

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Selskap: Helse Vest RHF
Dato skriven: 22.02.05
Sakshandsamar: Ingvill Skogseth
Saka gjeld: **Om endringar i tenestetilbodet i Helse Førde**

Styresak 1905 B

Styremøte 28.02. 2005

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev datert 18. januar 2005 bedt Helse Vest gjera greie for dei vedtekne endringane i organiseringa av tenestetilbodet i Helse Førde. Det blir vist til styresak 56/2004 av 30.09.04 i Helse Førde HF.

Departementet viser også til møte mellom helse- og omsorgsministeren og styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest RHF 17. januar 2005.

Det skal særleg gjerast greie for korleis krava som stilles til fagleg forsvarleg teneste er ivaretekne.

Det blir vist til dei styringskrava som er stilte i etterkant av Stortinget si handsaming av akuttmeldinga og ny strategi for lokalsjukehusa i statsbudsjettet for 2005.

Det vert peika på at det ved strukturendringar er viktig å gjennomføre gode faglege og relasjonsmessige prosessar og at det er god dokumentasjon på at nye tiltak sikrar pasientane sine behov og helsetenesta sine mål.

Departementet gjer og merksam på at saker som vurderast å vere av vesentlig samfunnsmessig eller prinsipiell karakter skal leggjast fram for departementet for vurdering etter § 30 i helseføretakslova.

Det er med bakgrunn i brevet frå departementet gjort ei fornya vurdering av dei endringane som særleg er knytt til styresak 56/2004 av 30.09.04 i Helse Førde HF.

Departementet har bede om at Helse Vest si utgreiing og vurdering av saka blir sendt til departementet innan 1. mars 2005.

Kommentarar

Innleiing

I sak 56/2004 i Helse Førde HF gjorde styret blant anna følgjande vedtak (jf pkt 2 i vedtaket):

Helse Førde skal med verknad frå 1.1.05 iverksette endra tenesteorganisering slik:

- a. Samling av kirurgisk aktivitet i Førde/Florø, med unntak av urologisk aktivitet som vert vidareført i Lærdal
- b. Samling av ortopedisk aktivitet i Førde og Nordfjordeid.

Endringane må ses som ledd i ei samla omstilling og utvikling av tenestene i Helse Førde HF med sikte på å få ei meir hensiktsmessig fordeling av funksjonar og ei betre utnytting av ressursane.

Med utgangspunkt i brevet frå departementet og vedtaket er det gjort ein brei gjennomgang av endringane i tenestetilbodet i Helse Førde. Omtalen av lokalsjukehusa i St.prp.nr.1 (2004 – 2005), kapittel 7.5. "Lokalsykehusenes rolle", er mellom anna lagt til grunn for gjennomgangen.

Det er halde møte med leiarar innanfor den indremedisinske-, generell kirurgiske- og ortopediske verksemda i Helse Førde.

Framstillinga her bygger i stor grad på desse samtalane.

Gjennomgangen er bygd opp kring følgjande punkter:

- dagens helsetenester
- tryggleik for at nødvendige helsetenester blir gitt
- forsvarleg teneste og god kvalitet
- desentralisering av spesialisthelsetenester og samarbeid med primærhelsetenesta
- ressursutnytting og økonomi
- utvikling av lokalsjukehusa i ein heilskapleg strategi for Helse Førde HF
- akuttberedskap på sjukehusa
- prehospitale tenester
- samhandling og kommunikasjon

Forholdet til helseføretakslova si § 30 er omtala til sist.

Nærsjukehuset i Florø og fødetilbodet i føretaket er ikkje omtalt då dette er rapportert ved ein tidligare anledning, og det er ikkje gjort endringar etter den tid. Endringane får i liten grad konsekvensar for det psykiatriske tilbodet, og dette vert difor i liten grad omtala.

Frå 01.01.2005 gjekk Helse Førde over til klinikkorganisering. Dette inneber at sjukehusa som organisatorisk nivå er borte, mens det nå er funksjonsorganisering på tvers i føretaket. Det er klinikkar for psykisk helsevern, prehospital klinikk, klinikk for rehabilitering og kronisk sjukdom, klinikk for medisinsk diagnostikk, medisinsk klinikk og kirurgisk klinikk, samt divisjon for intern service.

Dagens helsetenester i Helse Førde HF (fokus på Lærdal- og Nordfjord sjukehus)

Lærdal sjukehus (LSH) og Nordfjord sjukehus (NSH) har i dag elektive tenester og akuttfunksjon innan ortopedi og indremedisin, i tillegg til fødetenester. Det gjeld både for poliklinisk aktivitet, dag- og døgnaktivitet. Ved sjukehuset i Lærdal er det i tillegg elektiv urologisk aktivitet. Per i dag er det også urologisk aktivitet ved NSH, men denne funksjonen vert avvikla frå medio april. Ved Sentralsjukehuset i Førde (FSS) er det både elektiv verksemd og akuttfunksjon i indremedisin, ortopedi og generell kirurgi. Andre spesialitetar går ein ikkje nærmare inn på her, då dei ikkje er omfatta av endringane.

Generell kirurgi

Endringar for å nå balanse i 2005 har ført til at den generelle kirurgien, med unntak av elektiv urologisk aktivitet i Lærdal og elektiv dagkirurgi ved Nærsjukehuset i Florø, frå 01.01.2005 er samla i Førde. All øyeblikkeleg hjelp innan generell kirurgi er samla i Førde. Karkirurgi, mammakirurgi og cancer coli har i lengre tid vore sentralisert til FSS. Gastrokirurgi har også i stor grad vore utført ved FSS, men avhengig av kompetanse hos legevikaren (jf seinare), har slik kirurgi også vore utført ved LSH og NSH. Den generelle kirurgiske aktiviteten i Lærdal og Nordfjordeid har over tid vore minkande. Det som nå blir sentralisert til FSS er i hovudsak allmennkirurgiske inngrep; blindtarmbetennelsar, åreknutar-, galle- og brokkoperasjonar samt annan småkirurgi.

Ortopedi

I den ortopediske verksemda har det vært ei oppbygging av tenesta. Den ortopediske aktiviteten for Helse Førde sitt opptaksområde er frå 01.01.2005 samla til FSS og NSH og desse sjukehusa har dermed fått auka aktivitet. I tillegg er det etablert ein eigen ortopedisk klinikk ved LSH som primært skal behandla pasientar med rett til nødvendig helsehjelp frå andre opptaksområde enn Sogn og Fjordane. Korte ventetider på operasjon og ferdigbehandling på same sjukehus (operasjon og rehabilitering) er verkemiddel for å få pasientar til å velja operasjon ved ortopediklinikken i Lærdal.

LSH og NSH vidarefører akuttfunksjon i ortopedi for sitt lokalsjukehusopptaksområde, men har og moglegheit for å sende pasientar vidare til FSS, dersom det elektive programmet vil bli vesentlig forstyrra som følgje av ø-hjelps operasjonar.

Indremedisin

I den indremedisinske verksemda har det på grunn av overkapasitet innan fagfeltet vore ein liten reduksjon i sengetalet i Sunnfjord. Framleis vil Helse Førde HF ha romsleg indremedisinsk sengekapasitet sett i forhold til landsgjennomsnittet. Dette er tilfelle sjølv etter at det er justert for ein større del eldre i opptaksområdet, enn det som er gjennomsnittet i landet.

I forhold til tenestetilbodet innan den indremedisinske verksemda, er det ingen reduksjonar, men derimot ei satsing, spesielt innan fagfelte kreft og geriatri. Innan kreftomsorg er det etablert eit samarbeidsprosjekt med Haukeland Universitetssjukehus (HUS), der Helse Førde og HUS saman søker etter to onkologar som skal delast mellom sjukehusa. I løpet av året skal det opprettast ei onkologisk avdeling ved FSS og onkologisk poliklinikk er planlagt etablert i nytt bygg frå 2006. Det er i Helse Førde fleire sjukepleiarar med spesialistutdanning innan onkologi, som i dag arbeider med andre pasientgrupper, og såleis kan rekrutterast til sengeavdeling og poliklinikk. Eit team for lindrande behandling vil og bli oppretta i løpet av 2005. Kompetansemiljøet vil i fyrste omgang bli bygd opp i Førde, men skal og arbeide mot

etablerte team lokalt i Nordfjordeid og Lærdal. Dei ambulerande teama vil og ha ein viktig funksjon overfor primærhelsetenesta mellom anna for auke kompetansen. Geriatrien skal styrkast og det blir søkt etter geriater til Førde. Det har tidligare vist seg vanskeleg å få tilsett i denne stillinga, men ein ny offensiv på dette, i samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane, håper ein skal gi resultat. Også innan dette fagfeltet er det fleire sjukepleiarar med spesialutdanning i Helse Førde. Geriatisatsinga er planlagt parallelt med oppbygging av et psykogeriatrisk tilbod i Førde.

I Førde er det nyleg starta opp eit lærings- og meistringssenter (LMS). Sjølve LMS er lokalisert til området ved FSS, og skal fungere som ein ”paraply organisasjon” for alle LMS funksjonane på dei ulike sjukehusa. Det vert no arbeida med å kartlegge eksisterande LMS funksjonar i føretaket, og systematisere og kvalitetssikre disse. KOLS, diabetes, hjarte, kreft, overvekt og psykisk helsevern er eksempel på satsingsområde framover. Fleire av desse LMS funksjonane er allereie etablert ved sjukehusa i dag, inklusive nærsjukehuset i Florø. Koordinator for behandlingshjelpemidlar høyrer også til i LMS eininga.

Dialyse vert i dag berre utført i Førde, men det er eit ønskje å kunne tilby denne tenesta og andre plassar i føretaket.

Tryggleik for at nødvendige helsetenester blir gitt

Generell kirurgi

Endringar innan den generelle kirurgien er grunngeve ut frå kvalitet på tenestene. Dette har fagmiljøa hatt fokus på og vore einige om. Opinionsen har hatt fokus på geografisk nærleik til tenestene. Fleire av de større operasjonane er allereie sentralisert til sentralsjukehuset. Nokre pasientar vil få lengre reiseveg til sjukehus som følgje av dei vedtekne endringane. Dette gjeld i stor grad pasientar som ein sjeldan gang må opererast, og ikkje pasientar med lidningar som hyppigare må oppsøke sjukehus. Helse Førde har hatt ein overkapasitet på lavt prioriterte lidningar som brokk, åreknutar med meir, og denne typen lidningar vil nå kunne få ei noko redusert tilbod samanlikna med tilbodet slik det har vore. Tilbodet til pasientar med høgare prioriterte lidningar vil derimot ikkje oppleve noko endring, og tilgjenge på tenestene vil vere dei same. På tross av at einskilde pasientar vil oppleve ein noko lengre reiseveg til sjukehus, oppfattast dette av fagleg ansvarlege ikkje som svekka kvalitet då tidsaspektet tel mindre enn kvaliteten på tenestene som blir gitt. LSH og NSH er fullt i stand til å ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle, sjølv om de ikkje lenger har akutfunksjon i generell kirurgi. Både turnuslege, ortoped, indremedisinar og anestesilege er framleis i kontinuerlig vaktberedskap ved sjukehusa.

Frå april mister Helse Førde ein urolog, og då det er nasjonal mangel på spesialistar innan urologi kan det bli ei utfordring for helseføretaket å rekruttere til denne stillingen.

Indremedisin og ortopedi

Indremedisinske problemstillingar er eit satsingsområde for føretaket, og det er berre gjort ei kapasitetsmessig justering av sengetalet, som ikkje vil påverke eller svekke tenestetilbodet. For det ortopediske fagområdet er det heller ingen reduksjon i tilbodet. Etablering av eige ortopediklinikk ved sjukehuset i Lærdal blir oppfatta som å styrke tenestetilbodet, og vil gje vesentleg auka samla ortopedisk aktivitet i Helse Førde.

Tryggleiksaspektet

I høve til helsetenester handlar tryggleik om å få gode og forsvarlige tenester i tide når sjukdom eller skade gjer det naudsynt med helsehjelp. Dette gjeld når behovet oppstår akutt, men ikkje minst for kronikarar som er avhengig av eit tilgjengeleg tilbod over tid, som har god faglig kvalitet, kontinuitet og samhandling med primærhelsetenesta. I høve til dei fleste øyeblikkelig hjelp tilstandane og reisetidene innan Helse Førde, er det medisinske utfallet vesentlig meir avhengig av kvalitet og innhald i den tenesta som blir gitt på sjukehuset, enn tida det tar å kome dit. Den mest grunnleggande akuttberedskapen er heller ikkje knytt til sjukehusa, men til den kommunale legevaktttenesta og ambulansetenesta¹ (jf prehospitale tenester).

Geografisk likskap til helsetenestene har lenge hatt eit sterkt fokus i fylket, mens likskap mellom ulike pasientgrupper i mindre grad har vore framme i diskusjonane. Eit slikt fokus tydeliggjer at det er naudsynt av å omprioritere mellom pasientgrupper til fordel for pasientgrupper som aukar og som i dag har eit mangelfullt tilbod. Eksemplar på denne type pasientgrupper er kreftpasientar, eldre med geriatrike/psykogeriatriske problemstillingar, pasientgrupper innan psykisk helsevern og pasientar med rusproblematikk.

Forsvarleg teneste og god kvalitet

Generell kirurgi

Bakgrunnen for ei samling av den generelle kirurgien til FSS er basert på faglege vurderingar. Det har i lengre tid vore faglege argument for å samle denne verksemda då den totale produksjonen ved NSH og LSH, med unntak av urologi, har vore liten. I tillegg har legebemanninga vore prega av vikarstafettordningar og mangel på faste legar. Eit system som er basert på stor grad av vikarordningar har gitt lite kontinuitet og ein lite robust situasjon, med vikarlegar med tildels varierende bakgrunn, kompetanse og erfaring. På bakgrunn av lavt volum og stort innslag av vikarar, vil det være ein faglig kvalitativ gevinst å samle den generelle kirurgien i føretaket.

Aktiviteten ved LSH og NSH har på einskilde område hatt eit kritisk lågt volum, spesielt sett i samanheng med stor grad av vikarordningar og varierende bakgrunn hos legene. Lite volum i kombinasjon med stadig nye behandlingsmetodar og nytt utstyr kan gjere det vanskeleg for legane, og for anna personell å halde seg oppdatert på fagfeltet.

Tabellane under viser tal på brokkoperasjonar, akutte blindtarmbetennelser og laparoskopiske galleoperasjonar ved NSH og LSH i år 2003 og for 1. og 2. tertial 2004.

Lærdal sjukehus

DRG	2003	1. og 2. tertial 2004
Antall opphold DRG 162 Inguinal og femoral brokkop(..) - elektiv	34	12
Antall opphold DRG 162 Inguinal og femoral brokkop(..) - ø-hjelp	5	4
Antall opphold DRG 494 Laparoskopiskolecystectomi (...) - elektiv	6	5
Antall opphold DRG 167 Appendektomi ekskl (...) - ø-hjelp	11	8

Tall for 2003. Kilde NPR

¹ NOU 1998:9, Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

Nordfjord sjukehus

DRG	2003	1. og 2. tertial 2004
Antall opphold DRG 162 Inguinal og femoral brokkop(..) - elektiv	48	21
Antall opphold DRG 162 Inguinal og femoral brokkop(..) - ø-hjelp	0	0
Antall opphold DRG 494 Laparoskopisk kolecystectomi (...) - elektiv	14	6
Antall opphold DRG 167 Appendektomi ekskl (...) - ø-hjelp	13	0

Tall for 2003. Kilde NPR

Eksempelvis blei det ved LSH operert 11 pasientar med akutt blindtarmbetennelse i 2003 og 8 i løpet av 8 månader i 2004. Ved NSH blei det i 2003 operert 13 pasientar med blindtarmbetennelse, mens det i de første 8 månadene i 2004 ikkje var nokon. 5 – 14 galleoperasjonar i året er eit lite volum til å lære seg og oppretthalde denne ferdigheita på. Det eine sjukehuset har vidare ein relativt stor prosent laparoskopiske galleoperasjonar som ein har måtta konvertere undervegs i operasjonen. Det lave volumet og eksempel som nemnt over, har vore med på å grunngje behovet for sentralisering av den generelle kirurgien.

Ved NSH var det i gjennomsnitt i 1. og 2. tertial 2004, 0,8 kirurgiske ø-hjelps innleggingar per døgn, mens tilsvarande for LSH var 0,7.² Dette inkluderer også pasientar med ortopediske problemstillingar (operasjonar). Opphald med kirurgisk DRG kan brukast som ein god indikator på aktiviteten i ei kirurgisk avdeling, sjølv om det ikkje er einstyndande med talet på innleggingar i kirurgisk avdeling. Det førekjem også innleggingar i kirurgisk avdeling som ikkje blir operert og som endar opp med ein medisinsk DRG. Tala viser likevel at den kirurgiske øyeblikkelig hjelp aktiviteten ved sjukehusa er svært låg, og at endringane vil påverke eit lite tall pasientar. I forbindelse med NOU 1998:9 "Hvis det haster"³ vart det framskaffa informasjon om fordelinga av øyeblikkelig hjelp pasientar gjennom døgnet. Det går fram av rapporten at ved sjukehus med mindre enn 40 000 innbyggjarar i opptaksområdet vert operasjonar utført som følgjer:

- 62 % av ø-hjelps operasjonane mellom kl. 08 – 16
- 5 % av ø-hjelps operasjonane mellom kl. 00 – 08, noko som tilsvarer eit inngrep i løpet av 10 – 20 netter

Det er lite sannsynlig at dette bildet skulle vere vesentlig endra dei seinare åra. På kveld og natt er det såleis ein vaktberedskap som i liten grad er knytt til pasientretta verksemd.

Krava til faglige forsvarleg teneste for fagområdet er ivaretatt, sjølv om nokon pasientar får lengre reiseveg. Tidsfaktoren synast å vere mindre viktig i høve til sluttresultatet, enn kvaliteten på helsetenesta som blir gitt.

Indremedisin og ortopedi

Tilbodet innan indremedisin og ortopedi er som tidligare nemnt planlagt styrka, og vaktberedskapen fortsetter på lik linje som tidlegare. Det vert ytt god service og forsvarlig teneste for begge fagområda ved alle sjukehusa. På bakgrunn av at generell kirurgien er sentralisert vil det kunne oppstå grensetilfelle mellom kirurgiske og medisinske pasientar. Primærlegane er informert om endra tenestetilbod ved LSH og NSH, og vil ved spørsmål om generelle kirurgiske problemstillingar sende pasienten direkte til FSS. Pasientar som likevel kjem på sjukehus med problemstillingar i grenseland mellom generell kirurgi og medisin, vil bli vurdert klinisk i kvart enkelt høve. Der det vert bestemt at pasienten skal ha konservativ

² NPR, 1. og 2. tertial 2004

³ NOU 1998:9, Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

behandling, vil dette kunne bli gitt ved medisinsk avdeling ved NSH eller LSH, i plassen for å transportere pasienten til FSS. Denne problemstillinga vil i hovudsak gjelde eldre pasientar (ofte sjukeheimsbebuarar) der ein ser det som ei belastning for pasienten å bli flytta.

Desentralisering av spesialisthelsetenester og samarbeid med primærhelsetenesta

Innan det kirurgiske fagfeltet har det tidligare vore tett samhandling med primærlegane i arbeidet med å utarbeide ein prosedyreperm for allmennlegane. Arbeidet med sentralisering av generell kirurgi har ikkje vore ute på høyringsrunde men ei kommunegruppe, primærhelsetenesta og sosialhelsetenesta har vært involvert undervegs i prosessen. Det har også vore møter med primærlegane i indre Sogn og i Nordfjord før endringane (desember 2004). I kontakten med primærlegane legg leiinga for fagområdet generell kirurgi stor vekt på at det ikkje skal være noko forskjell på deira tilgjenge overfor primærlegane, sjølv om tenesta no er sentralisert til FSS. Leiinga stiller krav til medarbeidarar at dei skal være tilgjengelige for primærlegane, og at dei tar kontakt dersom dei er opptatt når førespurnaden kjem.

Innan det indremedisinske fagfeltet er det i samarbeid med primærhelsetenesta utarbeida prosedyrar for utskriving av pasientar, som krev god samhandling og tidlig kontakt mellom sjukehuset og kommunehelsetenesta. Individuelle planar er også implementert.

Praksiskonsulentordning er ikkje sett i system i Helse Førde enno, men eit arbeid på området blei starta hausten 2004.

Utnytting av ressursar og økonomi

Generell kirurgi

Vaktberedskapen ved NSH og LSH har vore kostbar både på bakgrunn av utstrakt bruk av dyre vikarstafettordningar og som følgje av liten aktivitet i beredskapstida (jf tal øyeblikkelig hjelp pasientar innan kirurgi). Det har såleis vore lite direkte pasientretta verksemd igjen i høve til nytta timar i vaktberedskap. Ei dreining frå beredskapstid til direkte pasientretta verksemd er i tillegg til dei faglige argumenta ein del av tanken bak sentraliseringa. Dette inneber redusert ressursbruk i beredskapsressursar og ei betre utnytting av samla tenestekapasitet.

Ortopedi, indremedisin

Med unntak av ein mindre reduksjon i talet på senger innan indremedisin vil det ikkje vera økonomiske endringar eller omfordeling av ressursane innan disse fagfelta. Samling av den elektive ortopediske aktiviteten for nedslagsområdet til Helse Førde i Nordfjordeid og Førde, vil gi ei betre utnytting av den samla tenestekapasiteten på disse stadene, samtidig som tenestekapasiteten i ortopedi i Lærdal blir utnytta til pasientar med rett til nødvendig helsehjelp i andre helseføretak. Den samla ortopediske aktiviteten vil dermed auke betrakteleg med tilnærma uendra ressursbruk, og vil dermed generere auka inntekter innanfor ortopedi.

Helse Førde har samanlikna med andre sjukehus ein låg del dagbehandling, eksempelvis utført dagkirurgi av all kirurgi. Omlegging til auka del dagbehandling og poliklinisk behandling er ein del av strategien for føretaket framover.

Utvikling av lokalsjukehusa i ein heilskapeleg strategi for Helse Førde HF

NSH og LSH sin rolle framover i ein heilskapeleg strategi for Helse Førde vil være knytt til;

- Ei betydeleg verksemd knytt til generell indremedisin, geriatri, pasientar med kroniske lidingar, palliativ behandling av pasientar med kreft, smertelindring. Desse

pasientgruppene vil ha behov for hyppige og/eller langvarige opphald, der reiseavstand og nærleik til helsetenesta vil vere ein tungt vekta kvalitetsfaktor

- Ein større grad av spesialisert poliklinisk aktivitet, gjennom ambulering av spesialistar frå Førde
- Nisjeområde/spesialisert aktivitet, slik som til eksempel ortopedi er på sjukehusa i dag
- Ei styrking av tilbodet til pasientar med psykiske lidingar og rusproblematikk, samt styrking av tilbodet til psykisk sjuke barn og deira familiar.

Turnusteneste

Etter ei samling av akuttfunksjonen innan den generelle kirurgien til Førde, vil ikkje dei andre sjukehusa understøtte krava til turnusteneste for leger slik det går frå av § 4 i Forskrift om praktisk teneste for å få autorisasjon som lege, av 20. desember 2001. Sosial- og helsedirektoratet gav i brev av 10.01.2005 Helse Førde dispensasjon frå gjeldande forskrift om turnusteneste. Dette medfører at turnusteneste framleis kan oppretthaldes på LSH og NSH, men at det blir ein splitt i tenesta der turnuskandidatane må til FSS får å få generell kirurgisk teneste. Dette medfører at turnuskandidatane må flytte på seg geografisk undervegs i turnustenesta. Dette kan være uheldig for omdømmet Helse Førde vil ha som turnusplass blant legestudentane.

Akuttberedskap på sjukehusa

Akuttberedskap på LSH, NSH og FSS innan indremedisin og ortopedi vil fortsette som før. Akuttberedskap innan generell kirurgi er nå sentralisert til FSS. Dette vil påverke pasientar med blautdelskirurgiske problemstillingar, mens andre funksjoner ved LSH og NSH som anestesi, radiologi med vidare ikkje er påverka av endringa, og fortsett med same beredskap som før. Sjukehusa er framleis i stand til å ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle.

Som nemnt tidlegare vil primærlegane ved spørsmål om blautdelskirurgiske problemstillingar sende pasienten rett til FSS. Pasientar som likevel kjem til LSH eller NSH med denne type problemstilling og er i behov av konservativ behandling, og ikkje kirurgisk inngrep, vil kunne få dette ved medisinsk avdeling ved sjukehusa. Dette vil være ei klinisk vurdering i kvart einskild høve og volumet av denne type pasientar vil vere lite.

Prehospitale tenester

For nokre pasientar vil det ta lenger tid før pasienten kjem fram til sjukehus som følgje av endringane i Helse Førde. Utvalet som stod bak NOU 1998:9 Hvis det haster...⁴ er spesielt opptatt av tida som går frå sjukdom eller skade oppstår til pasienten får korrekt behandling. Utvalet er opptatt av at det vesentlige er at behandlinga kjem raskt i gang. Dersom dette kravet er oppfylt, kan dei meir spesialiserte behandlingstiltaka i sjukehuset oftast vente noko. Det betyr at tida som går før legevaktslege og/eller ambulanse kjem til pasienten og kvaliteten på tenesta dei gir, ofte kan vere like viktig som tida som går før pasienten kjem på sjukehus. Utvalet bak NOUen peikar på betre kvalitet og kapasitet på ambulansetenesta som eit av fleire kritiske områder for betring av den akuttmedisinske beredskapen.

Ambulansetenesta meiner det er kapasitet til å dekke inn auka transport som følgje av dei siste endringane som no er sett i verk.

⁴ NOU 1998:9 Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

Det er arbeidd systematisk med ambulansetenesta i Helse Førde sitt opptaksområde dei seinare åra. I samband med endring av fødeavdelinga i Lærdal til forsterka fødestove og Florø sjukehus til Nærssjukehus, blei ambulansetenesta utvida. Vurderinga som låg til grunn for denne utvidinga var knytt til ordinær fødestove. Ambulansetenesta er ikkje blitt nedjustert som følge av at det vart etablert ei forsterka fødestove i plassen. Endring i fødetilbodet har berre gitt ei marginal meirbelastning for ambulansetenesta. Ambulansetenesta blei som følge av denne prosessen forsterka med;

- 1 ekstra døgnbil i Florø
- 1 ekstra dagbil i Luster
- 1 dagbil som blei utvida til døgnbil i Sogndal/Leikanger
- 1 ekstra dag/kveld bil i Vågsøy (som følge av etablering av felles legevakt i Nordfjord)

På grunn av geografien i Sogn og Fjordane er talet på ambulansar per 100 000 innbyggjarar langt høgare enn gjennomsnittet elles i landet. På grunn av dei lange avstandane i fylket kan ein bil være opptatt i lang tid når den er på oppdrag, og det er ein av grunnane til behovet for fleire bilar. Det har den seinare tida vore eit auka tal på oppdrag med bil, men det har i mindre grad vore som følge av fødestova og nærssjukehuset, men ein kombinasjon av at ein stor del pasientar er overflytta til Haukeland Universitetssjukehus og at det har vore mykje dårlig vær og difor ikkje mogleg å nytte fly.

Det har vore jobba systematisk med ambulanspersonalet si kompetanse i Sogn og Fjordane. Tre månaders opplæring samt opplæring i trombolyse er innført og dei tilsette har såleis relativt god kompetanse. Kurs i kriseberedskap har og vore vektlagt. Frå 2005 etablerer Helse Førde system for registrering av samtdiskonflikhtar i ambulansetenesta, som del av grunnlag for vurdering av tenestene over tid, og i forhold til nye forskrifter og krav til prehospital verksemd.

I NOU 1998:9 blir det ikkje oppgitt noko tid for kva som er fagleg forsvarleg avstand eller reisetid ved alvorlig akutt ulukke eller sjukdom. Derimot kom utvalet fram til konkrete tiltak for ambulansetida, med mellom anna responstider på 25 minuttar for akuttoppdrag (blålys) og 40 minuttar for hasteoppdrag, men dette er ikkje forskriftsfesta. Ambulansetenesta i Sogn og Fjordane klarer ikke alltid responstidene. Dette vil og vere økonomisk svært kostbart å gjennomføre (rekna til 27 millionar kroner). På grunn av dei lange avstandane i fylket er hjartestartere plassert rundt om i fylket, slik at livreddande førstehjelp i slike situasjonar kan kome raskt i gang.

I nærssjukehuset i Florø er legevakt og ambulanse lokalisert i saman. Det er fremja eit forslag frå samarbeidsrådet for kommunane i Indre Sogn om ein interkommunal legevaktsordning som kan lokalisert til LSH, og dette vil bli handsama i dei aktuelle kommunar i løpet av våren. Ein felles base for legevakslege, ambulanspersonell og akuttberedskap på sjukehus vil gi ein moglegheit for ein meir fleksibel bruk av ressursane.

Samhandling og kommunikasjon

Helse Førde utarbeidde i samband med omstillingsprogrammet "Balanse 2005" ein informasjonsstrategi for prosessen.

For intern informasjon og kommunikasjon valde ein å prioritere:

- informasjon på intranettet med oppdatert informasjon om framdrift, avgjerdar og iverksetting av omstillingane
- informasjon gjennom linja
- allmøte på sjukehusa som var omfatta, der adm.direktør eller andre frå føretaksleiinga informerte, fokus på konsekvensar for tilsette
- informasjon og orientering til tillitsvalde

I tillegg var tillitsvalde representert i alle prosjektgrupper. Medarbeidarar i arbeids- og prosjektgrupper representerer og ein verdfull informasjonskanal i omstillingsarbeidet.

For ekstern informasjon og kommunikasjon valde ein å prioritere:

- drøftingar i Brukarutvalet om problemstillingar relevante for brukarane
- drøftingar i Koordineringsrådet om problemstillingar relevante for samarbeid med kommunane
- etablering av eiga arbeidsgruppe med representantar frå kommunane/regionråda for utgreiing av konsekvensar for kommunane av ulike omstillingar ("Kommunegruppa")
- diverse møte med representantar frå kommunane/regionråda undervegs i prosessen
- to dialogseminar med kommunane og med Sogn og Fjordane fylkeskommune
- deltaking i ulike fora med innlegg og informasjon, etter invitasjon frå arrangørar
- lokale møte med primærlegar i samband med endringane

Helseføretakslova § 30

Det følgjer av helseføretakslova si § 30 at saker som vurderast å vere av vesentleg samfunnsmessig og prinsipiell karakter skal leggjast fram for departementet til avgjerd i føretaksmøte. I § 9 i vedtektene for Helse Vest RHF er dette nærare avgrensa til mellom anna saker som gjelder:

1. utskilling av større deler av verksemda
2. deltaking i omfattande samarbeid eller vesentlege endringar i dette
3. omfattande endringar i tenestetilbodet

Helse Vest RHF vurderte at endringane i tenestetilbodet ikkje var av eit slikt omfang at dei kjem inn under § 30 i helseføretakslova og § 9 i vedtektene.

Spørsmålet blei og drøfta med representant for eigaravdelinga i departementet 30.09.04.

Den gjennomgangen av saka som nå er gjort, tilseier ikkje ei endring i denne vurderinga.

Forslag til vedtak

Styret meiner at krava til forsvarleg helseteneste er ivareteke ved dei endringane som er gjort i Helse Førde HF knytt til styresak 56/04 i Helse Førde HF.

Styret meiner at endringane ikkje kan seiast å vera så vesentlege at dei kjem inn under helseføretakslova si § 30.