



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

Arild Vassenden	Helse Midt-Norge	

DOKUMENTSTATUS

1	9.11.2016	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 forutsetninger.....	6
2.2	Grunnleggende forventninger.....	6
2.3	Utvalgskriterier for spesialisthelsetjenester i SNR-Kristiansund.....	8
2.4	Vurderingsprosessen.....	9
2.5	Basistilbud	11
3	Kliniske spesialiteter.....	12
3.1	Barnemedisin.....	12
3.2	Ortopedi	13
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.....	18
3.5	Revmatologi.....	19
3.6	Nevrologi	19
3.7	Onkologi	20
3.8	Fysikalsk medisin	21
3.9	Øye	22
3.10	Hud	22
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	25
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
7	Vurdering av forskjeller i kosteffektivitet i alternativene med dagkirurgi samlet eller fordelt på to lokasjoner	31
7.1	Forutsetninger	31
7.2	Datagrunnlag	32
7.3	Forskjeller i reisekostnad.....	33
7.4	Forskjeller i bokostnader.....	35
7.5	Forskjeller i til overføringskostnad	36
7.6	Forskjeller i inntektsgrunnlag	37
7.7	Forskjeller i ressursbruk internt i dagkirurgisk aktivitet.....	39
7.7.1	Prinsipielle ulikheter i valg av modeller	39
7.7.2	Forskjeller i bemanning på delt og samlet løsning.....	40
7.8	Forskjeller på behov for utstyr	42
7.9	Forskjeller i personelltransport	43
7.10	Forskjeller i arealkostnad	43
7.11	Oppsummering.....	43

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 følgjande utgreiingsalternativ av SNR i konseptfasa:*
 - *Alternativ 1:*
 - *Nytt felles akuttstjukehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbod / distriktsmedisinsk senter i Kristiansund*
2. *Alternativ 1 skal utgreiast med to (2) ulike verksemdsalternativ for innhaldet i spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund.*
3. *Basert på dei to verksemdsmodellane i vedtakspunkt 2 for spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund, skal det gjerast ei vurdering av denne løysinga plassert både i dagens Kristiansund sjukehus og i nye lokale.*

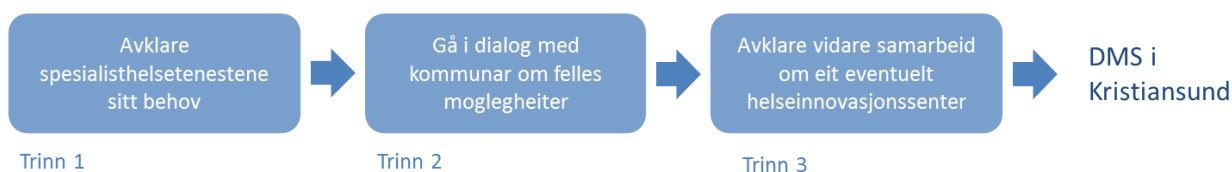
Styret i Helse Midt-Norge har senere sluttet seg til denne saken.

2 Organisering av arbeidet med innholdet i spesialisttjenesten

Arbeidet er organisert i en trinnvis prosess. I det første trinnet 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 virksomhetsalternativer 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 i Kristiansund
- 2B: med dagtilbud, poliklinikk og dagkirurgi i nye lokaler i Kristiansund

Det er prosjektorganisasjonen SNR som utreder to virksomhetsalternativer med medvirkning fra hovedgruppa i SNR. Fase 1 avsluttes med at prosjektorganisasjonen SNR legger fram alternativene for videre behandling i SNR sitt prosjektstyre.



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 forutsetninger

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 iht. 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 akuttstusykehuset 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

2.2 Grunnleggende forventninger

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

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven.

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 lokasjoner (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 førstelinje 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.

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 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

2.3 Utvalgskriterier for spesialisthelsetjenester 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

- Spesialisthelsetjenesten har behov for nærhet til samarbeidsparter i kommune, pårørende, nærpersoner og 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

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

prosessene når de er adskilt fra sykehusaktiviteten (ikke visitt, møter etc.) slik at kirurgien kan organiseres i effektive behandlingslinjer. Kvalitetsreservene ligger i muligheten for å organisere standardiserte og sikre pasientforløp (bl.a. 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.

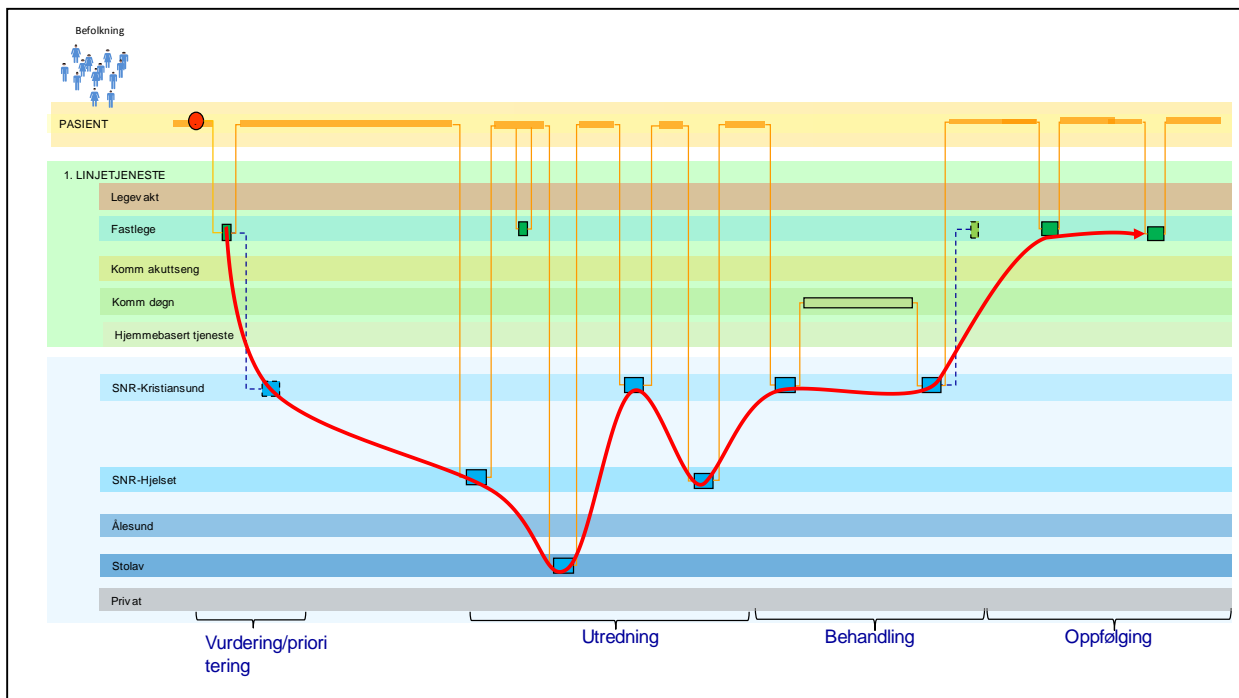
2.4 Vurderingsprosessen

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 ledermøte og i prosjektorganisasjonen.

Fordi fagfeltene er ulike, er det gjort en standardisert «spørning» for å sikre likeverdig vurdering (spørsmålssettene 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, ergoterapi, fysioterapi ol.

Volumtallene for å beregne behovet for framtidig aktivitet er registrert aktivitet i NPR og HMNs operasjonsregister som fyller kriteriene for dagbehandling, 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, én gang. Mange 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

Spørsmålssettene

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

Spørsmålssett 1) redusert reisebelastning og nærhet til hjem

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

Spørsmålssett 2) Klinisk forsvarlighet

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

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 billediagnostikk 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 20prosent 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 prosent .

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 billedtakingstilbud til pasienter som skal til behandling i SNR-Hjelset/ følges opp av SNR-Hjelset

Billedtolkning

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

- Billedtolkning iht. 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 ev. 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, matsservering 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 multi-problemstillinger 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.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

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 et 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 reduseres ressursbruk for samarbeid.

Fagmiljøet vurderer at det ikke er grunn til å endre regelen om som tilsier at 80 prosent 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 om hvordan døgntilbudet skal utformes, ser fagpersonellet mulighet for to 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 en legge til grunn de samme prinsippene. Barnemedisinmiljøet ser allikevel at inntil 30 prosent 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 har behov for samarbeid med mange innsatsyttere, både barnet, foreldre fastlege, spesialister. Samarbeidet kan organiseres som møter i og utenfor SNR-Kristiansund, LM-kurs ol. Hvor dette samarbeidet skjer, er i prinsippet ikke avhengig av en spesiell lokasjon, 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 to 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. 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.

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

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

Personellressursen er ikke en 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 alderssvikkelser. 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 gjennomførbar for 80 prosent av pasientene.

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

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 (p.t. én lege med dobbel spesialitet), og det er ikke beregnet desentral poliklinikk og dagbehandling i denne grenspesialiteten

Konklusjon

Det polikliniske tilbudet i de bløtdelskirurgiske fagene er egnet for desentral løsning. Leger som har poliklinikk på sitt dagsprogram kan utføre dette desentralt, men kravet til framtidig vaktssystemet 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 hyppig kontakt 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 prosent av lungepasientene med poliklinikkbehov får denne desentralt i SNR-Kristiansund.

Ut fra dagens personellsituasjon anbefaler gruppen desentralisert poliklinikk én 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 én 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 billediagnostikk og lab. Fagfeltet er avhengig av utstyr for å diagnostisere og «teste /måle» pasientens tilstand. AEKG og ekko og rytmeregistrering er velegnet for desentral tjeneste. Noen få prosedyrer anbefales sentralisert (eks elektrokonvertering)

Fagfeltet anbefaler at 80 prosent 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.

Fagfeltet (lege, sykepleierpoliklinikkene) har behov for god tilgang til billediagnostikk 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

Geriatriske 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. to geriater med tilhørende LIS-leger i SNR, men dette fagfeltet forventes å ekspandere.

Konklusjon

Den polikliniske aktiviteten er egnet for desentral tjeneste, mens legeressursen er foreløpig begrensende for gjennomføringen. 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 prosent av aktiviteten i dagbehandling 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 ev. 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 prosent 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 lokasjon 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 prosent 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 én dag pr uke.

Konklusjon

Det polikliniske aktiviteten i hematologi er egnet for desentral løsning, og personellressursene gjør dette mulig å betjene poliklinikk én 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 til stede 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 hoved-sykehuset. (for eksempel pasienter som starter opp med nye medikamenter). Det estimeres derfor at 80 prosent 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

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

for hyppige konsultasjoner. Pasienter med bevegelseshemming 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 prosent 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 sub-spesialisering som krever gode logistikk-løsninger for å samle pasienter til fulle poliklinikkdager desentralt.

Avdelingen anbefaler én 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 legekrevende 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 én dag pr uke. Infusjoner kan gis i SNR-Kristiansund

3.7 Onkologi

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

Mistanke om kreft er en stor belastning for både pasient og nærpå personer. 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

billediagnostikk.

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 multi-profesjonelle samarbeidet i hoved-sykehuset. Kreft forekommer i alle fagfelt, og tilstedeværelse i SNR-Hjelset vil være ressurseffektivt for onkolog og spesialister i andre fag. Det skjer en sub-spesialisering innenfor onkologi som tilsier at fagpersonellet bør konsentrere virksomheten om færre geografiske lokasjoner. 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 lengre 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 all 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 til stede 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 akutsituasjoner 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 lokasjon, men har nytte av å være 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 mellømløsninger i samhandlingsfeltet onkologi/medisin for å ivareta desentralt tjenestetilbud inntil rekrutteringen blir bedre.

Vedrørende desentral cytostatika-behandling, Se eget kapittel om kjemoterapi/ infusjonsplasser

3.8 Fysikalsk medisin

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 prosent mellom sykehuskrevende polikliniske tjenester og desentral tjeneste vurdert som hensiktsmessig fordeling.

P.t. 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 (bl.a. 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.

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 billediagnostikk. Det

forutsettes tilgang til utsyr for CTG og ultralyd.

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

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

Konklusjon

Desentral poliklinikk for kvinnesykdommer og fødselshjelp anbefales for mer en 90 prosent av pasientgrunnet 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 lokasjonsløsning 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 få 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 (f.eks. 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 prosent- 80prosent. 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 en tilfredsstillende løsning med tanke på logistikk og god utnyttelse av ressursene i poliklinikkens åpningstid.

Konklusjon

Med gode løsninger for å håndtere ev. reaksjoner på infusjon velger en å planlegge slik at 70-80 prosent 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 prosent av pasientgruppen vil kunne få et faglig godt og trygt tilbud i SNR-Kristiansund.

Ortopediske dagkirurgi er avhengig av samtidig anestesikompetanse, fysioterapi / ergoterapi og sterilforsyning

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 prosent 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 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 akuttsykehuset av pasientsikkerhetsmessige grunner. Det vil også være pasienter med redusert egenomsorgsnivå pga. av alder o.l. som vil ha behov for overnatting etter et

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

dagkirurgisk inngrep. Fagligmiljøets vurdering tilsier at 90 prosent av pasientgruppen vil kunne få et faglig godt og trygt tilbud i SNR-Kristiansund.

Gynekologisk dagkirurgi er avhengig av samtidig anestesi kompetanse og fysioterapi

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

Konklusjon

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

Vurdering av kostnadsforskjeller i de to dagkirurgiske alternativene (alternativene 1A og B med alle 6 dagkirurgiske stuer samlet på Hjelset, sammenlignet med alternativ 2A og B med 2 dagkirurgiske stuer i Kristiansund og 4 dagkirurgiske stuer på Hjelset) er beskrevet i kapittel 7.

5 Oppsummering av faglig gjennomgang

Alle fagfelt ser fordeler for pasienter med desentralt tilbud for å redusere reisebelastning, men andelen 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 en begrunnelse 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 internakuttberedskap. Med SNR-Kristiansund sin størrelse, er dette mulig å få til.

Hensynet til tilstedeværelse av personell i SNR-Hjelset er den mest reduserende faktoren. 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 legeressursen 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 multi-profesjonelt 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 legeressurs.
- Dagkirurgi er faglig vurdert gjennomførbart for 80 prosent av pasientene i de utvalgte fagområdene gynekologi og ortopedi.

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR



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 alle pasienter i SNR sitt 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 delfunksjonsprogrammet.

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

Tabell 11.12 viser samlet kapasitetsbehov for tilbudet i Kristiansund

7 Vurdering av forskjeller i kosteffektivitet i alternativene med dagkirurgi samlet eller fordelt på to lokasjoner

Vurdering av kosteffektivitetsforskjeller gjøres mellom følgende to alternativer:

- Alternativene 1 A og 1B har ingen dagkirurgi i Kristiansund. 6 dagkirurgiske stuer er lokalisert til akuttsykehuset på Hjelset til bruk for alle spesialiteter i tillegg til 5 stuer for inneliggende/ø-hjelp.
- Alternativene 2A og 2B har 2 dagkirurgiske stuer lagt til SNR-Kristiansund samlokalisert med DMS. I dette alternativet er det 4 dagkirurgiske stuer lokalisert til akuttsykehuset på Hjelset til bruk for alle spesialiteter i tillegg til 5 stuer for inneliggende/ø-hjelp.

(Det er 11 kirurgiske stuer til sammen i begge alternativene)

7.1 Forutsetninger

Det er dokumentert at overgang til dagkirurgi gir kvalitative gevinster for pasientene (dokumentasjonen følger de enkelte prosedyrene). Dette henger sammen med moderne operasjonsmetoder og anestesi som gir rask rekonvalesens og dokumenterbart gode resultater.

Overgangen fra døgnbasert kirurgi til dagkirurgi gjøres vanligvis først i sykehusene. Når metodene er funnet faglig forsvarlig vil de kunne standardiseres og også desentraliseres.

Noen kirurgiske inngrep vil også kunne erstattes av andre metoder. Dette kan være med moderne legemidler eller konservativ behandling.

Overgang fra døgnkirurgi til dagkirurgi, eller fra dagkirurgi til annen behandling har utviklet seg i ulikt tempo rundt om i landet. Det er både faglige, organisatoriske og økonomiske insitamenter som påvirker hvor stor andel av operasjonene som er dagkirurgiske på de ulike stedene.

Det forutsettes i denne analysen at omstilling fra døgn- til dagkirurgi i Molde sykehus og Kristiansund sykehus ikke skiller seg vesentlig fra andre steder i landet. Det forutsettes videre at den standardiserte omstillingsfaktoren som benyttes i Konseptrapporten gir tilstrekkelig grunnlag for å beregne aktivitet innenfor planleggingshorisonten

Det er allment akseptert at intern organisering av dagkirurgi i mange sykehus kan effektiviseres. Det er mulig å isolere dagkirurgi, i utvalgte spesialiteter, som egen virksomhet og optimalisere denne. Private sykehus som organiserer virksomheten adskilt fra annen aktivitet er vanligvis svært ressurseffektive.

I sykehusmiljø med felles ressurser, og hvor det ikke er mulighet til å velge bort pasienter, er det nødvendig å vurdere samlet ressursbruk. Det kan være ressurseffektivt å isolere enkelte produksjonslinjer, men det kan også gi mindre fleksibilitet som slår negativt ut på andre produksjonslinjer.

Disse utfordringene må også møtes i HMR, og vil være en del av den løpende faglige- og organisatoriske utviklingsprosess. I analysen vurderes kun forskjellene mellom dagkirurgi på en eller to lokasjoner. I konseptet forutsettes det at all dagkirurgi organiseres som isolert produksjonslinje

7.2 Datagrunnlag

Det er tatt utgangspunkt i et generisk pasientforløp for den dagkirurgiske pasienten (se figur 1). Det er vurdert hvilke faktorer som påvirker inntekt og utgift fra henvisning til pasienten er kommet hjem. Pasientens kostnader er ikke medregnet (reisetid, tapt arbeidsfortjeneste med mer).

Det er stilt konkrete spørsmål til de kirurgiske klinikkene og den gynekologiske klinikken i Helse Møre og Romsdal. Spørsmålene er relatert til stegene i pasientforløpet. Disse er besvart skriftlig.

Det er innhentet erfaringer fra dagkirurgiske miljø i Helgelandssykehuset, Helse Finnmark (DMS Alta), St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Nord-Trøndelag og fra leder i Dagkirurgisk forum. Det er i tillegg innhentet noe kunnskap fra personell med erfaring fra private. Denne datafangsten er hovedsakelig basert på telefoniske dialog av hensyn til bidragsytternes tid.

Uttrekk og beregning av pasientgrunnlag gjøres av Sykehusbygg basert på innspillene fra fagmiljøene i sykehusene i Molde og Kristiansund.

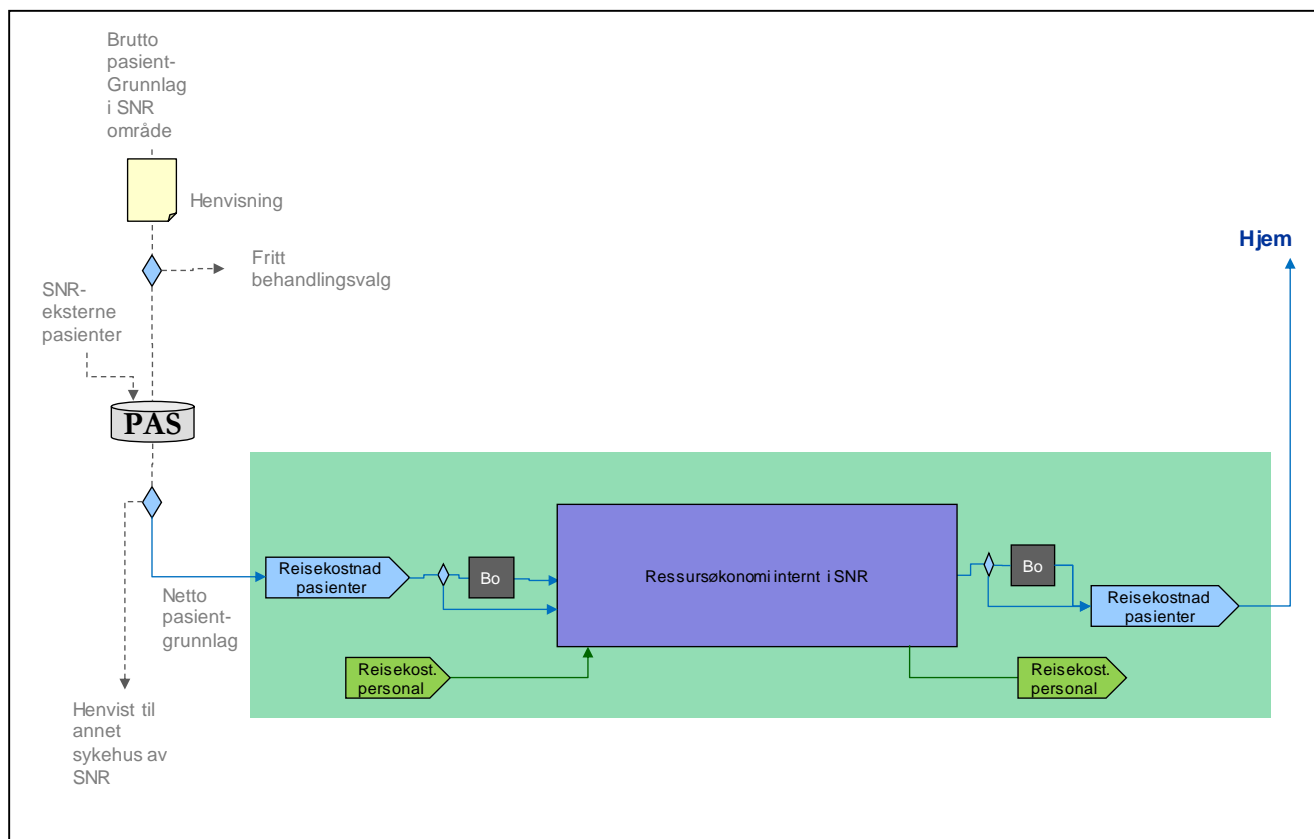
Kilde til data om reise og opphold er Pasientreiser ANS og Helfo.

Det er ikke mulig å sammenligne interne og eksterne aktørers virksomhet direkte. Alle har ulike varianter av utvelgelse av pasienter, både spesialitet og på prosedyrenivå. Dette er begrunnet med hvor kompetansen finnes i tjenestesystemene (funksjonsfordelte tjenester). I tillegg har alle de spurte tjenestene ulike kombinasjoner av døgn tilbud i tilknytning til det dagkirurgiske tilbudet.

Det er også ulik kombinasjon av personellbruk mellom dagkirurgi og annen kirurgi, og mellom personell i kirurgi, og mellom kirurgisk personell og annet personell. Dette er begrunnet med at dagkirurgi er en «knoppskyting» fra døgnbasert virksomhet, og at eksisterende ressurs (personell, lokaler etc.) er premissleverandør

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR



Figur 1) steg fra henvisning og fram til pasienten er kommet hjem. Dette brukes som grunnlag for å vurdere kostnadsforskjeller

Pasientgrunnlaget, som i figur 1 er første ledd i prosessen, vurderes under kapittel 7.6.

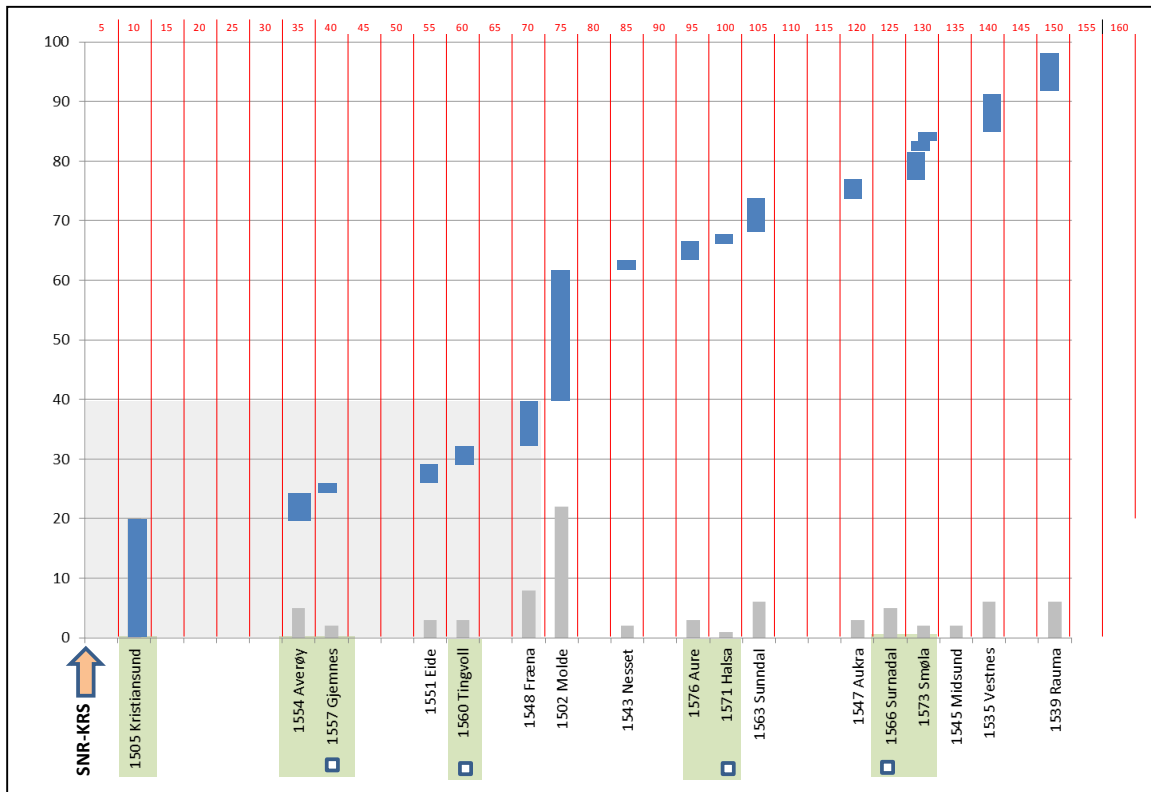
7.3 Forskjeller i reisekostnad

Reisekostnader til dagkirurgi belastes helseforetakene som har pasientens adresse som primæropptaksområde.

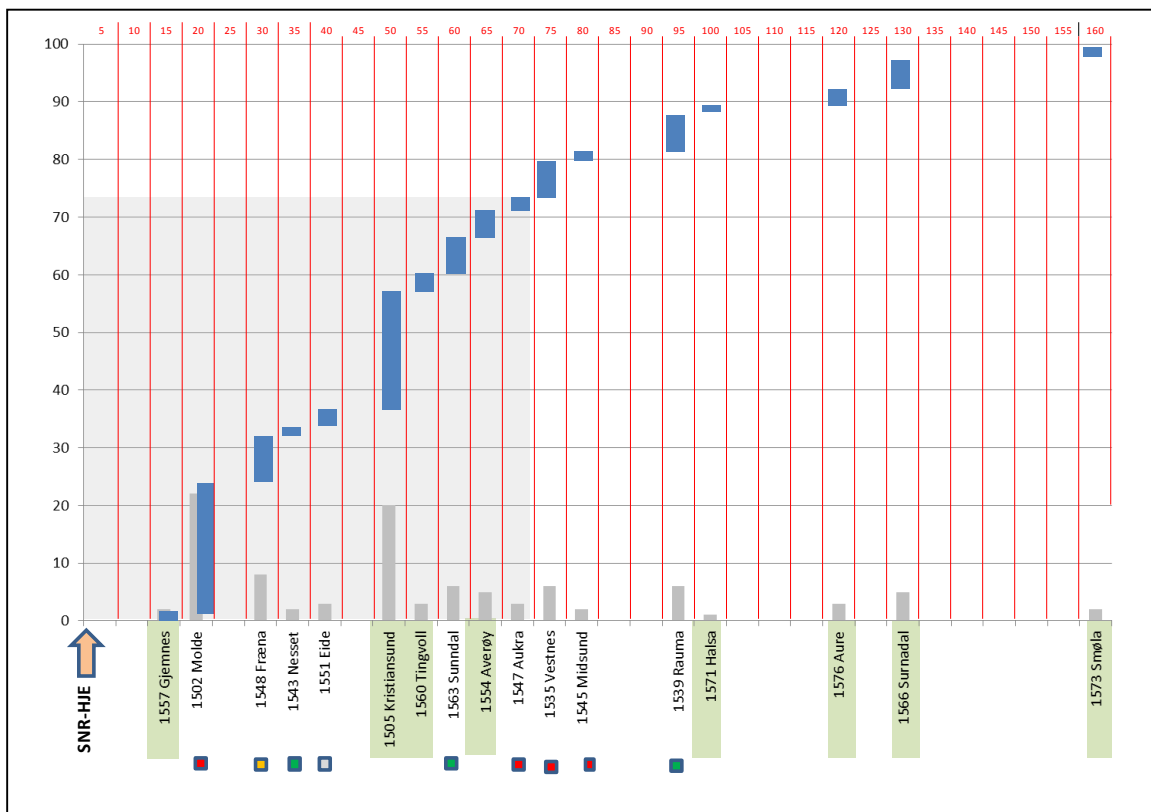
Reisekostnaden blir beregnet ut fra andel av SNR-befolkningen i hver kommune multiplisert med kjørte kilometer til alternativene Hjelset og Kristiansund. Km er beregnet etter korteste vei fra kommunesenter til sykehusadressen. Kilden er Google MAPs. Fergetakster er ikke beregnet, og heller ikke merkostnad med ledsager (se figur 2)

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR



Figur 2



Figur 3

Figur 2 og 3 viser andel av befolkningen i stablede blå søyler fordelt på antall minutter kjøretid fra virksomhetsalternativene for 2 dagkirurgiske stuer. Stedsalternativ er markert med oransje pil til venstre i diagrammet. Kommunenavn med grønn bakgrunn er dagens Kristiansund sykehusområde.

For pasientreiser uten rekvisisjon er taksten fra oktober 2016 kr 2,20 kr pr km med en egenandel på 146 kr hver vei. Egenandelen gjør at en kan beregne reelle kostander for SNR for reiser over 70 km for de fleste av pasientene.

Pasienter kan ha opparbeidet frikort. For disse belastes helseforetaket for hele reisen. Dagkirurgi alene er ikke grunnlag for frikort. Det finnes ingen oversikt over hvor stor andelen av de dagkirurgiske pasientene som reiser med frikort.

Transportkostnadene er høyest med dagkirurgi i Kristiansund. Kostnadsforskjellen er ca. 100.000 kr i året dersom ingen har frikort.

Dersom en beregner reise med rekvisisjon er kostnaden 23 kr pr km (pr. sept. 2016). De relative forskjellene mellom alternativene er fortsatt like store, men beløpene blir vesentlig høyere dersom alle reiser begge veier med rekvisisjon.

Fagmiljøene i Ålesund, Molde og Kristiansund erfarer at det er et mindretall av pasientene som reiser med rekvisisjon. Det er vanligvis på hjemreisen de trenger rekvisisjon til drosje, og som regel begrunnet med dårlige offentlige transportforbindelser. Fordi pasientene forut for operasjon har fått informasjon om ikke å ta med bil, og samtidig planlegge med hjelp fra nærpå personer første døgnet, er det vanlig at pasienten har avtalt privat transport.

Fagmiljøene antar at det er fra 10-30 prosent som reiser med rekvisisjon, men at det hovedsakelig er til hjemreise.

Transportkostnadene er høyest med dagkirurgi i Kristiansund. Det blir 480.000 kr. dyrere pr år hvis 30 prosent reiser på rekvisisjon til Kristiansund sammenlignet med om all dagkirurgi ligger på Hjelset. Hvis kun 10 prosent reiser på rekvisisjon utgjør dette 160.000 kr. i forskjell.

Hvis dette begrenses til hjemreise blir kostnaden for 30 prosent av pasientene 240.000 kr. dyrere med dagkirurgi i Kristiansund, mens hvis 10 prosent reiser en vei utgjør forskjellen 80.000 kr.

Fagmiljøene ble spurt om pasienter som har reise på rekvisisjon er de samme pasientene som allikevel skal til Hjelset pga. av dårlig allmenntilstand eller samtidige sykdommer (jfr. 20 prosent).

Fagmiljøene erfarer at det ikke er sammenheng mellom medisinske prioriteringer og antatt behov for rekvisisjon, særlig fordi det antas at mange av pasientene trenger rekvisisjon pga. av dårlige transportforbindelser.

7.4 Forskjeller i bokostnader

Kostnad til overnatting på hotell/pasienthotell kan være aktuelt før og etter kirurgisk inngrep, eller bare etter. Dette kan være pga. av lang reiseavstand og dårlige transportforbindelser. (For pasienter som har uforutsette medisinske behov for overnatting som følge av inngrepet, se kapittel 7,5).

Vi legger til grunn at de kliniske miljøene vil ha tilgang til effektive pasientlogistikksystemer på det tidspunkt sykehuset er ferdigstilt (modul i Helseplattformen), og at pasienter med særlige logistikkrelaterte utfordringer får tilpasset tidspunkt etter dette. Også i dag gjøres det tilpasninger på operasjonsprogrammene i forhold til reisevei.

Kostnadene til hotell dekkes via Pasientreiser ANS. Pasienten sender krav i etterkant, og refusjonen for overnatting er pr oktober 2016 er 550.kr. Pasientreiser ANS opplyser at pasienter til dagkirurgi kl. 08:00 på Røros får refusjon hvis reisen starter før kl. 05:00.

Reisetid til SNR er i praksis ikke begrunnelse for å regne inn kostnadene til hotellrefusjon fordi ingen av alternativene gir mer enn 3 timers reise, jfr. praksis for Røros.

Det er svært få pasienter som ikke rekker fram og tilbake fra hjem til dagkirurgi pga. av ferge, og det er i praksis ikke forskjell på de to alternativene fordi fergeforbindelsen ligger relativt nært kirurgiske lokalisasjon

Fagmiljøene erfarer også at det er lite bruk av hotell i forbindelse med dagkirurgi.

For pasienter som behandles i SNR fra andre regioner er det pga. stor reise avstand behov for opphold i hotell. Disse bokostnad dekkes av pasientens bostedsnære helseforetak.

Det er svært få pasienter i SNR opptaksområde som vil ha krav på refusjon for bokostnad. Sammenlignet med refusjonsregler for dagkirurgi på Røros vil ingen pga. av reiseavstandene i SNR få refusjon. Det er derfor individuelle grunner som ev. måtte tilsi behov for hotell, men dette vil ikke være mulig å skille mellom alternativ lokasjon.

7.5 Forskjeller i til overføringskostnad

For noen dagkirurgiske inngrep kan det skje forsinkelser, utilsiktede hendelser eller nye kliniske funn som gjør at pasienten må overføres til døgnettenhet.

Det er to alternativer til overføring til døgnettenhet

- a) kommunal døgnettenhet for pasienter med pleiebehov og ikke behov for døgnekontinuerlig spesialistoppfølging
- b) sykehus for pasienter med døgnekontinuerlig spesialistoppfølging

I alternativ a) vil behov og kostnad prinsipielt være like for begge lokasjonene, og sammenlignes ikke.

For pasienter med behov for spesialistoppfølging vil det kun påløpe transportkostnader hvis det er dagkirurgi lokalisert i Kristiansund. Kostnaden blir beregnet for bilambulans og er av ledelse i

ambulansetjenesten i HMR avgrenset til drivstoffutgifter tilsvarende 200 kr. Det legges til at overføring kan være en belastning for pasienten. Det vil allikevel være samsvar mellom faglig og pasientopplevd oppfatning om at overføring er riktig fordi pasienten ikke klarer seg uten hjelp.

Fagmiljøene erfarer at det er svært få pasienter med overføringsbehov.

2016-tall fra Molde viser at av 383 ortopediske inngrep på dagkirurgen er 10 personer blitt innlagt. Av 134 gynekologiske episoder har 7 blitt innlagt. Årsaken er smerteproblematikk og/eller at inngrepet har blitt mer omfattende enn planlagt. Fagmiljøene antar at behovet for overføringer går ned når dagkirurgi blir separate linjer, fordi en kan planlegge noe bedre når linjene er adskilt.

Erfaringstall fra andre helseforetak i og utenfor regionen viser enda lavere tall. Disse begrunner dette med gode seleksjonsprosesser. Fagmiljøene legger til at ved tvil vil pasienten planlegges for døgnbehandling. De erfaringer som er innhentet viser at private har lav forekomst av overføring fra lokasjonen.

Hasteoverføringer pga. av kritisk helsetilstand er svært sjelden. Røros erfarer at overføring med helikopter til St. Olavs er mindre en 1 hendelse pr år.

Hvis så mye som 5 prosent av pasientene må innlegges fra Kristiansund utgjør dette 20.000 kr pr år.

7.6 Forskjeller i inntektsgrunnlag

Inntekspotensialet er avhengig av tilgang til pasienter. Av samlet forbruk i befolkningen de siste årene har inntil 30 prosent av pasientene i dagens Molde og Kristiansund sykehusområder fått behandlingen utenfor SNR-sykehusene. Noen pasienter har valgt behandlingssted selv, noen har opphold i andre regioner (for eksempel studenter) og noen er henvist ut av SNR av faglige grunner (for eksempel til høyere kompetansenivå). Noen pasienter er henvist til SNR fra andre regioner.

Det er grunn til å anta at en én- eller todelt geografisk lokasjon av det dagkirurgiske tilbudet ikke har stor betydning for sykehusvalg eller henvisning. Ventetid, omdømme og resultater på kvalitetsmålinger har i dag betydning for valg, selv om det er relativt få som velger annet enn nærmeste HF. Det er mulig å endre pasientstrømmer som er basert på fritt behandlingsvalg, men dette kan ta tid. Det antas at pasientene velger aktivt etter at tilbudet er blitt anerkjent i fagmiljøet og befolkningen

Det er mulig å endre pasientstrømmer som er basert på fritt behandlingsvalg, men dette kan ta tid. Det antas at pasientene velger aktivt etter at tilbudet er blitt anerkjent i fagmiljø og befolkning.

Det er viktig for beregning av ressurseffektivitet om stuene har pasientgrunnlag nok til å fylle operasjonskapasiteten.

Hvorvidt den dagkirurgisk kapasitet til ortopedi og gynekologi overskrider pasient-tilstrømmingen er i

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

utgangspunktet ikke avhengig av lokasjon i SNR. Spørsmålet er om ledig kapasitet kan benyttes dersom tilstrømningen er for lav. Slik premissen er lagt for alternativene i Kristiansund kan ikke ledig kapasitet i de to dagkirurgiske stueene benyttes til dagkirurgi av andre spesialiteter enn gynekologi og ortopedi. På Hjelset kan alle dagkirurgiske stueene benyttes av alle spesialiteter. I begge lokasjonene kan operasjonsstueene benyttes til noen polikliniske prosedyrer (prosedyrer som iht. Helsedirektoratets regler⁶ ikke er klassifisert som dagkirurgi).

Grunnlaget for å beregne pasientgrunnet er uttrekk basert på registrerte data i NPR. Det er definerte kriterier for hva som skal registreres som dagkirurgi som grunnlag for økonomisk oppgjør og statistikk. Uttrekkene er gjort for pasienter med bosted i SNR-området. Uttrekk omfatter derfor også de som behandles utenfor SNR.

Det er avvik mellom uttrekkene fra NPR og det som er registrert i sykehusenes operasjonsprogram (OpPlan). Dette kan skyldes ulike kriterier for registrering i ulike systemer, at pasienter som er tilreisende fra andre regioner er medregnet i OpPlan, men ikke i uttrekket basert på bosted SNR-boområde, og at egne pasienter som er behandlet utenfor SNR bostedsområde ikke er med i OpPlan men i NPR. I OpPlan er det i tillegg registrert stuetid (registrert aktivitet på operasjonsstue) for pasienter som er registrert som poliklinikk, og stuetid på pasienter som er døgnpasienter med dagkirurgisk prosedyre. Dette kommer ikke med i NPR-uttrekket.

Det primære målet er å få uttrekk som kan danne et tilstrekkelig godt bilde av behov for dagkirurgisk stue i 2030 og senere. Mindre avvik mellom kildene vil være uten betydning for vurderingen av pasientgrunnet.

Fagmiljøene er spurt konkret om hva som skal inngå i uttrekkene.

For å beregne om det er tilstrekkelig pasientgrunnet for to dagkirurgiske stuer vurderes uttrekket mot den teoretiske kapasiteten. Den teoretiske kapasiteten er basert på 38 ukers drift (omfatter planlagt stenging i sommerferieavvikling, påske og jul) med 8 timers effektiv operasjonstid, og med gjennomsnittlig tid for hver operasjon på 90 minutter.

Uttrekkene viser at i overkant av 3300 pasienter i gynekologi og ortopedi, med bostedsområde hele SNR og gjestepasienter, forventes å kunne ha behov for dagkirurgi i 2030. 20 prosent av disse er planlagt dagkirurgisk i akuttstue etter medisinske seleksjonskriterier. Dette tilsier at i overkant av 2600 pasienter i opptaksområdet er aktuelle for dagkirurgi i de to spesialitetene

Noe stuekapasitet kan i tillegg benyttes til polikliniske prosedyrer.

Den totale operasjonskapasiteten i to dagkirurgiske stuer er beregnet til 2000 pasienter i året. Etter denne beregningen er det pasientgrunnet for å fylle operasjonskapasiteten

⁶ <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>

7.7 Forskjeller i ressursbruk internt i dagkirurgisk aktivitet

Kostnadene som vurderes her er knyttet til personell og utstyr. Investering i bygg og kostnader til drift av areal vurderes i egen del av prosjektet.

7.7.1 Prinsipielle ulikheter i valg av modeller

Det er ulik oppfatning av verdien av å være samlokalisert med annen kirurgisk virksomhet. Dette henger sammen med hvor strengt en driftsmessig vil isolere den dagkirurgiske produksjonslinjen. Noen vektlegger at samlet ressursbase er mest verdifullt. I slike tilfeller flyttes personell mellom dagkirurgi, annen kirurgi og ev. annen aktivitet i klinikkene. Dagkirurgisk operasjon blir iht. de erfaringene som er innhentet prioritert ned. Det kan være faglig prioriteringer som ligger til grunn, for eksempel ved behov for akuttkirurgi, men det kan også skyldes grunner (økonomi, andre oppgaver i sykehusene). Det er allment akseptert at en blandingsmodell gir lavere logistikkmessig effektivitet i begge produksjonslinjene.

Andre vektlegger verdien av å isolere dagkirurgi. Det vil gi god planhorisont og mindre avvik fra planlagt program. Ved dagkirurgi flere mil unna akutt sykehuset er det utelukket med sammenblanding av operasjonslinjene. Dagkirurgi lokalisert i Kristiansund har forutsetninger for effektiv produksjon på linje med private. Erfaringene fra Røros viser at adskilt produksjonslinje gir svært effektive prosesser, og at modellen i praksis ikke lar seg kopiere inn i tilbudet på Øya.

Ved lengre bemanningskriser i akutt sykehuset vil en kunne gjøre omprioriteringer, men i slike tilfeller har det mindre betydning med avstanden mellom enhetene. Tilsvarende gjøres ved ferieavvikling og helligdager, men da som del av årsplanleggingen.

Ved akutte kriser vil en kunne trekke inn personell fra dagkirurgi i Kristiansund til akutt sykehuset med om lag en times forsinkelse.

Flere av de som er spurt legger vekt på at faste team gir bedre ressursutnyttelse, uavhengig av type kirurgi. Det er allment akseptert kunnskap at personer som jobber fast sammen kommuniserer lettere og jobber mer effektivt enn personer som jobber sammen sjelden. Faste team er også dokumentert positivt for pasientsikkerhet og kvalitet i sykehus, for flysikkerhet osv. Flere foretak har blandingsmodeller med faste team og «lånt» personell fra andre produksjonslinjer. Dette blir vurdert som lite effektivt for dagkirurgiens produksjon.

I bemanningsprinsippene for SNR er det lagt til grunn at alt personell er ansatt i SNR, og at alt personell skal kunne jobbe både i akutt sykehuset og DMS. Dette er bl.a. begrunnet med kompetansevedlikehold. Rullering av personell er ikke til hinder for rullering av hele team. En stor del av personell vil på bakgrunn av bosted kunne være i faste team både på Hjelset og i Kristiansund.

Faste team i isolerte produksjonslinjer ser ut til å være mest effektivt for dagkirurgisk produksjon.

7.7.2 Forskjeller i bemanning på delt og samlet løsning

Kostnadsforskjeller for personell i ekspedisjon, billeddiagnostikk og lab er i denne sammenheng ikke vurdert fordi disse er vedtatt etablert på begge lokasjoner, uavhengig av valg av sted for dagkirurgi i gynekologi og ortopedi.

Ved beregning av kostnadsforskjeller skiller personell som er direkte knyttet til den enkelte operasjon fra personell som er felles for flere stuer. Det er prosedyrene som bestemmer sammensetning av operasjonsteamene på stuene. Det kan være en lege og en assistent, eller større team med flere leger (for eksempel overlege og lege i spesialisering), anestesisykepleier, flere operasjonssykepleiere mfl. Personell som er direkte knyttet til stuene vil være de samme enten stuene er plassert i akuttstuskehuset eller DMS.

Noe personell betjener flere stuer og disse kan utgjøre en forskjell relatert til antall stuer som er samlet. Dette kan være renholdere, personell på sterilsentral, anestesilege(r), teknisk/data personell (antatt økende behov i framtiden). I tillegg kommer operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere som er «løse» (det benyttes ulike begreper på disse funksjonene). Disse brukes til forberedelses- og avslutningsprosedyrer, avløsning ved pauser, back-up ved komplikasjoner og lignende.

De erfaringene som er innhentet fra de ulike helseforetakene, tilsier at med den mest nøkterne bemanning er det lite personell som deles mellom flere stuer. Dette skyldes at de som er direkte knyttet til kirurgien utfører de fleste oppgaver (kliniske funksjoner, klargjøring, avslutning, renhold, etterfylling av utstyr mm). Når antallet stuer øker fra 2 til 4 og 4 til 6 skaleres bemanning opp.

Den mest nøkterne bemanningen finner vi for eksempel på Røros (2 stuer). Kvinneklinikken anslår at deres behov er direkte skalerbar fordi de i liten grad trenger annet personell enn det som er på stuene.

Ved erfaringsinnhenting hadde de fleste stedene erfaring med høyere antall stuer i samme lokasjon. Disse ble bedt om å estimere ressursbruk for to stuer basert på erfaring med flere stuer. De fleste antok at personell som er «løse» kan betjene flere stuer enn 2, og at den relative ressursen går ned fra ca. 4-5 stuer samlet. De enhetene som foreslo høyest bemanning på to stuer foreslo også relativt høyere bemanning på 6 stuer.

«Oppvåkning» er sykepleierressurs som overvåker og støtter pasienten i perioden etter inngrepet og før hjemreise. Personell i overvåkingsarealet er fellesressurs for all dag kirurgi og enheten betjenes også etter at operasjonsstuene er lukket for å følge opp de pasientene som blir operert sist.

Oppvåkingsressursene ser ut til å være skalerbar med ca. 0,5 oppvåkingsplass pr sykepleier. Det er ulik anbefaling av om det kan være én sykepleier alene, av hensyn til faglig back-up. En styrking av oppvåkingsressursen vil kunne medføre merkostnad i desentral løsning, mens det i akuttstuskehuset vil være tilstrekkelig back-up i andre enheter.

Det opplyses samtidig fra fagmiljøene at den fysiske utformingen av arealet har stor betydning for ressursbruken. Uoversiktlige areal er mer ressurskrevende.

Moderne dagkirurgiske prosedyrer krever raske anestasier, og innhentede erfaringene fra tjenestested med to dagkirurgiske stuer tilsier at 2 stuer krever én anestesilege. Med færre, men lengere inngrep vil én anestesilege kunne dekke flere stuer. I de offentlige sykehusene som er konsultert ser det ut til at det prinsipielt er vanskelig å etablere ordninger med én anestesilege selv om behovet teknisk sett er én anestesilege. Legenes behov for faglig back-up er begrunnelsen for at fagmiljøene mener det bør være to anestesileger også ved 2 stuer. På Røros er det kun én anestesilege. Det vil være en merkostnad med desentral løsning dersom det ikke kan etableres løsning med én anestesilege tilstede.

Med økende antall operasjonsstuer samlet er det økende behov for også å ha koordinatorene for teamene. Dette er ofte sykepleiere med spesialutdanning i anestesi og operasjon. Det antas at 2 stuer ikke trenger koordinator, mens erfaringer fra steder med flere stuer viser behov for koordinator. Erfaringer som er innhentet tilsier at 5 stuer eller mer utløser behov for mer enn én koordinator (anbefalt én anestesisykepleier og én operasjonssykepleier)

Sterilsentral og renhold er ressurser som kan kombineres. Stuepersonell benyttes også til renhold mellom operasjonsstuene i flere sykehus. Ressursen er antatt skalerbar uten vesentlig kostnadsforskjell opp til 4 stuer. På Røros er det svært lite ekstra ressurs for renhold fordi stuepersonellet gjør det meste. Det ser ut til at renhold er antatt noe mindre ressurskrevende med 6 stuer.

Det er flere som anbefaler at prosjektet vurderer bruk av sterilforsyning fra Hjelset for deler av forsyningsbehovet. Dette vil redusere ressursbehovet i en desentral løsning, men kan ikke erstatte sterilfunksjon i Kristiansund

Bemanningsforskjeller i SNR-alternativene

Dersom en isolerer bemanningen av fellesressursene i rene modeller med den mest nøkterne bemanning (se over) og skalerer opp fra 2 til 4 stuer og fra 2 til 6 vil en samlet sett kunne få et redusert ressursbehov. Dette vil omfatte anestesilege, «løse» sykepleiere og oppvåkning. Gevinsten ved å samle flere stuer i en lokasjon reduseres noe som følge av økt behov for tilleggsressurs til koordinering.

Det er en forutsetning i Konseptfasen at all dagkirurgi prosessuelt skal være adskilt fra annen kirurgi. Erfaring som er innhentet viser at det i praksis er svært vanskelig å ta ut den personellbesparende gevinsten i dagkirurgi når stuene ligger inne i sykehuset, og det er svært vanskelig å skjerme den dagkirurgiske virksomheten fra ressurslekkasje til annen aktivitet. Dette fører til at den dagkirurgiske produksjonen reduseres.

Steder med den mest nøkterne bemanningen viser at kjernepersonellet på stuene deltar i forberedelse og avslutning av operasjoner. Videre deltar alt personell i omstilling mellom

operasjoner (renhold ol). Med 2 stuer og den mest nøkterne bemanning er det én anestesilege, og to sykepleiere på oppvåkningen som er fordelt på dag og ettermiddag, men overlapp midt på dagen. Anbefalingen og erfaring fra Røros er én «løs» sykepleier.

Med samling av flere stuer må fellesressursene skaleres opp. Én anestesilege kan betjene 3 stuer, men sannsynligvis ikke 4. Etter den mest nøkterne modellen gjelder også dette personell til oppvåkning, renhold og løse sykepleiere. Økningen vil ha samme ressursbehov med unntak av økt behov for koordinerende ressurs. Denne antas å øke med inntil én person

Det ser samtidig ut til at det er mulig med noe lavere ressursbruk pr stue med 6 stuer. To anestesileger antas å kunne betjene 2 x 3 stuer. For løse sykepleiere og oppvåkning kan en redusere oppskaleringen fra 4-6 stuer med to sykepleiere. Det ser ikke ut til at er nødvendig å øke bemanningen på renhold /sterilisering ved en økning fra 4-6 stuer. Ved en økning fra 4-6 stuer ser det ut til at koordineringsbehovet øker med én person.

Besparelsen ved å endre fra 2 stuer i Kristiansund og 4 stuer på Hjelset til at alle 6 stuer samles på Hjelset, er estimert til to personer når en legger til økningen i koordineringsressursen. To personer i økning tilsvarer om lag 1,5 mill. kr pr år.

For alle bemanningsløsninger som skiller seg fra den mest nøkterne løsningen vil kostnadsforskjellene bli større

7.8 Forskjeller på behov for utstyr

Behovet for utstyr på stuene vil i stor grad følge stuene. Anestesiapparat, operasjonsbord og annet grunnutstyr er uavhengig av lokasjon. For utstyr som deles mellom flere stuer, og som ikke er kapasitetsmessig fullt utnyttet kan det være en merkostnad når kirurgien utføres i to lokasjoner. Dette kan være utstyr som er lite i bruk eller bare i beredskap.

Tilbakemeldingene viser store forskjeller på vurdering av behov for investering i utstyr som må deles mellom stuene. Ved avansert kirurgi kan det kreves reserveutstyr som er kostnadskrevende, mens det ved enklere prosedyrer er mye mindre behov. Konkret er det investering i skopi-utstyr som blir eksemplifisert som utstyr som krever dublering.

Ser en 10-20 år fram i tid vil det være svært vanskelig å vurdere utstyrs kostnader fordi det stadig skjer utvikling i tråd med den medisinske teknologiutviklingen.

Flere av de som er kontaktet viser til at standardisering løser mye av behovet for ekstrautstyr som kan være begrunnet med enkeltlegers individuelle preferanser. Videre pekes det på store gevinster av god planlegging

7.9 Forskjeller i personelltransport

HMR har i planprosessen lagt til grunn at det ikke skal kompenseres for reise mellom lokasjonene og bosted.

7.10 Forskjeller i arealkostnad

Forskjeller i investeringskostnad og bygningenes driftskostnad er redegjort for i kapittel 12.7. Forskjeller i bygningenes driftskostnad er ført i tabell 13.1

7.11 Oppsummering

Det er stort nok pasientgrunnlag i ortopedi og gynekologi til å utnytte kapasiteten i 2 dagkirurgiske stuer.

Reisekostnadene er noe høyere for alternativene med dagkirurgi i Kristiansund sammenlignet med all dagkirurgi på Hjelset. For ordinære reiser med refusjon fra Pasientreiser er forskjellen ca. 100.000 kr. Hvis inntil 30 prosent pasienter reiser med rekvisisjon, blir kostnadsforskjellen etter dagens takster inntil 480.000 kr pr år. Transportkostnader for overføringer mellom Kristiansund og Hjelset, hvis pasienter ikke kan skrives direkte hjem, er beregnet til 20.000 kr pr år.

I noen dagkirurgiske forløp kan pasientene ha behov for hotellovernatting før og eller etter kirurgiske inngrepet. Det er iht. regler for refusjon fra Pasientreiser ikke forskjeller mellom alternativene som kan relateres til reisetid eller reiseavstand. Behov for hotellopphold vurderes individuelt, og dette vil ikke skille mellom alternativene.

Med den mest nøkterne bemanning (se over) er det et potensial til å redusere kostnader med å samle alle 6 dagkirurgiske stuer på ett sted. Gevinsten av stordrift (6 stuer samlet) spises delvis opp av økte koordineringskostnader. Det ser ut til at potensialet for besparelse er inntil to stillinger. Dette utgjør ca. 1,5 mill. kr.

Det er ikke grunnlag for å estimere forskjeller i merkostnad til utstyr som brukes sjelden i todelt løsning sammenlignet med en samlet løsning.

Det er ikke beregnet kostnadsforskjeller på personellreiser fordi HMR legger til grunn at det ikke skal kompenseres for reise for personell

Forskjeller i investeringskostnad og bygningenes driftskostnad er redegjort for i kapittel 12.7. Forskjeller i bygningenes driftskostnad er ført i tabell 13.1

Erfaringer fra andre organisasjoner tilsier at mulighetene for optimal utnyttelse av

Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund

SNR

operasjonskapasiteten i dagkirurgi er størst når dagkirurgi er fysisk adskilt fra annen kirurgisk virksomhet. I løsninger med dagkirurgi lokalisert sammen med annen kirurgi, antas det at det er større sjanse for at personell trekkes ut av den dagkirurgiske linjen for å benyttes i andre funksjoner (annen kirurgi, poliklinikk og lignende). Dette kan gi inntektstap i den dagkirurgiske produksjonslinjen. Det er ikke grunnlag i konseptfasen til å estimere hvor stor inntektsforskjellene vil kunne bli i de to SNR-alternativene med og uten dagkirurgi i Kristiansund.