

**PROGRAM
IMPLEMENTERING
NY STRATEGI I HELSE FØRDE**

**PROSJEKT
NY FUNKSJONSDELING SOMATIKK
III**

DELRAPPORT FRÅ PROSJEKTGRUPPA PR. 1.OKTOBER 2003

Mål

- Overføring av dagens somatiske aktivitet (kirurgiske og indremedisinske tenester) i Florø til FSS, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus, med unntak av blodbank, hudpoliklinikk/lysterapi og røntgentenester (dagdrift).
- Effektivisering og auka aktivitet innan kirurgi og ortopedi v/LSH og FSS.
- Effektivisering og auka aktivitet innan indremedisinske fag ved FSS.
- Ved å samle aktiviteten på færre einingar og omfordele aktivitet ifht kompetanse og marginalkapasitet få ei vesentleg betre utnytting av ressursane i både støttefunksjonar og kjernefunksjonar i Helse Førde og redusere dei samla driftskostnadene med 32 mill kr.

Prosjektorganisering

Prosjektleder: fagdirektør B.Straume

Prosjektgruppe: dir. FSS A.Viken
dir LSH L.Havnen
dir NSH G.Ludvigsen
ambulansesjef T.O. Øen
personaldir. J.B. Moe
Harald Bjarte Reite, FO
Jarl Moldestad, Dnlf
(vara: Arthur Norevik, NSF)

Delprosj.ledarar: avd.sjef kirurgi FSS (fagkoordinator)
avd.sjef ortopedi FSS (fagkoordinator)
avd.sjef indremedisin FSS
avd.sjef røntgen FSS (fagkoordinator)
avd.sjef lab FSS (fagkoordinator)

Prosess

Prosjektgruppa hadde møte 28.08.03 og diskuterte mandat, organisering og framdriftsplan.

Det vart utarbeidd mandat for dei 5 delprosjektgruppene. Prosjektleder hadde eit fellesmøte med delprosjektledarane 08.09.03 der ein diskuterte mandat og spesielle problemstillingar innan dei einskilte fagområda og har hatt løpande samtaler med fagkoordinatorane.

Leiarane for delprosjekta har levert framlegg til implementeringstiltak for sine fagområde og rapportert korleis ein har samhandla med aktuelle fagmiljø i foretaket. Kopi av fagkoordinatorane sine rapportar og andre innspel til prosjektgruppa frå fagmiljøa følgjer som vedlegg.

Prosjektgruppa hadde sitt siste møte 30.09.03 der ein gjekk gjennom eit utkast til endeleg rapport basert på faggruppene sine rapportar.

Innhold i tilbudet etter implementering - funksjonsfordeling

Radiologi:

	Førde sentralsjukehus		Lærdal	Nordfjord
	Førde	Florø		
Konvensjonelle rtg.us. inkl. gj.lysn. mage/tarm	+	+(-i.v.kontr.)	+	+
Ultralyd (inkl. Doppler)	+	+	+	+
CT-u.s.	+	+	+	+
Enkle intervensj.(biopsi/FNAC)	+	+	+	+
Større intervensj. (CT-/UL-veileda)	+	-	+	-
Diagnostisk angiografi	+	-	-	-
Karintervensjon (blokk./stent)	+	-	-	-
Myelografi	+	-	-	-
Mammografi	+	-	-	-
Nucleærmedisin	+	-	-	-
Beintetthetsmåling	+	-	-	-
MR-undersøking	+	-	-	-

Kirurgi:

1. Struma/tumor thyreoidea: FSS
2. Tumor mammae: FSS
3. Perifer arteriell karsjukdom: FSS
4. Urologi: Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus og Førde Sentralsjukehus etter tradisjon og ønske frå pasient/henvisande lege. Seksjonsoverlege i urologi ved Førde Sentralsjukehus styrer pasientflyt mellom Førde og Lærdal i tråd med vedtak og kapasitet (gjeld pkt. 3 i Oppdrag).
Urologisk cancer til radikal kirurgi med kurativt siktemål (unntak transurethral kirurgi): Førde Sentralsjukehus
5. Generell kirurgi og lettkirurgi: Pasientar frå Nordfjordområdet til Nordfjord sjukehus, pasientar frå Sogn og Sunnfjord blir primært å tilvise Lærdal sjukehus el. Nordfjord sjukehus, tilvising kan også sendast Førde Sentralsjukehus.
Mammoplastikk: Førde Sentralsjukehus.
Abdominalplastikk: Førde Sentralsjukehus og Nordfjord sjukehus
6. Gastroenterologisk kirurgi: Pasient med behov for utredning vert tilvist næraste eller ønska poliklinikk (medisinsk/kirurgisk) for utredning.

For øvrige gastrointestinale kirurgiske tilstandar skal pasienten tilvisast næraste sjukehus eller det sjukehus pasienten/tilvisande lege ønskjer.

Ortopedi:

1. Traumatologi:

Intensivavdeling samt stor anesthesiavdeling og andre spesialistar (kirurgar, nevrologar) finns på FSS. Multitraumer og andre skadepasienter som treng desse tenestene vert difor entet sende til regionsjukehuset eller vert behandla ved samla ved FSS.

Ortopeder ved NSH og LSH har imidlertid også kompetanse innan avansert frakturbehandling, og kan utføre den behandling som kompetansen og utstyret tillet. Etter at Helse Førde har fått PACS er det også lett for ortopeder å diskutere kasus kollegialt.

2. Revmakirurgi.

Indikasjon for revmakirurgi vert stilt i samarbeid mellom revmakirurg og revmatolog og skal difor skje ved FSS. Postoperativ trening vil ofte skje i revmatologisk avdeling. Når det gjelder skulderproteser vert det opna for at slike operasjonar kan utførast i Lærdal i samarbeid med revmatologisk avdeling.

3. Ryggkirurgi.

Vert utført ved FSS. Utgreiingar kan foregå ved andre sjukehus.

4. Barne-ortopedi.

Operative prosedyrer vert ikkje utført i Helse Førde. Det er tett samarbeide med lokale pediater, samt barneortopedisk seksjon ved regionsjukehuset. Klumpføter vert gipsa lokalt eller ved FSS i samarbeid med regionsjukehuset. Hoftedysplasi behandles i ortose ved FSS.

5. Ortopediteknikk.

Sentraliserast til FSS som har regelmessig besøk av ortopeditekniker samt ortopedisk skomaker.

6. Nevro-ortopedi.

Sentraliserast til regionsjukehuset. Barnehabiliteringa er lokalisert ved FSS, som regelmessig har besøk av nevroortoped. Nokre pas. vert operert ved FSS saman med nevroortoped.

7. Leddproteser.

Hofteprotese: Vert utført ved alle sjukehus.

Kneprotese: Vert utført i Førde og Lærdal.

Skulderprotese: Vert utført i Lærdal.

Fingerprotese: Vert utført i Førde

8. Artroskopisk kirurgi:

Nordfjord har i flere år profilert seg i denne spesialitet, og held fram med det.

Korsbandoperasjonar vert utført i Nordfjord.

Alboge, handledd og ankel vert utført i Nordfjord.

Skulder vert utført i Nordfjord og Lærdal. Dette samarbeid skal utviklast vidare.

Kne: Vert utført ved alle 3 sjukehus.

9. Skulder.

Kompetansen er lokalisert i Nordfjord og Lærdal, som samarbeider og vidareutviklar dette.

10. Dagkirurgi (handkirurgi, fotkirurgi, artroskopi).

Nordfjord og Lærdal har lokalitetar som er tilrettelagt for dagkirurgi, og vil fortsette med dette. Førde jobbar med å legge forholda til rette for en del dagkirurgi.

Indremedisin

Overføring av indremedisinske pasientar som i dag soknar til FSH byr ikkje på utfordringar med omsyn til funksjonsfordeling men krev ein kapasitetsauke i medisinsk avdeling ved sentralsjukehuset og i nokon grad ved Nordfjord sjukehus. Dette skjer ved overføring av slagpasientar tilsvarende 2 sengeplassar frå medisinsk avdeling til nevrologisk avdeling og frigjering av ytterlegare 4-6 sengeplassar i sengepostane ved utflytting av kontorfunksjonar. Medisinsk avdeling i Nordfjord har fysisk kapasitet til å ta fleire pasientar frå Bremanger og evt. Gloppen. Det må takast i bruk aktiv fagleg styring av pasientar mellom FSS og NSH. Pasientflyten må tilpassast etter erfaring og løpande evaluering.

Klinisk kjemi og blodbank

Florø sjukehus har i dag laboratorie- og blodbank med døgntilgjengeleg vaktberedskap. Sjukehuset er dekket med dei viktigaste analysar i klinisk kjemi og transfusjonsmedisin (blodbank). I tillegg er blodbankdrift lagt opp til å forsyne både Florø og Førde sentralsjukehus med viktige blodprodukt.

Konsekvensar av overføring av somatisk aktivitet til Førde sentralsjukehus, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus vil bety at det ikkje er behov for laboratorietenester i Florø. Florø sjukehus utfører ca 50 000 analysar årleg, mesteparten på inneliggjande pasientar. Klinisk kjemisk avdeling ved Førde sjukehus vil måtte ta over mesteparten av desse analysane. Analysekapasiteten i Førde er tilfredsstillande til å ta i mot denne auken og tilsvarende gjeld laboratoriet i Lærdal og Nordfjord.

Når det gjeld blodbank, er det viktig å sikre vidare drift i Florø slik at Førde sentralsjukehus kan vere sjølvforsynt med dei viktigaste blodprodukt. Innbyggjartalet i Florø gir eit godt potensiale for å sikre god tilgang på blodgivarar. Blodbankverksemda i Florø skal bestå av ein **tappestasjon** som blir organisert under blodbanken ved Førde sentralsjukehus. Ved tappestasjonen skal det tappast minimum 1000 enh. blod årleg, og det vil vere rom for å auke dette ytterlegare om det blir behov.

Som ein servicefunksjon for sengeavdelingar, poliklinikkar og primærhelsetenesta vil tenestetilbodet innafor klinisk kjemi og blodbank bli flytta dit pasientane blir henvist, og hovudtyngda vil gå til Førde.

Vurdering av omstillingane

Dei ulike fagrapportane seier ein del om konsekvensar for kvalitet og kapasitet. Prosjektgruppa vil peike på nokre hovudpunkt som blir følgje av ny organisering av dei somatiske tenestene.

Kvalitet og innhald i tenestene:

Det er ikkje lagt opp til endringar i behandlingsspekteret eller tilgang for befolkninga på fagleg kompetanse.

Innan indremedisin vil kapasiteten bli noko redusert men framleis vere høgare enn ellers i Helse vest og landet for øvrig (kfr. vedlegg indremedisin).

Innan kirurgi er planen å oppretthalde same behandlingsspekter og omlag same kapasitet som før omlegginga. Det er lagt opp til ei viss omfordeling frå generell kirurgi til ortopedisk verksemd basert på data om pasienttilgang og ventelister. Per i dag er ventelistene svært korte innan kirurgi (dei fleste får behandling innan 3 mnd.)og kapasiteten vert oppretthalden. Innan ortopedi bør ein ha som mål å korte ned ventetidene, spesielt for poliklinisk utgreiing. Gjennomsnittleg ventetid for poliklinisk vurdering er per i dag ca 6 mnd. Ein reknar med at betre ventelistestyring og oppgåvefordeling vil kunne redusere ventetidene.

Kapasitet og kompetanse innan klinisk kjemi vert ikkje endra. Blodbanktenesta er føreset oppretthalden.

Dei radiologiske tenestene vil ikkje få endra kapasitet eller tilbodsspekter. Betre funksjonsfordeling er forventa å gje meir effektiv drift.

Ambulansetenesta er styrka med vaktressurser som ein meiner er tilstrekkeleg for å stette trongen for ressursar. Kvaliteten på tenesta er i god fagleg utvikling uavhengig av strukturprosessar. Personell vil i kompetansehevingsprogrammet m.a. få betre kunnskap om traumehandtering og pre-hospital trombolysing. Bil og båtambulansetenesta vert ved behov supplert av Statens luftambulanseteneste.

Betre kompetanse i ambulansetenesta vil redusere trongen for legefylgje ved akutte oppdrag. Ein del kommunar i fylket er i ferd med å etablere større legevaktstasjonar. Samhandling mellom kommunehelseteneste og ambulansetenesta vert nøye fylgd opp.

Måloppnåing

Den faglege målsetjinga om betre samordning og oversyn over tilgjengeleg kompetanse og kapasitet bør ut frå ovanstående kunne nåast

Risikoanalyse

Kirurgi:

Bortfall av interessante oppgåver (til dømes sentralisering av kreftbehandling) kan svekke dei små avdelingane sitt rekrutteringsgrunnlag. Streng oppgåvefordeling kan og svekke pasientgrunnlaget for legar under utdanning slik at dei må skifte utdanningsavdeling oftare. Dette er vanleg ved dei store sjukehusa som er høgt spesialiserte. I Helse Førde bør det ligge til rette for at ein etablerer tilbod om rotasjon- og hospiteringsordningar og felles undervisnings- og etterutdanningsopplegg.

Med oppretthalden øyeblikkeleg hjelp-funksjon og oppretthalding av eksisterande kirurgisk kapasitet på Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus og Førde Sentralsjukehus er medisinsk risiko for det kirurgiske behandlingstilbod svært liten ved gjennomføring av strategiplanen.

Indremedisin:

Medisinsk avdeling ved FSS vil vere dimensjonert til å klare oppgåvene forutsett at nytt sengeareal kan takast i bruk som planlagt. Total sengekapasitet innan indremedisin vil i den nye modellen ligge ca 20% over gj.snittet i Helse vest.

Då samla sengekapasitet blir redusert i høve til i dag, vil terskelen for ø.hjelp-innlegging måtte ligge noko høgre enn i dag. Det bør satsast mykje på informasjon og arbeid for felles forståing av den nye situasjonen mellom primærhelsetenesta i Flora og Bremanger og spesialisthelsetenesta.

Ved å nytte ledig kapasitet ved med. avdeling ved Nordfjord sjukehus heilt frå starten, vil ein kunne få ein lettare overgang.

Den pågåande utviklinga innan prehospital trombolyse og akutt PCI vil kunne føre til ytterlegare endringar i pasientstraumane innan det indremedisinske fagfeltet. Korleis dette vil innverke på behovet for indremedisinske sengeplassar og poliklinisk kapasitet er uvisst.

Klinisk kjemi og blodbank:

Det som er spesielt med blodbanken i Florø er at den er basert på afaresetapping. Det er ein ny produksjonsmetode (basert på maskintapping) som vart innført i år 2000. I løpet av 3 år har personalet tileigna seg god kompetanse på denne tappemetoden, og erfaringar viser at metoden er spesielt eigna for mindre blodbankar og tappestasjonar fordi når blodgiving er avslutta har ein fått eit lagringsklart produkt.

Det er spesielle krav til blodbanker som skal drive aferese. Retningslinjene frå Statens helsetilsyn seier at når det blir utført aferese skal det vere lege til stades i avdelinga. Legen skal ha opplæring i kva komplikasjonar som kan opptre for givaren i samband med aferese. Ved Florø sjukehus har ein tolka regelverket slik at det er tilstrekkeleg at det er lege til stades på sjukehuset når det foregår aferesetapping.

Flytting av somatisk drift ved Florø sjukehus fører til at det er usikkert kva legedekning som vil vere på sjukehuset på dagtid. Dette må avklarast dersom blodbanken skal basere seg på aferesetapping. Også med vanleg blodtapping bør det vere ein avtale med lege. Det er viktig dersom det oppstår komplikasjonar med under blodgiving.

Det er alternative måtar å løyse dette på:

- a) Avtale med radiolog som vil vere på sjukehuset på dagtid
- b) Lege i høve nærsjukehusmodellen
- c) Avtale med lege ved Sunnfjord medisinske senter (avstand ca 200 m)

Radiologi:

Tilstrekkelege utstyrsinvesteringar er føresetnaden for at radiologiplanen skal fungere etter målsetjinga.

.

Konklusjon

Prosjektgruppa meiner at implementeringa av dei endringar som vil følgje av nedlegging av medisinsk og kirurgisk avdeling i Florø , bør kunne iverksetjast utan tap av fagleg tilbod eller uakseptable ventetider for elektiv behandling. Ein noko høgre terskel for mottak av ø.hjelp i medisinsk avdeling ved FSS er akseptabel og vil framleis vere lægre enn dei fleste stader ellers i landet.