

Styresak

Går til:	Styremedlemmer	
Selskap:	Helse Vest RHF	
Styremøte:	11. juni 2003	
Styresak nr:	056/03 B	
Dato skrevet:	04.06.2003	Saksbehandler: Hans Stenby
Vedrørende:	Funksjonsfordeling i Helse Vest – akutfunksjoner og fødetilbud	

Bakgrunn

I styringsdokument til Helse Vest RHF for 2002 heter det bl.a. at de regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med effektivisering av sykehusstrukturen i helseregionen. Departementet forventer at det arbeides med utvikling av organisatoriske strukturer som gir effektiv utnyttelse av de samlede ressurser. Strukturen skal sikre tjenester av høy kvalitet og god tilgjengelighet.

Styret for Helse Vest RHF vedtok bl.a. med bakgrunn i styringsdokumentet å starte en strategisk planprosess. Det ble i første omgang vedtatt å gjennomføre 3 delprosjekter:

- utarbeide en overordnet foretaksplan med foretakside/oppdrag, visjon, verdigrunnlag og overordnede mål og strategier
- vurdere de medisinske tjenestene (inkludert medisinske servicetjenester) – funksjonsfordelingsprosjektet
- samordning av administrative støttefunksjoner

Spørsmål om sykehusstruktur er først og fremst vurdert i funksjonsfordelingsprosjektet hvor det bl.a. er foretatt en gjennomgang av akutfunksjonene og fødetilbudet i helseregionen.

Styret behandlet rapporten fra funksjonsfordelingsprosjektet 17.02.03. Styret vedtok her bl.a 11 punkter som skulle legges til grunn for helseforetakenes gjennomgang av akutfunksjonene og fødetilbudet. Punktene skulle være retningsgivende for helseforetakenes lokale utviklings- og omstillingsarbeid.

Resultatet av prosessene i helseforetakene er nå behandlet HF-styrene, og saken legges frem til behandling i styret for Helse Vest RHF. Saksforelegg i HF-styrene kan fås ved forespørsel.

Saken legges frem for brukerutvalget i Helse Vest 6. juni. 2003. Uttalelse fra brukerutvalget fremlegges i møtet.

Kommentarer

1. Styrets prinsippvedtak vedrørende akuttfunksjoner og fødetilbud

Ved behandling av rapport fra funksjonsfordelingsprosjektet vedtok styret at følgende prinsipper skulle legges til grunn for det videre arbeid med utvikling av akuttfunksjonene og fødetilbudet:

1. Det skal utvikles en rasjonell sykehusstruktur som balanserer hensynet til kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene med befolkningens behov for nærhet og god tilgjengelighet til tjenestene.
2. Nasjonale standarder og prinsipper legges til grunn for lokale omstillingstiltak. Det vises her til eksempler i rapporten. I utformingen av lokale løsninger må også løsninger på tvers av helseforetakene vurderes og eventuelt samarbeidsløsninger med tilgrensende regionale helseforetak.
3. Det skal opprettholdes en desentralisert spesialisthelsetjeneste og fødselsomsorg.
4. Desentrale tjenester utvikles med vekt på indremedisinske problemstillinger, bl.a. overfor eldre og pasienter med kroniske lidelser, spesialistpoliklinikker og differensiert diagnostikk bl.a. ved hjelp av elektronisk samhandling. Tilbudet må tilpasses lokale forhold.
5. Samhandling med primærhelsetjenesten skal styrkes. Etablering av distriktsmedisinske sentre må vurderes som tiltak for å styrke de desentrale medisinske tjenestene og samhandlingen med primærhelsetjenesten.
6. Beredskapsordninger gjennomgås med sikte på å frigi ressurser til direkte pasientbehandling, forskning og undervisning.
7. Akuttbehandling i kirurgi konsentreres i tråd med utvikling i faget, hensyn til volum og kvalitet og hensiktsmessig vaktberedskap. Ved mindre enheter med dagkirurgisk virksomhet kan begrenset akuttberedskap på dagtid vurderes.
8. Vurdering av den akuttmedisinske kjede skal foretas for både sykehus og distriktsmedisinske sentra.
9. Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for organisering av en desentralisert og differensiert fødselsomsorg hvor det tas hensyn til nærhet og tilgjengelighet.
10. Det må gjøres kostnadmessige vurderinger som også innbefatter investeringskostnader ved desentrale enheter så vel som sentrale enheter.
11. Omstillingstiltak i helseforetakene gjennomføres innen utgangen av 2004.

2. Oppfølging i helseforetakene – krav til fremdrift og prosess

Helseforetakene ble i brev av 21.02.03 bedt om å utarbeide forslag til lokale omstillingstiltak med utgangspunkt i styrets prinsippvedtak.

Styret forutsatte i sitt vedtak at oppfølgingen i helseforetakene ble gjennomført i samsvar med vedtak i styresak 11/03, Funksjonsfordelingsprosjektet – videre prosess og fremdrift, jfr brev av 24.01.03 og 29.01.03.

Styret forutsatte at forslagene fra HF-ene til organisering skulle sendes til bred høring i aktuelle høringsinstanser. Høringsinstansene skulle ha anledning til å uttale seg om de konkrete forslagene og de prinsipper og standarder som ble lagt til grunn i saken.

Det skulle også avholdes dialogmøter med høringsinstansene (kommuner og fylkeskommuner) og interessegrupper tidlig i høringsfasen.

Innkomne uttalelser inngår i HF-enes og RHF-ets beslutningsunderlag.

3. Nærmere bakgrunn for styrets vedtak

Det er som nevnt i styringsdokument til Helse Vest RHF både i 2002 og 2003 gitt klare føringer for å gjennomgå funksjonsfordeling og sykehusstruktur. Det er særskilt pekt på fødselsomsorg og kirurgisk beredskap hvor Stortinget ved behandling av akuttmeldingen (Innst. S. nr 300 (2000-2001) forutsatte en gjennomgang av tjenestestrukturen.

Disse nasjonale føringene og faglige utredninger er grunnlag for å vurdere dagens fordeling av akuttfunksjoner i Helse Vest.

Den faglige utvikling går i retning mer spesialisering. Det gjelder særlig innen kirurgi hvor generell kirurgisk kompetanse avløses av separate spesialiteter med tilhørende vaktordninger innenfor bløtdelskirurgi og ortopedi. Det gjør det tiltakende vanskelig å opprettholde tilstrekkelig volum på tjenestene og gode vaktordning ved mindre enheter. Det medfører også at mye tid må bindes i vaktordninger. Innen det kirurgiske fagfelt vil dette medføre sentralisering av tjenestetilbudet.

Det er med bakgrunn i nasjonale utredninger om volum og kvalitet innhentet tallmateriale for antall øyeblikkelig hjelp innleggelser pr døgn som krever behandling i operasjonsstue i regionen.

Sykehusene i helseregionen samler seg i tre grupper: Bergen og Stavanger med henholdsvis 12,5 og 8,7 øyeblikkelig hjelp innleggelser pr døgn, Førde og Haugesund med henholdsvis 2,3 og 2,5 innleggelser pr døgn og de resterende med mindre enn 1 innleggelse pr døgn. Det er grunn til å se kritisk på fortsatt kirurgisk døgnbasert akuttfunksjon i denne sistnevnte gruppen.

Det må her vurderes om akuttbehandling i kirurgi kan konsentreres til færre sykehus som derved kan tilby tilgjengelige spesialister innen både bløtdelskirurgi og ortopedi og tilstrekkelig store enheter som er robuste nok til å håndtere faglige og rekrutteringsmessige utfordringer i alle ledd i behandlingskjeden.

Ved mindre enheter med dagkirurgisk virksomhet kan begrenset akuttberedskap på dagtid vurderes.

Personalets arbeidstid bør konsentreres i størst mulig grad om pasientbehandling, forskning og undervisning. Det vil si at tid bundet i beredskapsordninger bør reduseres der det er mulig. Det er i dag mye spesialisttid bundet i passiv beredskap når et lite antall akuttinnleggelser er spredt på mange sykehusenheter.

Det er også innen fødselsomsorgen gitt klare nasjonale føringer. Helsetilsynet har foreslått følgende tredeling av fødselsomsorgen:

- Kvinneklinikker: Minst 1.500 fødsler, tilstedevakt av fødsel- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsbemanning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
- Fødeavdelinger: Minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen
- Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold

Stortinget ba om at denne nivådelingen for fødselsomsorgen ble gjort gjeldende for planlegging og organisering av fødselsomsorgen, jfr Stortingets behandling av akuttmeldingen.

Nasjonalt råd for fødselsomsorgen som er opprettet etter vedtak i Stortinget, har i tillegg innført begrepet modifisert/forsterket fødestue, som er en jordmorledet fødestue med tilgang til gynekolog/kirurg som kan gjennomføre nødkeisersnitt,

Det legges til grunn at det foretas en selektering av de fødende etter nasjonalt aksepterte normer slik at løsningen med fødestuer blir et trygt fødested som vist ved tilsvarende ordninger andre steder. Ved de små fødeenhetene blir de fødende allerede i dag selektert etter grad av risiko.

Det har lenge vært et klart ønskemål å få til en bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratets rapport fra høsten 2002 om utviklingen av såkalte distriktsmedisinske sentre peker på dette som en arena for en slik samhandling. Dette er enheter som etableres og utvikles i nært samarbeid mellom vertskommunen og spesialisthelsetjenesten, og der tjenester fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samles ut fra hva som er hensiktsmessig for lokalbefolkningen. Alternativet ivaretar på en god måte behovet for helsetjenester til eksempelvis den stadig voksende gruppe av eldre og pasienter med kroniske lidelser.

I vurderingen av konkrete forslag må kvalitet på tjenesten, effektiv bruk av ressursene veies mot behov for nærhet og tilgjengelighet.

God kvalitet på tjenestene er et overordnet mål. I denne sammenheng reises spørsmål om kvalitet ved store og mindre enheter/sykehus. Det er ikke entydige sammenhenger volum (antall pasienter) og kvalitet på tjenesten som ytes. Vi har en generell antagelse om at "øvelse gjør mester". Så langt har imidlertid undersøkelser ikke vist en generell sammenheng selv om

det innenfor kirurgi er vist klare sammenhenger på noen områder. Det er bl.a. god dokumentasjon bak kravet om å sentralisere kreftkirurgi til de største enhetene.

Vi står imidlertid her også overfor et metodisk problem. Sykehus med små volum er vanskelig å sammenligne med større sykehus fordi vi ikke vet om pasientsammensetningen er lik. Det gjør at sykehus med få pasienter innenfor ulike kirurgiske prosedyrer har et generelt problem med å måle egen kvalitet på tjenesten.

Så langt viser beregninger at det er et begrenset innsparingspotensiale ved å sentralisere akuttkirurgien og nivådele fødselsomsorgen i tråd med nasjonale anbefalinger. Det er gjort et forsiktig estimat som viser en mulig netto besparelse på 16,5 mill. kr. Når det gjelder endringsforslag innen akuttkirurgi og fødselsomsorg, er disse ikke økonomisk betinget.

Ved opprettholdelse av dagens situasjon vil vi imidlertid også stå overfor det forhold at flere av sykehusene i Helse Vest har lavere beredskap enn det som er anbefalt. En oppgradering av vaktordningene slik at de samsvarer bedre med anbefalt norm, er kalkulert til en størrelsesorden på 20 millioner kroner.

Dette innebærer imidlertid at ytterligere midler må bindes i vakt- og beredskapsordninger på bekostning av ressurser til annen pasientbehandling, forskning og undervisning.

Det vil ikke være arbeid på dagtid til legene som går 4-delt vakt på de mindre enhetene.

God ressursutnyttelse betyr at flere ressurser nyttes i direkte pasientbehandling som gir økte behandlingskapasitet og bedre tilgjengelighet i form av redusert ventetid.

Tilgjengelighet i form av avstandsmessig nærhet til sykehus og adekvat hjelp er også viktig for liv og helse og en trygghetsfaktor.

En godt utbygd prehospital tjeneste vil i stor grad kunne kompensere for avstand til spesialiserte helsetjenester enten det er ved mindre sykehus eller større.

Avstand er likevel en faktor som må vektlegges ikke minst i forhold til hyppige lidelser særlig innen indremedisinske fag og overfor eldre pasienter og pasienter med kroniske lidelser.

I situasjoner med akutt skade er det lagt vekt på at ambulansetjenestens tilgjengelighet opprettholdes. Tjenesten fungerer i slike situasjoner som spesialisthelsetjenestens forlengede arm. De fleste øyeblikkelig hjelp-tilfellene er pasienter med indremedisinske diagnoser. Disse vil fortsatt bli tatt hånd om av de desentraliserte indremedisinske avdelinger.

Oppsummert er bakgrunn for saken et ønske om å ivareta og utvikle kvaliteten på tjenestetilbudet og sikre en god ressursutnyttelse og derigjennom yte mer direkte pasientbehandling, samtidig som befolkningens behov for nærhet og tilgjengelighet ivaretas.

Det ligger i saken ikke grunnlag for å legge ned sykehus eller fjerne fødetilbud. Saken fokuserer først og fremst på fordeling av funksjoner/oppgaver mellom sykehus.

4. Helse Stavanger HF

Helse Stavanger HF har all akuttvirksomhet og fødselsomsorgen samlet ved Sentralsjukehuset i Stavanger. Det har på den bakgrunn ikke vært grunnlag for en særskilt gjennomgang i Helse Stavanger HF. Styret har imidlertid behandlet funksjonsfordelingsprosjektet i møte 31.03.03 og fattet følgende enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Stavanger HF slutter seg til de prinsipper og anbefalinger som legges til grunn i funksjonsfordelingsprosjektet i Helse Vest RHF og det vedtak styret i Helse Vest RHF fattet 17. februar 2003 om prosjektet.
2. Det gjennomføres et utredningsarbeid om avd. Egersunds organisasjon og funksjon med tanke på drøfting i styrets strategiseminar. Spesielt skal det utredes en organisering som Distriktsmedisinsk senter. Egersund kommune holdes orientert om utredningsarbeidet.
3. Sentralsjukehuset i Rogaland er eneste akuttsykehus i Helse Stavanger HF`s ansvarsområde. Det er derfor ikke behov for funksjonsfordeling mellom sykehus og en hørings- og medvirkningsprosess med kommunene er ikke aktuell.

5. Helse Fonna HF

I Helse Fonna HF er det gjennomført et omfattende prosjekt for å vurdere oppgave- og funksjonsfordeling innen somatikk i helseforetaket. Rapport fra prosjektet danner grunnlag for beslutning om struktur og organisering. Styret behandlet saken i møte 28.05.03, jfr sak 37/03, OU. Funksjonsfordeling Helse Fonna. Det ble fattet følgende enstemmige vedtak:

Helse Fonna HF er inne i en gjennomgripende organisasjonsendring som skal integrere alle sykehusene i en felles struktur. Bl. a. skal dette løses med kompetanseoppbygging og rotasjon mellom enhetene.

De prinsipielle punktene a, b og c skal bygges inn i drift på permanent basis. Punktene d og e som gjelder hvor elektive og akutte pasienter skal behandles over de neste 1 til 5 år er situasjonsbetinget. Her må det bl.a. tas hensyn til rekrutteringssituasjon og beredskapsnivåer.

- a) Det bygges ut desentral diagnostikk som baseres på bruk av digital røntgen (PACS). I tillegg kan det bli aktuelt å se på tversgående opplæring av sykepleiere slik at også blodprøver kan analyseres samt at vi utreder ytterligere styrking av slik diagnostikk ved hjelp av telemedisinske spesialistkonsultasjoner. Tidsplan for full etablering 1-2 år.
- b) Kronikeromsorgen utvikles desentralt med tilsvarende virkemidler samt etablering av pasientskoler som skal mobilisere pasienter og pårørende i økt egenomsorg og egenmestring. Tidsplan innen 1 år.
- c) Observasjonspost etableres i Haugesund og på Stord dersom de økonomiske betingelsene anses tilfredsstillende . Tidsplan innen 1-2 år.

Observasjonspasientene i Odda håndteres som i dag gjennom en dobbeltfunksjon i intensivenheten.

- d) Medisinsk akuttbehandling vil fortsette i form av akuttmottak og stabiliserende behandling før ev. videresendelse ved alle enheter. For Odda sjukehus vedkommende vil en gjøre en ny vurdering av behovet når kronikeromsorgen er etablert og erfaringene med drift av observasjonspost.
- e) Kirurgisk akuttberedskap i Odda kan med dagens rekrutteringssituasjon opprettholdes med en minimums legeberedskap som overlapper med den som er nødvendig for å opprettholde planlagt behandling på dagtid. Hvilke inngrepstyper som skal behandles bestemmes mellom fagmiljøene i Haugesund og Odda. Tidshorisont for en slik vurdering er i første omgang fem år.

Muligheten for felles bakvaktordninger mellom Haugesund og Stord utredes.

6. Helse Bergen HF

Helse Bergen HF nedsatte en arbeidsgruppe som har vurdert akutfunksjonene i kirurgi og fødselsomsorg/gynekologi med utgangspunkt i Helse Vest RHF-styrets vedtak. Arbeidsgruppen har først og fremst vurdert tilbudet ved Voss sjukehus.

Selv om den akuttkirurgiske virksomheten er sårbar og begrenset i volum og fødetilbudet ikke er i samsvar med anbefalte normer, har arbeidsgruppen ikke foreslått endring av tilbudet. Det vises til at Voss sjukehus gir et godt og effektivt lokalsykehusstilbud til befolkningen i området og har et utstrakt samarbeid med Haukeland Universitetssykehus der Voss sjukehus mangler kompetanse.

Arbeidsgruppen foreslår imidlertid et tettere samarbeid mellom sykehusene for å styrke kvaliteten på tilbudet på Voss og motvirke sårbarheten.

Styret behandlet saken i møte 04.06.03, sak 41/03, Organisering av somatiske akutfunksjoner i Helse Bergen. Styret fattet følgende enstemmige vedtak:

Styret slutter seg til forslagene fra arbeidsgruppen og gir følgende anbefaling:

- Alle overleger og leger under spesialisering innen områdene kirurgi, ortopedi, fødselsomsorg/gynekologi, anestesi og radiologi ved Voss sjukehus og Haukeland Universitetssykehus knyttes faglig opp i samme enhet (fem ulike enheter) i Helse Bergen.
- Klinikkleder/avdelingsleder ved Haukeland Universitetssykehus skal sammen med den stedlige ansvarlige på Voss sjukehus sørge for bemanningen av legepersonell/drift av legetjenesten ved begge sykehus. I tillegg skal faglige metoder, hvilke lidelser som skal behandles og ventelister koordineres av klinikkleder/avdelingsleder.
- Ved ansettelser blir det påpekt at tjenestested kan påregnes både på Voss sjukehus og Haukeland Universitetssykehus.

- Det blir satt opp et faglig hospiteringsprogram som skal sikre fremtidig kompetanse, der både faglig bredde og mengdetrening skal vektlegges.
- Barneklirikken er ansvarlig for tilsyn av pediater ved fødeavdelingen ved Voss sjukehus.
- Styret registrerer at det i regi av Helse Vest er tatt initiativ for å utvikle funksjonsfordeling mellom Haraldsplass diakonale sykehus og Helse Bergen, jfr. utredningens mandat pkt. 4.
- Styret forutsetter at tilbudet til befolkningen i tilstøtende kommuner utredes av Helse Vest, jfr. mandatets pkt. 3.

7. Helse Førde HF

I Helse Førde HF er det foretatt en omfattende gjennomgang av sykehusstrukturen med forslag til ny strategi for foretaket. Styret behandlet saken i møte 28.05.03, jfr sak 35/03, Ny strategi for Helse Førde. Det ble fattet følgende vedtak:

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 innspela frå foretakstillitsvalde i Helse Førde i samband med høyringsfråsegn. Styret har merka seg administrerande direktør sine kommentarar. Styret ber adm.direktør ta med seg innspela 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 at private aktørar kan leige Florø sjukehus til 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 tilsvarende kostnaden med drift av DMS/nærjsjukehus pilot i Florø. Helse Førde står overfor vesentleg større økonomiske utfordringar og må identifisere og iverksette ytterlegare effektiviseringstiltak i tida som kjem.

Punktene 1 og 6 ble vedtatt med 5 mot 4 stemmer, resterende vedtak var enstemmig.

8. Høringsuttalelser

Helseforetakene har med unntak av Helse Stavanger HF sendt forslagene på bred høring. Det er også avholdt dialogmøter med kommuner og fylkeskommuner i tråd med styrets vedtak i sak 11/03.

Helseforetakene har hatt ansvar for gjennomføring av høringene og dialogmøtene. Høringsuttalelsene inngår i beslutningsunderlaget for det enkelte helseforetak.

I tillegg til de uttalelsene som er gitt i forbindelse med prosessen i det enkelte helseforetak, har også Helse Vest RHF mottatt mange brev og telefoner. Både enkeltpersoner, lag og foreninger, regionråd, politisk organ, næringsinteresser og interesseorganisasjoner har tilkjennegitt sine synspunkt på de forslagene som blir drøftet. Med ett unntak er samtlige henvendelser og skriv kritiske til forslagene som blir diskutert. Synspunktene er også fremført

overfor Helse Vest RHF i formelle møter. Helse Vest har i tillegg fått mange telefonhenvendelser om saken.

Fellesnevneren for henvendelsene er at tilbudet generelt sett vil bli dårligere enn i dag, særlig fordi reisetida øker for mange pasienter.

Helse Vest har i alt mottatt i overkant av 100 skriftlige henvendelser. Disse er lagt fram for styret tidligere.

9. Begrunnelse for og vurdering av forslagene

Utgangspunktet for saken er de prinsipper som ble trukket opp av styret i sak 16/03. Det er i helseforetakene gjort en avveining mellom disse retningslinjene og de lokale forholdene, herunder tilgang på kompetent personell, volum og kvalitet på tjenester, differensiering og fordeling av oppgaver mellom sykehusene og avstander.

I Helse Førde HF er Førde sentralsjukehus (FSS) avd. Florø vedtatt nedlagt. Aktiviteten her er foreslått overført til FSS, Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus. Denne nedleggelsen er vesentlig økonomisk betinget. Det blir samtidig etablert et distriktsmedisinsk senter/DMS/nærsykehus i samarbeid med aktuelle kommuner.

Fødeavdelingen ved Nordfjord sjukehus foreslås opprettholdt. Det er begrunnet med et relativt stabilt fødselstall på 300 pr år og en relativ stabil personalsituasjon for overleger. Her må utviklingen følges både når det gjelder fødselstall og personell.

Akuttkirurgien er også opprettholdt i Nordfjord fordi det er stabil kirurgisk kompetanse ved sykehuset (2 spesialister i bløtdelskirurgi og 2 i ortopedi) og sykehuset får tilført aktivitet.

Det samme gjelder for Lærdal sjukehus hvor også akuttkirurgien opprettholdes fordi det er tilgang på generell kirurgisk kompetanse og sykehuset tilføres aktivitet.

Fødeavdelingen i Lærdal foreslås imidlertid omgjort til modifisert/forsterket fødestue fordi fødselstallet ligger noe lavere her enn i Nordfjord og har vist en nedgang, fra 270 i 2001 til 233 i 2002. Avdelingen har også vært mer sårbar bemanningsmessig med flere vikarer.

Det foregår allerede en seleksjon av fødende i Lærdal og det er ytterligere kapasitet ved Førde sentralsjukehus (FSS). Det gjelder også Voss sjukehus.

Verken fødeavdelingen i Lærdal eller i Nordfjord oppfyller de nasjonale normer til fødeavdelinger når det gjelder antall fødsler.

I Helse Bergen HF foreslås fødeavdelingen på Voss sjukehus opprettholdt. Det begrunnes med relativt stabile fødselstall, ca 300 pr år, og stabilt personale.

Akuttkirurgien foreslås også opprettholdt på Voss sjukehus. For å styrke virksomheten på Voss foreslås det et tettere faglig samarbeid mellom Haukeland Universitetssykehus og Voss sjukehus med sentral koordinering av hvilke pasienter som skal behandles ved de ulike enhetene.

I Helse Fonna HF er fødeavdelingen ved Odda sjukehus tidligere omgjort til fødestue. Akuttkirurgien foreslås opprettholdt. Det er i dag generell kirurgisk kompetanse ved sykehuset og det foreslås i Helse Fonna en organisatorisk og faglig integrasjon av de ulike spesialitetene. Det innebærer også regulering av hvilke inngrep som skal gjøres i Odda.

Det er ikke funnet grunnlag for å gjøre endringer i tilbudet på Stord sykehus. Fødselstallet er her relativt høyt og det personelldekning for tiden. Mulighet for felles bakvaktordning skal utredes mellom Haugesund sykehus og Stord sykehus.

Det er i helseforetakene understreket at utvikling må følges nøye når det gjelder personell og kompetanse.

For Helse Vest RHF har det vært vesentlig å vurdere akuttfunksjonene og fødetilbudet i et lengre tidsperspektiv. Helse Vest RHF vil videreutvikle sykehusstrukturen i tråd med den faglige og teknologiske utvikling, rekruttering og økt spesialisering i de kirurgiske fagene. Helse Vest RHF vil også vektlegge tilbudet til kronikere og utbygging av telemedisinske løsninger ved de mindre enhetene. Kvalitet på tjenesten vil være et overordnet hensyn.

Helseforetakene har vurdert saken i et utviklingsperspektiv men også i stor grad lagt den aktuelle personalsituasjonen og reiseavstand til grunn for sine forslag. Det har medført at flere enheter er foreslått opprettholdt selv om virksomheten avviker fra retningslinjene som styret i Helse Vest RHF trakk opp.

Dette reiser i neste omgang spørsmål om i hvilken grad Helse Vest RHF skal benytte sin eierposisjon til å instruere helseforetakene gjennom foretakmøtet, eller om de skjønnsmessige vurderinger som er gjort av HF-styrene, sikrer et tilfredsstillende tjenestetilbud.

Det er gjennom prosjektet avdekket at det ved de mindre enhetene dels er en uhensiktmessig ressursbruk og dels sårbare og utilstrekkelig vakt- og beredskapsordninger.

Den tiltakende spesialisering innen medisinske spesialiteter vil representere en særlig utfordring for driften ved disse enhetene.

Det er samtidig fra helseforetakene foreslått tiltak for å gjøre disse enhetene mer robuste, dels gjennom organisatorisk integrasjon, dels gjennom utbygging av telemedisinsløsninger og dels gjennom initiativ til styrket samarbeid med primærhelsetjenesten.

Det er likevel klart at situasjonen stiller særlige krav til helseforetakenes dokumentasjon av kvalitet og effektiv ressursbruk og Helse Vest RHF vil følge denne utvikling nøye.

Det er så langt ikke vurdert konkrete løsninger på tvers av helseforetak eller regionale helseforetak.

Adm.direktør vil anbefale at styret i Helse Vest RHF slutter seg til forslagene fra HF-styrene slik de er gjengitt og at styret videre slutter seg til de mer langsiktige strategier slik de fremgår av forslag til vedtak.

Forslag til vedtak:

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

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

For Helse Vest RHF er det viktig å ha et langsiktig perspektiv på dette endringsarbeidet.

2. Det legges her til grunn at det foretas følgende organisatoriske endringer i helseforetakene:
 - De kirurgiske og indremedisinske tjenestene ved FSS avd. Florø overføres til FSS, Lærdal sjukehus og Nordfjord sjukehus med unntak av blodbank, hudpoliklinikk/lysterapi og eventuelt røntgentjenester.
 - Fødeavdelingen ved Lærdal sjukehus omgjøres til forsterket/modifisert fødestue.
 - Alle overleger og leger under spesialisering innen områdene kirurgi, ortopedi, fødselsomsorg/gynekologi, anestesi og radiologi ved Voss sjukehus og Haukeland Universitetssykehus knyttes faglig opp i samme enhet i Helse Bergen.
 - Klinikkleder/avdelingsleder ved Haukeland Universitetssykehus skal sammen med stedlig ansvarlig på Voss sjukehus sørge for drift av legetjenesten ved begge sykehus. Faglige metoder, oppgavefordeling og ventelister koordineres av klinikkleder/avdelingsleder.
 - Alle sykehusene i Helse Fonna integreres i en felles struktur med gjennomgående faglig ledelse innenfor de ulike fagområdene.
 - Desentral diagnostikk styrkes ved bruk av bl.a. digital røntgen og telemedisinske spesialistkonsultasjoner i Helse Fonna HF.
 - Kronikeromsorgen utvikles ved de mindre enhetene i Helse Fonna HF.

Det forutsettes at helseforetakene har en aktiv og løpende oppfølging av de mindre enhetene for å sikre forsvarlige tjenester. Utviklingen i fødselstall og tilgang på rett kompetanse må følges nøye.

3. I det videre arbeidet skal det legges vekt på:
 - å styrke kronikeromsorgen ved alle enhetene
 - å nytte telemedisinske løsninger ved de små enhetene for hurtig å avklare og diagnostisere behov for behandling
 - å videreutvikle sykehusstrukturen i tråd med den faglige og teknologisk utvikling, rekruttering og økt spesialisering i de kirurgiske fagene

- sterkere faglig integrasjon i alle helseforetakene og økt faglig samhandling mellom helseforetakene med bl.a. felles faglige retningslinjer
 - styring av innføring og bruk av nye metoder og ny teknologi
4. Samhandling med primærhelsetjenesten må styrkes i alle helseforetakene. I Helse Førde HF etableres det et pilotprosjekt hvor et distriktsmedisinsk senter (DMS)/nærsykehus utredes i Florø i samarbeid med aktuelle kommuner, jfr også vedtak i Helse Stavanger HF om å vurdere et DMS i Egersund. Helse Vest vil delta i nasjonale fellesprosjekt om samhandling med primærhelsetjenesten.
 5. Helse Vest RHF vil i egne saker vurdere funksjonsfordeling mellom de større enhetene.