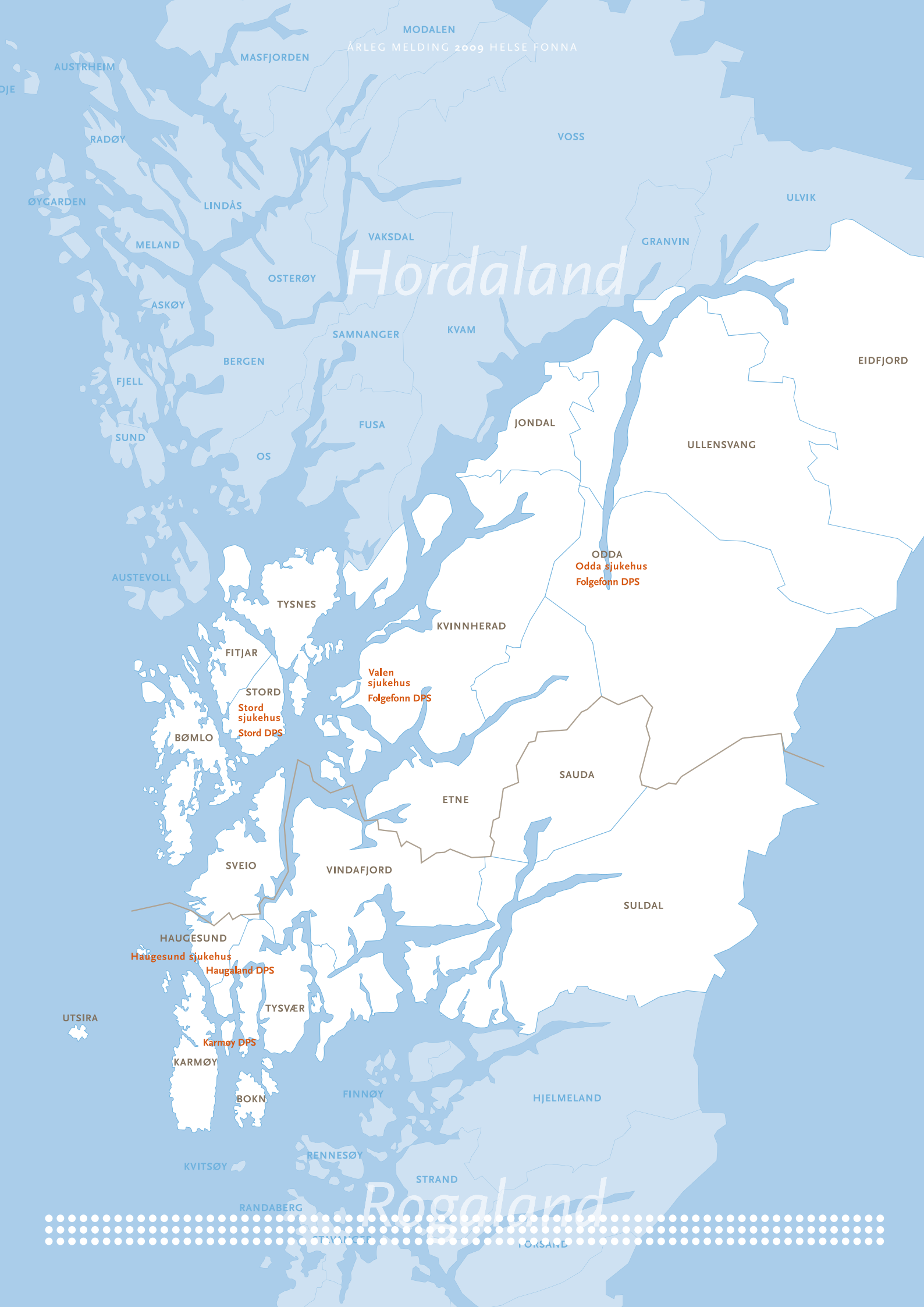




Plan for somatiske spesialisthelsetenester i Helse Fonna HF 2010 - 2020

VEDTATT AV STYRET I HELSE FONNA HF 29. SEPTEMBER 2010





ÅRLEG MELDING 2009 HELSE FONNA

Hordaland

Rogaland

ODDA
Odde sjukehus
Folgefonn DPS

Valen
sjukehus
Folgefonn DPS

STORD
Stord sjukehus
Stord DPS

HAUGESUND
Haugesund sjukehus
Haugaland DPS

Karmøy DPS



Helse Fonna HF fram mot 2020

Helse Fonna HF skal gje trygge og nære helsetenester til befolkninga innan dei vanlegaste lidingane. I vel eit år har tilsette i Helse Fonna, brukarar og representantar frå kommunane arbeidd med Plan somatikk - tid for endring. Det har vore sentralt i arbeidet å oppretthalde lokalsjukehusstrukturen og desentralisere dei behandlingstilboda ein kan - og sentralisera dei ein må. Helse Fonna skal gje eit tilbod til pasientane nær der dei bur mellom anna ved auka grad av ambulante tenester, det vil seia at spesialisten reiser i staden for pasienten.

Plan somatikk tek føre seg helsetilbodet fram mot 2020. Det vil framover bli ei forskyving av alderssamansetjinga i befolkninga, og talet på eldre vil auke. Det er difor viktig for Helse Fonna å gje eit tilbod til eldre og kronikarar nær der dei bur. Det vil føre til ei styrking av den indremedisinske verksemda som til dømes hjarte-, lunge-, slagbehandling og spesialiserte helsetenester til dei eldre som har samansette lidingar. Dette gjeld for alle sjukehusa i Helse Fonna. På Stord vil den spesialiserte rehabiliteringa styrkast ytterlegare slik at dei som har behov for hjelp til å betra funksjonsnivå kan få det i eigen helseregion.

Det er viktig at den einkilde pasient opplev at behandlinga blir gitt utan unødig opphald og at helse- og omsorgstenesta i kommunane og spesialisthelsetenesta samhandlar betre. Framover vil det bli eit stort fokus på samhandling og det å skape gode og føreseielege behandlingsforløp. Stadig fleire pasientar skal få naudsynt helsehjelp poliklinisk, som dagbehandling eller i kommunehelsetenesta.

I arbeidet med Plan somatikk er det lagt til grunn eit omfattande faktagrunnlag om pasientgruppene som blir behandla i Helse Fonna. Det er eit viktig prinsipp at det er samanheng mellom talet på behandlingar og kvalitet. Behandlingar ein utførar sjeldan er det vanskelegare å oppretthalde god kvalitet på. Helse Fonna skal gi behandlingstilbod til det som feilar folk flest. Regionalt planverk viser til Haugesund sjukehus som hovudsjukehuset i Helse Fonna. Det gjer at Haugesund sjukehus kan gi eit breiare spekter av spesialisthelsetenester enn dei andre sjukehusa i føretaket. Meir høgspesialiserte tenester får pasientane ved til dømes universitetssjukehusa i Stavanger eller Bergen.

Plan somatikk strekk seg fram i tid - til 2020. Målet er å sikre trygge og nære helsetenester for alle som bur i vår region. Endringane på sjukehusa i Helse Fonna skal gå føre seg innanfor dei til ei kvar tid tilgjengelege økonomiske rammene.

Plan somatikk gir ikkje ei fullstendig oversikt over Helse Fonna sitt totale tenestetilbod, men viser retning for nokre sentrale behandlingsforløp og innhaldet i sjukehusa fram mot 2020. Planen er utarbeidd ut i frå kjente føresetnader i 2010, ved endringar i grunnlaget vil det føre til nye vurderingar av det somatiske helsetilbodet.

Vår visjon:

Fremme helse og livskvalitet



Innhold

1	Innleiing	6
1.1.1	Bakgrunn	6
1.1.2	Overordna mandat	6
1.1.3	Planarbeidet	6
1.1.4	Organisering av plan somatikk – tid for endring	8
1.1.5	Mål: Styrkje samarbeidet med primærhelsetenesta	9
1.2	Mål: Utvikle vidare samarbeid på tvers av einingar og sjukehus	10
1.3	Mål: Arbeide for auka grad av involvering av fagmiljø i avgjerds-, utviklings- og endringsprosessar, med særleg fokus på legar	10
1.4	Mål: Sikre einskapleg behandling og føreseielege pasientforløp	11
2	Faglege mål og tiltak	13
2.1	Mål: Sikre god kvalitet, effektiv samhandling og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga	13
2.2	Indremedisin	13
2.2.1	Bakgrunn	13
2.2.2	Generelle tiltak	13
2.2.3	Kardiologi	13
2.2.4	Lungesjukdom	14
2.2.5	Nefrologi	14
2.2.6	Endokrinologi	14
2.2.7	Medisinsk gastroenterologi	14
2.2.8	Infeksjonsmedisin	15
2.3	Geriatrici	15
2.4	Onkologi og hematologi	16
2.5	Nevrologi (sjukdomar i nervsystemet) og slagbehandling	17
2.6	Habilitering	18
2.7	Fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering	18
2.8	Læring og Meistring (LMS)	19
2.9	Prehospitale tenester og akuttmedisin	19
2.10	Akuttmottak	20
2.11	Anestesiologi (akuttmedisin, anestesi, intensivmedisin og smertebehandling)	21
2.12	Kirurgiske behandlingstilbod til barn	21
2.13	Gastroenterologisk kirurgi	21
2.14	Karkirurgi	22
2.15	Mammae- (bryst) og endokrinkirurgi	22
2.16	Ortopedi	23
2.17	Urologi	23
2.18	Øyre-, nase-, hals-sjukdomar (ØNH)	24
2.19	Auge-sjukdomar	24
2.20	Kirurgisk tilbod ved Odde sjukehus	24
2.21	Kvinne - Barn	25
2.22	Pediatri	25
2.23	Fertilitet	25
2.24	Fødselshjelp	26
2.25	Gynekologi	27
2.26	Medisinske støttefunksjonar	27
2.27	Bilettdiagnostikk	27
2.28	Laboratorietenester	28
2.29	Terapeutiske støttetjenester	29
2.30	Medisinsk teknikk og fysikk	29
3	Utdrag frå aktuelle referansar	31

1 INNLEIING

1.1.1 Bakgrunn

Styret i Helse Fonna HF vedtok i november 2008, sak 86/08, revidert strategiplan 2009-2013. Helse Fonna skal gje trygge og nære helsetenester til befolkninga innan dei vanlegaste lidingane. Føretaket vil prioritere definerte pasientgrupper særskilt.

- Psykisk sjuke og rusmiddelavhengige
- Specialisthelseteneste til eldre
- Habilitering og rehabilitering
- Prehospitale tenester

Oppfølging av strategiplan med konkretisering av retning og satsingsområde er bakgrunn for å etablere programmet “Plan somatikk – tid for endring”.

Strategi for helseregionen, HELSE 2020, styringsdokument og samhandlingsreforma aktualiserer behovet for å analysere og avdekkje føretaket sine utfordringar og forbetningsområde.

Plan somatikk – tid for endring vil ta vare på desse elementa og kvalitetssikre at dei tiltaka som blir foreslått, er i tråd med føringane.

Programmet vil vere særleg viktig for å operasjonalisere den vedtekne strategien for Helse Fonna HF;

- Å sikre innbyggjarane i Helse Fonna sitt område trygge og nære helsetenester
- Gje heilskapleg behandling med ein effektiv ressursbruk
- Utvikle føretaket vidare som ein framtidretta kompetanseorganisasjon

I etterkant av planarbeidet er det nødvendig å arbeide vidare med dei arealmessige og organisatoriske utfordringar i helseforetaket.

1.1.2 Overordna mandat

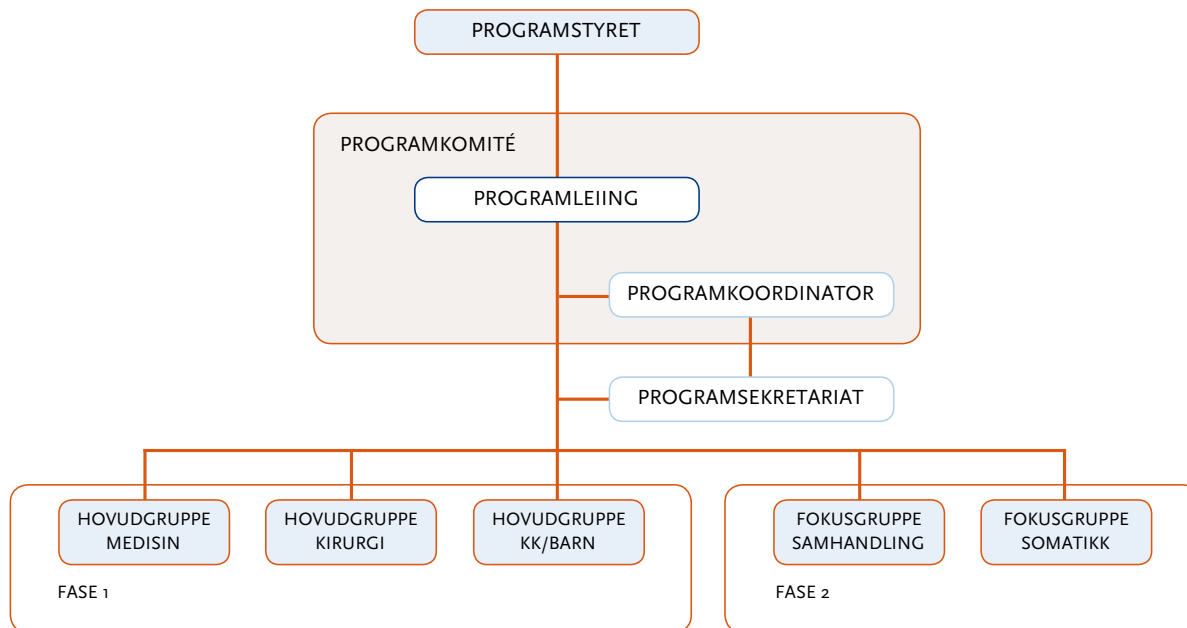
- Programmet har som målsetjing å sikre god kvalitet, effektiv samhandling og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga.
- Programmet skal utarbeide forslag til framtidige somatiske tenestetilbod og behandlingsprosessar mellom første- og andrelinjetenesta i Helse Fonna sitt opptaksområde.
- I dei løysingane og modellane som blir utarbeidde, vil det vere viktig å leggje til grunn nasjonale føringar og samhandlingsreforma.

1.1.3 Planarbeidet

- Analyse av førekomst og prognostisering av framtidige behandlingsbehov i Helse Fonna sitt område.
- Plan for framtidig somatisk spesialisthelsetenestetilbod i Helse Fonna med beskriving av:
 - rolle- og funksjonsfordeling internt i føretaket og i forhold til tredjelinetenesta (den høgspesialiserte helsetenesta)
 - rollefordeling og samhandling med primærhelsetenesta
- Programmet skal også setje i verk nye løysingar og bidra til nødvendige tilpassingar.



1.1.4 Organisering av plan somatikk – tid for endring



Arbeidet har føregått i tre hovudfasar:

FASE 1: BESKRIVING AV DAGENS SITUASJON

I denne fasen arbeidde tre hovudgrupper med å kartleggje dagens situasjon og utfordringsbilete fram mot 2020, på basis av omfattande analyse av pasientdata i Helse Fonna i dei føregåande tre og eit halvt åra.

- Fagfolk i klinikkane, tillitsvalde og verneteneste, medisinsk støtteteneste, primærhelseteneste, brukarorganisasjonar var representert i arbeidet.
- Parallelt føregjekk det arbeid i eksisterande undergrupper.
 - rehabilitering i akuttfasen
 - ambulant og poliklinisk rehabilitering
 - ambulant og poliklinisk habilitering
 - slagbehandling i Helse Fonna
 - lærings- og meistringssenter(LMS)
 - arbeidsgruppe Geriatri
 - arbeidsgruppe Prehospital Plan
 - “Skrøpelege eldre”¹

FASE 2: LØYSINGSUTFORMING

- *Fokusgruppe Somatikk* arbeidde med intern samhandling og Helse Fonna sitt interne tenestetilbod og hadde representantar frå ulike yrkesgrupper, fag, lokasjonar og kommunehelsetenesta.

Fokusgruppe Samhandling arbeidde med korleis ein kan gjere samhandlinga betre mellom Helse Fonna HF og kommunane. Gruppa hadde representantar frå ulike yrkesgrupper, fag, lokasjonar og frå helse-tenesta i tre kommunar.

FASE 3: UTFORMING AV PLAN

- På basis av grunnlagsdokumentasjonen er det utarbeidd ein plan for somatiske helsetenester. Planen presenterer tilrådingar helseføretaket meiner er til beste for befolkninga i Helse Fonna og som er samsvar med gjeldande føringar.

¹ Seinare omdøyppt til: Helsetorg-modellen.

Overordna tiltak og føresetnader

Helse Fonna HF har som visjon å ”Fremme helse og livskvalitet”^{2,3}. Plan for somatisk spesialisthelseteneste har med utgangspunkt i visjon og verdier i føretaket identifisert fire område ein bør ha særleg fokus på fram mot 2020:

- Styrkje samarbeidet med primærhelsetenesta
- Utvikle vidare samarbeid på tvers av einingar og sjukehus
- Arbeide for auka grad av involvering av fagmiljø i avgjersle-, utviklings- og endringsprosessar, med særleg fokus på legar
- Sikre einskapleg behandling og føreseielege pasientforløp

Fokusområda vil vere viktige føresetnader for å lykkast med framtidig forbetningsarbeid i helseføretaket.

1.1.5 Mål: Styrkje samarbeidet med primærhelsetenesta

1.1.6 Bakgrunn

St.meld. nr. 47 (2008-2009) peikar på betre samhandling⁴ som eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste utviklingsområde. I tråd med dette har Helse Fonna utarbeidd forbetningsforslag knytte til pasientforløp for dei store pasientgruppene der både helseføretaket og kommunane yter helsetenester.

Det er retta eit særleg fokus på følgjande sju pasientgrupper og utfordringsområde:

- Diabetes mellitus
- Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS)
- Enkel rehabilitering
- Palliasjon (lindrande behandling i livets slutfase)
- Læring og meistring
- Interkommunal legevakt (IKL) og felles akuttmottak (FAM)
- Fødselsomsorg

Parallelt med utarbeiding av den somatiske helseplanen har det vore eit prosjekt retta mot samhandling om store pasientgrupper. Arbeidet er eit samarbeid mellom Høgskulen Stord/Haugesund, kommunane i opptaksområdet og Helse Fonna HF. Det er utvikla ein modell kalla ”Helsetorgmodellen”. Målet er å sikre ”rett behandling-, på rett stad, til rett tid”.

1.1.7 Tiltak

Helse Fonna skal:

- Bygge vidare på og utvikle eksisterande samarbeidsavtalar med kommunane og nye samarbeidsløysingar for tenestetilbod innanfor ramma av Helsetorgmodellen. Det er viktig at utviklinga av helsetenestetilbodet til kronikargruppene er aldersuavhengig
- Utvikle serviceerklæringar
- Etablere fagleg kompetansenettverk for behandlarar i kommunar og spesialisthelseteneste

² Helse Fonna: Strategiplan Helse Fonna HF 2009 - 2013.

³ Helse Vest RHF: Helse 2020.

⁴ St.meld. nr. 47: ”Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstenestene si evne til oppgåvefordeling seg imellom for å nå eit felles, omforeint mål, samt evne til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert og rasjonell måte.”

- Vurdere å opprette felles nettportal med dei kommunane Helse Fonna samarbeider med, for å dele informasjon og publisere standardiserte opplæringspakkar for helsepersonell
- Vurdere kva for polikliniske kontrollar i spesialisthelsetenesta som kan overførast til primærhelsetenesta

Det vil vere naturleg å vurdere om nokre av dei tiltaka som er føreslått i kommunesamarbeidet skal prøvast ut i form av pilotprosjekt

1.2 Mål: Utvikle vidare samarbeid på tvers av einingar og sjukehus

1.2.1 Bakgrunn

Helse Fonna blei etablert som helseføretak i 2001 på tvers av eksisterande fylkeskommunar og etablerte sjukehus med felles gjennomgåande leiging og klinikkstruktur. Formålet med føretaksetableringa var blant anna å samorganisere ressursar, kompetanse, kvalitet og pasientlogistikk. Det har vore viktig å få ulike kulturar og faglege miljø til å samarbeide på tvers av fag og sjukehus. I Helse Fonna vil det også framover vere eit fokus på pasient-/kvalitetsutviklingsperspektiv, ressursutnytting og personal-/trivselsfaktorar.

1.2.2 Tiltak

For å ha god kvalitet i diagnostikk og behandling, og redusert ventetid, skal det arbeidast for;

- Koordinering av tilvisingar
- Etablering av felles bookingsystem for poliklinikk og planlagd pasientbehandling
- Det skal vurderast å lage felles utdanningsforløp for legar i utdanning i Helse Fonna.
- Det skal vere ein samla gjennomgang og harmonisering av den kirurgiske verksemda i føretaket i tråd med varsla plan for kirurgi i Helse Vest RHF.

For å sikre fleksibel og god ressursbruk må det arbeidast for å:

- Innarbeide fleksibilitet i tilsetjingsforhold på tvers av enkelteiningar og sjukehus
- Etablere og utvikle vidare felles faglege læringsarenaer
- Innarbeide ambulering og eventuelle rotasjonsordningar
- Sikre at Helse Fonna set i verk tiltak for å hente ut positiv synergi i organisasjonen ved styrkt fagleg samhandling og samhandling med tillitsvalde og vernetenesta på tvers av geografi
- Rapportere om kapasitet og ventetider på tvers av sjukehusa

Parallele vaktordningar må vurderast i forhold til talet på pasientar, fagleg behov og økonomisk forsvarlege rammer.

1.3 Mål: Arbeide for auka grad av involvering av fagmiljø i avgjerds-, utviklings- og endringsprosessar, med særleg fokus på legar

1.3.1 Bakgrunn

Gjennom arbeidet med å kartleggje dagens situasjon i Helse Fonna og løysingsutforming innanfor dei ulike fagområda, har ulike yrkesgrupper og fagmiljø beskrive manglande involvering, særleg av legar i avgjerle-, utviklings- og endringsprosessar, som ei utfordring.

Forsking frå Sintef Helse i Noreg⁵ konkluderer med at det å skape utviklings- og endringsprosessar internt i sjukehus er uhyre komplisert. Aukande grad av kompleksitet i pasientbehandlinga, parallelt med aukande grad av spisskompetanse hos dei profesjonelle, gjer at ulike spesialitetar blir meir avhengige av kvarandre.

⁵ Sintef-rapport nr. STF 78 - A054505, 2005.

Organisasjonsstrukturen som gjeld for norske sjukehus, er i stor grad basert på ein kombinasjon av organisasjonsformene ”profesjonelt byråkrati” og ”divisjonisering”. Det er ofte i skjæringspunktet mellom fag og leing at utfordringane er særleg krevjande.

1.3.2 Tiltak

- Det skisserte utfordringsbilete blir teke vare på i ein eigen organisasjonsprosess.
- Det skal etablerast ei eining for Forsking og utvikling for å styrkje arbeidet med forskning, kvalitet, kompetanseutvikling og evaluering. Eininga vil sikre involvering av fagmiljøa i Helse Fonna og samarbeid med regionale, nasjonale og internasjonale forskingsmiljø.

1.4 Mål: Sikre einskapleg behandling og føreseielege pasientforløp⁶

1.4.1 Bakgrunn

Ei heilskapleg og systematisk tilnærming til pasientforløp er nødvendig for at den enkelte pasienten skal få koordinerte tenester og ei optimal behandling.

Godt koordinerte tenester vil innebere:

- Kortare ventetider
- God informasjonsflyt og godt grunnlag for kliniske vedtak
- God behandlingsskvalitet og færre komplikasjonar
- Rasjonell bruk av personell og teknisk-diagnostiske ressursar

Totaleffekten av dette vil vere meir helse for kvar krone.

1.4.2 Tiltak

For å sikre einskapleg behandling uavhengig av bu- og behandlingsstad skal det etablerast standardiserte pasientforløp.

Beskrivinga av slike forløp må innehalde informasjon om:

- Kva som kjenneteiknar pasientgruppa som forløpet gjeld.
- Rekkjefølgje og innhald i hendingar som skal føregå i primær- og spesialisthelsetenesta med tidsfristar og ansvar for viktige milepælar;
 - undersøking, diagnostikk, tilvising og seinare oppfølging i primærhelsetenesta
 - diagnostikk, behandling og oppfølging i spesialisthelsetenesta
- Ressursbehov, inkludert bruk av medisinske støttetjenester.
- Monitorering, måling og evaluering skal gå føre seg som ledd i ein kontinuerleg forbettringsprosess.

Pasientforløpa må utarbeidast gjennom tverrfagleg samhandling med bakgrunn i felles evidensbaserte prosedyrar.

⁶ St.meld. nr. 47: ”Forløp er den kronologiske kjeda av hendingar som utgjer pasienten sitt møte med ulike delar av helse- og omsorgstenestene. Gode forløp blir kjenneteikna ved at desse hendingane er sette saman på ein rasjonell og koordinert måte for å møte pasienten sine ulike behov.”



2 Faglege mål og tiltak

Helse Fonna HF har i dag organisert det somatiske tenestetilbodet sitt i tre sjukehus, lokalisert i Haugesund, Odda og på Stord.

I plan for somatiske spesialisthelsetenester presenterer ein forslag til framtidig somatisk tenestetilbod og lokalisering fram mot 2020. I planen er det lagt til grunn følgjande prinsipp for fordeling av funksjonar mellom sjukehus: Vi desentraliserer det vi kan og sentraliserer (samlokaliserer) det vi må, begge delar for å sikre kvalitet i diagnostikk og behandling. Rett kvalitet i pasientbehandlinga skal alltid vere det førande prinsipp.

Fleire av dei tiltaka som er tilrådde, har arealmessige konsekvensar som vil bli handterte gjennom ein samla arealplan⁷.

2.1 Mål: Sikre god kvalitet, effektiv samhandling og rett ressursbruk i alle ledd av pasientbehandlinga

2.2 Indremedisin

2.2.1 Bakgrunn

Indremedisinske pasientar representerer store pasientgrupper og er ofte kronikarar med behov for hyppig kontakt med helsetenesta. Det er viktig at pasientane får eit kvalitativt godt tilbod nær der dei bur. Helse Fonna vil styrkje dei indremedisinske tenestene ved sjukehusa, og det er oppretta nye einingar innan rehabilitering og spesialisthelseteneste til eldre.

2.2.2 Generelle tiltak

- Det indremedisinske tilbodet skal styrkjast ved dei tre somatiske sjukehusa
- Utnytte totalkapasiteten ved sjukehusa i Helse Fonna HF
- Redusere ventetid for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp og fjerne brot på ventetidsgarantien.
- Styrkje samarbeid med kommunane i tråd med "Helsetorgmodellen".

2.2.3 Kardiologi (hjartesyjukdom)

Pasientar med hjarteliding får i dag differensiert behandling ved dei tre somatiske sjukehusa i Helse Fonna. I Haugesund er det kardiologisk eining med tilbod til akutte, subakutte og polikliniske pasientar. Implantasjon av pacemaker utføres i Haugesund.

På Stord og i Odda blir pasientar med hjarteliding behandla ved generell medisinsk sengepost/poliklinikk. Det er venta ei auke i behovet for tenester i tida fram mot 2020, særleg for diagnosane atrieflimmer og hjartesykt.

Tiltak:

- Vurdere utviding av det spesialiserte implantasjonstilbodet av pacemaker innan kardiologi ved Haugesund sjukehus
- Sikre korrekt dimensjonering av poliklinisk tilbod ved alle sjukehusa
- For PCI-verksemnd (blokking av tette årer i hjertet), sjå punkt 2.27.2

⁷ Helse Vest RHF: Styringsdokument 2010. Helse Fonna.

2.2.4 Lungesjukdom

Pasientar med kreft, KOLS (kronisk obstruktiv lungesjukdom), lungebetennelse, astma og tuberkulose er nokre av pasientgruppene som får behandling ved dei ulike sjukehusa. Det har vore ei auke i talet på pasientar med lungesjukdom dei siste åra, og det er ei dobling av pasientar med diagnosen KOLS dei siste 20 åra. Behovet er venta å auke ytterlegare fram mot 2020.

Tiltak:

- Betre dei akutte, subakutte og kroniske fasane av behandlingsforløpet for pasientar med KOLS
- Primær diagnostikk kan utførast ved alle sjukehusa forutsatt lungemedisinsk kompetanse, retningslinjer skal utarbeidast
- Kapasitet og kompetanse innan lungesjukdomar med spesialist ved sjukehusa i Haugesund og på Stord, og ambulant poliklinisk spesialisttilbod i Odda.
- Diagnosestasjon for tuberkulose blir lokalisert til Haugesund sjukehus

2.2.5 Nefrologi (nyresjukdom)

Pasientar med nyresjukdom får etter protokoll utgreiing, behandling og oppfølging ved sitt lokalsjukehus. Pasientgruppa som treng dialysebehandling er venta å auke i åra som kjem.

Tiltak:

- Dialysetilbod tilgjengeleg ved alle sjukehusa.
- Spesialisert poliklinikk på Stord og i Haugesund og ambulant poliklinisk spesialisttilbod i Odda.
- Systematisk oppfølging av pasienter med risiko for nyresvikt med mål om utsetjing av dialysestart.
- Samarbeide med kommunehelsetenesta om primærførebuing av diabetes for å unngå nyresjukdom.

2.2.6 Endokrinologi (indre sekretoriske sjukdomar)

Tal på pasientar med diabetes, beinskjørhet, fedme og stoffskiftesjukdomar vil auke i åra som kjem grunna auka levealder og endra levevanar. Helse Fonna HF har i dag endokrinologisk tilbod i Haugesund og ambulant poliklinisk verksemd på Stord. Det vil vere behov for auke i polikliniske tenester framover.

Tiltak

- Sikre kapasitet og kompetanse innan det endokrinologiske tilbodet.
- Sikre tilbod til pasientar med sjukeleg overvekt i Helse Fonna
- Etablere tverrfagleg diabetesteam ved kvart lokalsjukehus

2.2.7 Medisinsk gastroenterologi (fordøyelsessjukdom)

Pasientar med gastroenterologiske diagnosar blir behandla ved alle lokalsjukehusa. Dei siste åra har det vore ei stor auke i talet på gastroenterologiske undersøkingar, endoskopiske undersøkingar (kikkertundersøkingar) av mage og tarm. Auken er venta å fortsetje særleg når det gjeld diagnostisering og behandling av kreft i tjukktarm og tarmsjukdomen Morbus Crohn (betennelsessjukdom i mage-tarmsystemet).

Tiltak:

- Sikre medisinsk gastroenterologisk tilbod ved alle sjukehusa.
- Endoscopitilbodet i Helse Fonna bør styrkjast med prosedyrerepertoar og lokalisering etter fagleg konsensus.
- Vurdere å samlokalisera delar av den medisinske dagbehandlinga ved kvart av sjukehusa

2.2.8 Infeksjonsmedisin

2.2.9 Bakgrunn

Om lag 20 prosent av pasientane som er innlagde på somatiske sjukehus, har ein infeksjon som primær eller sekundær lidings⁸. Pasientar med infeksjonssjukdomar nyttar dagleg ca. 50 senger i Helse Fonna. Det er i dag ingen dedikert sengepost for pasientgruppa. Helse Fonna skal ha tilbod til pasientar med alle typar infeksjonar, med unntak av Ebola og multiresistent tuberkulose som skal behandlast ved Haukeland universitetssjukehus.

Ved å samle infeksjonspasientar som i dag er innlagde ved ulike sengepostar, vil ein betre vilkåra knytte til smittevern, mikrobiologisk service og nærleik, kritisk oppfølging av antibiotikabruk og resistensutvikling, MRSA-utfordringar og diagnostikk av sjeldne infeksjonar.

2.3.0 Tiltak

- Det må utgreiast om det kan vere formålstenleg å etablere ein eigen infeksjonsmedisinsk sengepost ved Haugesund sjukehus.
- Rekruttere grenspesialistar i infeksjonssjukdomar
- Behandling av pasientar med HIV-sjukdom skal fortsatt skje ved Haugesund sjukehus
- Diagnosestasjon for tuberkulose skal etablerast ved Haugesund sjukehus
- Isolat og sputumrom ved sjukehusa må vurderast for oppgradering

2.3 Geriatri (eldremedisin)

2.3.1 Bakgrunn

Ein stor del av dei indremedisinske pasientane kan klassifiserast som geriatriske pasientar. Førekost av primære hoftebrot og andre beinskjørhetsbrot aukar ved høgare levealder.

Med utgangspunkt i nasjonale føringar^{9,10,11} og plan for spesialisthelsetenester for eldre i Helse Fonna 2008¹² er det gjort ei vurdering som konkluderer med: Det er behov for ei kjerneeining for ortogeriatrici (den aldrende pasientens ortopediske lidningar), i Haugesund med eigne senger for pasientar med hoftefrakturar (brot) og kompresjonsfrakturar.

Tilbod innan ortogeriatrici må utviklast i tett samarbeid med det ortopediske fagmiljøet. Å etablere ei ortogeriatricisk eining vil kunne redusere liggjetid og frigjere sengekapasitet^{13, 14}.

Ein vurderer å auke det allmenngeriatriciske tilbodet ein har i dag. Det bør vurderast å opprette eit tal geriatriciske senger ved Stord sjukehus, eventuelt samlokalisert med slageining og post for spesialisert rehabilitering. Ortogeriatriciske senger kan også etablerast i tilknytning til dette. For Odda sjukehus synest det mest formålstenleg at geriatriciske pasientar ligg på generell medisinsk post, med nærvær av geriatricer gjennom ambulant teneste og/eller praksiskonsulentar som arbeider i delte stillingar mellom 1.- og 2.-linjetenesta. Tilsvarande ordningar kan vurderast for andre yrkesgrupper, som for eksempel fysio- og ergoterapeutar.

⁸ Helse Vest RHF: Regional smittevernplan. 2007 - 2009.

⁹ HOD. Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester for eldre (2008 - 2012).

¹⁰ Helsedirektoratet. "Respekt og kvalitet" Rapport om styrking av spesialisthelsetenester for eldre.

¹¹ Statens Helsetilsyn. Scenario 2030. Sjukdomsutvikling for eldre fram mot 2030.

¹² Plan for spesialisthelsetenester til eldre i Helse Fonna. 2008.

¹³ J Rehabil Med 2007; 39: 232-238.

¹⁴ J Am Geriatr Soc. 2000 Nov; 48 (11): 1381-8.

2.3.2 Tiltak

- I Haugesund bør det vurderast å omgjere nokre ortopediske senger til ortogeriatriske senger¹⁵, med lokalisering nær dei andre ortopediske sengene.
- Talet på generelle geriatriske senger må aukast og fagområdet bør styrkjast ved rekruttering
- Utoverretta verksemd mot kommunane på Haugalandet.
- På Stord bør det vurderast å omgjere nokre ortopediske senger til ortogeriatriske senger.
- Det skal etablerast eit tett samarbeid med rehabiliteringseininga knytt til utnytting av tverrfaglege ressursar
- Utoverretta verksemd mot kommunane i Sunnhordland.
- I Odda skal geriatriske pasientar liggje på generell medisinsk post, med nærvær av geriater ved ambulant teneste og/eller praksiskonsulentar som arbeider i delte stillingar i 1.- og 2.-linjetenesta. Tilsvarende ordningar kan også vurderast for andre yrkesgrupper, som for eksempel fysio- og ergoterapeutar.

2.4 Onkologi og hematologi (kreft- og blodsjukdomar)

2.4.1 Bakgrunn

Det er forventa ein auke i talet på krefttilfelle på 25 prosent fram mot 2020. Diagnostikk og behandling må utviklast i tråd med utviklinga innan medisinsk teknologi og dimensjonerast ut frå forventa behov for tenester. Det onkologiske fagområdet har ei aukande grad av spesialisering som medfører at det er vanskeleg å dekkje breidda i fagfeltet ved få fagpersonar. Helse Fonna har ikkje tilsett onkolog, men det føreligg avtale med Helse Bergen om ambulerande teneste frå Haukeland Universitetssjukehus til Haugesund. Lindrande behandling og rehabilitering må styrkjast.

Hematologi omfattar mellom anna diagnostikk og behandling av ondarta sjukdomar i blod, beinmarg og lymfesystem. Den største gruppa med pasientar som får behandling i Helse Fonna har ondarta lymfom. Haugesund sjukehus har spesialistkompetanse innan fagområdet, og har i dag ambulerande verksemd ved Stord sjukehus.

Den regionale kreftplanen¹⁶ gjev klare tilrådingar:

”Det er svært viktig at dei faglege nettverka er aktive innan standardisering, endring av behandling og innføring av nye tiltak. Det må innførast tiltak for å effektivisere administrasjonen av og registreringa av denne verksemda.

- All adjuvant cellegiftbehandling skal skje ved kreftpoliklinikkane i Førde, Bergen, Haugesund og Stavanger.
- Ansvar for etablert lindrande cellegiftbehandling, som bør vere ei lokalsjukehusoppgåve, blir gradvis overteke av helseføretaka for sine pasientar/dei fire hovudsjukehusa. Kapasitet og kompetanse må byggjast opp tilsvarende.
- Det må utarbeidast planar for rekruttering av onkologar, spesielt med tanke på behova i Helse Førde og Helse Fonna.
- Det er viktig at den medikamentelle kreftbehandlinga med lindrande formål i det alt vesentlege er å sjå på som lokalsjukehusoppgåver, og at ansvaret for gjennomføringa av dette blir plassert ved kreftavdelingane/kreftpoliklinikkane ved dei fire store sjukehusa som gradvis må overta desse oppgåvene. Det har vore tradisjon for at dette er å sjå på som regionsjukehusoppgåver, men det er ingen tvil om at denne behandlinga er i ferd med å alminneleggjerast. Det er svært viktig i denne samanhengen å peike på at det då må setjast av ressursar og byggjast opp kapasitet og kompetanse tilsvarende. Dette gjeld spesielt sjukehusa i Førde og Haugesund.”

¹⁵ Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: A randomized controlled trial with 1-year follow-up.

¹⁶ Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005 - 2010 (med perspektiv til 2020).

2.4.2 Tiltak

- Helse Fonna må vurdere behovet for eigen onkolog som ei vidareutvikling av det eksisterande nettverksamarbeidet med Haukeland universitetssjukehus.
- Det vil vere nødvendig å auke kapasiteten innan onkologisk dagbehandling
- Det hematologiske tilbodet skal framleis vere lokalisert til Haugesund med ambulant poliklinisk teneste på Stord. Det skal og vurderast ambulant poliklinisk teneste til Odda sjukehus.

2.5 Nevrologi (sjukdomar i nervesystemet) og slagbehandling

2.5.1 Bakgrunn

Ei aldrande befolkning og nye moglegheiter for behandling aukar behovet for nevrologiske tenester innan fleire fagområder.

Årleg blir ca. 15 000 personar ramma av hjerneslag i Noreg. Det er den tredje hyppigaste dødsårsaka og ei dominerande årsak til alvorleg funksjonshemming med store økonomiske konsekvensar. Talet på slagtilfelle vil truleg auke med 50 prosent i løpet av dei neste 25 åra som følgje av auken i talet på eldre¹⁷. Rask overføring til ei slageining er derfor den viktigaste enkeltkomponenten i organiseringa av behandlingsskjeda for slagpasientar^{18, 19}.

Trombolyse (oppløysing av blodpropp) saman med spesialisert rehabilitering er den medisinske behandlinga som best kan redusere følgjene av eit hjerneslag. Føresetnaden er at behandlinga kan setjast i verk seinast innan fire og ein halv time, og at pasienten ikkje har hjernebløding. Mindre enn 2 prosent av pasientane får denne behandlinga i dag, mens det ideelle talet skal liggje rundt 20 prosent.

Nye nasjonale retningslinjer (2010) slår fast at alle pasientar med akutt hjerneslag bør få behandling i slageining som kombinerer akutt behandling og rehabilitering.

Ei slik kombinert slageining defineres som: "En organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale, og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akuttbehandling og tidlig rehabilitering"

Behandling av slagpasientar er avansert akuttmedisin. Diagnostikk og behandling føreset eit pasientforløp som inkluderer eit prehospitallt tilbod med nødvendig kompetanse og høve til kommunikasjon med sjukehuseining og tilgang til avansert bilettdiagnostikk og eit team med tverrfagleg kompetanse i akutt- og rehabiliteringsfase. Slagpasientar skal vere "blålyspasientar".

2.5.2 Tiltak

- Nevrologisk ening blir samla ved Haugesund sjukehus, med ambulant verksemd til Stord og Odda sjukehus.
- Betre dei akutte, subakutte og kroniske fasane av behandlingsskjeda for pasientar med nevrologiske lidningar ved felles standardisert program og prosedyrer
- Pasientar med hjerneslag skal få akutt hjelp ved kvart av sjukehusa i Haugesund, Odda og på Stord. Det skal setjast i verk trombolysebehandling etter felles retningslinjer, forutgåande CT og verifisert diagnostikk via "Teleslag" (telefon, webkamera og overført bilettdiagnostikk).
- Ved Stord sjukehus tas slagpasientar imot på overvåkingseining for initiell behandling, med oppfølging på generell sengepost. Ved behov for tettare nevrologisk oppfølging eller meir avansert utgreiing, skal pasienten overflyttas til Haugesund sjukehus.

¹⁷ Tidsskr. Nor Lægeforen. 2007; 127:1333.

¹⁸ Helsedirektoratet: Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1801 2010.

¹⁹ Tidsskr. Nor Lægeforen. nr. 9, 2007; 127: 1214-8.

- Ved Odda sjukehus blir det nytta senger ved indremedisinsk eining til kombinert slageining med tilsyn av nevrolog kvar veke. Ved behov for nevrologisk oppfølging eller meir avansert utgreiing, skal pasienten overflyttas til Haugesund sjukehus.
- Ved sjukehuset i Haugesund vidareutvikles nevro/slagenheten til å oppfylle kriterier til ein kombinert eining, jfr nasjonale retningslinjer. Eininga vil kunne tilby meir avansert utgreiing og dagleg nevrologtilsyn.
- Videreutvikle tilbod om nevrofysiologisk utgreiing ved Haugesund sjukehus.

2.6 Habilitering (medfødt skade/tilstand)

2.6.1 Bakgrunn

Det finst ei rekkje førande dokument for habiliteringsfeltet²⁰ både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det finst nasjonale rettleiarar for habilitering av barn og unge²¹. Rettleiarane legg klare føringar for at barnehabilitering skal vere nært knytt til barneavdeling, gjerne geografisk nært, og ha eit fast organisert samarbeid med barne- og ungdomspsykiatriske tenester. Vidare blir det rådd til at barne- og vaksnehabiliteringstenesta bør ha eit nært samarbeid for å kunne ta vare på livsløpsperspektivet hos felles målgrupper.

Fagmiljøet i barne- og vaksnehabilitering i Helse Fonna støttar tilrådingane. Habiliteringsfeltet er avhengig av tett samarbeid og må vurderast samla.

2.6.2 Tiltak

- Barnehabiliteringa skal samorganiserast og samlokalisert med barneavdelinga og vurderast samorganisert med barne- og ungdomspsykiatriske tilbod.
- Vaksnehabilitering bør samorganiserast med barnehabilitering.
- Habiliteringstenesta vil bli utvikla i samarbeid med kommunane.

2.7 Fysikalsk medisin og spesialisert rehabilitering (erverta skade/tilstand)

2.7.1 Bakgrunn

I tråd med vedteken plan for spesialisert rehabilitering og habilitering i Helse Fonna er det etablert spesialisert rehabilitering ved Stord sjukehus.

Helse Fonna har i dag spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og er godkjend for utdanning av legespesialist. I det tverrfaglege teamet er det også fysio- og ergoterapeut, idrettspedagog, logoped m.fl. tilsett ved rehabiliteringseininga på Stord.

For pasientar som treng spesialisert rehabilitering er det viktig med samanhengande pasientforløp utan unødige forseinkingar. Forsking viser at rehabilitering tidleg i akutfasen er kritisk for vidare forløp og eit godt grunnlag for vidare rehabilitering i heimen. Det finst ei rekkje førande dokument innan fagområdet²², både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

2.7.2 Tiltak

- Spesialisert rehabiliteringseining, storleik 15 til 20 senger, skal lokalisert til Stord sjukehus som ei utbygging av eksisterande rehabiliteringseining.

²⁰ HOD. Rettleiar for vaksnehabiliteringstenesta. HOD. Handlingsplan for habilitering av barn og unge. HOD. Utviklingsprosjekt innan barnehabilitering 2002 - 2008. Handlingsplan for habiliterings- og rehabiliteringstenestene i Helse Vest. Helse Vest RHF. Rapport frå arbeidsgruppe for intensiv trening for barn med funksjonshemming (oktober 2003). Helse Fonna. Plan for habilitering og rehabilitering i Helse Fonna 2008 - oppfølging av regional plan.

²¹ HOD. Rettleiar i habilitering av barn og unge (side 70).

²² St.prp. nr. 1 (2007 - 2008) kap. 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011. Helsedirektoratet: Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Handlingsplan for habiliterings- og rehabiliteringstenestene i Helse Vest. Helse Fonna: Plan for habilitering og rehabilitering i Helse Fonna 2008 - oppfølging av regional plan.

- Rehabiliteringstilbudet skal utvidast til å gjelde fleire pasientgrupper for å ta vare på behovet for spesialisert rehabilitering til befolkninga.
- Ved sjukehusa i Haugesund og Odda skal det etablerast poliklinisk tilbod.

Det skal etablerast eit ryggcenter ved Stord sjukehus som eit samarbeid mellom fagmiljøa i fysikalsk medisin, rehabilitering og ortopedi. Pasientar med behov for ryggkirurgisk inngrep skal tilvisast Haugesund sjukehus for operasjon.

2.8 Læring og Meistring (LMS)

2.8.1 Bakgrunn

Helse Fonna har fire lærings- og meistringsteam/senter.

Målet er å auke meistringsevna for å betre livssituasjonen for pasientar med kroniske lidningar. Opplæring i grupper gjev god ressursutnytting og er viktig for å sikre brukarmedverknad.

Samhandlingsreforma gjev føringar for at mykje av aktiviteten som i dag blir gjort i spesialisthelsetenesta, skal overførast til kommunane. Ein forventar ein auke i behovet for læring og meistring. Auken vil truleg kome i form av tilbod i kommunane.

2.8.2 Tiltak

- Helse Fonna skal støtte kommunane i etableringa av lærings- og meistringsarenaer, jf. ”Helsetorgmodellen”.
- Erfaringar som er gjort i helseføretaket, skal delast med kommunane i den vidare samhandlingsprosessen.
- Dei største pasientgruppene (kronikarar) skal vurderast overførte til kommunane.
- Helse Fonna skal gje LMS-tenester til mindre og spesialiserte pasientgrupper.
- Det skal etablerast ein funksjon som sikrar ei koordinering av LMS-ressursane og eit velfungerande og samordna nettverk.
- I 2012 skal LMS omorganiserast, jf. plan for habilitering og rehabilitering

2.9 Prehospitale tenester og akuttmedisin

Det er under utarbeiding plan for prehospitale tenester i Helse Fonna basert på regional plan. Dei prehospitale tenestene er difor ikkje omtala ytterlegare i Plan somatikk. Styringsdokumentet til Helse Fonna har gitt i oppdrag å:

- Arbeide for å sikre eit fullstendig, samanhengande og lokalt tilpassa akutttilbod.
- Vurdere tilpassing av akuttfunksjonane til lokalsjukehusa i tråd med denne rettleiande standarden:
 - felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, akuttmottak ved sjukehuset og gjerne ambulansestasjon er samlokaliserte
 - tilpassa akuttfunksjonar med hovudvekt på indremedisinske tilbod, elektiv kirurgi og enklare kirurgisk beredskap
 - lokalsjukehus med akuttfunksjonar (akuttsjukehus)

Det vises elles til ”Lokalsjukehusa sine akuttfunksjonar i ei samla behandlingsskjede”²³ og Traumeutvalet sitt forslag til fagleg standard²⁴.

Multitraumer blir i dag behandla ved Haukeland universitetssjukehus i tråd med regional plan.

²³ Arbeidsgruppe leidd av Bjørn Erikstein: Lokalsjukehusa sine akuttfunksjonar i ei samla behandlingsskjede (side 2-3).

²⁴ Rapport frå arbeidsgruppe nedsett av RHF-a, inkludert vurdering etter høyringsrunde 9. oktober 2007: Organisering av behandlinga av alvorleg skadde pasientar. Traumesystem.

2.10 Akuttmottak

2.10.1 Bakgrunn

Akuttmottaka ved sjukehusa er i dag organisert i klinikk for kirurgi og akuttmedisin.

Mottaka tek til saman imot om lag 50 øyeblikkeleg hjelp pasientar kvart døgn (snitt tal 2006 - 2009). Meir enn halvparten av pasientane kjem i tidsrommet mellom kl. 15 - 07. Det er observasjonspost knytt til akuttmottak i Haugesund og på Stord. Av dei pasientane som blir innlagt på observasjonspost reiser 60 - 80 prosent heim innan eit døgn.

Mange sjukehus har etablert akuttpost med meir enn eit døgnns liggetid i tilknytning til akuttmottak. Akuttpost er kjenneteikna ved at ein har meir tid til vurdering og eventuelt behandling av pasientar utan at dei blir innlagt i sengepost. Gevinsten av å etablere akuttpost vil vere redusert press på sengepostar på sjukehuset.

Det er turnuslegar som oftast dekker forvakt i akuttmottaket. Auka bruk av spesialistar i akuttmottak er ønskeleg for å betre diagnostikk og akutt behandling i første fase av sjukehusopphaldet til pasienten.

Med FAM meiner vi ein modell der kommunal legevakt, skadestove, akuttmottak i sjukehus og gjerne ambulansetasjon er samlokaliserte. Primo 2009 er det i Noreg 13 felles akuttmottak (FAM), og i 54 tilfelle er legevakta samlokalisert med sjukehuset.

I dag er det ikkje etablert FAM ved nokon av sjukehusa i Helse Fonna, men ved sjukehuset på Stord er legevakta lokalisert i nær tilknytning til akuttmottak.

Fleire førande dokument²⁵ rår til at legevakta, skadestova og ambulansetasjonen er samlokaliserte, gjerne lokalisert til sjukehus.

Det finst motstridande indikasjonar knytte til effekten av å etablere FAM²⁶:

- At FAM fører til ein auke i forbruk av laboratorie- og biletdiagnostiske tenester.
- Uklårleik i forhold til endring i talet på innleggingar; at FAM anten fører til fleire eller færre innleggingar, kanskje relatert til storleiken på sjukehusa.
- At FAM gjev effektivitetsgevinst. Samlokalisering blir sett på som formålstenleg.

2.10.2 Tiltak

- Det skal planleggast for å nytta spesialistar i vakt i akuttmottak for å kvalitetssikra mottak og innleggingar.
- Behovet for akuttpost i tilknytning til akuttmottak skal greiast ut.
- Ved Haugesund sjukehus skal det starta eit prøveprosjekt kor barn blir innlagt direkte på eige mottak på barneposten.
- Noverande lokaliseringa av legevakta ved Stord sjukehus blir vidareført.
- Det skal etablerast eit pilotprosjekt for eventuell etablering av FAM i Odda, som omtalt i Helsetorgmodellen.

²⁵ Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 12-13).

HOD: Lokalsjukehusa sine akuttfunksjonar i ei samla behandlingsskjede (side 4).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, "...er hjelpe nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt" (side 43).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, "...er hjelpe nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt" (side 46-47).

Dnlf, Legevakt i kommunehelsetenesta (side 9).

²⁶ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin; prof. Steinar Hunskaar.

2.11 Anestesiologi (akuttmedisin, anestesi, intensivmedisin og smertebehandling)

2.11.1 Bakgrunn

I dag er det døgnkontinuerleg anestesilegeberedskap ved alle sjukehusa i Helse Fonna. Dette er i tråd med tilrådingane i rapporten "Lokalsjukehusa sine akutfunksjonar i ei samla behandlingsskjede". Aktuelle førande dokument seier at dagens desentraliserte sjukehusstilbod skal oppretthaldast²⁷.

2.11.2 Tiltak

- Det skal etablerast eit prosjekt for å vurdere ei eventuell endra organisering av intensiv- og overvakingseiningane ved Haugesund sjukehus.
- Det skal gjennomførast ei differensiering (gradering) av intensiv-/overvakingseiningane i Helse Fonna.
- Det skal utarbeidast eigen plan for smertebehandling i Helse Fonna.

2.12 Kirurgiske behandlingstilbod til barn

2.12.1 Bakgrunn

Det eksisterer ingen konsensus når det gjeld krav til kompetanse for å gje anestesi til barn. Det finst ei europeisk tilråding²⁸ som seier at generell anestesispesialist kan bedøve barn over tre år for vanlege inngrep.

2.12.2 Tiltak

- Barnekirurgiske tilbod skal i hovudsak vere lokalisert til Haugesund sjukehus.
- Tilbodet skal avgrensast til høgvolumtilstandar innanfor øyre, nase og hals, gastro/generell kirurgi og ortopedi.

2.13 Gastroenterologisk kirurgi (kirurgi i fordøyelsessystemet, bukhole/bekken)

2.13.1 Bakgrunn

Det blir utført gastrokirurgiske inngrep ved dei tre sjukehusa i føretaket med varierende volum og grad av kompleksitet. Ved Stord sjukehus er det årleg mellom 10-20 abdominal inngrep. Med abdominalinngrep meiner større kirurgiske inngrep i mage og tarm.

Haugesund sjukehus har både kirurg og ortoped i døgnkontinuerleg vakt. Odda og Stord sjukehus har døgnkontinuerleg vaktberedskap, anten med generell kirurg eller ortoped.

For kreftkirurgi viser ein til Regional kreftplan 2005-2010, Helse Vest RHF:

"Kreft i tykk- og endetarmen blir operert bare ved de 4 store sykehusene samt Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det bør fortsette. Tykktarmskreft i Helse Førde HF bør bare opereres i Førde. Operasjonene i Odda og på Stord bør helt overtas av Haugesund sjukehus".

2.13.2 Tiltak

- All kreftkirurgi i Helse Fonna innan mage og tarm skal gå føre seg ved Haugesund sjukehus.
- Pasientar med smerter i buk og bekken skal leggjast inn ved nærmaste sjukehus, vurdering i akuttmottak og eventuelt vidare observasjon skal gjerast av sjukehuset sine legar i tett dialog med gastrokirurgisk miljø i Haugesund.

²⁷ Politisk plattform 2009-2013 (Soria Moria 2), Regjeringa Stoltenberg III.

²⁸ Federation of the European Associations of Pediatric Anesthesia (FEAPA).

- Det skal etablerast standardiserte pasientforløp for pasientar som blir lagde inn med akutte smerter i buk og bekken.
- Større abdominalinngrep skal utførast ved Haugesund sjukehus, det skal vere vurderingskompetanse ved sjukehusa i Odda og på Stord.

2.14 Karkirurgi

2.14.1 Bakgrunn

Karkirurgi i Helse Fonna er lokalisert til Haugesund sjukehus og er saman med Helse Stavanger²⁹ eitt av to karkirurgiske senter i Helse Vest, jf. Styrevedtak 91/06 i Helse Vest RHF. Det blir i dag gjennomført karkirurgiske prosedyrar på arteriar ved Haugesund sjukehus.

2.14.2 Tiltak

- Perifer karkirurgi, aortakirurgi, carotiskirurgi og det endovaskulære tilbodet blir vidareført ved Haugesund sjukehus i samarbeid med dei karkirurgiske miljøa i Helse Vest.

2.15 Mammae- (bryst) og endokrinkirurgi

2.15.1 Bakgrunn

Brystkreft er den hyppigaste kreftform hos kvinner og førekomsten vil auke i åra som kjem. I følgje kreftregisteret kan ein forvente 75 nye brystkrefttilfelle per 100 000 kvinner per år. Helse Fonna har mammografiscreening ved Haugesund sjukehus med gransking ved Stavanger universitetssjukehus. Kvinnene i Hordaland har i dag mobilt tilbod om mammografiscreening, av kapasitetsomsyn blir krefttilfeller som blir oppdaga i screeningprogrammet behandla ved universitetssjukehusa i Stavanger eller Bergen. All strålebehandling skjer ved universitetssjukehusa.

Nasjonale retningslinjer for behandling av brystkreft føreset mammografi, MR, isotoplaboratorie og spesialistar innan patologi og mamma-endokrinkirurgi. Helse Fonna oppfyller nasjonale krav for denne type behandling.

Endokrinkirurgi omfattar inngrep på thyreoidea (skjoldbruskkjertelen). Behovet i Helse Fonna er om lag 30 inngrep per år. Kirurgi på godarta lidingar blir operert i Helse Fonna. Krefttilfelle blir operert ved universitetssjukehusa etter skriftleg samarbeidsavtale i helseregionen.

2.15.2 Tiltak

- Helse Fonna vidarefører brystkreftkirurgien
- Sikre at brystkrefttilfella som er påviste ved screening i Hordaland og Rogaland får tilbod om behandling i Helse Fonna.
- Thyreoideakirurgi held fram ved Haugesund sjukehus som i dag i tett samarbeid med Haukeland universitetssjukehus.

²⁹ Dette er i tråd med "Fagleg tilråding frå Norsk Karkirurgisk foreining. Forslag til funksjons- og oppgåvefordeling for karkirurgien i Noreg (side 14)", samt vedlegg til tilrådinga.

2.16 Ortopedi

2.16.1 Bakgrunn

Akutt og elektiv ortopedi blir utført ved sjukehusa i Haugesund og på Stord. Odda sjukehus har innleigd ortoped tilgjengeleg nokre veker i året.

Akutt ortopedi omfattar operativ og konservativ brotbehandling, hovud-/nakkeskadar og ortopediske infeksjonar. Elektiv ortopedisk kirurgi omfattar blant anna kneprotesar, hofteprotesar og spinalstenosar. Som dagkirurgi blir det utført kneartroskopi, (kikkholkskirurgi) korsbandsoperasjonar, skulderartroskopi, rekonstruksjon i skulder og ryggprolaps. Ryggkirurgi omfatta i 2008 om lag 90 inngrep, der 50 blei utførte mikrokirurgisk. Operasjonane blir i dag utførte på Haugesund sjukehus.

Stord sjukehus har ved seksjon for spesialisert rehabilitering etablert eit poliklinisk ryggtilbod: "Trygg Rygg".

Det er venta aukande behov for både akutt og elektiv ortopedi.

2.16.2 Tiltak

- Protese kirurgi skal i dei nærmaste åra skje i Haugesund og på Stord som i dag, men i eit 2020-perspektiv rår ein til at større delar av den planlagde ortopedien blir samla ved Stord sjukehus.
- Den forventa auken i behandling av brot blant eldre skal fordelast mellom Haugesund og Stord etter kapasitet (sjå òg tiltak innan ortogeriatrí pkt.2.3.2)
- Spesielle prosedyrar bør samlast ved eitt av sjukehusa.
- Det bør etablerast eit ryggsenter ved Stord sjukehus som eit samarbeid mellom fagmiljøa i fysikalsk medisin, rehabilitering og ortopedi.
- Ryggkirurgiske inngrep skal tilvisast frå ryggsenteret på Stord sjukehus til Haugesund sjukehus.
- Brotskadar skal vurderast og stabiliserast ved nærmaste sjukehus.
- Når det er tilgjengeleg kompetanse, kan akutt ortopedi opererast ved Odda og Stord sjukehus.

2.17 Urologi (kirurgiske sjukdommar i urinsystemet)

2.17.1 Bakgrunn

Eit stort og aukande tal pasientar har behov for urologisk behandling. Det er i dag eit avgrensa tilbod innan urologi i Helse Fonna. Det er store rekrutteringsutfordringar innan fagområdet. Det alt vesentlege av nyrecancerbehandling skjer ved Haukeland universitetssjukehus, tilsvarande gjeld fjerning av urinblære. Endoscopisk operasjon på prostata (TUR-P), skjer ved sjukehusa på Stord og i Haugesund, endoscopisk operasjon på blære (TUR-B) ved Haugesund sjukehus, der ein også gjennomfører radikale prostatectomiar (fjerning av prostatakjertelen). Radikal kirurgi på urinblære skal gjerast ved universitetssjukehusa i Bergen eller Stavanger.³⁰

For fleire kirurgiske inngrep innan gynekologisk onkologi kan det oppstå behov for hjelp frå kirurgar med spesialkompetanse innan urologi og gastroenterologisk kirurgi³¹. Det er derfor nødvendig at desse fagfelta er lokaliserte ved det same sjukehuset.

³⁰ Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005 - 2010 (med perspektiv til 2020) (side 21).

³¹ Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005 - 2010 (med perspektiv til 2020) (side 42-43).

2.17.2 Tiltak

- Samle gastrokirurgi, urologi og gynekologisk kreftkirurgi ved Haugesund sjukehus.
- Styrke det urologisk-operative tilbodet som i dag er lokalisert til Haugesund sjukehus.
- TUR-P skal framleis utførast ved Stord sjukehus.
- Radikale prostatektomiar skal kanalisert til universitetssjukehus.
- Poliklinikk i Haugesund og ambulerande poliklinisk verksemd i Odda og på Stord.

2.18 Øyre-, nase-, hals-sjukdomar (ØNH)

2.18.1 Bakgrunn

Innan ØNH-faget er all operativ verksemd i dag lokalisert til Haugesund sjukehus. Det er i tillegg eit poliklinisk tilbod ved Odda sjukehus som blir dekt av ambulant teneste frå Haugesund. Det polikliniske ØNH-tilbodet på Stord blir dekt av avtalespesialistar. Behovet for hørselsomsorg er aukande. Ein forventar også ein auke i talet på tilfelle av slimhinnekreft, behov for utgreiing og behandling av søvnforstyrningar og allergiske lidningar. Det eksisterande operasjonstilbodet for øyre-, nase-, halslidningar er i dag tilstrekkeleg i forhold til behovet i befolkninga.

2.18.2 Tiltak

- Helse Fonna opprettheld og utviklar vidare det kirurgiske øyre-, nase-, hals-tilbodet i Haugesund.
- Poliklinisk tilbod i Haugesund og Odda.
- Hørselsomsorga må styrkjast ved at det blir oppretta desentrale polikliniske tilbod.
- For å oppnå ei meir samordna formidling av høyreapparat bør det inngåast samarbeidsavtalar med kommunane.

2.19 Auge-sjukdomar

2.19.1 Bakgrunn

For auge-faget er all operativ verksemd i dag lokalisert til Haugesund sjukehus saman med ei stor poliklinisk verksemd. I Odda og på Stord blir det polikliniske tilbodet innan auge-sjukdomar dekt av avtalespesialistar. Det er venta eit aukande behov for kataraktkirurgi og behandling av makuladegenerasjon (med grunn i fleire eldre), i tillegg til screening av barn med tanke på skjegling og brytningsfeil og screening av diabetikarar (fundusfotografering).

2.19.2 Tiltak

- Helse Fonna opprettheld det kirurgiske og polikliniske tilbodet som er knytt til auge-sjukdomar ved Haugesund sjukehus.

2.20 Kirurgisk tilbod ved Odda sjukehus

2.20.1 Bakgrunn

Odda sjukehus er blant dei sjukehusa i landet som har minst befolkningsgrunnlag i dekningsområdet. Geografi og infrastruktur gjer at det i dag blir oppretthalde eit avgrensa sjukehusstilbod med god kvalitet. Av omsyn til reiseavstand for pasientar frå indre Hardanger er det ønskjeleg å auke det polikliniske tilbodet.

2.20.2 Tiltak

- Odda sjukehus blir vidareført som eit lokalsjukehus med tilpassa akutfunksjonar.
- I perioden 2010-2012 opprettheld ein døgnkontinuerleg kirurgisk beredskap og elektiv og dagkirurgisk verksemd som i dag.

- Innan 2012 skal planlagd kirurgi som krev innlegging og kirurgisk døgnberedskap vurderast opp mot plan for kirurgi i Helse Vest. Ved endring må det etablerast alternative standardiserte pasientforløp og gis opplæring til legar og anna fagpersonell i naudprosedyrar, slik at alvorleg skadde eller sjuke pasientar kan stabiliserast før vidare transport til eit anna sjukehus.
- I perioden 2012-2016 skal framtidig dagkirurgi i Odda evaluerast i tråd med varsla plan for kirurgi i Helse Vest.

2.21 Kvinne - Barn

2.22 Pediatri (barnesjukdommar)

2.22.1 Bakgrunn

Barneseksjonen i Kvinne-barn-klinikken er organisert med nyfødt intensiv og barnepost (medisin, kirurgi, ortopedi, ØNH og augesjukdomar) og poliklinikk i Haugesund. Seksjonen gjev behandling til barn frå 0-18 år. Det er barnepoliklinikk ved sjukehuset på Stord tre dagar i veka, og i Odda er det poliklinikk éin dag i månaden. Seksjonen har tilbod innan læring og meistring og eit etablert samarbeid med barnehabiliteringa.

Det er få innleggingar av barn på Stord og Odda sjukehus, i tråd med gjeldande forskrift om barn sitt opphald i helseinstitusjon³².

Utviklinga dei siste åra viser gradvis færre innleggingar av barn, ein reduksjon i Haugesund på 20-25 prosent i løpet av 5 år. Det er i hovudsak medisinske diagnosar som representerer reduksjonen, mens talet på pasientar innanfor dei kirurgiske faga er relativt stabilt.

2.22.2 Tiltak

- Barn kan leggjast inn på Odda sjukehus etter konsultasjon med barnelege ved Haugesund sjukehus, avgrensa til eit døgn.
- Barn kan leggjast inn på Stord sjukehus etter konsultasjon med barnelege ved Haugesund sjukehus.
- Barn under eit år skal leggjast inn ved barneavdelinga ved Haugesund sjukehus.
- Fagmiljø arbeidar etter felles prosedyrar for barn i sjukehus og fastset felles kriterier for behandling/ innlegging av barn i sjukehus i Helse Fonna.

2.23 Fertilitet

2.23.1 Bakgrunn

Totalt i Noreg blir det årleg gjeve ca. 8 000 behandlingar for ufrivillig barnløyse, fordelt på 11 senter. Haugesund Fertilitetssenter utfører ca. 1 000 behandlingar årleg, i tillegg har senteret landsfunksjon som sædbankregister. Fertilitetssenteret er ISO-sertifisert av Det Norske Veritas. Senteret gir behandling med god kvalitet ved infertilitet.

Fertilitetssenteret gjev positive synergjar når det gjeld fagleg utvikling og rekruttering til kvinneklinikken.

2.23.2 Tiltak

- Drifta ved Haugesund Fertilitetssenter blir vidareført ved Haugesund sjukehus i same omfang som i dag.

³² FOR 2000-12-01 nr. 1217: Forskrift om barn sitt opphald i helseinstitusjon.

2.24 Fødselshjelp

2.24.1 Bakgrunn

Fødselstalet i Helse Fonna er stabilt rundt 2000 per år, fordelt på tre einingar; kvinneklinikk ved Haugesund sjukehus, forsterka jordmorstyrt fødestove ved Odda sjukehus og fødeavdeling ved Stord sjukehus. Helse Fonna har differensiert og desentralisert fødselsomsorg. Risikofødsalar blir selekterte til Haugesund sjukehus frå både Odda og Stord. Nasjonalt/regionalt skal det utarbeidast nye kvalitetskriterium for inndeling av fødeiningar.

Inndelinga av dagens fødetilbod er:

- Haugesund sjukehus, kvinneklinikk
- Stord sjukehus, fødeavdeling
- Odda sjukehus, forsterka fødestove

Dagens inndeling må tilfredsstillе dei nasjonale og regionale kvalitetskrava som gjeld til ei kvar tid.

Dagens organisering inneber fleire ulike utfordringar:

- spreidd lokalisering gir færre fødsalar per sjukehus
- ulikt ”press” på ressursane avhengig av lokalisering
- ikkje gjennomgåande fagleg leiing og felles metodar
- rekruttering til gjeldande vaktordning

Fødselstala i Odda er så låge at ei innretning med forsterka fødestove ikkje vil være mogeleg å oppretthalde. Med krav til spesialistdekning, vaktordning, kvalitet og innhold på tenesta må det leggest plan for ei endring frå forsterka fødestove til jordmorstyrt fødestove i Odda i første del av planperioden.

Styringsdokument 2009 for Helse Fonna HF slår fast at det skal vere ei samordna svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta³³, og tilleggskokumentet til styringsdokumentet pålegg også helseføretaket å arbeide ut ein fleirårig heilskapleg og lokalt tilpassa plan for fødetilbodet i opptaksområdet saman med dei kommunane dette gjeld. Helse Fonna vil i første halvår av 2010 ta initiativ til å etablere pilotprosjekt saman med aktuelle kommunar. Planen skal vere ferdigstilt innan 15.11.10³⁴.

Overordna føringar er gjeve i St.meld. nr. 12 ”En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg” og i St.meld. nr. 47 ”Samhandlingsreforma”.

Det er gjort sannsynleg at helseføretaket vil ha utfordringar i forhold til å rekruttere spesialistar i kvinnesjukdomar og fødselshjelp i åra som kjem. Dette kan få betydning for utforminga av fødselstilbodet i eit 2020-perspektiv.

2.24.2 Tiltak

Helse Fonna skal:

- Utarbeide ein fleirårig heilskapleg og lokalt tilpassa plan for fødetilbodet, svangerskaps- og barselomsorga i opptaksområdet saman med kommunane.
- Utarbeide plan for følgjetenesta for fødande med lang reiseveg i samarbeid med kommunane.
- Helse Fonna utgreier eit alternativt fødselstilbod med jordmorstyrt fødestove ved Odda sjukehus. Utgreiinga må byggje på erfaringar frå tilsvarende fødselstilbod i landet.

³³ Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 13).

³⁴ Tilleggskokumentet til Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 2).

2.25 Gynekologi (kvinnesyjukdommar)

2.25.1 Bakgrunn

Alle tre sjukehusa i Helse Fonna har gynekologisk poliklinikk og eit tilbod innan gynekologisk kirurgisk behandling. Det vesentlege av aktiviteten skjer ved sjukehusa i Haugesund og på Stord. Gynekologi i Haugesund og Stord er organisert som to separate einingar.

Kreft i eggstokk og kreft i livmor stadie 1 blir utført ved Haugesund sjukehus³⁵ etter protokoll frå Haukeland universitetssjukehus.

Regional kreftplan peikar på kor viktig det er med ei samlokalisering av gynekologisk onkologi og spesialkompetanse innan urologi og gastroenterologisk kirurgi.

2.25.2 Tiltak

Ein rår til at kreft i livmor stadie 1 framleis blir behandla ved Haugesund sjukehus etter protokoll frå Haukeland universitetssjukehus (HUS), og at behandling av eggstokk-kreft blir sentralisert til Haukeland universitetssjukehus i løpet av 2010.

Den gynekologiske verksemda ved sjukehusa i Haugesund og på Stord må samordnast for å få ei betre utnytting av ressursar og tilgjengeleg operasjonskapasitet;

- Innføring av felles prosedyrar.
- Koordinering av pasientinntak.
- Endre behandling frå inneliggjande til dagkirurgi ved Stord sjukehus og Haugesund sjukehus.
- Disponering av personellressursar på tvers av lokalisering.
- Kompetanseutvikling og kompetanseoverføring.

2.26 Medisinske støttefunksjonar

Støttetenestene i Helse Fonna må på bakgrunn av Plan somatikk vurdere konsekvensar for innhald i tenestene. Det gjeld både tilgjengeleg teknologi og ressursbruk ved det enkelte sjukehuset. Mål- og tiltaksplan må konkretiserast i eigen plan med tidsperspektiv 2010-2020.

2.27 Bilettdiagnostikk

2.27.1 Bakgrunn

Radiologi er organisert som éi eining med verksemd i Odda, på Stord og i Haugesund.

Radiologisk verksemd i Haugesund har alle modalitetar (typar av biletgivande utstyr), inklusive intervensjon (karundersøkingar og andre inngrep med punksjon og innføring av ulike terapeutiske og diagnostiske utstyr ved hjelp av biletgivande metodikk) og scintigrafi (undersøking ved bruk av isotopar). I Sauda blir det utført konvensjonell radiologi som røntgen av skjelett og thorax. På Stord og i Odda er det radiologiske funksjonar som utfører konvensjonell radiologi med gjennomlysing, samt CT og ultralyd.

Strengare krav til bilettdiagnostisk service ved kvalitet og kvantitet ved dei tre sjukehusa føreset døgn-kontinuerleg radiologisk service.

Teknologi med tele-medisin/teleradiologi gjer det mogleg med ei desentral organisering av mange radiologiske tenester³⁶. Odda og Haugesund sjukehus har same IT-system slik at ein beskriv alle bilete frå

³⁵ Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005 - 2010 (med perspektiv til 2020) (side 42-43).

³⁶ Helse Vest RHF: Radiologitenester i Helse Vest RHF 2007 - 2012.

Odda i Haugesund, også på vakttid. Vakthavande radiolog i Haugesund er tilgjengeleg for vurdering ved akutt hjelp-hendingar, for eksempel- gransking av CT-undersøking ved hjerneslag eller akutte sjukdomar i buken. Denne ordninga, saman med ambulerande teneste i Odda éin dag per veke, erstattar tidlegare vikar-stafett frå Helse Bergen.

Når tilsvarende system er installert ved Stord sjukehus, vil den same rutinen vere tilgjengeleg. Stord sjukehus har ikkje fast tilsett radiolog, og drifta baserer seg på vikarinnleige.

Lokalisering av klinisk aktivitet vil påverke lokalisering av radiologi. Alle sjukehus med akuttfunksjonar vil krevje moderne CT³⁷ med høve til CT-angiografi, dette er fagleg sett den klart viktigaste diagnostiske reiskapen.

MR er eit krav ved nevrologiske sjukdomar og skadar, men også ved ryggkirurgi, kreftoppfølging og i aukande grad ved ortopedi og akuttmedisin. Det er vedteke å installere MR på Stord sjukehus i 2010/11. Metoden får stadig større bruksområde ettersom nye sekvensar og dataprogram blir utvikla.

2.27.2 Tiltak

Moderne slagbehandling, oppfølging av kreftpasientar og diagnostikk i akutte situasjonar krev rask tilgang til avansert biletdiagnostikk. Grunna generell auke i behov for biletdiagnostikk må helseføretaket:

- Oppgradere CT for å dekkje dei diagnostiske behova i akuttsituasjonar
- Samordne radiologressursane i Helse Fonna
- Auke kapasiteten for MR/CT i 2010

Ei vidare utbygging av intervensjonsradiologien må sjåast i samanheng med nasjonale og regionale føringar, ny teknologi og kapasiteten i Helse Bergen og Helse Stavanger. Samarbeidet med Helse Bergen og Helse Stavanger er godt, tilbodet er velfungerande med god kapasitet og dokumentert kort evakueringstid.

Helse Fonna har i dag ikkje PCI-verksemnd (hjarteblokkering), dette er i tråd med styrevedtak i Helse Vest. Ved endra føresetnader fram mot 2020 bør etablering av PCI-verksemnd i Helse Fonna vurderast på nytt.

2.28 Laboratorietenester

2.28.1 Bakgrunn

Det vesentlege av laboratoriefaga er samla ved Haugesund sjukehus. Det er eit tilpassa tilbod innanfor medisinsk biokjemi ved sjukehusa i Odda, Stord og Valen. I Odda og på Stord er det eit avgrensa tilbod innanfor immunologi og transfusjonsmedisin. Det er ein tappestasjon for blod i Sauda.

Dei seinare åra har det i Helse Fonna vore ein kraftig auke i analysevolum innan alle laboratoriefaga. For medisinsk biokjemi og mikrobiologi har auken vore stor frå eksterne og interne rekvirentar.

Ved Haugesund sjukehus er analysekapasiteten innanfor fleire av laboratoriefaga avgrensa av areal- og personellmessige forhold.

2.28.2 Tiltak

- Laboratoria sin servicegrad oppretthaldes overfor eksterne og interne rekvirentar.
- Utarbeide diagnostiske "pakkeløysingar" og gode prøvetakingsrutinar.
- Prøvetaking må vurderast overført til personale på sengeining for at prøvesvara skal liggje føre så tidleg som mogleg.
- Tilbodet innan mikrobiologi skal vidareførast og vidareutviklast.

³⁷ Helse Fonna HF: Styresak 86/09, 26.11.2009.

- Tilbodet innan immunologi og transfusjonsmedisin skal vidareførast, og det må sikrast at ein stettar dei omfattende kvalitetskrava som gjeld for produksjon av blodprodukt.
- Patologitilbodet skal vidareførast og utviklast i forhold til behovet i Helse Fonna og gjeldande plan for patologitenester i Helse Vest.

2.29 Terapeutiske støttetenester

2.29.1 Bakgrunn

Helse Fonna har støttetenester innanfor faglege terapeutiske område som er viktig for heilskapen i Helse Fonna sitt pasienttilbod. Dette omfattar område som ernæringsfysiologi, fysioterapi, ergoterapi, sosionom, prestetenester m.fl.

2.29.2 Tiltak

- Tenestetilbodet må vidareførast og utviklast i tråd med dei val og prioriteringar som blir gjort i plan for somatiske helsetenester.
- Bidra i ein prosess saman med dei somatiske klinikkane for å utvikle standardiserte behandlingssopplegg for aktuelle pasientgrupper.

2.30 Medisinsk teknikk og fysikk

2.30.1 Bakgrunn

Verksemda er organisert som éi eining med aktivitet på alle lokalisasjonar i Helse Fonna.

Medisinsk teknikk og fysikk utgjer ein vesentleg del av medisinsk-tekniske støttetenester i føretaket. Då den tekniske utviklinga går framover og meir komplekst utstyr blir tatt i bruk, aukar kravet til mengd utstyr og behov for vedlikehald, i tillegg til behov for opplæring i bruk av utstyr.

Eining for Medisinsk teknikk og fysikk har ansvar for oppfølging av strålevernet (regulert i lov og forskrift) i Helse Fonna.

2.30.2 Tiltak

- Tenestetilbodet skal vidareførast og utviklast i tråd med dei val og prioriteringar som blir gjort i plan for somatiske spesialisthelsetenester, og for å sikre krav i lov og forskrift.
- Eininga skal bidra i ein prosess saman med dei somatiske klinikkane for å utvikle tilgjenge av medisinsk teknisk utstyr, og delta i opplæring av brukarar.



3 Utdrag frå aktuelle referansar

Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 12-13)

Helseføretaka skal:

- Arbeide for å sikre eit fullstendig, samanhengande og lokalt tilpassa akutttilbod
- Vurdere tilpassing av akutfunksjonane til lokalsjukehusa i tråd med denne rettleiande standarden:
 - felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, akuttmottak ved sjukehuset og gjerne ambulansestasjon er samlokaliserte
 - tilpassa akutfunksjonar med hovudvekt på indremedisinske tilbod, elektiv kirurgi og enklare kirurgisk beredskap
 - lokalsjukehus med akutfunksjonar (akuttsjukehus)

HOD, Lokalsjukehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede (side 4):

Det bør etableres felles akuttmottak der både legevakten, en skadestue, sykehusets akuttmottak og ambulansestasjonen er samlokalisert. Ved det felles akuttmottaket bør det finnes observasjonssenger, og det må fremgå tydelig hvem som har det medisinske ansvaret for pasienter som observeres i disse sengene. Sykehusets leger, herunder spesialistene, og også leger ved andre sykehus som inngår i nettverk med lokalsjukehuset, må ved behov kunne trekkes med i det medisinske arbeidet som skjer i akuttmottaket. En slik organisering krever tydelige og velavklarte ansvarsforhold forankret i prosedyrer og faglige retningslinjer, slik at det er entydig hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten. Arbeidsgruppa mener at det raskt må iverksettes et arbeid for å utrede og avklare hva som vil være de faglig riktige ansvarsposisjonene. Finansieringsordningene må understøtte disse.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, ”... er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt” (side 43):

Ei arbeidsgruppe nedsett av HOD for utredning av lokalsjukehusa sine akutfunksjonar i ein samla behandlingsskjede, leverte sluttrapporten i 2007. Arbeidsgruppa meiner at målet om behandling på lågast mogelege nivå tilseier at ressursane i helsetenesta i større grad enn no må settast inn i kommunehelsetenesta. Arbeidsgruppa meiner det er trong for å samordne dei ulike ledda i den akuttmedisinske behandlingsskjeden sterkare enn i dag:

- Det bør etablerast felles akuttmottak (FAM), der både legevakta, skadestove, akuttmottak og ambulansestasjon er samlokalisert. Ved felles akuttmottak bør det finnast observasjonssenger. Legevaktlegen kan ved slik organisering nytte alle ressursar i sjukehuset, og må kunne konsultere sjukehuset sine legar. Arbeidsgruppa påpeikar at når ein erfaren allmennlege treng fagleg støtte, kan som regel ikkje dette skje ved ein uerfaren turnuslege.
- Systemansvaret for legevaktstenesta bør styrkast, og det bør etablerast lokale akuttmedisinske team som trenar regelmessig. Vaktthavande allmennlege bør fungere som teamleiar.
- Ein må styrke fastlegane og legevaktlegane sin kompetanse og kapasitet. Dess betre rammer vaktlegane har for å diagnostisere og avklare pasientane og dess meir kommunale ressursar til omsorg og tilsyn for pasienten som er tilgjengeleg, dess færre pasientar vil bli vist vidare.
- Det må settast krav til kurs for legevaktlegar og trening av lokale akuttmedisinske team. Alle legar som har legevakt skal ha gjennomgått akuttmedisinsk kurs i løpet av siste 2 - 3 år.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, ”... er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt” (side 46-47):

Nklm registrerer at det er svært sparsom dokumentasjon av FAM-modellen i legevakt. Det er mange uavklarte juridiske tilhøve for eventuelle integrerte modellar på tvers av tenestnivåa i Norge. Utfrå litteraturen er det grunn til å vere skeptisk til nytteeffektane av FAM. Ein kan lett få auka ressursbruk utan nyttig helseeffekt, ved at ordninga kan tilsøre LEON-prinsippet: Primærhelsetenesta skal bruke lite ressursar på dei mange og sortere ut dei sjukaste, og sjukehusa skal bruke sine meir avanserte ressursar på ei selektert gruppe med større behov og større helseeffekt av ressursbruken.

På grunn av norsk geografi og busetningsmønster er det lite truleg at FAM tilknytt lokalsjukehus kan bli ein utbredt modell for norsk legevakt. Dei største byane vil truleg vidareutvikle store, døgnopne legevakter, eventuelt samarbeide med foretaka om røntgen, skadepoliklinikk og observasjonssenger, og dei minste sjukehusa vil truleg miste akutt-funksjonar. Da vert det få aktuelle sjukehus tilbake, og dei vil dekke ein liten del av geografien og befolkninga.

Nklm meiner difor at FAM ikkje bør vere ein generell modell for intergrerte legevakt- og sjukehusenester. Nklm er derimot sterk tilhengar av samlokalisering av ambulansestasjonar og legevakt, gjerne lokalisert til sjukehus, på samme måte som vi på stader utan sjukehus gjerne vil ha samlokalisering mellom ambulanse, legevakt og kommunale tenester som brannvern, sjukeheim og base for heimesjukepleien. Dette er nærmare omtalt annan stad i dette kapitlet.

Den Norske Legeforening, Legevakt i kommunehelsetjenesten (side 9):

Der hvor det er mulig, bør det arbeides for en samlokalisering av legevakt, ambulansetjeneste og sykehus.

Et slikt samarbeid vil tilrettelegge for samordnet og adekvat oppfølging ved kriser og katastrofer, men også ved rød respons. Samhandlingen vil være svært nyttig for gjennomføring av nødvendig akutt medisinsk opplæring og trening. Befolkningen vil på denne måten oppnå en langt mer effektiv og troverdig tiltakskjede når det haster.

Politisk plattform 2009-2013 (Soria Moria 2), Regjeringen Stoltenberg III

Gjennom samhandlingsreformen vil kommunene få et større ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette reiser problemstillinger knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også til arbeidsdelingen mellom sykehus. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, kap 9.6.1.2 Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner (side 71)

Som et utgangspunkt for det videre utredningsarbeidet mener arbeidsgruppa at alle lokalsykehus med akutfunksjoner, som et minimum må ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis. Sykehusene må ha kompetansen til å håndtere indremedisinske pasienter med svikt i ett organ, dvs. blant annet pasienter med hjertestans, forverring av kronisk hjertesvikt og forverring av kronisk lungesykdom. Dette innebærer at det må være mulig å overvåke vitale funksjoner, gjennomføre enklere respirasjonsstøtte og utføre respiratorbehandling (akutttilfeller). Dette indremedisinske akutttilbudet krever ikke bare generell indremedisinsk kompetanse, men bred akuttmedisinsk og intensivmedisinsk kompetanse. I dag har få indremedisinere slik kompetanse i tilstrekkelig grad. Dette betyr i praksis, slik arbeidsgruppa ser det, at alle lokalsykehus med akutfunksjoner, per i dag, må ha anestesileger i døgnberedskap.

Federation of the European Associations of Pediatric Anesthesia (FEAPA):

Barneanestesi:

Det eksisterer ingen konsensus når det gjelder krav til kompetanse for å gi anestesi til barn. Det finnes en europeisk anbefaling fra Federation of the European Associations of Pediatric Anesthesia (FEAPA): *Generell anestesispesialist kan bedøve barn over 3 år for vanlige inngrep. På sykehus mindre enn universitets-sykehus kan spesialist med interesse for barneanestesi bedøve mindre barn under forutsetning av:*

- Minst 1/2 dag barneanestesi pr uke

- Kontinuerlig faglig oppdatering
- Kontakt med/hospitering ved stort sykehus

Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020) (side 37)

Kreft i tykk- og endetarmen blir operert bare ved de 4 store sykehusene samt Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det bør fortsette. Tykktarmskreft i Helse Førde HF bør bare opereres i Førde. Operasjonene i Odda og på Stord bør helt overtas av Haugesund sjukehus.

Faglig tilråding fra Norsk Karkirurgisk forening; Forslag til funksjons- og oppgavefordeling for karkirurgien i Norge (side 14).

Forslaget bygger på faglige vurderinger; hva som tjener faget og dets utvikling, og de oppgaver vi skal betjene for landets befolkning.

Gruppen ble oppnevnt av NKKF's Generalforsamling i oktober 2004,

HELSE VEST

- Ett karkirurgisk regionssenter og ett karkirurgisk senter
- Regionsenteret ved Haukeland Universitetssykehus og enheten ved Sykehuset i Førde. Stavanger Universitetssykehus og enheten ved Sykehuset i Haugesund utgjør et karkirurgisk senter
- Funksjonsfordeling av aktiviteten innad i hvert senter

Vedlegg til Forslag til funksjons- og oppgavefordeling for karkirurgien i Norge:

De enkelte regioners uttalelser, Helse Vest:

Det anbefales å etablere to karkirurgiske sentra der det ene består av Stavanger og Haugesund og det andre av Bergen og Førde.

Man oppfyller da intensjonen i Strukturrapporten uten å foreta dramatiske endringer. Samtidig oppnår man å gi hele befolkningen i regionen et tilnærmet ensartet tilbud om karkirurgisk service. De etablerte ressurser benyttes fortsatt, ingen sykehus mister fordelene ved å ha karkirurgisk og endovaskulær kompetanse tilgjengelig og transportbehovet vil påvirkes minimalt. Videre kan dagens kapasitet på spesialistutdanningen i karkirurgi opprettholdes. En slik modell gir også helseforetakene en god mulighet til å styre utviklingen videre i den retning man måtte ønske.

Selv med kun to karkirurgiske sentra i regionen bør det ene av disse defineres som regionsenter. Basert på situasjonen slik den er i dag er det naturlig at Haukeland Universitetssykehus innehar denne funksjonen. Regionsenteret bør tillegges ansvaret for at et regionalt nettverk for karkirurgisk samarbeid og faglig oppdatering etableres og kontinueres. Nettverket bør opprettholdes gjennom løpende kontakt innad i og mellom de to sentra. Det bør også holdes jevnlig møter for å styrke kontakten. Ensretting av indikasjonsstilling og sammenligning av resultater vil være viktige tema for et slikt nettverkssamarbeid. Nettverket kan også bidra til å definere problemstillinger som bør sentraliseres eller desentraliseres innad

Politisk plattform 2009-2013 (Soria Moria 2), Regjeringen Stoltenberg III

Gjennom samhandlingsreformen vil kommunene få et større ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette reiser problemstillinger knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også til arbeidsdelingen mellom sykehus. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. Ingen lokalsykehus skal legges ned.

Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020) (side 37):

Behandlingen for brystkreft og forstadier er sentralisert til 4 sykehus, dette bør fortsette.

Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020) (side 21)

Det opprettes et faglig nettverk/faggruppe i kirurgisk kreftbehandling med bl a følgende oppgaver:

- *Bidra til at den anbefalte funksjonsfordeling følges,*
- *Utarbeide klare retningslinjer for indikasjonen for radikal prostataektomi*
- *Utarbeide forslag til samarbeid der alle pasienter med svulster i øvre mage- og tarmkanal og urinblære opereres enten ved HUS eller SiR, med et felles team av operatører for begge sykehus*
- *Utarbeide bedre felles retningslinjer for lindrende kreftkirurgi og iverksette regional registrering av disse inngrepene*
- *Vurdere oppstart av forsøk med laparoskopisk assistert behandling av tykk- og endetarmskreft*

Helse Vest RHF: Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020) (side 42-43).

Gynekologisk onkologi anvender alle tre behandlingsmodaliteter: kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling. Det har derfor flere likhetstrekk med andre kreftformer og det er nærliggende å finne løsninger der en kan trekke fordeler av en sammenfallende kompetanse i andre fagområder. Prosedyrene som anvendes i både kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling er til dels meget kompliserte. Det er flere kirurgiske inngrep der en trenger bistand fra kirurger med spesialkompetanse innen plastikk-kirurgi, urologi og gastroenterologi. Det er derfor nødvendig at fagfeltet har sin basis i sykehus med et bredt kirurgisk miljø. Ved HUS har avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk ansvar for all strålebehandling til disse pasientene.

Helse Vest RHF: Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF.

Helseføretaka skal:

- *Vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelseteneste i samarbeid med aktuelle kommunar.*
- *Gi fagleg oppfølging, støtte og rettleiing til den kommunale omsorgstenesta slik at ho kan ta seg av sine nye og krevjande oppgåver. Dette gjeld særleg i høve til utgreiing,diagnostikk og behandling av akutte tilstandar og kroniske sjukdomar, i tillegg til fast oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og rettleiing av lokalt behandlingsapparat.*
- *Skal rapportere i årleg melding kva for tiltak som er gjennomførte for å sikre samordna pasientforløp for å ta hand om pasientar med stort samhandlingsbehov.*
- *Arbeide med organiseringa av tenestene og sikre tilstrekkeleg kapasitet for å unngå bruk av korridorsenger. I akuttpsykiatrien er det ikkje i samsvar med forsvarleg aktivitet å ha korridorpasientar.*
- *Sikre at minst 80 prosent av epikrisane blir sende ut innan sju dagar.*
- *Sikre at ein større del av pasientane får utarbeidd individuell plan.*

Regional kreftplan 2005-2010 (med perspektiver til 2020) Helse Vest RHF

Generelt:

- Forventet økning i antall krefttilfeller (+25 prosent i 2020 i forhold til 2004) stiller store krav til planlegging og utvikling av tjenestetilbudet.
- Forebyggende tiltak må iverksettes på områder hvor dette er dokumentert nyttig.
- Diagnostikk og behandling må utvikles i tråd med utviklingen innen medisinsk teknologi og dimensjoneres ut fra forventet behov for tjenester.
- Lindrende behandling og rehabilitering må styrkes.

I utvikling av tjenestetilbudet må legges vekt på:

- En klar og omforent forståelse av prioritering i kreftomsorgen i regionen.
- En klar funksjonsfordeling basert på beste faglige anbefaling.
- Standardisering av tiltak og felles retningslinjer for diagnostikk og behandling .
- Regler for introduksjon av nye eller endring av pågående tiltak innen diagnostikk og behandling, både med tanke på kvalitet og kostnadskontroll.
- Forsknings- og utviklingsarbeid for å fremme kvalitet og effektivitet.
- Nær samhandling med primærhelsetjenesten.

HOD. Veileder i habilitering av barn og unge (side 70)

- Barnehabiliteringstjenesten bør være nært knyttet til barneavdelingen, som selvstendig enhet, grunnet det viktige og nødvendige samarbeidet mellom disse tjenestene. Om mulig bør de også ha en geografisk nærhet.
- Barneavdelingen og barnehabiliteringstjenesten bør ha et fast organisert samarbeid med barne- og ungdomspsykiatriske tjenester for sammen å kunne ivareta oppfølgingen av barn og unge med store atferdsavvik.
- Barnehabiliteringstjenesten og voksenhabiliteringstjenesten bør ha et nært samarbeid for å kunne ivareta livsløpsperspektivet hos felles målgrupper.
- Voksenhabiliteringstjenesten bør også ha et strukturert samarbeid med den fylkeskommunale rehabiliteringstjenesten. Dette for å kunne fange opp problemstillinger hos habiliteringstjenestenes målgrupper som rehabiliteringstjenesten har mest kompetanse på.
- Barnehabiliteringstjeneste, voksenhabiliteringstjeneste og rehabiliteringstjeneste omfatter ofte de samme yrkesgrupper. De har utfyllende kompetanse, arbeider etter samme tankegang og metodikk, og kan i fellesskap ivareta ulike behov gjennom hele livet hos den enkelte bruker.

13 Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. (side 15)

Michael Stenvall, PT, PhD¹, Birgitta Olofsson, RN, MSc^{1,2}, Lars Nyberg, PT, PhD³, Maria Lundström, RN, PhD¹ and Yngve Gustafson, MD, PhD¹

From the ¹Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine, ²Department of Surgical and Perioperative Sciences, Orthopedics, Umeå University, Umeå and ³Department of Health Sciences / Physiotherapy Unit, Luleå University of Technology, Luleå, Sweden

Results: Despite shorter hospitalization, significantly more people from the intervention group had regained independence in personal activities of daily living performance at the 4- and 12-month follow-ups; odds ratios (95% confidence interval (CI)) 2.51 (1.00-6.30) and 3.49 (1.31-9.23), respectively.

More patients in the intervention group had also regained the ability to walk independently indoors without walking aids by the end of the study period, odds ratio (95% confidence interval) 3.01 (1.18-7.61).

Conclusion: A multidisciplinary postoperative intervention programme enhances activities of daily living performance and mobility after hip fracture, from both a short-term and long-term perspective.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten. § 2-3. Organisering i spesialisthelsetjenesten

Ved institusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, skal ledelsen for å følge opp pliktene etter § 2-1 og § 2-2 vurdere, systematisere og beskrive hvilke oppgaver som skal utføres innen smittevernet i institusjonen, og sørge for at det er tilsatt tilstrekkelig smittevernpersonell, herunder hygienesykepleier(e) og lege(r), og sørge for at disse får avsatt tilstrekkelig tid til å utføre sine oppgaver.

En lege skal ha ansvar for å koordinere smittevernet innen institusjonen og skal i slike spørsmål være direkte underlagt ledelsen.

Institusjonens ledelse skal ved oppnevning av kvalitetsutvalg, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4, sørge for at helsepersonell med innsikt i smittevern i helseinstitusjoner er representert i utvalget eller på annen hensiktsmessig måte er tilknyttet dette.

Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688. Utkast på høring med frist 15.10.09. (side 16)

Et hovedmål for behandling av personer med akutt hjerneslag er å redusere dødelighet og funksjonshemning. Rask overføring til en slagenhet er derfor den viktigste enkeltkomponent i organiseringen av behandlingsskjeden for slagpasienter fordi slagenhetsbehandling er det eneste behandlingstilbudet som reduserer dødelighet (11) (nivå 1a). Behandlingen reduserer også funksjonshemning både på kort og lengre sikt (11) (nivå 1a). Sykehus uten slagenhet bør derfor ikke behandle pasienter med akutt hjerneslag, fordi mulighetene for overlevelse og/eller vesentlig funksjonsbedring er klart svekket for pasienter som ikke får et slagenhetstilbud (11) (nivå1a).

11: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4):CD000197.

Tidsskrift for den Norske Legeforening nr. 9, 2007; 127: 1214-8

- Behandling i slagenhet reduserer dødelighet, alvorlig funksjonshemning og sykehjemsbehov
- Slagenheter som kombinerer akuttbehandling og rehabilitering, er best dokumentert og mest effektive
- Etablering av slike slagenheter med kapasitet til å motta alle pasienter med akutt hjerneslag bør ha førsteprioritet i norsk slagomsorg

FOR 2000-12-01 nr 1217: Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon

Kapittel 1. Generelt

- § 1. Denne forskriften gjelder for helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven.
- § 2. Barn skal bare legges inn på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet.
- § 3. Med barn menes i denne forskrift personer under 18 år.
- § 4. Barn skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger.
- § 5. Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet.

Kapittel 2. Samværsrett for foreldre m.m.

- § 6. Barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet i den grad det følger av pasientrettighetsloven § 6-2. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet.
- § 7. Barn i helseinstitusjon kan motta besøk utenom vanlig besøksstid. Avdelingens faglig ansvarlige kan nekte besøk dersom medisinske årsaker tilsier det. Eventuelle besøksnekt skal grunngis.

Kapittel 3. Dekning av foreldres reise/oppholdsutgifter mv.

- § 8. En av foreldrene som er hos barnet skal få tilbud om overnatting i institusjonen, fortrinnsvis i rimelig nærhet av barnet.
- § 9. Foreldre som er hos barnet skal få mat i institusjonen til de priser personalet betaler. De skal få tilbud om å spise på avdelingen sammen med barnet.
- § 10. Reiseutgifter for ledsager i forbindelse med innleggelse og utskrivning dekkes av det regionale helseforetaket i barnets bostedsregion, jf. pasientrettighetsloven § 2-6 og syketransportforskriften § 9.
- § 11. Tapt arbeidsfortjeneste til nødvendig ledsager under reise ved barns sykdom ytes etter pasientrettighetsloven § 2-6, jf.

Kapittel 4. Aktivisering/undervisning

- § 12. Barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det, jf. pasientrettighetsloven § 6-3. Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.
- § 13. Pedagogisk virksomhet for førskolebarn skal fortrinnsvis skje under ledelse av en førskolelærer.
- § 14. Barn i skolepliktig alder har rett til undervisning under institusjonsoppholdet, jf. pasientrettighetsloven § 6-4 og opplæringslova § 2-1, § 3-1 og § 5-1.

Kapittel 5. Andre bestemmelser

- § 15. I tilstrekkelig tid før utskrivning skal helseinstitusjonen sørge for å etablere kontakt med det kommunale hjelpeapparat dersom barnet har behov for oppfølging etter utskrivning. Slik kontakt skal skje i samråd med foreldrene.
- § 16. Denne forskriften skal utleveres til foreldre og barn samtidig med meldingen om innleggelsesdato, og senest ved selve innleggelsen.
- § 17. Forskriften trer i kraft 1. januar 2001. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 7. september 1988 nr. 746 om barn på sykehus gitt med hjemmel i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus mv. § 3 tredje ledd.

Dnlf. Norsk barnelegeforening. Generalplan for pediatri (side 22).

Det er et hovedprinsipp at **barn som er i behov av innleggelse i sykehus, skal ligge i en barneavdeling**. Hvor geografiske eller andre forhold ikke gjør dette hensiktsmessig skal barnet ligge i sykehusavdeling hvor det er **under tilsyn av pediater**. Et annet hovedprinsipp er at barn skal behandles **så nær sitt hjemsted som mulig**.

Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 13)

Det skal vere ei samordna svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetenesta.

Helseføretaka skal:

- Sikre drift av fødeinstitusjonar heile året. Sommar- og feriestengingar av fødeinstitusjonar skal ikkje skje på grunn av økonomiske årsaker åleine. Dersom det ikkje lar seg gjere å avvike lovpålagd ferie forsvarleg, kan dei stengje, men stengingsperioden skal gjerast så kort som råd, og det skal setjast i verk nødvendige tiltak for å sikre forsvarlege ordningar i samarbeid med kommunen.
- Levere data elektronisk til Medisinsk fødselsregister for alle fødeinstitusjonar.
- Vidareutvikle samarbeidet med den kommunale jordmortenesta som har ansvaret for føljetenester.

Tilleggsdokumentet til Styringsdokument 2009. Helse Fonna HF (side 2)

Fødselsomsorg.

Oppfølging av St. meld. nr 12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg”. Det vises til punkt 3.1.4 Område med særskilt fokus - Fødselsomsorg i Styringsdokument 2009 der det kjem fram at ein vil kome tilbake til eventuelle oppdrag til helseføretaka etter Stortingets behandling av Innst. S. nr. 240 (2008-2009), jf. St. melding nr. 12 (2008-2009) ”En gledelig begivenhet - om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og Barselomsorg”.

I innstillinga gikk fleirtalet i helse- og omsorgskomiteen inn for at lokal jordmorteneste framleis skal være eit kommunalt ansvar, og at kommunar/samarbeidande kommunar og helseføretak skal inngå avtalar som sikrar felles utnytting av jordmorressursane.

Helseføretaka skal utarbeide ein fleirårig heilskapleg og lokalt tilpassa plan for fødetilbodet i opptaksområdet saman med dei kommunane det gjeld. Planen skal omfatte svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det skal

gjerast avtalar mellom helseføretak og kommunar som sikrar felles utnytting av jordmorressursane og legg til rette for heilskaplege pasientforløp . Avtalane skal omfatte beredskap for følgjeteneste. Noverande tallgrenser for inndeling i tre nivå av fødeinstitusjonar opphevast og erstattast av kvalitetskrav.

Ansvar for følgjeteneste for gravide til fødeinstitusjon vil bli overført til helseføretak frå 1. januar 2010, jf. punktet over om plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Tiltak for oppfølging:

- Helseføretaka skal setje i verk tiltak som sikrar informasjon til kvinner om høve til val av fødestad, og kvinners rett til informasjon, rettleiing og medbestemming når det gjeld keisarsnitt, igangsetting av fødsel og smertelindring.
- Helseføretaka skal innan 1. juli 2010 utarbeide plan for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg saman med dei aktuelle kommunar.
- Helseføretaka må bidra med representantar til Helsedirektoratet sitt arbeid med utarbeiding av kvalitetskrav for fødeinstitusjonar og etablering av system som sikrar at kvalitetskrav følgjes opp.

