

Styresak 09/2011: Lokalsykehusstrategi - orienterings sak

Møtedato: 21.-22.02.11

Møtested: Mosjøen

I denne saken orienteres om de beslutninger som er gjort av styret i Helse Nord RHF vedr. lokalsykehusstrategi.

Styret i Helse Nord behandlet i styremøte 14.12.2010 3 styresaker vedr. lokalsykehusstrategi:

- Sak 133 - 2010: Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regionalt traumesystem
- Sak 134-2010-2010: Handlingsplan for intensivmedisin oppfølging
- Sak 135-2010: Funksjonsfordeling av kirurgi for kreft i tykk - og endetarm

Styresakene og protokoll fra møtet 14.12.2010 ligger på Helse Nord's nettside www.helse-nord.no.

I tillegg behandlet styret i Helse Nord RHF 12.11.2010 i sak 113/2010 – Regional plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i helse Nord – konsekvenser av forslag til nasjonale kvalitetskrav.

Organiseringen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – regionalt traumesystem

RHF-styret vedtok bl.a.:

Styret i Helse Nord RHF legger til grunn at alle sykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap skal fortsette å ha det. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til regionalt traumeutvalgs konklusjon om at alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å motta og kunne utføre stabiliserende/livreddende behandling, når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som skal utføre endelig behandling. Sykehus med kirurgisk akuttberedskap skal ha kompetanse slik den framkommer av listen med krav til prosedyrer som var vedlagt saksfremlegget. Adm. direktør bes om å oppdatere denne listen ved behov.

Regionalt traumesystem etableres i tråd med anbefalingene i Nasjonal Traumerapport. Kompetanse må bygges opp på alle ledd i traumesystemet. Tiltak som å etablere traumekomiteer/utvalg og å implementere de anbefalte kommunikasjonsprotokollene og destinasjonskriteriene gjennomføres så snart som mulig i hvert helseforetak.

Utredning av konsekvenser av regionalt traumesystem for kommunehelsetjenesten, samt konsekvenser for kapasitet og kompetanse i de prehospitale tjenestene og AMK-funksjonene, iverksettes og slutføres innen sommeren 2011.

Vedtaket innebærer at det er sykehusene UNN, Tromsø og Nordlandssykehuset, Bodø som skal kunne utføre sluttbehandling av traumepasienter.

I Helgelandssykehuset skal sykehusenhetene i Mo i Rana og Sandnessjøen ha kapasitet og kompetanse til å motta og kunne utføre livreddende behandling, når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som skal utføre endelig behandling.

Helse Nord RHF har tilskrevet helseforetakene 25.01.11 (se vedlegg) og bedt om at foretakene utarbeider og iverksetter en plan for kompetanseheving i tråd med de krav som er beskrevet i RHF-styrets vedtak. Gjennomføringen av kompetansehevingen er også kommet som et krav i Oppdragsdokumentet 2011, med frist 01.01.12

Faggruppen kirurgi vil bli involvert i utarbeidelse av en slik plan.

I helseforetaket er det også iverksatt et arbeid for å oppdatere prosedyrer som skal sikre faglig forsvarlig ivaretagelse av skadetilfeller kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Disse prosedyrene skal også angi hvilke pasientkategorier som kan mottas for diagnostikk og behandling ved Helgelandssykehuset Mosjøen.

Handlingsplan for intensivmedisin oppfølging

Det vises til HF-styresak 89/2010 – Intensivmedisin, 13.12.2010.

Styret fattet følgende vedtak:

Vedtatt med 7 mot 4 stemmer:

Styret i Helgelandssykehuset HF støtter, administrasjonen i Helse Nord RHF sin innstilling i styresak 134/2010 og tilrår overfor styret i Helse Nord RHF å velge Helgelandssykehuset Mo i Rana på intensivnivå 2.

RHF-styret vedtok:

- 1. Helgelandssykehuset HF skal ha en nivå 2 enhet i intensivmedisin plassert ved sykehuset på Mo i Rana. Enheten på sykehuset i Sandnessjøen skal være på nivå 1.*
- 2. Helseforetakene bes rapportere virksomhetsdata for intensivmedisin i Årlig melding 2011.*

Helseforetaket har bedt Helse Nord om en presisering av bemanning, utstyr etc. ift nivådelingen og status for implementeringen av handlingsplan intensivmedisin øvrige helseforetak. Det er foreløpig ikke iverksatt tiltak i helseforetaket, men dette vil bli fulgt opp når presisering fra Helse Nord foreligger.

Funksjonsfordeling for kirurgi for kreft i tykk- og endetarm

RHF-styret vedtok at operasjoner for endetarmskreft i regionen kun skal utføres ved UNN, Tromsø og Nordlandssykehuset, Bodø. I Helgelandssykehuset kan operasjoner for tykktarmskreft utføres ved sykehusenhetene i Sandnessjøen og Mo i Rana, dvs. som det praktiseres i dag.

Det er forøvrig laget en prosedyre som viser funksjonsfordeling av kreftkirurgi i Helse Nord RHF, (vedlagt)

Fødselsomsorg:

På bakgrunn av foreslåtte nasjonale kvalitetskrav og foreløpige planer i HF'ene og foreløpig regional plan vedtok RHF-styret bl.a:

Styret konstaterer at de foreslåtte kvalitetskrav fra Helsedirektoratet vil ytterligere bedre kvaliteten på fødselsomsorgen i Helse Nord (føljetjeneste, svangerskapsomsorg, fødsels- og barselomsorg), men vil gjøre noen deler av fødselstilbudet mindre desentralisert.

Når nasjonale kvalitetskrav er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, vil Helse Nord RHF gjennomføre en endelig behandling av regional plan for svangerskaps- fødsels- og barselomsorgen. Planen vil i tillegg til nasjonale kvalitetskrav også bygge på lokale planer for det enkelte helseforetaks område. En bred høringsrunde til berørte interessenter, deriblant kommunene, vil være en viktig del av arbeidet.

De nasjonale kravene ble gjort gjeldende i nasjonal veileder IS-1877 - Et trygt fødetilbud i desember 2010.

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/et_trygt_f_detilbud_kvalitetskrav_til_f_dselsomsorgen_780084

Arbeidet regionalt med tanke på implementering av kravene i veilederen videreføres, og dette vil bli lagt frem for RHF-styret i april 2011. Etter dette vil arbeidet lokalt bli sluttført og lagt fram for HF-styret.

VEDTAKSFORSLAG:

Styret tar saken til etterretning.

Jan Erik Furunes
Foretaksdirektør

Saksbehandler: Medisinsk direktør Fred A. Mürer

- Brev til helseforetakene vedr. organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter
- Prosedyre funksjonsfordeling av kreftkirurgi i Helse Nord

Helseforetakene

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/522-199/ 324

Saksbehandler/dir.tlf.:
Trude Grønlund, 75 51 29 13

Sted/dato:
Bodø, 25.01.2011

Organisering av behandlingen av alvorlig skadde - regionalt traumesystem.

Det vises til Helse Nord-styrets behandling av styresak 133/2010 14.desember, samt krav til prosedyrer i vedlegg 1. Helse Nord RHF ber med dette alle helseforetak sette seg inn i hvilke kapasitets- og kompetansekrav som er gjort gjeldende for hvert nivå i henhold til regionalt traumesystem jfr. vedlagte rapport.

Helse Nord RHF ber også om at foretakene utarbeider og iverksetter en plan for kompetanseheving i tråd med de krav som er beskrevet i styrevedtakets punkter 4, 5, 6, 7 og 10, som fremkommer av vedlagte utdrag av protokoll fra styrebehandlingen. Oppdragsdokument 2011, som overleveres HFene i foretaksmøtet 3. februar 2011 vil inneholde spesifikke krav for tiltak som er omtalt.

Helse Nord RHF disponerer midler som helseforetakene gis anledning til å søke på i forbindelse med kompetansehevingen. Søknad innvilges på bakgrunn av kartlegging av dagens status, og behov for kompetansebygging som framgår av den plan som HFet utvikler.

Med vennlig hilsen

Trude Grønlund
Faggruppelider
signert

Randi Spørck
Rådgiver
signert

Notat til Helse Nord RHF vedr. lokalsykehus som skal motta alvorlig tilskadekomne og pasienter som mistenkes å ha alvorlig skade

1. Diagnostikk og overvåking som til enhver tid skal være umiddelbart tilgjengelig
 - a. Klinisk biokjemi: Hb, hvite, CK, kreatinin, Na, K, arteriell blodgass, blodtyping/forlik, CRP, INR, glukose
 - b. Ultralyd. Radiolog eller kirurg i traumeteamet skal kunne påvise og utelukke vesentlig blødning i bukhule, pleura og pericard
 - c. Rtg. thorax i behandlingsrommet
 - d. Gjennomlysning i behandlingsrommet
 - e. Skjelettrøntgen
 - f. CT
 - g. Mobilt instrument for monitorering av vitale parametre

2. Behandlingstiltak som til enhver tid skal være umiddelbart tilgjengelig
 - a. Endotracheal intubasjon
 - b. Kirurgisk luftveg
 - c. Respirator
 - d. Thoraxdrenasje med transportabelt sug
 - e. Intravenøs væsketerapi inkl. koagulasjonsaktivt plasma
 - f. Transfusjon av typelikt og 0 Rh(D)^{neg} erytrocyttkonsentrat, forvarmet
 - g. Blottlegging av vene
 - h. Ekstern fiksasjon av frakturer i bekken og lange rørknokler
 - i. *Damage control* laparotomi inkl. pakking, splenectomi, entero- og colostomi, midlertidig kontroll på kontaminasjon, midlertidig bukveggslukning
 - j. Fasciotomi
 - k. Amputasjon
 - l. Ekstern oppvarming
 - m. Midlertidig stabilisering av columna og ekstremitetsfrakturer

3. Organisering. Ressurser som til enhver tid skal være umiddelbart tilgjengelig
 - a. Spesialisert personell (anestesilege/-sykepleier, kirurg) for utrykning til skadested
 - b. Traumeteam
 - i. Stiller i mottak innen 20 min. fra varsling
 - ii. Mobiliseres av
 1. AMK-operatør på bakgrunn av prehospital informasjon eller
 2. Vakthavende ved kirurgisk avd. på bakgrunn av intrahospitale funn
 - iii. Sammensetning, minimum
 1. Kirurg med gjennomført ATLS-kurs eller tilsvarende
 2. Anestesilege

Utdrag av protokoll fra styremøte, sak 2010-133:

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til regionalt traumeutvalgs rapport, høringsuttalelsene og saksutredningen. Styret i Helse Nord RHF har som hovedpremiss for sitt arbeid at alvorlig og/eller hardt skadde pasienter så vidt mulig skal sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er regionalt traumesenter nivå 3 og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter (unntak for ev. pasienter som trenger behandling ved sykehus med landsfunksjoner).
-
3. Nordlandssykehuset Bodø er traumesykehus nivå 2, og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved regionalt traumesenter nivå 3.
4. Styret i Helse Nord RHF legger til grunn at alle sykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap skal fortsette å ha det. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til regionalt traumeutvalgs konklusjon om at alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å motta og kunne utføre stabiliserende/livreddende behandling, når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som skal utføre endelig behandling. Sykehus med kirurgisk akuttberedskap skal ha kompetanse slik den framkommer av listen med krav til prosedyrer som var vedlagt saksfremlegget. Adm. direktør bes om å oppdatere denne listen ved behov.
-
5. Regionalt traumesystem etableres i tråd med anbefalingene i Nasjonal Traumerapport. Kompetanse må bygges opp på alle ledd i traumesystemet. Tiltak som å etablere traumekomiteer/utvalg og å implementere de anbefalte kommunikasjonsprotokollene og destinasjonskriteriene gjennomføres så snart som mulig i hvert helseforetak.
-
6. Kompetanseheving som krever tilførsel av ressurser gjennomføres etter en opptrappingsplan i hvert helseforetak, slik at traumesystemets krav til nivåene i systemet innføres innen 1. januar 2012.
-
7. Styret i Helse Nord RHF vil understreke kravet til en sterk faglig ledelse som sikrer at medarbeiderne har nødvendig kompetanse og at alt personell, også vikarer, har nødvendig kunnskap om traumesystemet.
-
8. Styret ber adm. direktør i Helse Nord RHF om å sikre at det blir gjennomført en revisjon av system og praksis ett års tid etter at alt er på plass.
-
9. Ansettelse av regional traumekoordinator ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø gjøres snarest. Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen.
-
10. Utredning av konsekvenser av regionalt traumesystem for kommunehelsetjenesten, samt konsekvenser for kapasitet og kompetanse i de prehospitale tjenestene og AMK-funksjonene, iverksettes og slutføres innen sommeren 2011.

-
11. En eventuell økning av kapasiteten i luftambulansetjenesten vurderes i forbindelse med evaluering av ambulansetjenesten etter at nasjonale kvalitetskrav for tjenesten er innført i 2012. Styret vil spesielt peke på behovet for å styrke luftambulansetjenesten mellom Bodø og Tromsø. Styret viser i den forbindelse til utredningen fra Luftambulansetjenesten ANS som adm. direktør redegjorde for under behandling av saken.

Funksjonsfordeling av kreftkirurgi vedtatt av Helse Nord RHF pr. desember 2010¹ (Revidert 10.01.11)

	Finnmark, Hammer- fest	Finnmark Kirke- nes	UNN Troms ø	UNN Har- stad	UNN Narvik	NLSH Bodo	NLSH Vester- ålen	NLSH Lofoten	HLSH Mo i Rana	HLSH Sandnes - sjoen	HLSH Mo- Sjoen
Endetarm ²			x			x					
Tykkertarm	x		x	x		x			x	x	
Mavesekk			x								
Prostata ³			x			x					
Blære ⁴			x			x					
Skjoldbruskkjertel			x			x					
Bryst, hvor det er indikasjon for us. av vaktpost-lymfeknute			x			x					
Høyrisiko kreft i livmorsslimhinnen			x								
Eggstokkcyser med risikoscore (RMI) lik eller høyere enn 200			x								
Kreft i livmorhalsen			x								
Kreft i ytre kjønnsorganer (vulva)			x								
Spiserør			x								
Bukspyttkjertel			x								
Lever (unntatt ad hoc kile- sreseksjon)			x								
Retroperitonealt			x								

 Funksjonsfordeling av kreftkirurgien i Helse Nord
 Versjon: 1

glandeltolett ved testikkelkreft											
Binyre			x								
Nevroendokrine svulster			x								
Bløtdelssarkomer			x								