03:

Styret i Helse Førde vedtek Ny strategi for Helse Førde med følgjande presiseringar:

- 1 Somatisk aktivitet ved FSS avd Florø (dagens kirurgiske og indremedisinske tenester) vert overført til FSS, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus, med unntak av blodbank, hudpoliklinikk/lysterapi og ev. røntgentenester
- 2 Ambulansetenestene vert styrka som følgje av endra funksjonsdeling
- 3 Med bakgrunn i at Flora kommune, Bremanger kommune og Helse Vest er samde om framlegg til intensjonsavtale, vert det etablert ein DMS pilot i Florø. Styret ber om at andre kommunar aktivt blir invitert til å delta i etablering av eit DMS/nærsjukehus i Florø, og at dette blir marknadsført som eit tilbod til kommunane. Kostnadene for Helse Førde kjem til frådrag på innsparingane i Ny strategi.
- 4 Det er ei målsetting så langt som mogleg å tilby fast tilsette arbeidstakarar som vert berørt av nedbemanning ny stilling i Helse Førde.
- 5 Arbeidet med effektivisering av FSS vert vidareført i tråd med gjeldande planar. Den innsparing dette medfører kjem i tillegg til dei effektiviseringskrav som vert føresett for å ta over aktivitet som følgjer av Ny strategi. Styret vil og be om at det vert vurdert om deler av somatisk aktivitet kan overførast til Florø.
- 6 Fødeavdelinga ved Lærdal sjukehus vert omgjort til forsterka fødestove/modifisert fødestove. Fødeavdelinga ved Nordfjord sjukehus vert oppretthalden. Styret ber administrasjonen nøye følgje utviklinga m.a. med omsyn på utvikling i fødselstal og rekruttering av rett kompetanse.
- 7 Styret ser svært positivt på dei konstruktive innspelane frå foretakstillitsvalde i Helse Førde i samband med høyringsfråsegn. Styret har merka seg administrerande direktør sine kommentarar. Styret ber adm.direktør ta med seg innspelane i det vidare arbeidet med økonomiske innsparingar i Helse Førde.
- 8 Styret ber om at administrasjonen saman med Helse Vest arbeider vidare med muligheten for private aktørar om leige av Florø sjukehus for elektiv kirurgisk/ortopedisk verksemd.
- 9 Omstillingane i somatisk delsektor vert iverksette med verknad frå 1.januar 2004.
- 10 Realisering av opptrapping i psykisk helsevern i samsvar med nasjonale målsettingar og styringsdokument fordrar vesentleg tilføring av auka økonomiske ressursar frå eigar.
- 11 Revidert plan for psykisk helsevern bør iverksettast i tråd med nasjonal opptrappingsplan for psykisk helsevern innan utgangen av 2006.
- 12 Følgjande utgreiingsarbeid vert starta i 2003 med sikte på realisering når budsjettsituasjonen gjer det mogleg:
 - psykoseinstitusjon med psykoseteam i Førde
 - alders- og nevropsykiatrisk tilbod i Førde
 - auka areal til BUP Førde
- 13 Med unntak av tryggleiksavdelinga, vil tenestene ved Psykiatrisk klinikk FSS avd. Tronvik verte overført til Førde når nye tenester er bygde opp i Førde.

14 Ny strategi gjev ei økonomisk innsparing i storleiken 40 mill kr. Innsparinga vert ytterlegare redusert tilsvarande kostnaden med drift av DMS/nærssjukehus pilot i Florø. Helse Førde står overfor vesentleg større økonomiske utfordringar og må identifisere og iverksette ytterlegare effektiviseringstiltak i tida som kjem.

Styret for Helse Vest RHF gjorde i møte 11.juni 2003, sak 56/03 m.a. følgjande vedtak:

1. Utvikling og omstilling av tjenestetilbudet er nødvendig for å sikre høy og stabil kvalitet på tjenestetilbudet samt effektiv ressursutnyttelse. Helse Vest RHF vil møte den faglige utviklingen med en aktiv funksjonsfordeling av tjenestetilbudet internt i helseforetakene og mellom helseforetakene. Helseforetakene skal ha et bredt sett av tjenester, men samtidig være organisert slik at tjenesten har høy og stabil kvalitet og god ressursutnyttelse. Spesielle tjenester – og tjenester med lavt volum – fordeles mellom hovedsykehusene i regionen.

Omstilling er en vanskelig prosess som krever bred medvirkning og en avveining av faglige og ressursmessige hensyn sett opp mot bosetting, tilgjengelighet og avstander.

For Helse Vest RHF er det viktig å ha et langsiktig perspektiv på dette endringsarbeidet, samtidig som en holder fast ved bakgrunnen for omstillingen: Spesialisthelsetjeneste med høy faglig standard der ressursene blir maksimalt utnyttet.

2. Det legges her til grunn at det foretas følgende organisatoriske endringer i helseforetakene:
 - De kirurgiske og indremedisinske tjenestene ved Førde sentralsjukehus avdeling Florø overføres til Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus, med unntak av blodbank, hudpoliklinikk/lysterapi og evt. røntgentjenester.
 - Fødeavdelingen ved Lærdal sjukehus omgjøres til forsterket fødestue. En forsterket fødestue er styrt av jordmor og der en har mulighet for å utføre akutt forløsning ved behov.
4. Samhandling med primærhelsetjenesten må styrkes i alle helseforetakene. I Helse Førde HF skal det gjennomføres et pilotprosjekt for å etablere et nærsykehus i Florø i samarbeid med aktuelle kommuner. Helse Stavanger HF vurderer et nærsykehus i Egersund. (...)

Foretaksmøtet i Helse Vest gjorde i møte 18.juni 2003 følgjande vedtak:

Foretaksmøtet stadfester vedtaket fra styret for Helse Vest RHF i sak 56/2003 av 11. juni. Før vedtaket iverksettes, skal forutsetningene i pkt. 1 nedenfor være dokumentert oppfylt.

1. Helsedepartementet skal innen 1. november 2003 motta rapport om forberedelsesarbeidet til endringene i Førde sentralsykehus, avd. Florø og i Lærdal sjukehus. Det skal i rapporten godtgjøres hvordan det praktiske opplegget gir sikkerhet for at Helse Vest ivaretar sitt "sørge for"-ansvar og at tjenestene er forsvarlige. Videre skal det dokumenteres hvordan de prehospitale tjenestene - herunder transportberedskap - og kvalifisering i stabilisering og håndtering av akutte skader understøtter dette. Det skal også dokumenteres hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten understøtter dette. Konsekvenser for kommunehelsetjenesten og samhandling mellom tjenestenivåene skal dokumenteres og omtales særskilt.
2. Helsedepartementet skal motta særskilt rapport om disse endringene og konsekvensene av disse i forbindelse med årlig melding for 2004. De særskilte tiltakene som treffes for styrking av samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten, inklusive utviklingen mot offentlige nærsykehus, omtales særskilt.

Foretaksmøtet i Helse Førde gjorde i møte 1.juli 2003, sak 3, m.a. følgende vedtak:

Helse Førde HF har det direkte ansvaret for oppfølging og iverksetting av vedtaket fattet av foretaksmøtet i Helse Vest RHF 18.06.03.

Helse Førde HF skal innen 20. okt. 2003 i rapport til Helse Vest RHF redegjøre for hvordan vilkårene i vedtakets pkt 1 er fulgt opp. Dette gjelder alle forhold knyttet til:

- omgjøring av fødeavdelingen ved Lærdal sjukehus til forsterket/modifisert fødestue
- overføring av de kirurgiske og indremedisinske tjenestene ved Førde sentralsjukehus avd. Florø til Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus
- gjennomføring av pilotprosjekt for offentlig nærsykehus i Florø

Helse Førde HF skal innen 15.08.03 fremlegge for Helse Vest RHF konkrete prosjektplaner for iverksetting av omstilling/endring i henholdsvis Lærdal og Florø. (Utredning av nærsykehus i Florø organiseres som eget prosjekt.) Det skal her fremgå:

- hvordan hvert av prosjektene er organisert
- fremdriftplan med milepæler og rapportering
- hvordan dialog og informasjon ivaretas

Helse Vest RHF vil medvirke i prosjektene.

Helse Førde HF skal i forbindelse med omgjøring til forsterket/modifisert fødestue i Lærdal dokumentere:

- at Lærdal sjukehus har nødvendig jordmordekning og -kompetanse
- at Lærdal sjukehus vil ha kompetanse til å utføre akutt operativ forløsning i tråd med forsvarlighetskravene
- at tjenestene tilrettelegges til beste for pasientene med tilstrekkelig kvalitet i selektering av pasienter
- at det er/blir etablert gode prosedyrer og informasjonsordninger for pasienter som skal føde andre steder
- at fagpersonell ved Lærdal sjukehus følges opp i forhold til kompetanseutvikling hvor også utvekslingsordninger med andre sykehus tas i bruk
- at det vises hvordan Lærdal sjukehus fortsatt kan være en ressursbase for befolkningen i området
- at eventuelle konsekvenser for kommunehelsetjenesten og samhandling mellom tjenestenivåene er vurdert og avklart herunder følgetjeneste
- at den prehospitale tjenesten med transport og håndtering av akutte situasjoner er forsvarlig

Helse Førde HF skal ved av overføring av de kirurgiske og indremedisinske tjenestene ved Førde sentralsjukehus avd. Florø til Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus dokumentere:

- at befolkningen får et like godt tilbud
- at tjenestene som overføres vil bli ivaretatt på forsvarlig vis
- at den prehospitale tjenesten med transport og håndtering av akutte situasjoner er forsvarlig
- at eventuelle konsekvenser for kommunehelsetjenesten og samhandling mellom tjenestenivåene er vurdert og avklart herunder følgetjeneste

- plan for pilotprosjekt om etablering av offentlig nærsykehus i Florø i samarbeid med aktuelle kommuner med oppstart 01.01.04

Det må for prosjektene dokumenteres aktiv involvering av fagpersonell i egen organisasjon, herunder prehospital tjeneste, og primærhelsetjenesten og kommunene. Informasjon til befolkningen må ivaretas på en strukturert måte.

Det avholdes et dialog-/informasjonsmøte med aktuelle kommuner og fylkeskommunen ved oppstart av prosjektene og et møte før tilbakerapportering til Helse Vest RHF.

Før endelig styrebehandling i Helse Førde HF skal også saken være forelagt brukerutvalget i Helse Førde.

I begge prosjektene må det konfereres med nasjonale fagressurser.

For alle sykehusene må det dokumenteres hvordan trening og kompetanseoppbygging i skadehåndtering og stabilisering etter skade inngår i en samlet strategi.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Vedtak fattet i foretaksmøte for Helse Vest RHF 18.juni 2003 følges opp av Helse Førde HF i samsvar med saksforelegget.

Prosjektplanar for omstillingsarbeidet vart lagt fram for Helse Vest 14.aug. 2003.

II ORGANISERING, SAMHANDLING OG PROSESS

Organisering

Helse Førde har valt å programorganisere implementeringsarbeidet. I programmet ligg fire omstillingsprosjekt i somatisk delsektor, samt opptrappings- og omstillingsprosjekt i psykisk helsevern. Prosjekta innan psykisk helsevern er ikkje skildra i dette dokumentet, men vert handsama i eigen prosess med oppstart hausten 2003, leia av ny direktør for psykisk helsevern frå nyttår 2004.

Styret i Helse Førde er oppdragsgjevar for implementeringsarbeidet. Styret har orientering og drøfting av status og vegval som fast post på sakskartet.

Program implementering av Ny strategi i Helse Førde inneheld desse prosjekta:

Prosjekt effektivisering FSS

Gjennomgang av FSS for identifisering av effektiviseringsområde og iverksetting av effektiviseringstiltak.

Prosjekt Ny funksjonsdeling somatikk

Overføre somatisk aktivitet frå Florø til FSS, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus med unntak av blodbank, hudpoliklinikk og røntgentenester. Ny funksjonsdeling av kirurgi/ortopedi og indremedisin i Helse Førde.

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø

Utgjeie nærsjukehus pilot i Florø i samarbeid med Flora kommune, Bremanger kommune og Helse Vest.

Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal

Omgjere fødeavdelinga ved Lærdal sjukehus til forsterka fødestove. Selektare og overflytte risikofødsler til FSS

Program implementering Ny strategi i Helse Førde har slik organisering:

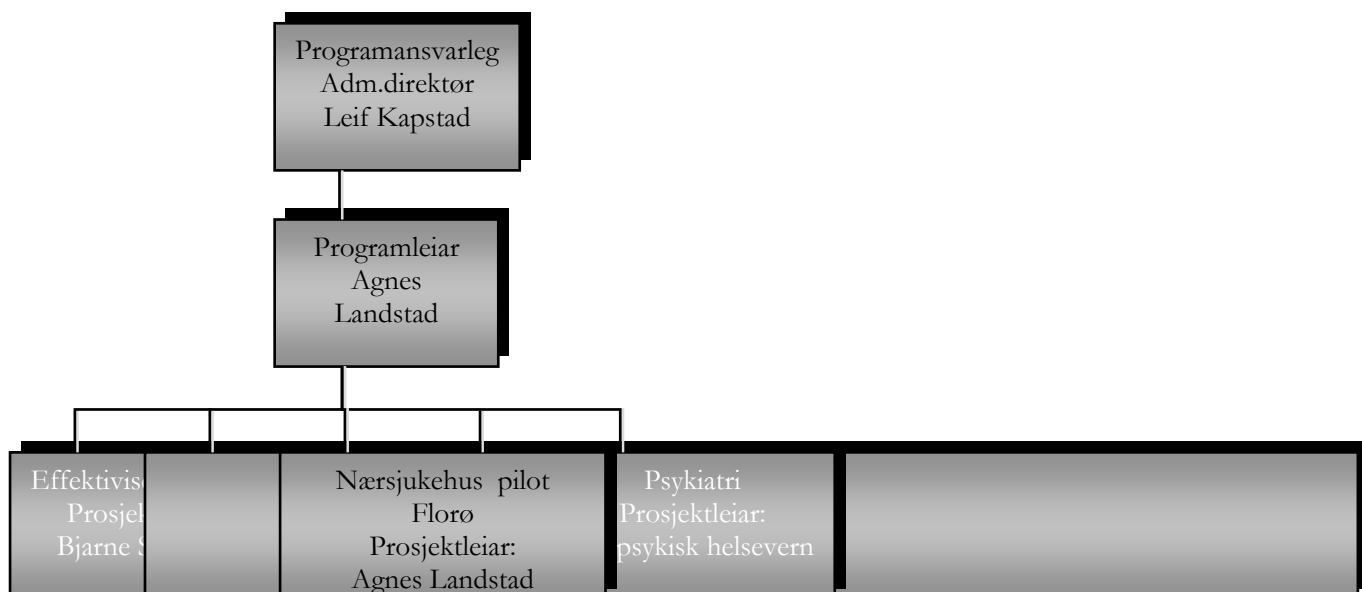
Oppdragsgjevar: Styret i Helse Førde
Programansvarleg: Adm.direktør L.Kapstad
Programleiar: plan- og utv.direktør A.Landstad
programleiar rapporterer til programansvarleg

Overordna, felles arbeidsgrupper

Nedbemanningsutval foretakstillisvalde og adm., leia av personaldir. J.B.Moe
Støttegruppe foretakstillitsvalde og adm., leia av personaldir. J.B.Moe

Prosjektleiarar:

Effektivisering FSS: fagdirektør Bjarne Straume
Ny funksjonsdeling somatikk: fagdirektør Bjarne Straume
Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø: plan- & utv.dir. Agnes Landstad
Forsterka fødestove i Lærdal: fagkoordinator føde/gyn, avd.o.lege FSS Agnete D.Settøm
Omstilling i psykisk helsevern: ny direktør Psykisk helsevern



Programorganisering sikrar kommunikasjon mellom prosjekta. Prosjekta er gjensidig avhengig av einannan både i høve prosess og innhald. Avgjerd i eitt prosjekt påverkar føresetnader og innhald i eit anna prosjekt. Gjennom programleiar og programansvarleg er denne kommunikasjonen på tvers av prosjekta formalisert og konsistens i endeleg resultat skal vere sikra.

Programorganiseringa er vidare skildra i programplanen og vert ikkje omtala vidare her. For organisering av prosjekta viser vi til omtale av kvart enkelt prosjekt i denne rapporten.

I det vidare omtaler vi omstillingsarbeidet i prosjekta Ny funksjonsdeling somatikk, Nærssjukehus pilot i Florø og Forsterka fødestove i Lærdal. Dette i samsvar med Foretaksmøta i Helse Førde og i Helse Vest.

Samhandling

Involvering av eige fagpersonell

Prosjekta er organiserte med prosjektgrupper samansett av leiarar, fagpersonell og tilsette representantar frå eigen organisasjon, i tillegg til representantar frå kommunehelsetenesta og andre.

Under prosjektgruppene er det også etablert arbeidsgrupper kring enkelttema som involverer ytterlegare representantar frå fagmiljøa, der prosjektgruppene ser ein har behov for supplerande kompetanse for å løse oppgåva.

Det er ønskeleg med brei fagleg medverknad i prosjektarbeidet for å sikre god kvalitet på arbeidet. Ein har gjeve ei oppmoding til fagmiljøa i både Helse Førde og samarbeidskommunane om også på eige initiativ å kommunisere faglege innspel til deltakarane i prosjektgruppene.

I prosjekt forsterka fødestove i Lærdal har det vore vanskeleg å involvere eige fagpersonell frå Lærdal sjukehus. Dette heng saman med at dei fleste jordmødrene ved Lærdal sjukehus sa opp stillingane sine frå 01.10.03, og ønskte heller ikkje å gå inn i prosjektarbeidet før den tid. Gynekolog, barnepleiar og administrativt personell ved Lærdal sjukehus deltek i prosjektarbeidet. Når nytilsette jordmødre tek til i arbeid ved Lærdal sjukehus, vil desse verte involverte i prosjektet. Inntil då er baserer vi i prosjektarbeidet oss på jordmørkompetanse frå FSS og frå kommunane.

Involvering av kompetanse frå Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Helse Vest

Sosial- og helsedirektoratet deltek slik i prosjektarbeida:

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø

Styringsgruppa	kst.avd.dir. Kristin Lossius – rådgjevande funksjon
Prosjektgruppa	seniorrådgjevar Kåre Tønnesen

Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal:

Prosjektgruppa	seniorrådgjevar Sølvi Tharaldsen
----------------	----------------------------------

I tillegg medverkar representantane frå Sosial- og helsedirektoratet i dialogmøte med kommunane og andre informasjonstiltak.

Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen er representert ved Steinar Pleym Pedersen i prosjekt forsterka fødestove i Lærdal. Vidare deltek andre representantar frå Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen i dialogmøte og fagmøte vedr. forsterka fødestove i Lærdal.

Helse Vest er slik representert i prosjektarbeida:

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø

Styringsgruppa	fagdirektør Helge Bryne
Prosjektgruppa	seniorrådgjevar Ingvill Skogseth

Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal:

Prosjektgruppa	seniorrådgjevar Ingvill Skogseth
Adm.arbeidsgruppe	fagdirektør Helge Bryne

I tillegg medverkar Helse Vest i dialogmøta med kommunane og andre samarbeidspartar og i informasjonsarbeidet elles rundt omstillingane.

Helse Førde opplever det som ein styrke i omstillingsarbeidet at Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt Råd for fødselsomsorgen og Helse Vest medverkar aktivt fagleg og prosessuelt i prosjektarbeida og set pris på den kompetanse og drakraft som dette bringer inn i omstillingsarbeidet.

Samhandling med kommunane/kommunehelsetenesta og andre samarbeidspartar

Prosjekt ny funksjonsdeling somatikk

Prosjekt Ny funksjonsdeling somatikk har eit veldefinert innhald der implementeringsfasen i liten grad involverer kommunane eller andre samhandlingspartar direkte. Dette prosjektet er difor organisert internt i Helse Førde, med leiing, fagpersonell og tilsette sine representantar.

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø er tufta på forprosjekt våren 2003 og intensjonsavtale med vedlegg, signert av samarbeidspartane Bremanger kommune, Flora kommune, Helse Vest og Helse Førde mai 2003.

Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø ser vi som eit samarbeidsprosjekt mellom likeverdige partar. Prosjektet er organisert med styringsgruppe samansett av oppdragsgjevarane/dei samarbeidande partane, dvs. Bremanger kommune, Flora kommune, Helse Vest og Helse Førde, samt representant for dei tilsette. I tillegg er Sosial- og helsedirektoratet representert med ein rådgjevande funksjon i styringsgruppa.

I prosjektgruppene for Pilotprosjekt nærsjukehus i Florø deltek 2 representantar frå kommunehelsetenesta i kvar samarbeidskommunane, i tillegg til representantar for dei tilsette i samarbeidskommunane til liks med i Helse Førde. Vi viser til omtalen av det enkelte prosjekt for meir om samansetting og mandat.

Det er avhelde dialogmøte om prosjektarbeidet med kommunane i Sunnfjord og ytre Sogn, Sogn og Fjordane fylkeskommune, fylkeslegen, Brukarutvalet i Helse Førde, tillitsvalde m.fl. 20.august 2003 og 1.oktober 2003. Signal frå dialogmøta er drøfta i styringsgruppa og imøtekomne så langt styringsgruppa har funne det tenleg.

Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal

I høve Prosjekt forsterka fødestove har kommunane i indre Sogn valt å la seg representere ved Sogn Regionråd som samhandlingspart. Sogn Regionråd er eit samarbeidsorgan for kommunane i indre Sogn, p.t. leia av ordførar i Lærdal, Olav Wendelbo.

Sogn Regionråd har oppnemnt 2 representantar frå kommunehelsetenesta i prosjektgruppa (kommunelege, kommunejordmor) og 2 representantar i administrativ arbeidsgruppe (helsesjef, helsesøster) i prosjekt forsterka fødestove i Lærdal.

Allereie før prosjektstart, i juni 2003, hadde Helse Førde og Sogn Regionråd møte for å drøfte mandat og samhandlingsprosess for prosjekt forsterka fødestove i Lærdal. På dialogmøte i Lærdal 25.august 2003 la Sogn Regionråd fram framlegg til endringar i mandat for prosjektet. Dei element i endringsframlegget som vedkjem kommunane i indre Sogn, er inkludert i eit justert prosjektmandat. Vidare er det oppretta ei administrativ arbeidsgruppe med representantar frå Sogn Regionråd, Helse Førde og Helse Vest, som utgreier konsekvensane for kommunane ved etablering av forsterka fødestove i Lærdal. Sjå omtale av prosjektet seinare i rapporten.

Ulike mål har tidvis gjort samhandlinga i prosjektet krevjande for alle partar. Helse Førde har motteke brev frå Sogn Regionråd med framlegg til endringar i framdrifta. Denne førespurnaden er teken opp med Helse Vest som eigar, som stadfester framdriftsplanen for prosjektet i brev av 17.09.03. Sogn Regionråd har vidare i brev av 08.09.03 m.a. uttrykt krav om ytterlegare endringar i mandatet for prosjektet og misnøye med prosess og samarbeidsvilje i Helse Førde. Med bakgrunn i dette inviterte Helse Førde v/styreleiar og adm.direktør kommunane i indre Sogn v/ordførar til møte 22.09.03. I møtet har ein stadfesta organisering av samarbeidet mellom kommunane i indre Sogn og Helse Førde, og at alle dokumenterte innspel frå kommunane i samhandlingsprosessane skal følgje med ved rapportering til Helse Vest, jfr vedlegg 5 til denne rapporten.

Det er avhelde dialogmøte om prosjektarbeidet med kommunane i indre Sogn, Sogn og Fjordane fylkeskommune, fylkeslegen, Brukarutvalet i Helse Førde, tillitsvalde m.fl. 25.august 2003 og 2.oktober 2003. Signal frå dialogmøta er drøfta i programleiinga og i prosjektgruppa og imøtekomne så langt ein har funne det tenleg og mogleg innanfor rammene av prosjektet.

Prosess og framdrift

Styret i Helse Førde vedtok i møte 28.mai 2003, sak 035/03, at implementeringsprosjekta innan somatisk delsektor skal iverksettast innan 1.januar 2004. Etter førespurnad frå Helse Førde til Helse Vest og vidare til Helsedepartementet i september 2003 om framdrifta i implementeringsarbeidet i høve til rapportering i samsvar med foretaksmøte, avklarar Helse Vest dette i brev av 17.sept. 2003 til Helse Førde, der det m.a. heiter følgjande:

Helsedepartementet legger vekt på at saken blir fulgt opp innan de rammene som er gitt i foretaksmøte med vekt på at det skal skje en samlet vurdering etter tilbakemelding 1. nov. 2003. Rapporten skal være mottatt og vurdert av Helsedepartementet før selve iverksettingen av vedtakene kan skje.

Vi oppfatter brevet slik at de forutsetninger som er lagt til grunn i vedtaket skal være dokumentert oppfylt før vedtaket iverksettes. Helseministeren skal bl.a. være forsikret om at Helse Vest RHF fra gjennomføringstidspunktet er i stand til å ivareta sitt "sørge for" ansvar og at tjenestene som ytes er forsvarlige. Det betyr også at Helse Førde må avvente oppsigelser/endring av arbeidsforhold til etter at departementet har mottatt rapport pr 01.11.03 og gitt sin tilbakemelding.

Denne avklaringa inneber at framdrifta i prosjekta ikkje kan følgje framdriftsplan vedteken av styret i Helse Førde. Implementering av omstillingane frå 01.01.04 krev at oppseiingar er varsla 3 mnd før realisering, dvs innan 01.10.03. Framdrifta for dei prosjekta som inneber oppseiingar vert dermed forskyvd, og iverksetting vil først skje på eit seinare tidspunkt, avhengig av tidspunkt for, og innhald i, vurderingane frå Helsedepartementet.

III ØKONOMISKE KONSEKVENSA

Økonomisk innsparing ved implementering av Ny strategi i Helse Førde er kalkulert til om lag kr. 40 mill. (ref. punkt 14 i styrevedtak 035/03). Innsparingane er samansett på følgjande måte:

Titak	kroner
- Endring ved Fss avd. Florø	33.440.000
- Modifisert fødestove Lærdal	2.400.000
- Nev./Med./Revm. ved Fss (samling av slagpasienter)	1.800.000
- Innan psykiatriområdet	2.200.000
<u>Sum innsparing</u>	<u>39.840.000</u>

Merk! Kalkylene er i faste 2002-kr med unntak for drg-pris.

Oppstillinga viser heilsårsverknad av skisserte tiltak i ein planlagd driftsfase. Sum innsparing vert redusert tilsvarande kostnad med drift av Nærskjuehus i Florø. Kalkylene vart gjort for om lag 1 år sidan, og er basert på situasjonsbilde på det tidspunkt. Kalkylene er imidlertid oppdatert med dagens drg-pris.

Helse Førde sine siste prognosar tyder på eit underskot i storleiken kr. 88 mill. for 2003. Signal frå Helse Vest er balanse mellom inntekter og kostnader for 2004. Dette betyr at føretaket må betre resultatet i høve til dagens driftsnivå med eit beløp tilsvarande underskotet. I og med at det er lagt visse avgrensingar frå eigar på inntektssida (aktivitetstal for 2003 skal leggjast til grunn for 2004), må resultatforbetringane fyrst og fremst gjerast gjennom reduserte kostnader.

Tiltak i tråd med Ny strategi er førebels dei mest konkrete tiltaka som er tenkt implementert for å møte dei økonomiske utfordringane framover. Utsetjing av implementering vil derfor i stor grad vanskeleggjere moglegheitene for økonomisk balanse.

Tek ein utgangspunkt i kalkylene over, og tek som føresetnad at innsparingar vil bli fordelt jamt ut over året, vil 3 månaders utsetjing ved tiltak knytt til Fss avd. Florø svekke driftsresultatet til Helse Førde med kr. 8,25 mill. i 2004.

Brukar ein same tilnærming ved modifisert fødestove i Lærdal vil ei ev. utsetjing av implementering (3 mnd.) svekke driftsresultat for 2004 med om lag kr. 0,6 mill. Dette beløpet var basert på ein situasjon ved fødeavdeling i Lærdal som p.t. ikkje lenger eksisterer (oppseiing frå jordmødre med verknad frå 01.10.). Fast tilsette jordmødre er no erstatta med innleigde. Dette er ei løysing som kostar meir. Utsetjing av vedtak vil derfor minst svekke driftsresultatet med kr. 0,6 mill. for 2004, gitt at eit permanent vedtak kunne bidra til å få fast personell til ledige stillingar.

For dei to siste tiltaka i oppstillinga over vil ikkje ei forskyving av implementering av Ny strategi i 3 månader påverke desse.

Utsetjing av implementering av Ny strategi i 3 månader vil mest sannsynleg svekke Helse Førde sitt driftsresultat i 2004 med i storleiken 8 – 10 mill. kr. Dette beløpet har sine klare føresetnader. Det er naturleg å legge til grunn ei viss uro i organisasjonen knytt til utsetjing av tidlegare vedtak og implementeringsplan. Kva verknader dette kan ha på tilsette sin motivasjon og aktivitet er ikkje vurdert.

IV PERSONALKONSEKVENSA

Ny strategi i Helse Førde med nedlegging av store deler av somatisk aktivitet ved Florø skjuehus, medfører totalt reduksjon av 76,34 stillingar frå 88,99 til 12,65 stillingar ved skjuehuset, jfr

vedlegg 1 til denne rapporten. Tal stillingar i eit framtidig nærsjukehus/distriktsmedisinsk senter er då ikkje teke omsyn til.

Det er gjennomført drøftingar etter AML § 57 nr 1 overfor alle arbeidstakarar i Florø som kan bli berørt av omstillinga. Tilbakemeldingane tyder på at tilsette som vert råka i Florø primært ønskjer å halde fram å arbeide i Florø, sekundært å arbeide i Førde.

Ei eiga nedbemanningsgruppe i helseforetaket beståande av representantar frå arbeidsgjevar og tillitsvalde, har vurdert kor dei berørte tilsette skal innplasserast i organisasjonen etter ei evt nedlegging.

Det er ikkje sendt ut brev med varsel om omplassering evt oppseiing overfor tilsette i Florø. Det er heller ikkje gjennomført drøftingar med tilsette som kan bli råka i Førde etter AML § 57, nr 1. Det er semje om at desse to tiltaka først skal skje etter Helseministeren har gjort sine vurderingar på bakgrunn av rapport frå Helse Vest.

Slik situasjon ser ut no, kan i ytterste fall omlag 40 stillingar i Førde bli berørt av ei evt nedlegging i Florø. Det skjer ved at tilsette frå Florø "skyv ut" tilsette i Førde grunna lengre ansiennitet, kompetanse, sosiale årsaker m.v.

Det er ei målsetjing at alle faste tilsette både i Førde og Florø som evt vert råka av omorganiseringa skal få tilbod om anna stilling i foretaket. Om ein når denne målsetjinga, er enno for tidleg å seie.

V INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON

Helse Førde har først og fremst nytta internett som formidlingskanal eksternt til ålmenta og intranett som informasjonskanal for tilsette i helseforetaket. Generell informasjon om mandat/mål, deltaking og organisering er lagt ut på eigne nyoppretta sider og gjort kjent i ulike fora. Det har òg blitt lagt ut referat og statusrapportar, samt andre relevante dokument på desse sidene.

I tillegg har ein formidla informasjon gjennom avisinnlegg, signert administrerande direktør i Helse Førde. Media har så langt vist stort interesse for prosjekta, og då i særleg grad arbeidet med forsterka fødestove i Lærdal og pilot nærsjukehus i Florø. Det har vore ei rekkje nyhendesaker og innlegg i avisene om desse prosjekta. I mange tilfelle nyttar mediene kjelder som har kritiske innspel i hove prosjekta, men mediene har også vore i jamnleg kontakt med Helse Førde, Helse Vest og øvrige samarbeidspartar.

Som eit tiltak for å gje best mogleg informasjon til ålmenta er det laga ein informasjonsfolder til distribusjon i Sogn og Fjordane (ikkje enno ferdigstilt og publisert). Målet med publikasjonen er å gje meir bakgrunnsinformasjon om rammene Helse Førde arbeider under, forklare prosessane og gje faktaopplysningar om kva endringane inneber. Denne produksjonen er blitt utsett, for at styret i Helse Førde HF skal vurdere kostnadene i møte 8. oktober. Siktemålet med informasjonsfolderen er å skape ei store forståing i samfunnet for dei endringane som skjer og samstundes seie noko om framtidige utfordringar for helseforetaket.

Andre planlagde informasjonstiltak er "open dag" i forsterka fødestove på Lærdal sjukehus og i nærsjukehuset i Florø. Desse tiltak er best eigna når driftsformene er etablerte og difor er dette tiltak som er utsette til 2004.

VI "SØRGE FOR ANSVARET"

Kapasitet

Helse Førde har ein totalkapasitet på 394 effektive somatiske senger. Det er då lagt til grunn 85 % kapasitetsutnytting ved utrekning av effektive senger. I tillegg til bruken av senger ved eigne sjukehus vert det kjøpt behandlingsskapasitet ved sjukehus i andre foretak.

Skildringa av Sogn og Fjordane som "høgforbruksområde" av sjukehustjenester fører lett til slutninga om at bruken av sjukehustjenester er for høgt. Vi har ingen objektiv standard for kor stort forbruket av sjukehustjenester bør vere. Vurderingane av høgt og lågt forbruk av sjukehustjenester er knytt til variasjonen frå landsgjennomsnittet. Sjukehusforbruk vil vere påverka av faktorar som situasjonen i kommunehelsetenesta, forventningar i befolkninga, sjukdomspanorama og levekår og ikkje minst av tilbodet av sjukehustjenester – kapasitet.

Saman med Finnmark har Sogn og Fjordane høgast sjukehusforbruk i landet i form av innleggingar i landet. Korrigert for alder og kjønnsamansetting har innbyggjarane i Sogn og Fjordane vesentleg fleire innleggingar i året enn landsgjennomsnittet. Særleg Indre Sogn har eit høgt sjukehusforbruk. Det høge forbruket kan ikkje forklarast med høg andel eldre eller med større sjukdomsfrekvens. Sogn og Fjordane har ein infrastruktur som gjer at mange pasientar har lang reiseveg til sjukehus. Dette vanskeleggjer dagbehandling og poliklinisk behandling.

Sogn og Fjordane har ein høg sengekapasitet i forhold til innbyggartalet. Sjukehusstruktur med stor sengekapasitet og forholdsvis liten poliklinisk aktivitet/dagaktivitet, samt kapasiteten i førstelinetenesta er truleg viktigaste forklaringane på det høge forbruket. Det kan sjå ut som sjukehusa i Sogn og Fjordane avlastar førstelinetenesta i sterkare grad enn sjukehusa i område med lågare sjukehusforbruk. Sjølv med omsyn til geografiske avstander som kan gje behov for meir bruk av innlegging i høve til poliklinisk verksemd, har Sogn og Fjordane ein overkapasitet på sjukehussenger i høve til resten av landet.

Sogn og Fjordane fylkeskommune gjorde i september 2000 ei vurdering av sjukehusforbruk i Sogn og Fjordane, der ein m.a. konkluderer med at pasientane i Sogn og Fjordane sitt meirforbruk av sjukehustjenester i høve til resten av landet, er eit meirforbruk av lokalsjukehustjenester.

Frå og med 1999 kan forbruket av sjukehustjenester skildrast ved hjelp av fleire indikatorar enn tal innleggingar. Vi har no også gode data på omfanget av dagbehandlingar og polikliniske konsultasjonar. For indikatorane har vi ikkje samanliknbare data som kan skildre endring i omfang over tid (berre 1999 og 2000).³

³ Alle data er henta frå Samdata sykehus 2/01 Tabeller, Sintef rapport sept.2000

Samla bruk av sjukehusenester 1999 – 2001, kjønns- og aldersstandardiserte rater

	Heildøgnsopphald ⁴			Dagbehandling ⁵			Polikliniske konsultasjonar ⁶			Std rate ⁷ korrigert for pasient-samansetting		
	Rate per 1000 innb.			Rate per 1000 innb.			Rate per 1000 innb.					
	99	00	01	99	00	01	99	00	01	99	00	01
Sogn og Fjordane	186	187	195	39	44	50	799	834	868	233	244	264
Møre og Romsdal	167	165	174	63	70	77	716	743	752	225	226	241
Nord-Trøndelag	158	158	150	54	62	63	598	604	635	212	211	219
Totalt landet	156	154	159	60	65	72	631	647	663	217	219	231

KJELDE: SAMDATA sykehus 2/01 og 2/02, Sintef Unimed

Tabellen syner at sjukehusforbruket i fylket målt i tal heildøgnsopphald, framleis er høgt i fylket og ulikskapen til fylke vi kan samanlikne oss med og til landet samla er stabil.

Når det gjeld innleggingsraten vil geografi spele ei rolle, og i Sogn og Fjordane har vi høgt forbruk målt i innleggingar, men relativt lågt nivå av dagbehandlingar. Nivået på polikliniske konsultasjonar er likevel relativt høgt, slik at ein samleindeks ("std.rate korrigert for pasientsamansetting") for heildøgnsopphald, dagbehandling og polikliniske konsultasjonar plasserer Sogn og Fjordane noko høgt på sjukehusforbruk i høve til landet, jfr. tabell.

Tabellen under gjev eitt – av mange moglege – bilde av sjukehusforbruk i Sogn og Fjordane samanlikna med landet og med Helse Vest. Igjen er det viktig å poengtere at landssnittet ikkje nødvendigvis er eit eigna mål på rett nivå, men kan likevel gje ein peikepinn på kvar endringstrykket bør kome.

⁴ Antall heildøgnsopphald for pasientar busett i det aktuelle fylket dividert med befolkninga i fylket per 1.1.2000 (1999) og 1.1.2001 (2000). Tala for 1999 er korrigert i forhold til publiserte tall i fjorårets SAMDATA-rapport, ved at alle heildøgnsopphald (også behandlingar for dialyse) inngår. Tall frå 1999 er også inklusive 1 854 innleggelser som er registrert som dagbehandling, men som har mer enn 0 liggedager og er derfor definert som heldøgnsopphold.

⁵ Antall dagbehandlingar (dagbehandling innlagde pluss dagbehandling på poliklinikk) per 1000 innbyggjar i det aktuelle fylket per 1.1.2000 (1999) og 1.1.2001 (2000). Inklusive alle typar behandling (også dialyse).

⁶ Antall polikliniske konsultasjonar per 1000 innbyggjar i det aktuelle fylket per 1.1.2000 (1999) og 1.1.2001 (2000). Eksklusiv dagmedisin og dagkirurgi utført ved poliklinikkane.

⁷ Standardiserte rater per 1000 innbyggjar korrigert for pasientsamansetningen i det gjeldande bustadsområde.

Samla rater for heildøgnsopphald og dagbehandling pr 1000 innb., somatiske sjukehus.

Bustadfylke 1999 1)

	Faktisk rate 3)					Prosent avvik frå landssnittet Faktisk – standardisert rate 4)				
	Ø-hjelp		Elektiv		Totalt	Ø-hjelp		Elektiv		Totalt
	Kir 2)	Ikkje kir	Kir	Ikkje kir		Kir	Ikkje kir	Kir	Ikkje kir	
Sogn og Fjordane	16	92	55	41	204	1	4	0	1	6
Helseregion Vest	13	83	47	31	174	0	-2	-2	-1	-5
Landet	14	80	51	43	188	0	0	0	0	0

KJELDE: SAMDATA 1999

- 1) omfattar ikkje fødande, opphald v/HSR, dialyse
- 2) omfattar heildøgnsopphald og dagbehandling klassifisert i ein DRG
- 3) tal heildøgnsopphald og dagbehandlingar for aktuelt fylke dividert med tal innbyggjarar i fylket pr 1.1.2000.
- 4) korrigert med kjønns- og aldersstandardiserte rater pr 1000 innb.

Vi ser av tabellen over at Sogn og Fjordane har eit noko høgt forbruk av somatiske sjukehusstenester samanlikna med landet, medan Helse Vest samla har eit noko lågt sjukehusforbruk samanlikna med landssnittet.

Ein peiker gjerne på fire ulike forklaringar til variasjonar i sjukehusforbruk:

1. Skilnader i forekomst av sjukdommar og etterspurnad av sjukehusstenester
2. Skilnader i tilbod, kapasitet og tilgjenge
3. Skilnader i medisinsk praksis, m.a. bruk av medisinsk skjønn og bruk av poliklinisk behandling
4. Variasjonar i primærhelsetenesta

Mest truleg inneheld forklaringa av forbruksmønsteret i Helse Førde alle desse elementa. Skilnaden i forekomst av sjukdommar forklarar lite, men alderssamansettinga i Sogn og Fjordane tilseier eit noko høgare sjukehusforbruk enn landet, og særleg enn Helse Stavanger –området, som har ei relativt ung befolkning. Helse Førde har ein sjukehusstruktur med sengekapasitet stor nok til å ha mange innleggingar⁸. Til dels lange reiseavstander og lite omfang av dagkirurgiske tenester kan føre til innleggingar av tilstander ein andre stader ville behandle poliklinisk eller som dagkirurgi. Slike innleggingar vil ofte vere korte. Gjennomtrekk i primærhelsetenesta i ein del kommunar, bruk av legevikarstafetter m.m. kan gje lav innleggingsterskel og vere eitt element i forklaringa av høg innleggingsfrekvens

I samband med Regional helseplan (Sintef NIS/Helseregion Vest, desember 1999) vart det gjort utgreiingar av sjukehusforbruk og pasientstraumar i Helseregion Vest. M.a. gjorde ein ei analyse av forholdet mellom faktisk og forventet sum av liggedagar etter bustadsområde og diagnosegruppe i perioden 1996-1998. Resultata må tolkast med varsemd, då ulik registrering og ulik andel dagbehandling ligg bak. Landsgjennomsnittet er heller ikkje ein god indikator på ”rett” behandlingspraksis. Rapporten syner likevel at ein hadde etter måten store skilnader i klinisk praksis mellom sjukehusa i Helseregion Vest, og at liggetidene samla var etter måten lange for innbyggjarar i indre Sogn. Går ein inn på diagnosegrupper, skil det seg mykje mellom gruppene. Ein nøkkel er her at så lenge ein har kapasiteten, er det kun marginale skilnader i kostnader om ein reduserer eller aukar liggetida. Kostnadsreduksjon får ein først når ein fjernar ein funksjon, ei

⁸ Samdata sykehus 1/98, 2/98 og 2/01

avdeling eller eit vaktskift. Det interessante her er såleis at det gjev eit bilete på ”kven som ligg i sengene”, dvs. at kapasiteten på enkelte område er rikeleg. Mellom indremedisinsk avdeling og sjukeheimsavdelingar er det ei flytande grense, der kapasiteten på begge nivå til ein viss grad styrer liggetider i sjukehuset.

Folketalsutviklinga i Sogn og Fjordane er nokonlunde stabil, men samansettinga av folkesetnaden medfører at gjennomsnittsförbruket av sjukehusenester pr innbyggjar vil auke. Endringane er størst for innleggingar, der skilnaden mellom aldersgrupper er størst. Sintef Unimed konkluderer i ein analyse av framtidig behov for behandlingsskapasitet i Helseregion Øst⁹ m.a. med at behovet for sjukehusenester vil auke monaleg i tida fram mot 2020, men at endringar i behandlingsspraksis og medisinsk teknologi vil bidra til stadig kortare liggetider og til at stadig fleire pasientar vil bli behandla utan innlegging. Denne effekten vert kalkulert til å vere like stor som auken i behandlingssbehov, dvs ein vil ha stort behov for auka behandlingsskapasitet, men ikkje behov for auka sengetal.

Ei analyse gjort av Agenda Utvikling på oppdrag frå Helseregion Vest konkluderer med at vurderingane som er gjort i høve til Helseregion Øst er gyldige også i Helseregion Vest, og at overgangen frå innleggingar til dagbehandling og reduksjon i liggetid vil vege opp for behovsauken i behandlingsskapasitet, dvs at sengebehovet vil vere omlag konstant i framtida. Derimot må ein gjere omstillingar frå inneliggande til dagbehandling, og omprioritering i kapasitet og ressursbruk mellom tenesteområda.

I korte trekk er bildet på dei ”store” tenesteområda innan somatikk i Helse Førde slik:

- romsleg kapasitet innan indremedisin, i Sunnfjord/Ytre Sogn også stor med tanke på aldersutvikling i befolkninga (men knapp kapasitet/manglande tilbod i Helse Førde sett under eitt innan enkelte greinspesialitetar)
- romsleg kapasitet innan generell kirurgi
- romsleg kapasitet innan fødetenester/gynekologitenester
- knapp kapasitet innan ortopedi og ønh
- stor beredskap i akuttkirurgi og -ortopedi
- knapp kapasitet/manglande tilbod i deler av det psykiske helsevernet

M.a. på denne bakgrunn gjorde styret i Helse Førde vedtak i møte 28.mai 2003 i sak 35/03 Ny strategi i Helse Førde om m.a. å overføre all aktivitet innan indremedisin frå Florø til Førde og Nordfjord sjukehus ved å auke opp kapasiteten tilsvarande 8 senger ved FSS og elles effektivisere dagens kapasitet på desse sjukehusa. Med dette framlegget blir sengekapasiteten i Helse Førde redusert og behandlingsskapasiteten innan indremedisin i Helse Førde redusert med 170 DRG-poeng. Med ny struktur vil indremedisinsk sengekapasitet i lokalsjukehusområdet til Florø og Førde vere omlag som for indre Sogn og Nordfjord og framleis godt over landssnittet, jfr tabellen under. Styret har vurdert denne omstillinga til å vere fagleg forsvarleg og fagleg og økonomisk realistisk.

⁹ Behov for sykehustjenester i Region øst 1998-2020 – en alternativ behovsanalyse, Sintef 1999

<i>Sjukehus</i>	Tal effektive indremed. senger	Tal innbyggjarar	Tal effektive indremedisinske senger pr 1000 innb.	Tal effektive indremed. senger ifht Ny strategi	Tal eff. indremed. senger pr 1000 innb. ifht Ny strategi
Lærdal	26	23.465	1,12	26	1,12
FSS (Florø-Førde)	69	60.704	1,14	64	1,05
Nordfjord	24	23.111	1,04	24	1,04
Helse Førde HF	113	107.280	1,09	114	1,06
Landet totalt	3.310	4.525.066	0,73		

Med denne omstillinga flyttar ein også akuttbereidskapen i indremedisin for ein del pasientar frå Flora/Bremanger til Førde eller Nordfjordeid. Ein del pasientar frå Flora/Bremanger går allereie i dag til FSS og Nordfjord sjukehus. Lengre avstander vil opplevast som ei ulempe for dei det gjeld. Med dei avstander vi her snakkar om, vil likevel avstand og reisetid til sjukehus framleis vere akseptabel og i ein storleik som det store deler av innbyggjarane i fylket vårt har i dag.

Dersom behovet syner seg å vere der, t.d. i høve pasientar frå Bremanger, har Nordfjord sjukehus høve til å auke opp kapasiteten tilsvarande 2 senger utan vesentleg kostnadsauke (DRG-inntekt), ved å nytte dagens kapasitet meir effektivt. Denne kapasitetsauken tilsvarer 250 DRG-poeng, altså meir enn dei 170 DRG-poenga i kapasitetsreduksjon som vedteken modell legg opp til. Då ein vurderer dette til å vere uttrykk for ein potensiell behandlingsskapasitet meir enn behandlingsbehov i befolkninga, er ikkje dette kalkulert inn i Ny strategi.

Styret gjorde i same møte vedtak om utgreiing av eit Distriktsmedisinsk senter/Nærssjukehus i Florø. Utgreiing i pilotprosjekt nærssjukehus i Florø (jfr omtale seinare) legg til grunn ei minimumsløysing med 14 senger i sengeposten i eit nærssjukehus i Florø, av desse 5 spesialisthelsetenestesenger. I denne sengeposten er ser ein føre seg å ivareta pasientar som treng postoperativ opptrening, kronikarar, terminale pasientar mv. Dette er pasientar som i dag frå eit tilbod i indremedisinske avdeling. Ved ev etablering av nærssjukehus med 5 spesialisthelsetesenger i Florø, vil tal senger auke.

Konklusjon

Helse Førde har stor kapasitet på indremedisinske senger i høve til landssnittet. Landssnittet er ikkje eit objektivt mål på kva som er riktig kapasitet og som inneber å ivareta "sørge for ansvaret". Befolkningsstruktur og aldersamansetting i Sogn og Fjordane tilseier at Helse Førde nok skal ha ein større sengekapasitet enn landssnittet for å gje eit tilsvarande tilbod. Særleg gjeld dette indre Sogn, medan Sunnfjord har ei yngre befolkning. Etter nedlegging av sjukehussenger i Florø vil sengekapasiteten innan indremedisin i Helse Førde vere 1,06 pr 1000 innbyggjarar, mot 0,73 i landet. Etablering av nærssjukehus i Florø vil auke sengekapasiteten.

Andre omleggingar vedtekne i Ny strategi for Helse Førde endrar ikkje aktivitetsnivået i tenestene. Tenestene vil ha same samla kapasitet som i dag, men ny funksjonsdeling vil delvis gje betra kvalitet i tenestene ved samling av funksjonar (t.d. samling av kreftkirurgi til FSS) og delvis gje betra ressursutnytting (ved samling av aktiviteten innan t.d. kirurgi og ortopedi på færre einingar og nytte ledig kapasitet).

Helse Førde meiner ein ivaretek ”sørge for ansvaret” for dei berørte tenestene etter iverksetting av omtillingane i Ny strategi for Helse Førde. Etablering av nærsjukehus i Florø vil auke tenestetilbodet.

Ventetider og avstander

Ventetider

Ventetidene i Helse Førde er etter måten korte. Vi har ventelister med garantipasientar innan ortopedi, ønh, auge og i nokon grad innan psykiatri, sjeldan for andre pasientgrupper. Også i andre helseforetak har ventetidene blitt sterkt redusert siste månadene, ikkje minst på mindre operative inngrep innan ønh og ortopedi. Dei regionale helseforetaka si satsing på kortare ventetider gjennom stimulering til aktivitetsauke og ikkje minst kontraktinngåing med private tenesteytarar er ei vesentleg årsak.

Helse Førde har kortast ventetider i Helse Vest. Helse Vest opplyser at ventetidene i Helse Førde er omlag halvert frå 2.tertial i 2002 til 2.tertial i 2003. Gjennomsnittleg ventetid i Helse Førde er no 68 dagar, 12 dagar under landssnittet. Helse Førde manglar grunnlagsdata til å stadfeste dette.

Frå januar til oktober har talet ventande nyttilviste gått litt ned i Førde og Nordfjord medan det har vore eit liten auke i Lærdal. Då Helse Førde har som mål å få ventetida ned mot 3 mnd., har ein dette året registrert utviklinga i forhold til denne ambisjonen. Det viser seg då at det vore ein liten auke i tal pasientar som har venta 3 mnd. eller meir før dei fekk behandling.

Trass i gunstig utvikling av ventetidssituasjonen generelt er det difor grunn til å arbeide vidare med nedkorting av ventetidene i Helse Førde.

Korridorpasientar

Sjukehusa i Sogn og Fjordane har over tid hatt svært få korridorpasientar. Tabellen under syner tal korridorpasientar registrert f.o.m. 4.kvartal 2002.

INSTITUSJON	AVD	4. KV. -02	1. KV. -03	2. KV. -03	3. KV. -03
Førde sentralsh.	MED	36	85	30	13
	KIR	0	6	0	2
	ORT	22	4	4	0
	AUG/ØNH	0	0	5	3
	NEV	21	27	24	38
Nordfjord sh.		Ikkje reg.	Ikkje reg.	69	?
Lærdal sh.	MED	Ikkje reg.	Ikkje reg.	43	36
	KIR	Ikkje reg.	Ikkje reg.	10	36

Ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus har korridorpasientar ikkje vorte registrert før 2. kvartal 2003. Registreringane ved Nordfjord sjukehus føreligg ikkje spesifisert på avdeling.

Høgt tal korridorpasientar på nevrologisk avd. FSS kan skuldast liten sengepost med høg ø.hj.andel.

Arbeid med kvalitetssikring og internkontroll

Helse Førde er no i ferd med å ta i bruk eit forbetra dokumentstyringsverktøy (web-løysing) som vil gjere det lettare å finne og bruke kvalitetshandbøkene. Samstundes får vi samla heile foretaket i eit felles system.

Arbeidet med internkontrollsystem pågår og det er planlagt informasjons- og opplæringstilak i haust.

Avstander

Avstandane frå tettstader i Sogn og Fjordane til sjukehus i Helse Førde går fram av vedlegg 2 til denne rapporten.

Omstillinga medfører redusert nærleik til tenestene for brukarar i Florø-regionen. Reisetida til sjukehus blir for desse auka med omlag 45 min (62 km) i høve til dagens reisetid. Dette er ein kvalitetsreduksjon for brukarane i området, men gjev ikkje lengre reisetid til sjukehus for innbyggjarane i Flora/Bremanger enn innbyggjarane i store deler av Sogn og Fjordane har i dag. Dagkirurgiske pasientar ved kirurgisk seksjon i Florø kjem frå eit større geografisk område, og konsekvensane for reisetid til sjukehus for desse pasientane vil variere.

Omstillinga medfører auka avstand til tenestetilbodet for ein del fødepasientar i indre Sogn. Avstanden frå Lærdal til Voss er 99 km, frå Lærdal til Førde 180 km med tillegg for 15 min ferge. Auka reisetid gjev redusert velferd for dei fødande og for familiane deira, men gjev ikkje redusert medisinsk fagleg kvalitet. Samstundes skal fødande få betre kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorga ved samarbeid mellom kommunane og Lærdal sjukehus om tenestene. Betre seleksjon av fødande skal gje kvalitetssikring og tryggleik for at dei fødande får eit tilpassa tenestetilbod i høve til behov.

Ein del kirurgiske/ortopediske øyeblikkeleg-hjelp pasientar frå Nordfjord og indre Sogn vil på sikt få lengre reiseavstand til sjukehus. Mindre øh-kirurgi vil framleis kunne gjerast lokalt, medan fleire pasientar enn i dag vil få tenestene ved FSS. Lengre reiseveg vil kunne opplevast som ei ulempe for pasientane, men vil ikkje ha nokon negativ effekt for resultatet av behandlinga. Tvert om er målet å betre behandlingskvaliteten på tenestene.

Omstillinga inneber samling av kreftkirurgisk verksemd i Helse Førde, i tråd med nasjonale kvalitetskrav til tverrfagleg kompetanse og pasientvolum for desse behandlingane. Dette legg også til rette for etterprøvarhet og kvalitetssikring av tenestene.

Kompetanse

Omstillingane i Ny strategi for Helse Førde er knytta til fagområda til indremedisin, kirurgi, ortopedi, gyn/føde, røntgen og labtenester.

Helse Førde har ein desentralisert struktur med små einingar innan desse fagområda. Ein vanskeleg rekrutteringssituasjon gjer at ein enkelte stader må gjere seg nytte av vikarstafettar, i kortare periodar eller som ei permanent løysing.

Vikarstafettane tilfører fagmiljøet ved våre små sjukehus verdfull kompetanse frå større kompetansemiljø. Vikarstafett i ei av to stillingar gjer det mogleg å drive tenester med legar i 2-delt vakt. Utan slike stafettar måtte ein rekruttere 3-4 spesialistar for å få tilfredsstillande vaktbelastning for fast tilsette. Ved dei små sjukehusa i Helse Førde er der ikkje nok aktivitet til å forsvare 4-delte vakter på alle fagområde. Vikarstafettar er såleis ein føresetnad for å oppretthalde eit rimeleg godt desentralisert tilbod på desse fagområda.

Vikarstafettar er samstundes ei sårbar løysing. Innan fagområde med direkte pasientkontakt representerer vikarstafettane eit svekka tilbod med tanke på kontinuitet for pasientane. Vikarstafettane representerer også ei utfordring ifht systemkontinuitet (prosedyrer, bruk av pasientsystem mv, intern samhandling i sjukehus, samhandling med kommunehelsetenesta mv). For tenester som er baserte på vikarstafettar, er det viktig å ha balanse mellom ei kjerne av fast tilsette og vikarar. Vikarstafettar i eit større, etablert fagmiljø er meir robust enn vikarstafettar i ein liten funksjon/lite miljø og som dermed fyller store deler av ei teneste.

Innan gyn/føde har ein permanent vikarstafett både ved Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus i ei av to gynekologstillingar. Vikarstafettane er baserte på årelange avtaler, noko som gjer at dei same gynekologane kjem att i ein fast turnus. Dette gjev ein god kontinuitet ifht tilfeldige vikarstafettar. Innan føde/gyn er det ikkje aktivitet nok på småsjukehusa til å forsvare gynekolog i 4-delte vakt. Vikarstafettar er såleis ein føresetnad for dagens fødeavdelingar ved Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus.

I dag har Helse Førde både kirurgi- og ortopediteneste ved FSS, FSS avd. Florø, LSH og NSH. Helse Førde har vaktberedskap innan både kirurgi og ortopedi ved FSS, medan ved NSH og LSH har ein felles vakt. FSS avd. Florø har kirurgisk vaktberedskap 4 døgn i veka. Både LSH og NSH har enno generelle spesialistar som har vaktkompetanse innan både kirurgi og ortopedi. Kirurgi og ortopedi er no eigne spesialitetar, og i framtida vil det kreve vakttenester innan begge spesialitetane, dvs 8 legar i vakt mot 4 i dag. Dette vil vere uråd; spesialistane vil langt frå ha nok arbeid, og det vil vere kostbart. Dersom sjukehuset skal ha elektiv kirurgi/ortopedi, må ein ha spesialist i vakt på natt og helg for å ivareta inneliggande pasientar. Vaktberedskapen som krevast til dette er omlag som dagens vaktberedskap ved LSH og NSH.

Ved omstillingane i prosjekt Ny funksjonsdeling somatikk skal ein halde fram noverande vaktordning ved LSH og NSH så lenge ein har generelle kirurgar ved avdelingane. På sikt vil ein gå over til separate vaktordningar. Ved NSH skal ein legge om til rein ortopedisk aktivitet. Ved LSH skal ein på kort sikt ha begge spesialitetane, men skal på lengre sikt ha vaktordning for å ta kun inneliggande pasientar. På sikt, når ein ikkje lengre har generelle kirurgar som kan handtere både kirurgi og ortopedi, ønskjer Helse Førde ein desentralisert akuttberedskap innan desse områda på eit lågare tenestenivå enn i dag. Akuttberedskap på eit høgare nivå ønskjer ein å samle ved FSS, der ein kan oppretthalde robuste fagmiljø med dei nødvendige spesialitetar. For medisinsk avdeling må ein ha anestesistjeneste i vakt. Då vil det vere fornuftig også å ha ein viss akutfunksjon som kan ta seg av mindre kirurgiske akutt-tilfelle for å unngå lang transport av ukompliserte skader.

Kvalitetssystem og prosedyrer for kva type akuttkirurgi det enkelte sjukehus skal ta seg av vert utvikla i høve til denne vaktberedskapen og dei nasjonale og regionale føringane. Det er viktig at primærhelsetenesta er informert om kva akuttkirurgi det enkelte sjukehus tar. Aktiviteten skal rapporterast og etterprøvast for kvalitetssikring av tenestene.

Innan anestesi nyttar ein legestafettar på LSH og NSH. Anestesi er mindre avhengig av kontinuitet i pasientoppfølging og dermed mindre sårbar ifht pasientbehandling ved bruk av vikarstafett. Sameleis som innan gynekologi har ikkje småsjukehusa i Helse Førde nok oppgåver til 4-delt vakt, og ein kan vanskeleg basere seg på spesialistar i faste stillingar til 2-delt vakt.

Innan røntgentenester nyttar ein også tidvis legestafettar på småsjukehusa. PACS og telemedisinske løysingar som er tekne i bruk i Helse Førde gjer det mogleg å vurdere endra vaktberedskap ved småsjukehusa på sikt, t.d. at ein samlar vaktberedskapen på kveld og natt til

FSS. Radiologitenester og –beredskap må sjåast i samanheng med andre funksjonar i sjukehuset, jfr kirurgi/ortopedi over.

Samla vurdert er vikarstafettar i Helse Førde ein føresetnad for eit desentralisert tenestetilbod slik ein kjenner det i dag. Systematisk kontinuitet i vikarstafettane gjer at Helse Førde kan forsvare bruken av vikarstafettar på dagens nivå. Ein må likevel til eikvar tid vurdere omfanget av vikarstafettar innan dei ulike fagområda opp mot systemkontinuitet, og på sikt arbeide mot meir robuste løysingar.

Ny strategi for Helse Førde er eit steg i retning mot mindre sårbare tenester ifht kompetanse. Ein endrar beredskapsnivået i fødetenestene i Lærdal ifht den kompetanse ein kan ha tilgjengeleg på sikt - og fjernar dermed ein vikarstafett i gynekologi. Ein legg strategiar for endringar i akuttfunksjonane i kirurgi og ortopedi for også i framtida å sikre at akuttenestene er robuste og forutsigbare med omsyn til kva kompetanse som er tilgjengeleg. Ein overfører m.a. indremedisinske funksjonar frå Florø til FSS og NSH. Tenestetilbodet ved medisinsk seksjon på FSS avd. Florø ville iflg. rapport frå Transmedica sept 2002 ikkje kunne vidareførast på sikt utan vesentleg større breidde i fagkompetansen. Ein samlar kreftkirurgien i FSS for å sikre tilstrekkeleg breidde i spesialistkompetanse og tilstrekkeleg volum i pasienttilgang.

VII SKADEHANDTERING OG STABILISERING

Alle sjukehusa i Helse Førde har etablert eit felles KU-system der skadehandtering og stabilisering vert ivareteke til liks med andre tenester.

Ut over dette vert det arbeidd systematisk med kompetansebygging og –vedlikehald i traumehandtering. Dette er særleg i FSS, men også i Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus. Florø sjukehus har i dag akuttfunksjon i indremedisin. Ved overføring av aktiviteten til FSS, vert reiseavstanden til sjukehus for pasientar i ytre Sunnfjord forlenga med 62 km. I eit nærsjukehus i Flora er legevaktfunksjonen tenkt ivaretatt av primærlegar, som saman med ambulansetenesta vil kunne handtere skade og stabilisering, jfr avsnitt over om prehospitale tenester.

Førde sentralsjukehus gjennomførte i 1997 "Prosjekt Traume" som hadde som mål å betre behandlinga av multitraumatiserte pasientar. Traumebehandling har vore tema i mange år, men dette var starten på eit meir systematisert opplegg. På slutten av 1998 gjennomførte ein det første "BEST"- kurset (Betre og systematisk traumebehandling). Totalt har vi gjennomført 3 BEST-kurs ved Førde sentralsjukehus. Kursa har både teoretisk og praktisk opplæring i betre og systematisk traumebehandling, og involverer alle yrkesgrupper som samarbeider i traumesituasjonar (anestesilegar- og sjukepleiarar, kirurgar, ortopedar, operasjonssjukepleiarar, akuttmottakssjukepleiarar, radiografar, radiologar, bioingeniørar). Mykje av fokus går på korleis ein organiserer traumemottak og traumebehandlinga, leiing, kommunikasjon og samarbeid. Under kursa vert dei praktiske øvingane videofilma og gjennomgått med evaluering etterpå. Vi meiner at Førde sentralsjukehus etter at vi er starta med BEST er blitt betre til å ta hand om multitraumatiserte pasientar, fordi vi organiserer arbeidet betre og arbeider meir systematisk. I BEST- prosjektet inngår no 32 sjukehus. Årleg gjennomfører ein nettverksmøte der ein utvekslar kasuistikkar, erfaring og i eit etterkvart nasjonalt forum drøftar desse.

Som eit resultat av at vi har inngått i BEST- prosjektet har Førde sentralsjukehus etablert ei traumegruppe som skal ha ansvar for å planleggje traumehandsaminga i vårt sjukehus. Vi har utarbeidd ein eigen traumefolder som definerer kven som er i traumeteamet og kva oppgåver den enkelte har. For tida held vi på å fastsetje kriterier for alarmering av traumeteamet. Traumeteamet skal varslast som ei akuttgruppe over VHF helseradionettet som dei andre akuttgruppene ved

sjukehuset.

Akuttmottak har og lagt vekk på opplæring i traumehandsaming og har satsa på TNCC (Trauma Nursing Core Course), som er ei traumeopplæring for sjukepleiarar i Akuttmottak (dels også for anestesi og operasjonssjukepleiarar). Totalt har avdelinga 16 sjukepleiarar/spesialsjukepleiarar som har gjennomført utdanninga, og vi har som mål at alle som arbeider i Akuttmottak skal gjennomføre dette. På TNCC kurs i Førde i 2003 hadde Akuttmottak i FSS 11 deltakarar, Nordfjord sjukehus 1 og Lærdal sjukehus 1. TNCC har fokus på traumehandsaming i sjukehus, og kan samanliknast med PHTLS (Prehospital trauma life support) som er tilsvarende opplæring til bruk prehospitalt.

FSS har også sett ned ei prosjektgruppe som skal ta for seg "Traumemottak", spesielt med fokus på kva utstyr og areal ein treng ved sjukehuset for å kunne gi eit fagleg best mogleg tilbod til desse pasientane. Dette prosjektet er ikkje avslutta. Medlemar av ei gruppe sjukehus om har Del av BEST – regelmessig kurs og praktisk trening.

VIII PREHOSPITALE TENESTER

Ambulansetenesta er uavhengig av stukturendringar i sjukehusetene i ferd med å bygge opp ambulansepersonellet sin kompetanse i samsvar med det som er god norsk standard og som samsvarer med Stortingsmelding 43/2000 Akuttmeldinga.

Alt personell skal innan 1. juli 2004 ha gjennomført grunnutdanning i samsvar med NOU 1976:2 – den såkalla tre-månaders utdanninga. Dette vert gjort i eigen regi, ein utdanningspakke ein har gjennomført dei to siste åra. Eini reknar med å skipe til eitt kurs neste år for dei siste 26 deltakarar.

Personell som har lang nok fartstid pr. 1. sept. 2004 skal melde seg til fagprøve for ambulanserarbeiderfaget og gjennomføre denne innan årskiftet. Sjukepleiarane er oppmoda om å gjere det same.

Ein har starta utdanningsprogram innan avansert hjerte-lunge redning, medikament og infusjonskurs med dertil fylgjande medisinsk delegering. Det skal i løpet av neste år til ei kvar tid vere eit ambulansepersonell på ambulansen som kan sende 12 avlednings EKG til sjukehus, samt bruke defibrillator (delegert mynde).

Samstundes med innkjøp av 12 avlednings EKG apparat og nye defibrillatorar /monitoreringsmaskiner blir det gjeve opplæring i bruken av dette. Det skal gjennomførast kurs der også vaktlegar i kommunane deltek. Dette er planlagt gjennomført i løpet av neste år og starten av 2005. Det føreset imidlertid innkjøp av avansert overvåkingsutstyr til ein verdi av 7. mill kroner til ambulansetenesta i Helse Førde.

For personell som har gjennomført A-HLR kurs og medikament/infusjonskurs – samla sett 40 timar – vert det skipa til kurs i avansert pre-hospital traumehandtering etter modell av PHTLS kursa (pre-hospital trauma life support). Desse kursa er vanlegvis på 21 timar, medan vi ynskjer å ha 9 timar tillegg for betre trening.

For å få best mogleg samhandling med kommunchelsetenesta, bør også kommunelegar gjennomføre tilsvarende treningsprogram, både med omsyn til A-HLR og traumebehandling. Det vert i NOU 1998:9 *Viss det haster* peika på trongen for å etablere Lokale Akuttmedisinske

utrykningsteam (LAUT). Uavhengig av sjukehusorganiseringa bør dette etablerast. Dette er både eit kommunalt ansvar og eit ansvar for Helse Førde.

Fleire av våre ambulansestasjonar inviterer vaktleger til å delta i treningsopplegga våre, men interessa for dette er vekslende.

I høve til strukturendring har ein planar om å iverksette betre beredskap på einskilte ambulansestasjonar. Ein arbeider ut frå at endringa skal skje 1. jan. 2004, og har varsla ambulansestasjonane om dette.

Auka vaktberedskap vert iverksett slik:

Forsterka fødestove – Lærdal.

- Sogndal får omgjort dagbil (0800-2000 alle dagar) til døgnambulanse. Medfører at ein ved stasjonen har to døgnambulansar.
- Luster får gjort om reserveambulanse til dagbil B (vakt yrkedagar 1000-2000). Medfører at ein ved stasjonen har ein døgn- og ein dagambulanse B.

Endra funksjonar i Florø

- Flora får tilført ein ekstra døgnambulanse ved at noverande reserveambulanse vert gjort om til døgnambulanse. Flora ambulansestasjon vil etter dette ha to døgnambulansar, ein suppleringsambulanse (ikkje vakt) og ein døgnambulansebåt. Desse dekker i utgangspunktet 11.500 mennesker.

Nye forskrifter for pre-hospital teneste er varsla. Evt. nasjonale krav med kortare responstid vil berre for Helse Førde sin del koste ca. 27 millionar.

Sjølv om den planlagde faglege opprustninga av ambulansetenesta må komme uavhengig av NY strategi for helse Førde, er det avgjerande for eit godt tilbod i den nye sjukehusstrukturen.

Aktivitet

Denne oppgåvefordelinga er ein føresetnad for at den aktivitet som er føresett i Ny strategi kan haldast oppe.

IX EVALUERING

Helse Førde ønskjer å gjere to evalueringar av omstillingsprosessane, og å nytte ekstern evaluator til dette.

Vi har vore i kontakt med Sintef Unimed og NIBR for ev å sjå denne evalueringa i samanheng med den nasjonale evalueringa av eigar- og foretaksreforma. Etter kontakt med desse synest det vere lite å hente i ei direkte kopling til den nasjonale evalueringa, då denne vil gå på svært aggregert nivå. Derimot kan der vere indirekte gevinstar ved å nytte same kompetansemiljø.

Helse Førde har kontrakt med Sintef Unimed Økonomi, Kvalitet og tilgjengelighet v/Jon Magnussen og Kari Nyland om evaluering av konsekvensar av Ny strategi for Helse Førde ifht økonomi og aktivitet. Resultatevalueringa vil vere vesentleg for dokumentasjon av resultat internt, overfor styret, eigar og ålmenta.. Resultatevalueringa vil relatere til vedtekne mål med Ny strategi. Resultatindikatorar definerast i høve

- kostnadseffektivitet, stillingar, aktivitet
- fagleg kvalitet inkl. tilgjenge

- konsekvensar for og kommunehelsetenesta og for samhandling mellom tenestenivåa

Evalueringa skulle etter planen gjennomførast innan 1.10.2004. Som følge av forskyvd implementeringstidspunkt for omstillingane i Florø, vil også evalueringa måtte forskyvast i tid, truleg til årsskiftet 04/05.

Helse Førde vurderer også å evaluere omstillingsprosessen i Ny strategi. Slik evaluering vil ev gjerast retrospektivt i 2004. Føremålet vil primært vere for Helse Førde å trekke lærdom av dei prosessane som er gjennomført for å auke kompetanse og bevissthet i organisasjonen og utvikle metodikk og arbeidsmåtar for seinare omstillingar.

I tillegg til den samla evalueringa, vert det også etablert kvalitets-/evalueringssystem/audit for dei faglege resultata i prosjekt forsterka fødestove i Lærdal. Dette er omtala under Prosjekt forsterka fødestove i Lærdal, rapport V.

X VEDLEGG 1 KONSEKVENSAER PERSONALOMRÅDET

NY STRATEGI INNAN PERSONALOMRÅDET FØR ETABLERING AV DMS/NÆRSJUKEHUS I FLORØ

Stillingskategori	Tal stillingar ved Florø sjukehus i "gamal" organisasjon	Tal stillingar i ny org i Florø.	Tal faktiske stillingar/ tilsette som vert berørt i Florø	Ny stillingar ved FSS	Tal faste tilsette ved FSS som kan bli berørt av omplassering frå Florø	Merknad
Overlegar	9	2	4	0	0	Overlege Hud er tidl omgjort til asslege ved FSS
Legar under utd.	1	1	0	0	0	
Turnuslegar	6	0	6	0	0	
Psykologar	3	3	0	0	0	
Oversjukepleiar	1	0	1	0	17,6	
Avdsj.pl (ikkje nattavdsj.pl.)	3	1	2	0		Igien i Florø: Hud pol
Sjukepleiarar- psykiatri	4	4	0	0		
Spes.sj.pl. ane (inkl avdsj.pl.st)	4	0	3	3,375		-
Spes.sj.pl. opr (inkl avdsj.pl.st)	5	0	4,75	3,375		
Sjukepleiarar (inkl nattavd.sj.pl.)	19,95	1	20,01	4		Nye sj.pl. stillingar: Medisinsk avd
Fysioterapeutar	3	0	1,89	0	0,9	I 1,89 st inngår 1 turnusfysioter.
Hjelpepleiarar	7,40	0	8,15	0	6,5	
Andre behandlarar	4,75	4	0	0	0	
Radiografar	4	3	0	0	0	
Bioingeniørar	4	2	4	0	2	
Lab. Ass	1,76	0	1,76	0	1,76	
Ktr/Fullm/helses ekr	9,98	3	10,6	0	7,08	
Adm personale	3,5	0	4	0	2	
Driftspersonale/ Vaktmeistere	4	1,5	4	0	0	Behov er vurdert av driftssjef.
Reinhald	5,65	1,4	4,05	0	3,35	Behovet er vurdert av reinhaldsleiar.
Sum	103,99	26,9	79,71	10,75	41,19	

Status pr 12.9.03

XI VEDLEGG 2

TRANSPORTTIDER I HELSE FØRDE, 60 KM/H

Km/ pr time 60			Lokalsjukehus				Sentralsjukehus			
Stasjon	Stasjon	Kommune	Km	Minutt	Ferjetid	Samla	Km	Minutt	ferjetid	Samla
Eid lokalsjukehusområde										
	Selje	Selje	58	58	0	58	158	158	10	168
	Måløy	Vågsøy	53	53	0	53	153	153	10	163
	Eid	Eid	1	1	0	1	100	100	10	110
	Stryn	Stryn	46	46	0	46	115	115		115
	Grodås/H	Stryn	38	38	0	38	138	138		138
	Sandane	Gloppen	18	18	10	28	82	82		82
Flora lokalsjukehusområde (med avd)										
	Florø	Flora	2	2	0	2				
	Rognaldsvåg*	Flora		30		32				
	Hauge*	Bremanger		45	0	47				
	Svelgen	Bremanger	59	59	0	59				
Førde lokalsjukehusområde										
	Svelgen	Bremanger	80	80	0	80	80	80		80
	Hauge*	Bremanger		110		110		110		110
	Hauge	Bremanger	61	61	50	111	82	82		82
	Flora	Flora	62	62		62	62	62		62
	Rognaldsvåg*	Flora		92		92		92		92
	Førde	Førde	3	3		3	3	3		3
	Skei	Jølster	42	42		42	42	42		42
	Askvoll	Askvoll	64	64		64	64	64		64
	Dale	Fjaler	44	44		44	44	44		44
	Hyllestad	Hyllestad	87	87		87	87	87		87
	Lavik	Høyanger	68	68		68	68	68		68
	Høyanger	Høyanger	64	64		64	64	64		64
	Balestrand	Balestrand	114	114		114	114	114		114
	Vik	Vik	76	76	20	96	135	135	20	155
	Eivindvik	Gulen	123	123	18	141	123	123	18	141
	Dalsøyra	Gulen	110	110	18	128	110	110	19	129
	Hardbakke	Solund	117	117	50	167	117	117	50	167
	Hardbakke*1	Solund		105		105		105		105
	Ytre Sula *1	Solund		115		115		115		115
Lærdal lokalsjukehusområde										
	Aurland	Aurland	28	28		28	208	208	15	223
	Lærdal	Lærdal	1	1		1	180	180	15	195
	Årdal	Årdal	49	49		49	158	158	15	173
	Luster	Luster	72	72	15	87	195	195		195
	Jostedal	Luster	106	106	15	121	229	229		229
	Fortun	Luster	103	103	15	118	226	226		226
	Sogndal	Sogndal	28	28	15	43	152	152		152
* Ambulansebåt må rykke ut frå base - tida oppgi jeve er kun tid med pas i amb båt										
1	Båt via Askvoll									

Terje Olav Øen
ambulansesjef