



Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

DOKUMENTNUMMER: 00-000000000-00-00-00

Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side

UTARBEIDET AV

Pål Ingdal	Sykehusbygg HF	
Arild Vassenden		

DOKUMENTSTATUS

0	26.08.2016	Utkast til styrebehandling		AVA	

BEHANDLINGSPROSEDYRE

Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling

Innhold

1	Oppdraget i konseptfasen	5
2	Organisering av arbeidet med innholdet i spesialisttjenesten.....	5
2.1	Grunnleggende forutsetning	6
2.2	Grunnleggende forventninger	7
2.3	Utvalgskriterier for spesialisthelsetjeneste i SNR-Kristiansund	8
2.4	Vurderingsprosessen	9
2.5	Basistilbud	12
3	Kliniske spesialiteter.....	13
3.1	Barnemedisin.....	13
3.2	Ortopedi	14
3.3	Kirurgi	14
3.4	Indremedisinske fagområder	15
3.4.1	Lungemedisin	15
3.4.2	Hjertemedisin	16
3.4.3	Endokrinologi.....	16
3.4.4	Geriatrici.....	17
3.4.5	Mage-tarmlidelser (gastrologi).....	17
3.4.6	Nyremedisin	18
3.4.7	Blodsykdommer.....	19
3.5	Revmatologi.....	19
3.6	Nevrologi	20
3.7	Onkologi	20
3.8	Fysikalskmedisin	22
3.9	Øye	22
3.10	Hud	23
3.11	Øre-nese-hals (ØNH)	23
3.12	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	23
3.13	Psykisk helsevern for barn, unge og voksne og TSB (rusteam)	24
3.14	Kjemoterapi/ infusjonsplasser.....	24

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

4	Dagkirurgi	26
4.1	Ortopedisk dagkirurgi.....	26
4.2	Gynekologisk dagkirurgi	26
5	Oppsummering av faglig gjennomgang.....	28
5.1	Alternative virksomhetsmodeller.....	28
6	Kapasitets- og arealbehov.....	30

1 Oppdraget i konseptfasen

I oppdraget fra Styret i Helse Møre og Romsdal (styresak 58-15 HMR Presisering av utgreiingsalternativ) slås det fast at Konseptfasen for SNR skal utredes slik:

1. *Styret i helse Møre og Romsdal legg til grunn følgende utgreiingsalternativ av SNR i konseptfasa:*
 - *Alternativ 1:*
 - *Nytt felles akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud / distriktsmedisinsk senter i Kristiansund*
2. *Alternativ 1 skal utgreiast med to (2) ulike verksemdsalternativ for innholdet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund.*
3. *Basert på dei to verksemdsmodellane i vedtakspunkt 2 for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund, skal det gjerast ei vurdering av denne løysinga plassert både i dagens Kristiansund sjukehus og i nye lokale.*

Styret i Helse Midt-Norge har senere sluttet seg til denne saken.

2 Organisering av arbeidet med innholdet i spesialisttjenesten

Arbeidet er organisert i en trinnvis prosess. I den første trinn er det viktig å avklare hvilke behov pasientene har for spesialisthelsetjenester, og som kan utføres som desentralisert tjeneste i SNR-Kristiansund (begrepet *desentral tjeneste* er alternativ til å samle tilsvarende tjeneste kun i hovedsykehuset (sentralisert tjeneste)).

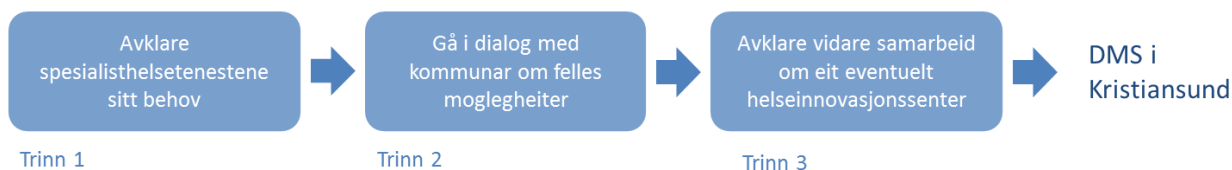
Dette arbeidet følger de prosesser og ansvarlinjer som er etablert i SNR prosjektet. I trinn 1 utreder SNR to virksomhetsalternativ for spesialisthelsetjenesten i DMS Kristiansund. Med to bygningsmessige alternativer gir dette 4 alternativer.

- 1A: med dagtilbud og poliklinikk i eksisterende lokaler i Kristiansund
- 1B: med dagtilbud og poliklinikk i nye lokaler i Kristiansund
- 2A: med dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i eksisterende lokaler Kristiansund
- 2B: med dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i nye lokaler Kristiansund

Det er prosjektorganisasjonen SNR som utreder to virksomhetsalternativ med medvirkning fra Hovedgruppa SNR. Fase 1 avsluttes med at prosjektorganisasjonen SNR legger fram alternativene for videre behandling i SNR Prosjektstyret.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR



Figur 1 Trinnvis utredningsprosess for virksomhetsalternativene

Denne rapporten beskriver hvordan prosjektet har utredet innholdet i de to alternativene for spesialisthelsetjenesten. I neste fase vil alternativene utredes videre både med hensyn til de bygningsmessige eller tomtemessige forholdene på to lokasjoner og i tett samarbeid med kommunene.

2.1 Grunnleggende forutsetning

DET FAGLIGE INNHOLDET

- Den medisinskfaglige kvaliteten i SNR-Kristiansund skal holde samme standard som tilsvarende tjeneste i SNR-Hjelset
- Kriterier for faglig prioritering av pasienter er felles i SNR

PASIENTRETTIGHETER

- Pasienters rett til fritt behandlingsvalg, i hele eller deler av tjenesten, er ikke innskrenket selv om tjenesten er planlagt for et definert befolkningsområde (jfr Pasient og brukerrettighetsloven)¹

RESSURSEFFektivITET

- Alle funksjoner skal vurderes for utvidede åpningstider i hht. SNR-konseptet (jfr. Kap. 5.4)
- Tjenestene skal kunne avsluttes innenfor dagarbeidstid (ikke planlegge for «overligger»)»
- Det skal ikke etableres doble vaktordninger
- Aktivitet i SNR-Kristiansund reduserer areal i akuttsykehuset på Hjelset

HR

- Alle ansettelser er knyttet til SNR.
- Personellressursen skal kunne benyttes i begge lokasjoner innenfor krav i lov/ forskrift og avtaler
- Både SNR-Hjelset og SNR-Kristiansund inngår i SNRs utdannings- og spesialiseringssystem

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven .

2.2 Grunnleggende forventninger

I arbeidet med innhold i SNR må en ta forbehold om forventete endringer i tjenestesystemene som en ikke har tilstrekkelig kontroll over i planperioden.

IKT-utvikling

Helse Midt-Norge har iverksatt et omfattende arbeid med Helseplattformen². Dette arbeidet vil, sammen med den generelle IKT-utviklingen, gi helt andre muligheter for samarbeid og organisering av arbeidet sammenlignet med dagens løsning. Det forventes en betydelig forbedring av sanntidskommunikasjon med bilder, lyd og kliniske parametere som øker muligheten for å utnytte ressurser i geografisk adskilte lokalisasjoner (også hjemmebaserte tjenester)

Det forventes også at Helseplattformen gir gode løsninger for effektiv logistikk. Kobling av tjenestebehov mot personellressurser, rom, utstyr, støttetjenester og transport vil kunne sikre god ressursbruk og god pasientservice.

Medisinsk teknologi

Utvikling av ny medisinsk teknologi vil gi muligheter for å endre organisering av tjenestetilbudet³. Medisinsk teknologisk utstyr og teknikker, og nye legemidler vil endre mulighetene i pasientbehandlingen. Behandlingsformene kan gi pasienter helt nye muligheter. Det er umulig nå å forutsi konsekvensene av utviklingen, men det er sannsynlig at utviklingen vil forskyve pasientstrømmene i forhold til dagens løsning.

På samme måte er det også mulighet for at etablerte behandlingsformer kan flyttes ut til 1.linje og til hjemmet etter hvert som teknologien forenkles og kan gjøres tilgjengelig innenfor akseptable kostnader (for eksempel hjemmebehandling med monitorering og oppfølging over distanse, jfr. Kolskofferten⁴).

Personellressursen

Helsetjenesten organiserer personell og oppgaver i tråd med den medisinske utviklingen. Oppgaver som tidligere ble utført i universitetssykehus er blitt mulig å gjennomføre på mindre sykehus, og også overført til primærhelsetjenesten. De store sykehusene vil hele tiden få nye oppgaver som følge av at det utvikles nye og avanserte metoder. Denne utviklingen forventes å fortsette.

På samme måte er også deloppgaver som er utført av en profesjon blitt overført til annen profesjon («jobbglidning»). Sykepleierpoliklinikker er eksempel på dette, og er på mange områder godt innarbeidet i dagens tilbud i SNR. Denne utviklingen vil forventes å fortsette.

² Helse Midt-Norges prosjekt for fornying av EPJ/PAS /nasjonalt pilot for «en innbygger – en journal» .

³ Fosse, Erik, foredrag, NSH/HOD-konferanse, 03.11.15 (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/dep/hod/nett-tv/nett-tv-20-ar-med-diskusjon-hvordan-skal-vi-utvikle-sykehusene-for-fremtiden/id2459369/>)

⁴ «helse@hjemme», Helse Stavanger HF, HV

I tråd med den teknologiske utviklingen vil spesialisthelsetjenesten få behov for kompetanse som i dag ikke er i sykehusene. Det er allerede behov for ulike ingeniører i behandlingsteamene for å kunne utføre viktige oppgaver. Denne utviklingen forventes å fortsette.

2.3 Utvalgskriterier for spesialisthelsetjeneste i SNR-Kristiansund

Utvalgskriteriene er basert på føringer gitt i HFP og prosjektets samfunns- og effektmål, og videre formulert slik:

DAG OG POLIKLINIKK

Pasientenes behov for redusert mer-reisebelastning

- Oppnå redusert reisebelastning for pasientgrupper som trenger spesialisthelsetjeneste hyppig, og der reisevei og fravær fra hjem/liv er belastende. Dette kan være pasienter med langvarige lidelser som trenger hyppig kontakt (behandlingsserier), pasienter med sammensatte lidelser som hyppig trenger ulike spesialisttjenester) og multisyke med store bevegelsesbegrensinger.

Samhandling med pasientens støtteressurser

- Spesialisthelsetjenestens har behov for nærhet til samarbeidsparter i kommune / pårørende/nærpersoner / dagliglivsaktivitet. Et begrenset opptaksområde kan gjøre det lettere å etablere og vedlikeholde individtilpassede samarbeidsprosesser som kan gi merverdi for pasienten.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- Faglig kvalitet og pasientsikkerhet skal være like god, på like tjenester, begge steder i SNR. Dette innebærer at gjennomføring av aktivitet skal oppfylle de samme kvalitetskrav som i SNR Hjelset. Dette omfatter tilgang til spesialistkompetanse, samtidig personellressurs og utstyr.

Robust driftskonsept

- Tilbudet skal kunne planlegges for stabil drift over tid. Dette innebærer at aktivitetsplan skal være programfestet med lang planleggingshorisont slik at tjenesten kan framstå som fast samarbeidsparter. Også polikliniske lavvolumtilbud skal kunne ytes i SNR Kristiansund som regelmessig tjeneste

HR (personell)

- Personellressursen skal kunne fordeles mellom tjenestestedene uten at tilbudene noen av stedene blir forringet

Ressurseffektivitet

- Det skal vurderes hvorvidt gevinsten av lokalisering i DMS i Kristiansund står i samsvar med ressursbruk til utstyr og areal

DAGKIRURGI

- Dagkirurgisk tilbud i SNR Kristiansund skal utnytte de kvalitets- og kapasitetsreservene som ligger i dagkirurgisk virksomhet utenfor akuttsykehuset.⁵ Kapasitetsreservene ligger i prosessene når de er adskilt fra sykehusaktiviteten (ikke visitt, møter etc.) slik at kirurgien kan organiseres i effektive behandlingslinjer. Kvalitetsreservene ligger i mulighet for å organisere standardiserte og sikre pasientforløp (bla redusert infeksjonsbelastning, bedre driftsøkonomi, større opplevd pasienttilfredshet).

Ved en løsning med dagkirurgi i SNR Kristiansund, ligger det til grunn i vurderingen at det også skal være dagkirurgi i akuttsykehuset på Hjelset. Fagområdene vises i utredningen og delrapporten.

I vurderingen er det brukt samme utvalgskriterier som over, men reisebelastningen for dagkirurgiske pasienter er vurdert som en underordnet problemstilling fordi dagkirurgi oftest er en sjelden hendelse for enkeltpersoner.

2.4 Vurderingsprosessen

Det er lagt vekt på at vurderingene skal være klinikknært forankret og anbefalingene faglig vurdert. Vurderingene er gjort av fagpersonell på hvert fagområde utpekt av klinikkledelsen i HMR. Kriterier og vurderinger er løpende drøftet i helseforetakets lederråd og i prosjektorganisasjonen.

Fordi fagfeltene er ulike er det gjort en standardisert «spørring» for å sikre likeverdig vurdering (spørsmålsettene gjengis under). Utgangspunktet er legespesialitetene fordi dette representerer ansvarsinndeling i spesialisthelsetjenesten. Spørsmålstillingen er ikke begrenset til legespesialisten, men tjenester som er organisert under spesialitetene. Dette kan for eksempel være sykepleierpoliklinikker, ergo/fysioterapi ol.

Volumtallene for å beregne behovet for framtidig aktivitet er registrert aktivitet i NPR og HMNs operasjonsregister som fyller kriteriene for dag, poliklinikk og dagkirurgi. Uttrekket omfatter aktivitet som er utført i dagens sykehus i Molde og Kristiansund for pasienter med bostedsadresse innenfor dagens Kristiansund sykehusområde. Tallene er framskrevet til 2030 etter definerte regler.

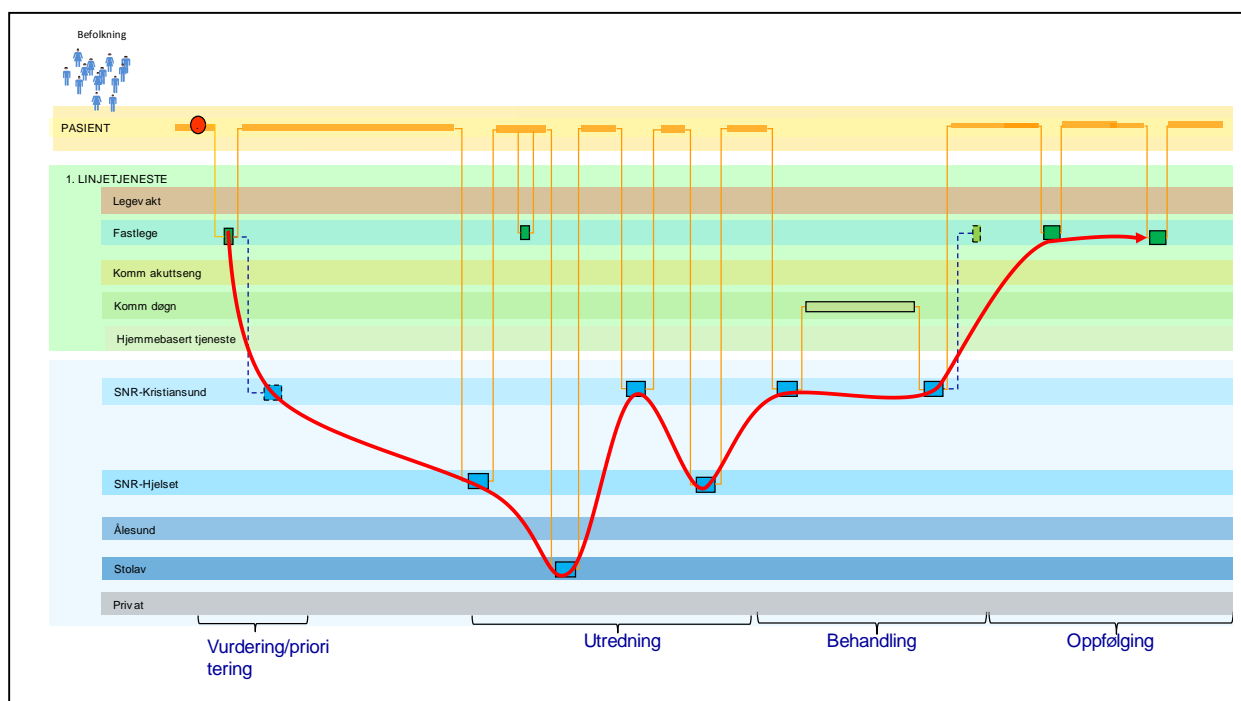
Det registreres en aktivitet hver gang enkeltpasienter mottar en dag-, poliklinikk eller dagkirurgisk tjeneste. Antall unike pasienter er mye lavere. Noen pasienter er registrert ett sted, en gang. Mange

⁵ Dennis C. Crawford, Chuan Silvia Li, Sheila Sprague, Mohit Bhandari, Clinical and cost implications of inpatient versus outpatient orthopedic surgeries: a systematic review of the published literature, Orthopedic Reviews 2015; volume 7: 6177

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

pasienter er registrert flere ganger på ett sykehus, for eksempel en utrednings- og behandlingsserie i samme sykehuset. Mange pasienter er registrert i flere sykehus. Dette kan være pasienter hvor klinisk god utredning og behandling krever innsats fra flere sykehus. Utredning kan for eksempel skje i poliklinikk i SNR Kristiansund og behandling i SNR Hjelset, Ålesund eller St. Olavs hospital og oppfølgende tiltak i SNR Kristiansund. I tråd med dagens praksis vil klinikere løpende vurdere hvor pasienten kan få faglig riktig tilbud i de ulike stegene i pasientforløpet. Illustrasjonen under viser pasientforløp med faglig begrunnet aktivitet på flere tjenestesteder, og hvor 4 av 7 aktiviteter er lokalisert til SNR Kristiansund



Figur 2 Illustrasjonen over viser pasientforløp med faglig begrunnet aktivitet på flere tjenestested, og hvor 4 av 7 aktiviteter er lokalisert til SNR-Kristiansund

Spørsmålsettene

I spørsmålsettene ble det brukt begrepet *desentral tjeneste* om tjenesten i Kristiansund. Dette er alternativ til å samle tilsvarende tjeneste i hovedsykehuset (sentralisert tjeneste).

Spørsmålsett 1) redusert reisebelastning og nærhet til hjem

A) Hvilke pasientgrupper vil kunne få bedre tilbud hvis pasientene slipper å reise fra Nordmøre til

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

hovedsykehuset? Det forutsettes at den medisinsk-faglige kvaliteten blir like god i SNR Kristiansund og SNR Hjelset. «Bedre» er derfor relatert til reduksjon av reisebelastning. Konkret vil dette være pasientgrupper som enten har mange kontakter pga èn lidelse, har mange kontakter pga flere lidelser og eller store bevegelsesbegrensinger.

B) Det ble vurdert om pasienttilbudet kan styrkes når spesialisthelsetjenesten i SNR Kristiansund kan samarbeide med et mindre distrikt. Med styrking menes individtilpasning av tilbudet i samarbeid med nærpå personer og førstelinje helse- og sosialtjeneste.

Spørsmålsett 2) Klinisk forsvarlighet

A) Kan tjenesten yte forsvarlige kliniske tjenestene i en desentral løsning? Spesialistene kan være avhengig av samtidige samarbeidsressurser, enten som direkte samarbeidspart eller som sikkerhetsløsning hvis sjeldne men påregnelige komplikasjoner inntreffer

Lab og billeddiagnostikk er allerede definert inn i SNR Kristiansund og vurderes derfor ikke

Etter at dette er besvart skal en kunne konkludere om det er tjenester som absolutt ikke skal utføres desentralt eller at det er betingelser knyttet til tjenestene i SNR Kristiansund som må oppfylles for at det skal være forsvarlig.

B) Selv om pasientene som gruppe i prinsippet kan ha gevinst av desentral tjeneste vil enkeltpasienter kunne ha behov for sykehusets rammebetingelser. Dette kan være pasienter med kompliserende samtidige lidelser, pasienter med særlige krav til utstyr, eller pasienter som også skal motta tjeneste av personell som kun er i SNR Hjelset. Det antas i utgangspunktet at gjennomsnittlig 20% av pasientene trenger sykehusets rammebetingelser for å få samme dag eller poliklinikkjeneste utført på en fullt ut forsvarlig og ressurseffektiv måte. I gjennomgang av hvert fagfelt er det vurdert om andelen som skal behandles desentralt kan være høyere eller lavere enn 80% .

Spørsmålsett 3) Personell disponeringer

Kan SNR opprettholde forsvarlig virksomhet både i SNR Kristiansund og SNR Hjelset med hensyn til kompetanse? Utgangspunktet er dagens bemanning. Det vil skje forandringer i bemanning både før og etter at SNR er ferdigstilt, både naturlig turnover og nyrekruttering. For noen fag er det satt i verk tiltak for utvidelse av personellressursen for å møte framtidige behov. Innenfor disse rammene vil en kunne svare på om det er mulig å yte forsvarlig virksomhet begge steder for pasientvolumet som man definerer i forrige spørsmål.

2.5 Basistilbud

Basistilbudet inngår i egne delfunksjonsprogram. Hovedelementene i basistilbudet er gjengitt i dette kapittelet for å vise hvilke premisser faggruppene kunne legge til grunn i sine vurderinger

Billedtaking

- billedtaking som understøtter aktivitet i SNR-Kristiansund
- desentral billedtakingstilbud til pasienter som behandles av primærhelsetjenesten
- desentralt billedtakingtilbud til pasienter som skal til behandling i SNR-Hjelset/ følges opp av SNR-Hjelset

Billedtolkning

- Billedtolkning i hht regionale ordninger for tolkningssystem (hovedsakelig IKT-basert)

Laboratorietjenester

- Blodprøvetaking
 - prøvetaking for interne pasienter i SNR-Kristiansund
 - desentral prøvetaking for pasienter som behandles i SNR-Hjelset (forberedende prøver og kontroller)
- Laboratorieanalyser
 - Tilpasset spesialisttilbudene lokalt i SNR-Kristiansund. Øvrige prøver sendes SNR-Hjelset eller spesiallaboratorier
- Blodgivning
 - blodgivning til SNR og evt til forsendelse til produksjon i spesiallaboratorier

Legemidler

- Det etableres forsyning av legemidler til internt bruk i SNR-Kristiansund (legemidler som skal benyttes mens pasienten mottar behandling i SNR-Kristiansund).

Servicefunksjoner

- Funksjoner som skal ivareta pasientservice i SNR-Kristiansund (service i hvile- og ventetid, matservering etc)
-

Kliniske støttefunksjoner

- Behovet for kliniske støttefunksjoner som fysioterapi og ergoterapi må vurderes etter at det er fattet beslutning om virksomhetsalternativene

3 Kliniske spesialiteter

3.1 Barnemedisin

Barn har i ulik grad stor merreisebelastning pga lange serier med kontakter. Noen barn har multiproblemstillinger som krever ofte kontakt med spesialisthelsetjenesten. Disse barna kan ha behov for tilbud fra andre spesialiteter enn barneleger. Kreftpasienter som krever cellegiftkurer har særlig behov for redusert reisebelastning. Mange barn har behov for kortest mulig reise for å unngå fravær fra skole og reise/fraværslastning for foreldre.

Samarbeid med tjenesteapparatet i kommunene er aktuelt for de pasientene med omfattende og sammensatte problemstillinger, men barnelegemiljøet er så lite at det ikke er mulig å bygge opp et fast SNR-Kristiansund-team som får etablert særlige relasjoner til avgrensede kommuner.

Fagmiljøet uttrykker at samtidighet til ultralydkompetanse i billeddiagnostikktilbudet vil øke mulighet for at flere kan få desentralt tilbud. Det er stort samarbeidsbehov med barnehabilitering og BUP. Dette behovet er både sekvensielt og parallelt. Hvis barnehabilitering og BUP samlokaliseres med SNR-Kristiansund redusere ressursbruk for samarbeid.

Fagmiljøet vurderer at det ikke er grunn til å endre regelen om som tilsier at 80% av konsultasjonene i poliklinikk kan skje desentralt.

Personellressursen kan være en begrensning. Det er uklart for gruppen hvordan barnetilbudet skal være i SNR-Kristiansund med tanke på vaktordning. Dette vil avgjøre hvor mye personell som kan disponeres i SNR-Kristiansund. Det er samtidig slik at leger som har poliklinikk på sin arbeidsplan kan utøve tilbudet i SNR-Kristiansund for å ivareta pasienter fra KRS-bostedsområde lokalt. Inntil en vet mer rom hvordan døgntilbudet skal utformes ser fagpersonellet mulighet for 2 poliklinikkdager i uken i SNR-Kristiansund

Tilbudet til kreftpasienter er vurdert særskilt. I dag gis det ikke cellegiftkurer i det desentrale tilbudet i Molde. Når sykehustilbudet flytter inn i SNR-Hjelset vil de legge til grunn de samme prinsipper. Barnemedisinnmiljøet ser allikevel at inntil 30% av infusjonene cellegift/infusjonsbehandlinger skal kunne gjennomføres desentralt, men dette vil kreve anestesilog tilstede pga av risiko for allergiske reaksjoner ol . Se eget kapittel om cellegift/infusjonsbehandling

Barnehabilitering har planlagt hovedfunksjonen lokalisert i SNR-Hjelset. Mye av tjenesten i barnehabilitering er ambulant. Barnehabilitering behov for samarbeid med mange innsatsyttere, både barnet, foreldre fastlege, spesialister. Samarbeidet kan organsieres som møter i og utenfor SNR-Kristiansund, LM-kurs ol. Hvor dette samarbeidet skjer er i prinsippet ikke avhengig av spesiell lokalisasjon, men egnede lokaler..

Konklusjon

Det polikliniske barnetilbudet kan desentraliseres som andel av poliklinikkaktiviteten i SNR. Pga av personell disponeringene samlet i SNR anbefaler gruppen at barnelege yter tjenester 2 dager pr uke i SNR-Kristiansund.

3.2 Ortopedi

(dagkirurgi omtales i eget kapittel)

Ortopediske pasienter med dag/poliklinikkbehov har i ulik grad merreisebelastning. Mange har store bevegelsehemninger pga av sykdom i bein, hofter og rygg, og det kan i perioder være behov for flere konsultasjoner. Mange pasienter er unge og mobile og vil ikke ha stor belastning med noe lenger reisevei.

Behov for samarbeid med tjenesteapparatet i kommunene er vurdert relativt lavt, og det er sjelden behov for å etablere stedsnære relasjoner til tjenesteapparatet.

Det er i liten grad behov for samtidige ressurser ut over hjelpepersonell og tilgang til fysioterapi, ergoterapi, billeddiagnostikk og lab (kreftbehandling omtales under onkologi)

De polikliniske konsultasjonene er faglig gjennomførbar for mer enn 80% av pasientene. Det er allikevel vurdert som en god løsning å velge 80% for å ta høyde for pasienter med særlige behov.

Personellressursen er ikke begrensning for å gjennomføre desentral poliklinikk.

Konklusjon

Det polikliniske tilbudet i ortopedi er egnet for desentral løsning

3.3 Kirurgi

Hovedspesialiteten i SNR omfatter gastrokirurgi, urologi og bryst/ endokrinkirurgi

Bløtdelskirurgiske pasienter med dag/poliklinikkbehov har i ulik grad stor reisebelastning. Noen vil være bevegelsehemmet pga av sykdom og alderssvekkelser. For de fleste pasientene vil ikke belastning med noe lenger reisevei være et vesentlig helsemessig problem, men det er ønskelig at færrest mulig pasienter får lenger reise enn nødvendig.

Behov for særlig samarbeid med tjenesteapparatet i kommunene er spesielt knyttet til sykepleiepoliklinikkene (stomisykepleier, urosykepleier ol).

Det er i liten grad behov for samtidige ressurser ut over hjelpepersonell og tilgang til billeddiagnostikk og lab (kreftbehandling omtales for seg)

De polikliniske konsultasjonene er vurdert faglig gjennomførbare for 80% av pasientene.

Personellressursen er begrensning for å gjennomføre desentral poliklinikk. Den faglige organiseringen går i retning av at gastrokirurgi kan bli en adskilt vaktbærende disiplin. Egen vaktordning vil være legekrevende i hht myndighetskrav og gjeldende avtaleverk. Antall leger tilgjengelig for poliklinikk utenfor sykehuset er allerede lavt (3 leger). Foretaket har planer for utvidelse av legeressursen.

For urologi er det i dag 3,5 leger. Disse inngår i vaktordning og har ansvar for oppfølging av inneliggende pasienter med urologiske problemstillinger. Muligheten for leger til å ha poliklinikk utenfor sykehuset er derfor den begrensende faktoren. Desentralt cystoskopi og urodynamikk krever spesialrom.

Bryst/endokrinologkirurg er en knapphetsressurs (pt 1 lege med dobbel spesialitet), og det er ikke beregnet desentral poliklinikk og dagbehandling i denne grenspesialiteten

Konklusjon

Det polikliniske tilbudet i bløtdelskirurgiske fagene er egnet for desentral løsning. Leger som har poliklinikk på sitt dagsprogram kan utføre dette desentralt, men kravet til framtidig vaktsystemet og oppfølging av pasienter i hovedsykehuset vil begrense hvor ofte leger kan reise fra SNR-Hjelset.

3.4 Indremedisinske fagområder

Vurderingen omfatter grenspesialiteten lungemedisin, hjertemedisin, endokrinologi, geriatri, mage-tarmspesialist, nyrespesialist og blodsykdommer.

Infeksjonsmedisin er vurdert som uaktuell for desentralisering.

3.4.1 Lungemedisin

Lungemedisinske pasienter er ofte eldre. Mange har flere lidelser og kroniske tilstander med behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten. Mange har bevegelsesbegrensinger. Svært mange i pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten ser et uutnyttet potensial i tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser.

Fagfeltet har behov for god tilgang til billeddiagnostikk og lab. Fagfeltet er avhengig av utstyr for å diagnostisere og «teste /måle» pasientens tilstand.. En del av de diagnostiske metodene er anbefalt gjennomført i sykehus av hensyn til pasientsikkerhet. Spirometri er egnet for desentral tjeneste

Fagfeltet anbefaler at 50% av pasientene med poliklinikkbehov for denne desentralt i SNR-Kristiansund.

Ut fra dagens personellsituasjon anbefaler gruppen desentralisert poliklinikk en til to dager pr uke. Mange pasienter har stort behov for fast lege i spesialisthelsetjenesten som følger pasientene over tid. For å imøtekomme dette behovet kreves det gode logistikksystemer som kan koble riktig pasient mot riktig lege i SNR-Kristiansund

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i lungemedisin kan gjøres i SNR-Kristiansund en til to dager pr uke

3.4.2 Hjertemedisin

Hjertemedisinske pasienter er ofte eldre. Mange har flere lidelser og kroniske tilstander med behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten. Mange har bevegelsesbegrensinger. Svært mange i pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten ser gevinster av tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser, særlig for oppfølging fra sykepleierpoliklinikkene.

Fagfeltet har behov for god tilgang til billeddiagnostikk og lab. Fagfeltet er avhengig av utstyr for å diagnostisere og «teste /måle» pasientens tilstand. AEKG og ekko og rytme registrering er velegnet for desentral tjeneste. Noen få prosedyrer anbefales sentralisert (eks elektrokonvertering)

Fagfeltet anbefaler at 80% av aktiviteten i dag og poliklinikk kan desentraliseres i SNR-Kristiansund.

Ut fra dagens personellsituasjon er dette gjennomførbart.

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i hjertemedisin er egnet for desentral løsning, og personellressursene gjør dette mulig (lege- og sykepleierpoliklinikker).

3.4.3 Endokrinologi

Pasienter med endokrinologiske sykdommer er en voksende gruppe pasienter. Diabetes er en av de store pasientgruppene innenfor spesialiteten. Mange har flere lidelser og tilstander med behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten. De fleste pasientkontaktene i dette fagfeltet er polikliniske (lite behov for innleggelse). Svært mange i pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten ser gevinster av tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser, særlig for oppfølging fra sykepleierpoliklinikkene.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

Fagfeltet (lege, sykepleierpoliklinikkene) har behov for god tilgang til billeddiagnostikk og lab, men ellers lite behov for samtidig ressursinnsats fra andre spesialiteter.

Fagfeltet anbefaler at de fleste pasientene med behov for oppfølging av diabetes får dette desentralt i sykepleierpoliklinikker i SNR-Kristiansund. Disse pasientene utgjør en stor andel av pasientkontaktene. For de mindre sykdomsgruppene anbefales sentralisering til SNR-Hjelset.

Det er nå 2 endokrinologer og i tillegg LIS-leger i SNR. Det er ut fra forsvarlighetshensyn lite behov for akutte avklaringsbehov i SNR-Hjelset slik at leger kan ha desentralisert poliklinikk i SNR-Kristiansund. Av hensynet til multiprofesjonelt samarbeid er det viktig at disse utnytter ressursene i SNR-Hjelset, men anbefaler allikevel ukentlig poliklinikk i SNR-Kristiansund

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i endokrinologi er egnet for desentral løsning for mange pasientkontakter. Fagets «art» gjør det mulig å ha legepoliklinikk i SNR-Kristiansund. Miljøet anbefaler at legene har hovedaktiviteten i SNR-Hjelset, men kan allikevel ha ukentlig poliklinikk. Sykepleierpoliklinikken kan være mange dager i uken.

3.4.4 Geriatri

Geriatrike pasienter er eldre, har ofte flere lidelser og tilstander med behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten. Flere har også demensproblematikk. Svært mange i pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud. Det er en voksende pasientgruppe

Fagfeltet har behov for god tilgang til billeddiagnostikk/ lab, og god tilgang til ergoterapi/fysioterapi/sykepleier.

Fagfeltet anbefaler at de fleste pasientene får polikliniske tjenester desentralt.

Det er p.t 2 geriater med tilhørende LIS-leger i SNR, men dette fagfeltet forventes å ekspandere.

Konklusjon

Den polikliniske aktiviteten er egnet for desentral tjeneste, mens legerressursen er foreløpig begrensende for gjennomføring. Fagfeltet forventes å ekspandere

3.4.5 Mage-tarmlidelser (gastrologi)

Mange pasienter har kroniske mage-tarmlidelser. Svært mange av disse pasientene vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud. Det er relativt mange pasientkontaktene med behov for mage-tarmscopier.

Fagfeltet har behov for god tilgang til billeddiagnostikk og lab. Fagfeltet er avhengig av utstyr og rom for scopier.

Fagfeltet anbefaler at 80% av aktiviteten i dag og poliklinikk kan desentraliseres i SNR-Kristiansund.

Ut fra dagens personellsituasjon er det gjennomførbart med noen dager poliklinikk i SNR-Kristiansund pr uke. Det anbefales en skopienhet i SNR-Kristiansund.

Tarmkreft er en voksende gruppe kreft. Helsemyndighetene utreder nå modeller for screening av pasienter for å avdekke kreft i tidlig stadium. Vi kjenner i dag ikke til hvilke konklusjoner som trekkes, men dersom det blir anbefalt screening av hel befolkningsgruppe øker behovet mye. Hvis et evt screeningprogram blir anbefalt og dette blir omfattende (gjentatte kontroller) må en gjøre en ny vurdering av hvordan dette skal organiseres.

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i gastro-spesialiteten er egnet for desentral løsning for 80% av pasientene, og personellressursene gjør dette mulig med noen dager pr uke

3.4.6 Nyremedisin

Nyrepasienter er en voksende gruppe pasienter. Mange av pasientkontaktene i dette fagfeltet er dialysepasienter. Mange pasienter har gevinst av desentral tjeneste, og i særdeleshet dialysepasienter (se eget kapittel)

Legeressursen utreder dialysepasienter i tillegg til utredning og behandling av andre nyresykdommer. Denne aktiviteten kan være desentralisert. Nyrelegen er ansvarlig for dialysebehandlingen, men kan følge desentrale dialyser på distanse.

Fagfeltet anbefaler at i praksis all dialyse for pasienter på Nordmøre desentraliseres i SNR-Kristiansund.

Det er p.t kun en nyrespesialist i SNR. Selv om nyrespesialiteten har vært lokalisert i Kristiansund anbefaler faggruppen at ressursen gjøres tilgjengelig i SNR-Hjelset. Nyrelege kan ha 1-2 dager desentral tjeneste pr uke

Konklusjon

All dialyse for pasienter i SNR-Kristiansund opptaksområde gjøres SNR-Kristiansund. Legeressursen kan desentralisere tjenester ukentlig, men anbefalt hoved lokalisasjon i SNR-Hjelset.

3.4.7 Blodsykdommer

Svært mange i pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud. En del av pasientene er kreftpasienter (om kjemoterapi, se eget kapittel)

Spesialisthelsetjenesten ser gevinster av tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser, særlig for oppfølging fra sykepleierpoliklinikkene (kreftpoliklinikk).

Fagfeltet har ikke spesielle behov for samtidige ressurser for poliklinisk konsultasjon

Fagfeltet anbefaler at mer enn 80% av aktiviteten i dag og poliklinikk kan desentraliseres i SNR-Kristiansund.

Hematologene vurderer behov for alltid å kunne betjene SNR-Hjelset. Ut fra dagens personellsituasjon er det gjennomførbart med poliklinikk i SNR-Kristiansund 1 dag pr uke.

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i hematologi er egnet for desentral løsning, og personellressursene gjør dette mulig å betjene poliklinikk 1 dag pr uke i SNR-Kristiansund. Se eget kapittel om kjemoterapi.

3.5 Revmatologi

Revmatologiske pasienter har ofte bevegelsesbegrensinger. Det er mange eldre personer i pasientgruppen. I tillegg har mange i pasientgruppen behov for hyppige tjenester, både for gjentatte behandlinger og kontroller. Pasientgruppen vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud.

Fagfeltet har behov for god tilgang til billeddiagnostikk og lab. I tillegg er tjenestetilbudet avhengig av tett samarbeid med ergo-og fysioterapitjenester, men stiller lite krav til andre samtidige ressurser.

Det er i prinsippet ikke faglige begrensinger i hvilke pasienter som skal kunne motta polikliniske konsultasjonene desentralt. Revmatologer er en knapphetsressurs og dette begrenser mulighet for å dele tjenesten mellom SNR-Kristiansund og SNR-Hjelset. Fagfeltet vil prioritere hovedvirksomheten i SNR-Hjelset.

For pasienter som har behov for infusjonsbehandling kan dette administreres av sykepleiere i desentral dagbehandling. Det er ikke nødvendig med revmatolog tilstede for å gi infusjonen, men det kreves tilgang til lege for akuttbehandling hvis det oppstår komplikasjoner. Det gjøres individuell faglig vurdering av hvilke pasienter som skal ha infusjonsbehandling i hovedsykehusets (for eksempel pasienter som er starter opp med nye medikamenter). Det estimeres derfor at 80% av infusjonspasientene kan behandles desentralt

Konklusjon

Det polikliniske tilbudet i revmatologi er egnet for desentral løsning, men fordi fagressursen er svært begrenset anbefales ikke poliklinikk i SNR-Kristiansund. Infusjoner kan gis i SNR-Kristiansund

3.6 Nevrologi

Nevrologiske pasienter kan ha store bevegelsesbegrensinger. Samtidig er det få pasienter med behov for hyppige konsultasjoner. Pasienter med bevegelsehemning vil ha gevinster av et desentralt tjenestetilbud.

Konsultasjonene er ofte avhengig av nevrofysiologiske laboratorietjenester med spesialisert og dyrt utstyr, og spesialisert personell som betjener dette. I tillegg er det ofte behov for tverrfaglige vurderinger fra annet personell i avdelingen.

For ca 50% av pasienter er det kun behov for legekonsultasjon. For disse vil det være fullt ut forsvarlig å yte desentral tjeneste i SNR-Kristiansund

Avdelingen har en relativ stor lege-/legespesialistgruppe. En relativt stor andel av disse er bundet opp til aktivitet i sykehuset (inneliggende, nevrofysiologisk lab, pasientskole etc). I tillegg er det i avdelingen noe subspecialisering som krever gode logistikk-løsninger for å «samle» pasienter til fulle poliklinikkdager desentralt.

Avdelingen anbefaler en poliklinikkdag pr uke i SNR-Kristiansund

Infusjonsbehandling er vurdert særskilt. Det er få pasienter dette gjelder. Dagens infusjonsbehandlinger gis månedlig. Infusjonsbehandling kan skje desentralt i etablerte «infusjonsseksjon» på lik linje med andre fag.

Nevrologene gir i dag injeksjoner for flere lidelser (Botox). Dette er legekrevene aktivitet og inngår i ordinær poliklinikk. For en gruppe av disse pasienter kan injeksjoner utføres av sykepleier, men det planlegges at disse injeksjonene overføres til fastlegene og ikke til SNR- Kristiansund.

Konklusjon

Det polikliniske tilbudet i nevrologi er vurdert mindre egnet for desentral løsning pga av avhengigheter til tjenester i avdelingen. Nevrologene anbefaler poliklinikk i SNR- Kristiansund en dag pr uke. Infusjoner kan gies i SNR-Kristiansund

3.7 Onkologi

Kreftbehandling utføres i dag av spesialiteten onkologi og av ulike spesialister (lungeleger, hematologer, ØNH, gynekologer barneleger mfl).

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

Mistanke om kreft er en stor belastning for både pasient og nærpersoner. De fleste vil ikke fokusere på reisebelastning for å sikre riktig diagnose og for å bli innstilt på riktig og effektiv behandling. Når kreftbehandling er påbegynt kan reise være en merbelastning for pasientene. Det er behov for hyppige kontroller, og for pasienter som har serier med cellegiftkurer er reise før og etter kurene belastende pga av redusert almenntilstand. Samtidig er det viktig for de fleste pasientene å få bo hjemme når dette er medisinsk forsvarlig.

For de polikliniske konsultasjonene er det ikke krav til samtidig ressurs ut over laboratorium og billeddiagnostikk.

I prinsippet kan alle pasienter kunne få poliklinisk tjeneste desentralt.

Legeressursen i spesialiteten onkologi er foreløpig svært begrenset, og fagmiljøet vurderer at riktig ressursbruk er å være en del av det multiprofesjonelle samarbeidet i hovedsykehuset. Kreft forekommer i alle fagfelt, og tilstedeværelse i SNR-Hjelset vil være ressurseffektivt for onkolog og spesialister i andre fag. Det skjer en subspecialisering innenfor onkologi som tilsier at fagpersonellet bør konsentrere virksomheten om færre geografiske lokalisasjoner. Ved å etablere tilbudet i SNR-Hjelset er reiseavstanden fortsatt redusert i forhold til å reise til Ålesund (pasienter til strålebehandling må fortsatt reise til Ålesund eller Trondheim). Fagmiljøet ser mulighet på lengere sikt for flere spesialister og LIS-leger og at det da kan tilbys poliklinikkaktivitet i SNR-Kristiansund, men med dagens bemanning anbefaler kreftavdelingen at dette foreløpig begrenset.

Cellegiftkurer vil kunne administreres desentralt i SNR-Kristiansund av trente sykepleiere. Kurene kan produseres i SNR-Hjelset og transporteres til SNR-Kristiansund. (Denne ordningen er allerede utprøvd i forbindelse med ombygging av apotek). I alle hovedsak gis cellegift som ledd i livsforlengende behandling, men ofte med langvarig perspektiv. Dette betyr at kreftpasienten over tid ofte gis flere serier med kurer, belastningen er derfor tilstede lenge. Fagmiljøene vil løpende vurdere hvem som ikke skal få kurene desentralt ut fra pasientens tilstand, type legemiddel og hvor i behandlingsforløpet pasienten er. Sykepleiere overvåker pasientene under infusjonsbehandlingen og kan avbryte behandlingen for å forebygge uheldige situasjoner. Videre tiltak iverksettes i samråd med ansvarlig lege. Kjemoterapi kan sjeldne ganger gi alvorlige komplikasjoner som kan kreve akuttinnsats fra lege. Det forutsettes at personellet i SNR- Kristiansund har etablert systemer og trent på akuttsituasjoner slik at pasientens sikkerhet blir ivaretatt.

Palliasjon for kreftpasienter er organisert som ett tjenestetilbud for HMR, organisert i team ved alle sykehusene. Teamene jobber også med palliasjon for andre sykdommer enn kreft. Teamene gjør individtilpasset vurdering i samarbeid med pasient og lokalt støttetjeneste/kommunal helsetjeneste. Tjenesten er ikke knyttet til spesiell lokalisasjon, men har nytte av å være i lokalisert i et miljø med relevante deler av spesialisthelsetjenesten pga av tverrfaglig samarbeid. SNR-Kristiansund vil være egnet for samarbeidsmøter, men det er ikke krav om egne lokaler.

Konklusjon

Desentral poliklinikk for onkologer i SNR- Kristiansund anbefales foreløpig begrenset pga av knapphet på onkologer. Det er mulig å finne mellomløsninger i samhandlingsfeltet onkologi/medisin for å

ivareta desentralt tjenestetilbud inntil rekrutteringen blir bedre.

Vedrørende desentral cytostatikabehandling, Se eget kapittel om kjemoterapi/ infusjonsplasser

3.8 Fysikalskmedisin

Spesialiteten fysikalsk medisin er sentraliserte virksomhet for hele HMR, lokalisert ved sjukehuset i Ålesund. Fysikalskmedisinere vil yte desentral tjeneste i SNR-Hjelset, og fagmiljøet anbefaler ikke ytterligere desentralisering til SNR-Kristiansund. Dette begrunnes med det lave antall spesialister.

Konklusjon

Desentral poliklinikk for fysikalsk medisin i SNR-Kristiansund anbefales ikke pga av knapphet på spesialister.

3.9 Øye

Pasientgruppen med øyesykdommer er eldre personer, ofte med flere lidelser. Øyebehandling kan kreve hyppige oppmøter og desentralt tilbud gir gevinst for pasienten.

Øyefaget i SNR har i praksis to-nivå ressursinnsats. Det er etablert en praksis med funksjonsdifferensiering mellom det offentlige tilbudet og avtalespesialistene. Avtalespesialistene gir tilbud til det største volumet av pasienter, og siden disse er etablert i Kristiansund er tilbudet et desentralt tilbud i SNR-Kristiansund-området. Avtalespesialistene henviser pasienten videre til sykehuskrevende behandlinger.

Den faglige differensieringen gjør at det er mer avansert behandling som utføres av legene i SNR. Øyefaget krever spesialisert utstyr og for noen pasienter også sykehusets infrastruktur. Selv om en del av undersøkelse og behandling i prinsippet kunne vært gjort desentralt vil dette kreve dublering av dyrt utstyr. Det anbefales derfor ikke desentral poliklinikk for den delen av øye-tjenesten som sykehuslegene utfører

Andre fag i sykehuset kan få effektive avklaringer når øyelege er lokalisert i SNR-Hjelset

Konklusjon

Desentral poliklinikk for øye er p.t ivaretatt gjennom avtalespesialister. Ytterligere desentralisering av øyetilbudet til SNR-Kristiansund anbefales ikke pga krav til utstyr.

3.10 Hud

For hudpasientene er det i hovedsak lysbehandling som gir reisebelastning. Lysbehandlingen må gjentas ofte og hver behandling tar svært kort tid. Ved lang reisevei gir dette mye fravær fra skole og arbeidsplass. Det skal fortsatt være lysbehandling i SNR-Kristiansund.

Poliklinikk hos hudlege kan fullt ut ytes i SNR-Kristiansund. Hudlege er i dag etablert i SNR-Kristiansund og er vurdert videreført i Kristiansund.

Konklusjon

Det anbefales hudpoliklinikk med lysbehandling i SNR-Kristiansund

3.11 Øre-nese-hals (ØNH)

Pasientene er ofte eldre mennesker. For disse er desentral tjeneste en gevinst både av hensyn til bevegelsbegrensninger og generelt hyppige behov helsetjeneste. Det er også mange barn og unge voksne i pasientgruppen hvor reisebelastningen er mindre problem, men det er effektiv bruk av også disse pasientens tid og ressurser med desentralt tilbud. En stor del av tilbudet er hørselstilbud.

For noen få pasienter med multihandikap er det behov for individtilpasninger i samarbeid med kommunene.

Fagfeltet har ikke særlige avhengigheter til andre fagfelt i det polikliniske tilbudet ut over avhengigheten til hørselstilbudet og audiografer. Tilbudet er derfor egnet for desentralisering i SNR. (ØNH har desentralisert tjenesten ytterligere til Sunndal).

For pasientgruppen er fordelingen 20/80% mellom sykehuskrevende polikliniske tjenester og desentral tjeneste vurdert som hensiktsmessig fordeling.

Pt er behovet for desentral tjeneste i SNR-Kristiansund-området dekket med dagens løsning. Fagmiljøet legger vekt på at tilstedeværelse av ØNH-leger i SNR-Hjelset er viktig også for andre spesialiteter.

Konklusjon

Det anbefales desentral ØNH-poliklinikk og høretilbud i SNR-Kristiansund

3.12 Fødselshjelp og kvinnesykdommer

Pasientgruppen som mottar poliklinisk tilbud er i hovedsak gravide. Aktiviteten omfatter både legekonsultasjoner og jordmorstyrt poliklinikk (bla ultralydundersøkelse av foster). Pasientene har i ulik grad gjentatte kontroller i løpet av svangerskapet. Spesielt for gravide med familie er det stor gevinst med desentral tjeneste når det kreves hyppig kontroll.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

Ammepoliklinikk er primært primærhelsetjeneste, men spesialisthelsetjenesten tilbyr jordmorstyrt poliklinisk hjelp til mødre som har problemer med amming.

Spesialisthelsetjenesten samarbeider med helsetjenesten i kommunene og er ikke etablert særlige samarbeidssystemer ut over telefonkontakt og ordinær utveksling av pasientdokumentasjon.

Fagfeltet har ikke avhengigheter til andre spesialiteter ut over lab og billeddiagnostikk. Det forutsettes tilgang til utsyr for CTG og ultralyd.

Faggruppen oppgir at de kan ta mer enn 90% av pasientgrunlaget i SNR-Kristiansund bostedsområde i desentral poliklinikk

Det er tilstrekkelig personell til å betjene pasientgrunlaget i boområde til SNR-Kristiansund

Konklusjon

Desentral poliklinikk for kvinnesykdommer og fødselshjelp anbefales for mer en 90% av pasientgrunlaget i SNR-Kristiansund bo-område

3.13 Psykisk helsevern for barn, unge og voksne og TSB (rusteam)

Psykisk helsevern er i dag desentralisert, både for voksne og barn og unge. Dette er forankret i nasjonale føringer og skal fortsette. Fagområdene ser gevinster av å lokaliseres sammen med somatiske fag. Hvilken lokalisasjonsløsning som skal velges for disse fagene utredes i eget prosjekt.

3.14 Kjemoterapi/ infusjonsplasser

Dialyse

Dialysepasienter har behov for hyppige oppmøter, ofte over lang tid. Det er stor belastning med lang reise. I tillegg er selve behandlingen tidkrevende. Det er derfor viktig for pasientene å ha desentrale tilbud for å frigjøre mest mulig tid til «normalt liv».

I praksis vil alle pasienter fra Nordmøre med behov for dialyse kunne får dialyse i SNR-Kristiansund, og plassbehovet er beregnet etter dette.

Kjemoterapi /infusjon

Kjemoterapi/infusjon forordnes av ulike spesialiteter. Noen av behandlingene er i seg selv belastende for pasienten (feks bivirkninger), i tillegg til belastningene grunnsykdommen gir. Reise er en tilleggsbelastning. Koordinering av reisetid, prøvetaking, konsultasjoner og behandling er vesentlig for å redusere belastningen. Pasientgruppene har derfor stor gevinst av desentral tjeneste.

Ulike fagmiljø i og utenfor HMR er usikker på hvor stor andel av behandlingene som kan skje utenfor sykehus. Det varierer fra 40%-80%. Det er ulike praksis i DMS'er rundt om i landet. Noen kurer gis også i kommunen.

En desentral løsning med infusjoner forutsetter organisert beredskap for å ivareta akutte reaksjoner knyttet til behandlingen. Organisert beredskap i tilfelle utilsiktede hendelser vil være et behov i flere fagområder. SNR må derfor definere og organisere tilfredsstillende «akuttberedskap» for hele tilbudet i SNR-Kristiansund.

Infusjonsbehandling og cellegiftkurer er under utvikling, og det lanseres stadig nye medikamenter og kjente medikamenter får nye indikasjoner. I beregningene av antall plasser velger en å beregne plasser til høy andel desentrale kurer.

De ulike faggruppene la vekt på at desentral behandling i SNR-Kristiansund må skje i spesialisert team i egnede lokaler tilpasset behovet for hvile og service.

Det gjøres egen utredning av hvor kurene skal produseres. Sentralisert produksjon og desentralisert produksjon gir begge tilfredsstillende løsning med tanke på logistikk og god utnyttelse av ressursene i poliklinikkens åpningstid.

Konklusjon

Med gode løsninger for å håndtere evt reaksjoner på infusjon velger en å planlegge slik at 70- 80% av kurene kan gis desentralt.

4 Dagkirurgi

Gjennomgangen av det dagkirurgiske tilbudet omfatter vurdering av om de to aktuelle fagspesialitetene gynekologi og ortopedi er egnet for desentral løsning. I denne vurderingen er ikke nærhetsprinsippet lagt til grunn. Selv om pasientgruppen kan ha betydelige bevegelsesbegrensinger pga av sykdom er selve dagkirurgitjenesten sjeldne hendelser for hver pasient, og ulempe med merreisen til dette tilbudet er vurdert å ikke utgjøre en vesentlig forskjell.

Fagrepresentantene har ikke vurdert om det skal være dagkirurgisk virksomhet i SNR-Kristiansund, men om det kan være det. Spørsmålet om hvor stort opptaksområde som skal beregnes for dagkirurgi, er ikke behandlet i denne gjennomgangen. Det forutsettes at den faglige vurderingen er uavhengig av opptaksområdets størrelse

4.1 Ortopedisk dagkirurgi

Desentral ortopedisk dagkirurgi er vurdert egnet for desentral løsning for å kunne isolere en «produksjonslinje» fra akuttsykehusets virksomhet. Personell vil kunne organisere virksomheten uten forstyrrelser fra sykehusets øvrige oppgaver. Leger er skjermet fra visitt, møter og andre oppgaver som reduserer effektiv bruk av ressursene.

De fleste pasienter som planlegges for ortopedisk dagkirurgi vil kunne få tilbudet desentralt. Samtidig er det noen som har redusert almenntilstand, andre samtidige sykdommer etc som vil ha behov for infrastrukturen i akuttsykehuset av pasientsikkerhetsmessige grunner. Det vil også være pasienter med redusert egenomsorgsnivå pga av alder og som vil kunne ha behov for en overnatting etter et dagkirurgisk inngrep. For å unngå transport etter at SNR-Kristiansund stenger bør denne andelen av pasientene planlegges operert i SNR-Hjelset. Fagligmiljøets vurdering tilsier at 80% av pasientgruppen vil kunne få et faglig godt og trygt tilbud i SNR-Kristiansund.

Ortopediske dagkirurgi er avhengig av samtidig anestesi kompetanse, fysioterapi / ergoterapi og steriltforsyning

For dagkirurgisk virksomhet er det tilstrekkelig legerressurs til å kunne gjennomføre dagkirurgisk program desentralt uten å svekke akuttsykehusets virksomhet

Konklusjon

Dagkirurgisk ortopedisk aktivitet er egnet for desentral virksomhet i SNR-Kristiansund for 80% av pasientene

4.2 Gynekologisk dagkirurgi

Gynekologisk dagkirurgi er egnet for desentral løsning for å kunne isolere en «produksjonslinje» fra akuttsykehusets virksomhet. Personell vil kunne organisere virksomheten uten forstyrrelser fra

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

sykehusets øvrige oppgaver. Leger er skjermet fra visitt, møter og andre oppgaver som reduserer effektiv bruk av ressursene.

De fleste pasienter som planlegges for dagkirurgi vil kunne få tilbudet desentralt. Samtidig er det noen som har redusert almenntilstand, andre samtidige sykdommer etc som vil ha behov for det øvrige tilbudet i akutt sykehuset av pasientsikkerhetsmessige grunner. Det vil også være pasienter med redusert egenomsorgsnivå pga av alder og som vil ha behov for en overnatting etter et dagkirurgisk inngrep. Faglig miljøets vurdering tilsier at 90% av pasientgruppen vil kunne få et faglig godt og trygt tilbud i SNR-Kristiansund.

Gynekologisk dagkirurgi er avhengig av samtidig anestesikompetanse og fysioterapi

For dagkirurgisk virksomhet er det tilstrekkelig legeressurs til å kunne gjennomføre dagkirurgisk program desentralt uten å svekke akutt sykehusets virksomhet.

Konklusjon

Dagkirurgisk gynekologisk aktivitet er egnet for desentral virksomhet i SNR-Kristiansund for opptil 90% av pasientene.

5 Oppsummering av faglig gjennomgang

Alle fagfelt ser fordeler for pasienter med desentralt tilbud for å redusere reisebelastning, men andel pasienter med helsemessige behov for redusert reise varierer mellom fagene

Behovet for samarbeid med kommunene er vurdert viktig, men avgrensing i samarbeidsrelasjoner er mindre viktig for legene fordi de ikke regner med å etablere faste «distriktsteam». For sykepleierpoliklinikkene er potensialet større.

Verdien av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er grundig omtalt i rapporten *Distriktsmedisinsk senter i Kristiansund, DMS Kristiansund*

Kun unntaksvis har fagfelt redusert prosentdelen som følge av forsvarlighet i gjennomføring av dagbehandling og poliklinisk konsultasjon. Noen fagfelt er avhengig av utstyr og laboratorier som ikke kan/bør dupleres.

Hensynet til pasientsikkerhet er begrunnelser for å redusere andelen dagbehandling med infusjon/cytostatika. Ulike fagfelt stiller ulike krav til tilstedeværende akuttberedskap ved påregnelige men sjeldne bivirkninger. SNR- Kristiansund må derfor planlegges med en type organisert internkuttberedskap. Med SNR- Kristiansund størrelse er dette mulig å få til.

Hensynet til tilstedeværelse av personell i SNR-Hjelset er den mest reduserende faktor. For legespesialiteter med mange leger er det desentral poliklinikk praktisk gjennomførbart (overleger og LIS-leger). Få leger i en spesialitet er i seg selv ikke til hinder for å ha hele poliklinikkdager i SNR- Kristiansund, men dersom legen har andre samtidige funksjoner (for eksempel vaktberedskap, tilsyn med pasienter i egen eller annen avdeling (intensiv)) i tillegg til poliklinikk er desentralisering av legerressursen ikke vurdert forsvarlig.

For desentraliserte tjenester fra Ålesund er det vurdert uhensiktsmessig med ytterligere desentralisering. Det er hovedsakelig begrunnet med behovet for å benytte begrenset ressurs til multiprofesjonelt samarbeid for flere fagområder i SNR-Hjelset.

5.1 Alternative virksomhetsmodeller

Basert på vurderingene ovenfor kan fortsatt to virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenesten i SNR Kristiansund anbefales.

- Det er grunnlag for en god desentral poliklinisk/dagbehandlingsvirksomhet for mange fagområder, med noe varierende frekvens pga av tilgang til legerressurs.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

- Dagkirurgi er faglig vurdert gjennomførbart for 80% av pasientene i de utvalgte fagområdene gynekologi og ortopedi.



6 Kapasitets- og arealbehov

I kapasitetsberegningene for poliklinikk/dagbehandling er det benyttet avdelingsvis innrapportert aktivitet basert på bostedsområde til dagens Kristiansund sjukehus. For dagkirurgi legges det til grunn at hele SNR opptaksområdet skal kunne tilbys dagkirurgi i ortopedi og gynekologi i SNR-Kristiansund. Det er benyttet samme utnyttelsesgrader og arealstandarder som i dimensjoneringen for fellessykehuset på Hjelset beskrevet i hovedfunksjonsprogrammet. Figuren viser beregnet behov for kapasitetsbærende rom. For detaljert romprogram henvises det til Delfunksjonsprogram

Tabell 11.12 viser samlet kapasitetsbehov for tilbudet i Kristiansund

Alternativ 1: Poliklinikk og dagbehandling	Alternativ 2: Poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi
<ul style="list-style-type: none">• 13 standard poliklinikkrom• 4 spesialrom og i tillegg lysbehandling• 7 dialyseplassar• 3 plassar for infusjonsbehandling/ kjemoterapi• Lab, bildediagnostikk MR, CT, Rtg, UL	
	<ul style="list-style-type: none">• 2 operasjonsstuer med støtterom