



DISTRIKTMEDISINSK SENTER I KRISTIANSUND

DMS KRISTIANSUND

Rapport fra arbeidsgruppe 11.06.16

DOKUMENTNUMMER: 00-00000000-00-00-00

Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side

UTARBEIDET AV

Unni Dahl	Sykehusbygg HF	

DOKUMENTSTATUS

01	09.06.16	Utkast sendt til arbeidsgruppen			
02	12.06.16	Rapport sendt til arbeidsgruppen			
02	13.06.16	Rapport sendt til referansegruppen			

BEHANDLINGSPROSEDYRE

Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
	15.06.16	Referansegruppe	
	16.06.16	Hovedgruppe	
	17.06.16	Prosjektstyret SNR	

Innhold

Rapportens innhold	2
1. Bakgrunn.....	2
2. Morgendagens pasienter.....	3
3. Helsepolitiske forutsetninger	5
3.1 Samhandlingsreformen	5
3.2 Informasjon og kommunikasjonsteknologi	6
3.3 Distriktsmedisinsk senter	7
4. Innhold i distriktsmedisinsk senter Kristiansund.....	8
4.1 Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet	8
4.2 Kommunalt og interkommunalt tilbud.....	9
4.2.1 Gevinst av samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester	9
4.2.2 Mulig kommunalt tilbud i distriktsmedisinsk senter	13
4.3 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene	14
4.4 Mulige gevinster og effekter av distriktsmedisinsk senter.....	15
5. Videre arbeid	16
6. Konklusjon	17

Rapportens innhold

Rapportens første del beskriver bakgrunnen for arbeidet, som er utført av arbeidsgruppen for distriktsmedisinsk senter i Kristiansund, noen sentrale utviklingstrekk og helsepolitiske forutsetninger. Rapporten presenterer deretter både mulige spesialisthelsetjenester og kommunale tilbud i Kristiansund.

Det er utarbeidet to virksomhetsalternativ for spesialisthelsetjenestetilbudet i en egen prosess. Dette utdypes i dokumentet *Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund*. Denne rapporten, som redegjør for arbeidet med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund, oppsummerer resultatet av arbeidet med de to virksomhetsalternativene, og presenterer arbeidsgruppens forslag til mulige kommunale, interkommunale og samhandlingstiltak som kan lokaliseres i et framtidig distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Samhandlingen og prosessen med å utvikle et tilbud i DMS Kristiansund er i startfasen. Arbeidsgruppens forslag til innhold i DMS Kristiansund er derfor en sondering av muligheter. Rapporten viser likevel en retning mot et innhold i DMS; dvs. hvilke tjenester det kan være mulig å etablere i form av et interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

1. Bakgrunn

Oppdraget i konseptfasen

Foretaksrådet i Helse Midt-Norge 19.12.2014 understreket at det må planlegges for et godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Styret i Helse Møre og Romsdal har vedtatt i styresak 58/15 at konseptfasen skal utredes slik:

1. *Styret i helse Møre og Romsdal legg til grunn følgende utgreiingsalternativ av SNR i konseptfasa:*
 - *Alternativ 1:*
 - *Nytt felles akuttsjuehus 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 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 sluttet seg til dette vedtaket i sak 103/15.

Organisering og gjennomføring av arbeidet med distriktsmedisinsk senter i Kristiansund

Medvirkning fra kommunene i konseptfasen har vært ivaretatt gjennom ORKidé¹ og ROR². I møte

¹ Medlemmer i Nordmøre Regionråd - ORKidé: Averøy, Aure, Eide, Gjemnes, Halså, Kristiansund, Rindal, Smøla, Sunndal, Surnadal, Tingvoll.

² Medlemmer i Romsdal Regionråd - ROR: Aukra, Eide, Fræna, Nesset, Midsund, Molde, Rauma og Vestnes.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

med kommunene i Nordmøre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal, Nordmøre Regionråd (ORKidé), Romsdal Regionråd (ROR), Sunnmøre Regionråd og KS Møre og Romsdal 3. februar 2016, kom det tilbakemelding om at kommunal medvirkning i inneværende fase (konseptfasen) av SNR prosjektet kunne løses gjennom en kommunal referansegruppe. ROR og ORKidé ble derfor bedt om å utnevne tre personer hver med kompetanse fra Helse og Sosial til å gå inn i en slik gruppe.

Referansegruppa hadde sitt første møte 15. mars 2016, der ble det avgjort at det skulle opprettes to arbeidsgrupper i tillegg til referansegruppa, med representanter både fra kommunene og fra Helse Møre og Romsdal HF. En arbeidsgruppe for prehospitaltjenester og en arbeidsgruppe for distriktsmedisinsk senter (DMS) i Kristiansund. ROR og ORKidé utnevnte to representanter hver til hver av gruppene. Referansegruppens siste møte i denne perioden er 15. juni.

Deltakere i arbeidsgruppe DMS Kristiansund

Arild Kjersem – kommunalsjef Fræna kommune/medlem av samhandlingsnettverket i ROR
Britt Rakvåg Roald – daglig leder ROR
Atle Betten – IKT Orkidé (eHelse rådgiver)
Olaug Haugen – rådmann Tingvoll kommune
Per Magne Bae – HEMIT
Arne Lied – Helse Møre og Romsdal HF, medisin
Per Bjørnar Solevåg – Helse Møre og Romsdal HF, kirurgi
Kirsti Sevaldsen (vara Hans Christian Ofstad), Helse Møre og Romsdal HF, kirurgi
Anne Fasting – Helse Møre og Romsdal HF, palliasjon
Line Lingen – Helse Møre og Romsdal HF, psykiatri
Britt Andresen – Helse Møre og Romsdal HF, medisin
Anne Grete Mogstad (vara Steinar Waksvik) – brukerrepresentant oppnevnt av brukerutvalget Helse Møre og Romsdal HF
Arild Vassenden - Helse Midt-Norge RHF
Astrid Brandshaug – Prosjekt SNR, Helse Møre Romsdal HF
Merete Hagbø - Prosjekt SNR, Helse Møre Romsdal HF
Unni Dahl – Sykehusbygg HF

Arbeidsgruppen har hatt tre møter i perioden fra april til juni 2016. I tillegg har det vært avholdt egne møter i ROR og ORKidé.

2. Morgendagens pasienter

Andelen personer med kroniske sykdommer blir stadig mer dominerende. Ikke-smittsomme sykdommer som kreft, hjerte/karlidelser, KOLS og diabetes er en utfordring for den globale folkehelsen³. Levestandarden øker, vi får bedre helse og flere lever lengre med sammensatte sykdomsbilder. Andelen personer som har flere kroniske sykdommer øker med alder og blant de aller eldste finner man ofte personer med mange kroniske sykdommer samtidig. Men dette gjelder

³ Samdata 2014.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

ikke bare de eldste pasientene, det er også mange middelaldrende som har mange kroniske sykdommer⁴.

Framskrivninger tyder på at det vil både bli mange flere eldre og en større andel av eldre spesielt i distriktene⁵. I følge Nasjonal helse- og sykehusplan vil det fram til 2030 bli ca. 300 000 flere eldre over 70 år sammenlignet med i dag; en økning på over 50 prosent. Når det blir mange flere eldre, og når eldre har god nytte av nye, skånsomme behandlingsmetoder, antas det at behovet for spesialisthelsetjenester vil øke. I tillegg viser studier at personer med multimorbiditet (flere diagnoser) ofte har redusert funksjon og livskvalitet og økt bruk av helsetjenester i og utenfor sykehus⁶.

Det framtidige helsebildet er også preget av en økning av sykdommer knyttet til levevaner. Dette vises innen rus og psykisk helse og kroniske lidelser knyttet til ernæring og inaktivitet. Blant annet er det et økende nivå av pasienter i spesialisthelsetjenesten der hovedårsaken til kontakten er fedme og overvekt⁷. Antallet pasienter med fedme per innbygger har hatt en jevn vekst de siste fem årene, og veksten har vært størst for de polikliniske pasientene. For disse gruppene kan forebyggende tiltak iverksettes gjennom arbeid i lokalsamfunn, velferdsteknologi og behandlingstilbud nært der brukerne/pasientene bor (jf. Samhandlingsreformen).

Det er ikke bare antallet eldre eller sykkelighet som har betydning for morgendagens pasienter. Innbyggernes krav og forventninger til helsetjenesten har også stor betydning. Et utviklingstrekk, som vi trolig bare har sett starten på, er brukermedvirkning. I Norge er brukermedvirkning lovfestet i Pasient – og brukerrettighetsloven og i Helseforetaksloven, og med økte rettigheter vil det trolig komme økte krav fra pasientene. Studier har vist at befolkningen ønsker en lege som lytter, viser omsorg og forklarer godt⁸ og at brukerne/pasientene ønsker trygge, forutsigbare tjenester i perioder med sterke symptomer eller når de er veldig syke, mens de ønsker større grad av medbestemmelse og ansvar når de ikke føler seg så syke⁹. Dette tyder på at morgendagens pasienter vil forvente en utvikling i helsetjenesten som er tilpasset deres individuelle behov.

I framtida vil pasientene kommunisere mer digitalt med helsetjenesten¹⁰. Tilgang til egne opplysninger og selvbetjeningsløsninger skal gi en enklere hverdag og tilrettelegge for medvirkning og medbestemmelse i behandlingen. Det vil trolig også komme flere e-læringsprogram som vil bidra til at pasienten kan mestre egen helse bedre enn i dag.

Det forventes at enklere utstyr fører til at mange tjenester kan utføres nærmere pasienten.

⁴ Lancet 2012, Barnett et al.

⁵ Nasjonal helse- og sykehusplan. Meld. St. 11 2015–2016.

⁶ Ageing Res Rev 2011, Marengoni et al.

⁷ Samdata 2014

⁸ Journal of participatory medicine 2015, Wen.

⁹ International Journal of Social Psychiatry, 2014 Rise et al. Picker Institute Europe 2006, Patient-focused interventions, Coulter & Ellins.

¹⁰ Nasjonal helse- og sykehusplan. Meld. St. 11 2015–2016.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

Nasjonalt velferdsteknologiprogram¹¹ skal bidra til at velferdsteknologi blir en integrert del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Hovedmålene i programmet er å gi personer med helseutfordringer trygghet til å kunne bo i egen bolig lengst mulig, og muligheter til å mestre eget liv og helse. Kommunene tester nå ut trygghetsskapende teknologi, varslings- og lokaliseringsteknologi og velferdsteknologi. Målgruppen er bred og omfatter brukere av helse- og omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose.

Utviklingen av teknologi er avhengig av samhandling mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og brukerne. Det er en forventning om at ny teknologi vil legge til rette for at flere eldre kan bo hjemme, gi større trygghet og mer selvstendighet for brukerne samt bidra til at personell frigjøres til andre oppgaver.

Når det gjelder rekruttering, sier Helseministeren det slik i sin Sykehustale i 2016:

Hvis vi fortsetter å løse oppgavene på samme måte som i dag, vil vi trenge 40% flere ansatte i 2040 – eller 44 000 flere årsverk bare i sykehusene og 110 000 flere i kommunene. Det betyr i så fall at hver tredje elev i videregående skole må velge helse som yrke. [...] Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene.

3. Helsepolitiske forutsetninger

3.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012¹². Den peker ut en ny retning for helsetjenesten; en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Befolkningen skal sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes og forebygging vektlegges framfor å reparere. God kvalitet i tjenestene skal oppnås ved å styrke ansattes kompetanse og øke samhandlingen mellom helsenivåene. Som en del av samhandlingsreformen ble ny helse- og omsorgstjenestelov vedtatt i 2011. Den skal sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015) viser samme retning som Samhandlingsreformen:

Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander, skal desentraliseres når dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander, skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen¹³ undersøkte om sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen er oppnådd. Det slås fast at kommunene har tatt over pasienter som

¹¹ Nasjonalt program for velferdsteknologi – Samveis.

¹² Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, (2008-2009).

¹³ Dokument 3:5, 2015–2016.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus, men man vet lite om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene. De fleste av kommunene opplever at pasientene er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen. I følge helseforetak og kommuner er både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet årsaker til at flere pasienter blir re-innlagt i sykehus.

Den kommunale plikten til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ØHD/KAD) fra 1. januar 2016, er ett av virkemidlene som skal bidra til å dempe økningen i antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten. For å avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn i ØHD/KAD i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling på sykehus. Riksrevisjonen finner at i mange kommuner brukes ikke ØHD/KAD på en måte som erstatter innleggelser i sykehus, og helseforetakene mener at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn på ØHD/KAD.

Riksrevisjonen peker også på at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok. Mange helseforetak og kommuner mener at kvaliteten på informasjonen som utveksles om den enkelte pasient er for dårlig (om funksjonsnivå, medikamenter, forventet utvikling etter sykehusopphold) og informasjonen kommer sent.

I følge Riksrevisjonen er ikke tilbudet innenfor rus- og psykiatriområdet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner mener samarbeidsavtalene ikke klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus.

Riksrevisjonens undersøkelse viser til at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er forventet at *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*¹⁴ skal bidra til bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester. Blant annet skal samlokalisering av tjenester, økt og endret bruk av team sikre bedre tjenester til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Slike team kan være læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

3.2 Informasjon og kommunikasjonsteknologi

Informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT) er viktige verktøy for å understøtte samhandling mellom enheter og nivå i helse- og omsorgstjenesten. IKT i SNR har både nasjonale, regionale og lokale føringer å forholde seg til. I tillegg er det avhengigheter til en del større prosjekt. Helse Midt-Norges program «Helseplattformen» bør nevnes spesielt fordi det her åpnes for samhandlingsmuligheter som vi ikke har hatt tidligere (<https://helse-midt.no/Sider/Helseplattformen.aspx>).

¹⁴ Primærhelsemeldingen. Meld. St. 26 (2014-2015).

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

Dokumentet **OVERORDNET STRATEGI OG MÅL IKT** for SNR prosjektet sier bla følgende:

«IKT for SNR planlegges i samsvar med Helse Midt Norges strategiske og tekniske føringer, og i tett samarbeid med Helseplattformen (se kap 9.5.4) for å oppnå merverdi i begge prosjekter. Regionale strategier og teknologiske valg fra Helse Midt Norge skal være førende for SNR-prosjektet. Programmet Helseplattformen vil gi viktige føringer for hva som skal realiseres av løsninger, spesielt innen sykehusteknologi og løsninger som støtter opp under arbeidsprosesser. SNR prosjektet og Helseplattformen har til dels sammenfallende realiseringsperiode og skal samarbeide godt til beste for begge prosjekter.»

«SNR er det første sykehuset som planlegges og bygges etter Samhandlingsreformen, og IKT-teknologi skal bidra til å sikre en mer samtidig og integrert helsetjeneste i og mellom behandlingsnivå. Det handler om å realisere en virksomhetsutvikling i spesialisthelsetjenesten som er tett integrert med kommunehelsetjenesten, har distribuert poliklinisk virksomhet og effektivt kan følge opp pasienten.

Dette er en unik anledning til å etablere en fremtidsrettet DMS i Kristiansund med et bredt spekter av poliklinisk virksomhet som samhandler med andre kunnskapsressurser i spesialisthelsetjenesten, med kommunal helse- og omsorgstjenesten og prehospitaltjenester. Gode samhandlingsverktøy, muligheter for deling av høykvalitet medisinsk visualisering og felles journalløsning på tvers av forvaltningsnivåene kan gjøre DMS-et til et fyrtårn og foregangseksempel for en distribuert spesialisthelsetjeneste som er tett integrert med kommunehelsetjenesten.»

De IKT-løsningene som er tenkt realisert gjennom Helseplattformen vil, slik vi ser det i dag, kunne understøtte samhandling mellom omsorgsnivå på en helt ny måte. For å lykkes med dette er det nødvendig at det knyttes tett sammen med organisasjons- og prosessutviklingen¹⁵.

3.3 Distriktsmedisinsk senter

Samhandlingsreformen peker ut en ny retning for helse- og omsorgstjenestene og et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen.

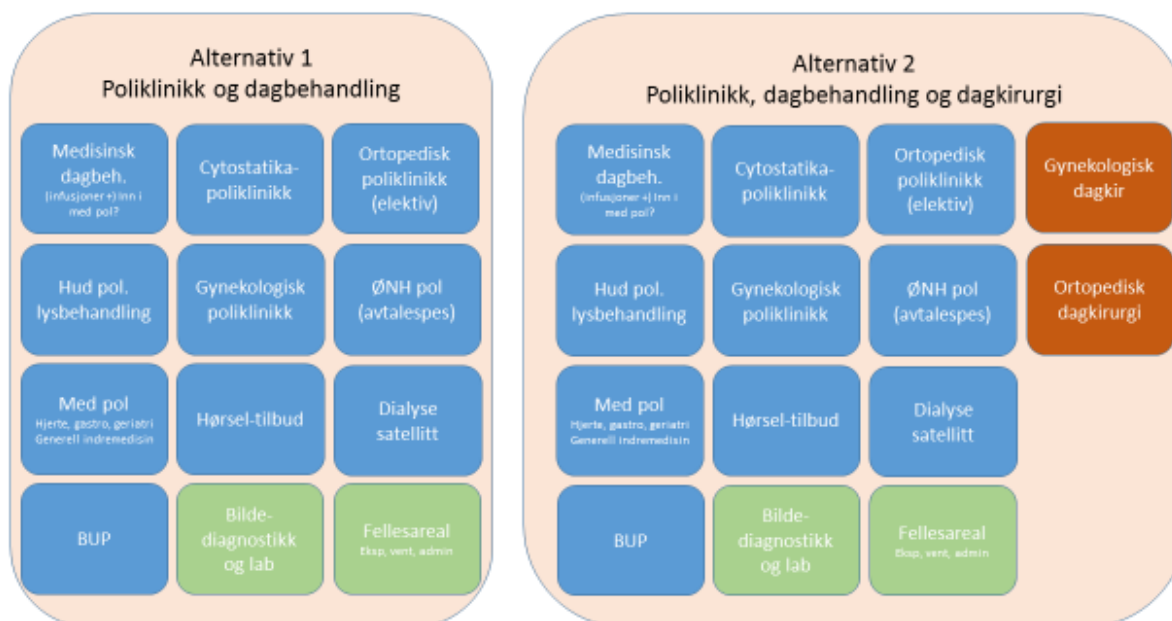
Et DMS er en samling av helse- og omsorgstjenester for å gi godt koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen, nært der de bor. Det er mange forskjellige DMS i landet. Innholdet er avhengig av lokale forhold, brukerne/pasientenes behov, og interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. DMS er også en sentral arena for kompetanseutvikling. Et DMS består vanligvis av kommunale tjenester (interkommunale), spesialisthelsetjenester og tjenester som tilbys i et samarbeid mellom nivåene (samhandlingstilbud) til brukere /pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus.

¹⁵ For mer informasjon knyttet til IKT i SNR-prosjektet henvises til dokumenter fra IKT-gruppen i SNR-prosjektet: OTP SNR
OVERORDNET IKT STRATEGI OG MÅL
OVERORDNET IKT PLAN OG KONSEPTSKISSE

4. Innhold i distriktsmedisinsk senter Kristiansund

4.1 Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet

Det er besluttet at konseptfasen skal utrede to ulike virksomhetsalternativ for innholdet i spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund. Figuren nedenfor viser de to virksomhetsalternativene for spesialisthelsetjenesten i Kristiansund (SNR-KRS)¹⁶.



Med bakgrunn i hovedgruppens behandling av rapportutkast om virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund (SNR-KRS) (12.02.16), er det gjort en ny gjennomgang av mulig innhold i spesialisthelsetjenester i SNR-KRS for å framskaffe et godt grunnlag for romprogram.

Det er gjort en gjennomgang av de legespesialistområdene¹⁷ som er i dagens Molde sykehus og Kristiansund sjukehus for å vurdere hvilke pasientgrupper som kan ha særlig gevinst av mindre reise¹⁸, om og hvor stor andel av tjenesten som kan utøves utenfor hovedsykehuset, om det stilles særlige krav til samtidige ressurser i SNR-KRS for å kunne yte kvalitativt godt tilbud, og om det er personell til å dele aktiviteten på to steder uten at dette svekker kvaliteten i pasienttilbudet. Gjennomgangen er avgrenset til dagbehandling (inkl. dagkirurgi for ortopedi og gynekologi) og polikliniske tjenester (somatikk).

Det er bare unntaksvis faglige forhold som ikke gjør det mulig å yte desentrale tjenester for 80% av

¹⁶ Hovedfunksjonsprogram Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (HFP SNR)

¹⁷ Merknad: Poliklinikk-konsultasjoner/-prosedyrer utføres ikke bare av spesialistene, men også av LIS leger og andre yrkesgrupper som f.eks. sykepleiere.

¹⁸ Reisetid har ikke vært vurdert for å avklare mulighetene for dagkirurgi.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

pasientene i Kristiansund bostedsområde i SNR-KRS for poliklinikk og dagbehandling. For dagkirurgi (gynekologi og ortopedi) er det mulig å utføre desentraliserte tjenester for 80% av pasientgruppen. Hensynet til disponering av personell, i hovedsak legeressursene i hele SNR, er den faktoren som begrenser behov for areal i SNR-KRS (desentraliserte tjenester)¹⁹.

Basert på vurderingene (av to virksomhetsalternativ) i rapporten *Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenestetilbudet i Kristiansund* har man funnet:

- 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% av pasientene i de utvalgte fagområdene gynekologi og ortopedi.

4.2 Kommuntalt og interkommuntalt tilbud

Arbeidsgruppen for DMS Kristiansund har diskutert mulige kommunale- og interkommunale tilbud i et framtidig DMS i Kristiansund, og hvilke av disse tilbudene som har nytte av å være samlokalisert med spesialisthelsetjenester. I tillegg har ROR avholdt et møte i nettverksgruppen der alle kommunene er representert med sine enhetsledere/fagledere innenfor helse, pleie- og omsorgsfeltet, og det har vært en kort drøfting i medlemsmøtet til ROR. Samhandlingsutvalget til ORKidé og Senter for helseinnovasjon har også drøftet mulige tjenester i DMS Kristiansund.

For Orkidé er forslag til mulige tjenester basert på forprosjektrapporten *Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling*.

Det understrekes at arbeidsgruppens forslag til innhold i DMS er en sondering av muligheter, og at forslagene ikke er behandlet i den enkelte kommune eller diskutert med fastlegene.

4.2.1 Gevinst av samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester

Nedenfor presenteres tilbud der arbeidsgruppen mener at samlokalisering mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tilbud i et DMS vil gi en gevinst for pasientene. Arbeidsgruppen peker på at en av fordelene med samlokalisering, er tilrettelegging for spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene (jf. Spesialisthelsetjenesteloven).

Tilbudene nedenfor er mest aktuelle for pasienter som tilhører Kristiansund sjukehus sitt befolkningsområde i dag, blant annet pga. at nærhetsfaktoren til tilbud er en viktig premiss i pasientforløp for personer med kroniske lidelser²⁰.

¹⁹ Tilbakemelding fra ORKidé 10.06.16: Det er ikke tilstrekkelig å bare framskrive dagens omfang av spesialister med tanke på mulighet for desentralisering av poliklinikker i DMS. Dersom det framover oppstår store behov der pasientene med fordel kan få helsetjenester dekket lokalt, må en vurdere å bygge opp via flere spesialister f.eks. innen geriatri og lunge.

²⁰ Tilbakemelding fra ROR 10.06.16

Lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer, diabetes og nyresvikt

Blant de store pasientgrupper som har særlig nytte av at kommunale tilbud samlokaliseres med spesialisthelsetjenesten i et DMS, viser arbeidsgruppen til personer med fremskreden KOLS-diagnose. Dette er brukere/pasienter som kan oppleve både angst og usikkerhet i knyttet til sykdommen og de krever ofte tett og hyppig oppfølging både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Andre pasienter med kroniske lungesykdommer, pasienter med hjerte- og karsykdommer (bl.a. hjertesvikt) og diabetes fremheves også av arbeidsgruppen. Dette er pasienter som vil ha nytte av en samlokalisering av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester i lunge poliklinikk, hjerte poliklinikk og diabetes poliklinikk nært der de bor. For pasienter som har behov for dialyse, er nærhet til nefrologisk poliklinikk av stor betydning for å redusere belastning med lang reisevei.

Kreft

Kommunene har en økning av brukere/pasienter med fremskreden kreft. I overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste vil et samlokalisert tjenestetilbud kunne gi et godt koordinert og helhetlig tilbud til pasienten; blant annet knyttet til cellegift, smertelindring og annen palliativ behandling, rehabilitering under og etter kreftsykdom og lærings- og mestringstiltak. I hovedsak er cellegiftkurene palliativ behandling. I den palliative fasen har pasienter med kreft mange aktører i hjelpeapparatet å forholde seg til, og det er ofte en utfordring å koordinere disse. I tillegg er lang reisevei en belastning for pasientene. Samlokalisering av tjenester på tvers av nivåene, nært pasienten og pårørende, vil kunne gi en gevinst i form av helhetlige tjenester, god ressursutnyttning og kort reisevei.

Rehabiliteringstilbud, revmatologi og nevrologi

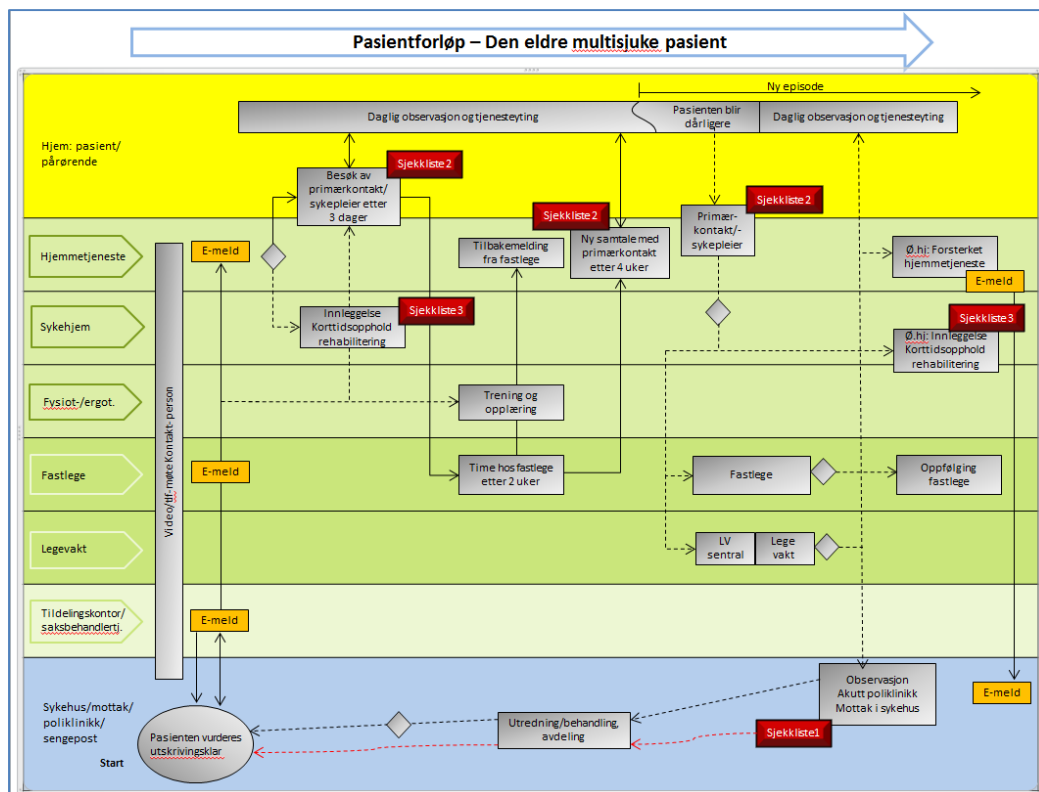
Når det gjelder rehabilitering, gir arbeidsgruppen tilbakemelding om at helsetjenestetilbudet en utfordring for begge nivå og at ansvarsfordelingen mellom nivåene til dels er uklar. Det vil også være hensiktsmessig for personer med behov for rehabilitering dersom spesialisthelsetjenesten kan samlokaliseres med kommunale tilbud som bl.a. KAD/ØHD og intermedieære døgntilbud (samhandlingstilbud) for Nordmøre i et DMS. Pasienter med revmatiske lidelser og de som har behov for fysikalsk rehabilitering vil også kunne ha nytte av samlokalisering mellom poliklinikk og kommunale tjenester nært der de bor. For revmatologi ønsker ORKidé et ambulant tilbud. I tillegg er nærhet til spesialisthelsetjenester viktig for pasienter med alvorlige og langt utviklede nevrologiske lidelser.

Eldre med flere kroniske sykdommer

Det blir flere eldre, og eldre over 70 år bruker dobbelt så mye helsetjenester som 40-åring²¹. Arbeidsgruppen viser til at eldre pasienter med flere diagnoser er en stor gruppe som ofte har behov for at helsetjenestene samarbeider godt på tvers av enheter og nivå, og at tjenestene er tilgjengelige nært der pasientene bor. For flere brukere/pasienter i denne gruppen er nærhet mellom de kommunale tjenestene og et geriatrisk poliklinisk tilbud viktig.

²¹ Nasjonal helse- og sykehusplan. Meld. St. 11 2015–2016

Figuren nedenfor viser et «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal» utarbeidet av Helse Møre og Romsdal HF, brukere og kommunene i fylket.



Med den eldre multisjuka pasienten menes en pasient som har flere kroniske sykdommer og/eller psykiske lidelser. Lidelsene kan påvirke hverandre og det generelle funksjonsnivået og føre til økt risiko for komplikasjoner som f. eks. polyfarmasi, fall, immobilisering, underernæring og økt bruk av sykehus. Multisjuka pasienter har ofte behov for tverrfaglig, funksjonsrettet tilnærming og samhandling. For denne pasientgruppen blir spesialisthelsetjenesten gjerne kontaktet ved akutt sykdom eller funksjonstap. Et DMS vil kunne fremme et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, være en kompetansearena og en arena for koordinering av tjenester som legger til rette for et helhetlig tjenestetilbud.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Arbeidsgruppen er opptatt av at helse- og omsorgstilbudet skal tilrettelegges slik at brukerne /pasientene skal kunne bo hjemme og mestre sin egen hverdag i så stor grad som mulig. Dette kan understøttes ved bruk av teknologiske løsninger.

Et nytt tiltak, i samsvar med Samhandlingsreformen, er tilbudet som kalles «KOLS-kofferten». Dette er et praktisk eksempel på en teknologisk nyvinning som har vist at pasienter kan være hjemme og samtidig kommunisere med medisinsk personell via direktesendte bilder og lyd. Via avstandsoppfølging kan både surstoffmetning, puls og lungefunksjon måles i pasientens eget hjem mens personalet er lokalisert i f.eks. sykehus eller DMS. Stavanger Universitetssjukehus har laget

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

en film som viser hvordan pasienten kan kommunisere med helsepersonell og behandles via KOLS-kofferten (<https://www.youtube.com/watch?v=ZVpWt4dJJ7A>). Andre pasientgrupper kan også ha stor nytte av denne formen for helsetjenester, bl.a. personer med kroniske lidelser som hjertesvikt og diabetes.

Tibakemelding fra ORKidé:

ORKidé har gitt tibakemelding om flere tilbud som har gevinst av samlokalisering av spesialisthelsetjenester og kommunale tilbud. Disse presenteres nedenfor.

Gynekologi/obstetikk og pediatri

ORKidé vektlegger at følgejordmor etableres for kommunene Smøla, Aure, Halså og Kristiansund. ORKidé ønsker at det blir et fullverdig pediatri tilbud i SNR Hjelset.

Ortopedi og hud

ORKidé vektlegger å bevare det eksisterende fagmiljøet både innen ortopedi og hud i Kristiansund (for ortopedi gjennom dagkirurgi). I tillegg bør det ortopediske tilbudet i SNR Kristiansund ses i sammenheng med KAD/ØHD senger og rehabilitering.

Øre-, nese og hals og øye

ORKidé ønsker at avtalespesialisttilbudene videreføres i Kristiansund.

Barnehabilitering

ORKidé ønsker at barnehabiliteringstilbudet inkluderes i DMS Kristiansund.

Psykisk helsevern

ORKidé ber om at psykisk helsevern for voksne og barn videreføres og styrkes i Kristiansund, inkludert ambulant tilbud (BUP).

ORKidé har gitt tibakemelding om at kommunene på Nordmøre og i Romsdal i flere år har vært bekymret for dimensjoneringen av psykiatrien i Helse Møre og Romsdal. Kompetansen i kommunene/fagfeltet omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Noen brukergrupper er en utfordring for de kommunale tjenestene. Dette gjelder spesielt personer med langvarig og alvorlig funksjonssvikt (pga. sin psykiske helse) som krever stor grad av trygghet gjennom tilpasset bolig, begrenset av adferd, skjerming av ytre påvirkning og der det kreves spesialkompetanse. Dette er personer som pga. sine psykiske lidelser og eventuelle tilleggs utfordringer (rus-skader, kognitiv svikt og andre psykososiale problemstillinger) er krevende for lokalbasert psykisk helsearbeid og som trenger institusjonsliknende rammer. Kommunene mener at kapasiteten i SNR må økes for denne pasientgruppen, samt for psykogeriatri og personer på flukt/krigstraume i hovedfunksjonsprogram SNR (presentert i april 2016).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

ORKidé ønsker at ambulant utredning for behandling tilbys i Nordmøre/Romsdal.

Ambulansestasjon

ORKidé ønsker ambulansestasjon i Kristiansund, primært samlokalisert med interkommunal legevakt og KAD/ØHD plasser.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Representantene fra ORKidé kommunene mener at det er hensiktsmessig å etablere et *Senter for avstandsoppfølging* i SNR Kristiansund samlokalisert med *Regionalt responscenter ORKidé* (RRO). RRO kan f.eks. fungere som en førstelinje for *Senter for avstandsoppfølging* og ha ansvar for planlagte «konsultasjoner» og ansvar for koordinering slik at pasienten får de riktige legeressursene i en akutt situasjon. Dette innebærer at SNR Hjelset også har en teknologisk plattform og utstyr til å følge opp pasientgruppene.

Helseplattformen

SNR er det første sykehuset som planlegges og bygges etter innføringen av Samhandlingsreformen, og IKT-teknologien skal sikre en mer samtidig og integrert helsetjeneste i og mellom behandlingsnivå. Dette innebærer at kommunene i opptaksområdet må gis en egen status i den fasen Helseplattformen nå går inn i gjennom en fast plass i programstyret²².

4.2.2 Mulig kommunalt tilbud i distriktsmedisinsk senter

ROR-kommunene har gitt tilbakemelding om at det i hovedsak kan være aktuelt å samarbeide om tilbud i et DMS Kristiansund knyttet til velferdsteknologi, innovasjonssenter og eventuelt innen spesialisert rehabilitering. For Romsdalskommunene vil det være lite aktuelt å benytte kommunale, interkommunale og spesialisthelsetjenestetilbud (poliklinikk og medisinsk dagbehandling) i DMS Kristiansund.

Nedenfor presenteres Samhandlingsutvalget til Orkidé og Senter for helseinnovasjon sine innspill til mulige tjenester som kan samlokaliseres i et framtidig DMS. Tjenestene kan deles i tre hovedområder: IKT og tjenesteinnovasjon; små fagmiljø innen kommunale helsetjenester; nye fagområder med økt etterspørsel og som det er vanskelig å etablere i den enkelte kommune.

- Fastleger, primært i Kristiansund
- Legevakt (Kristiansund, Averøy, Tingvoll og Gjemnes)
- ØHD/KAD (Kristiansund, Averøy, Tingvoll og Gjemnes)
- Rehabilitering (kommunal og interkommunal)
- Logoped (kan gjelde for flere kommuner)
- Frisklivsenteral. Samarbeid om kompetanse (kommunal)
- Koordinering av tjenester for pasienter som er utskrivningsklare/overføring
- Traumebehandling; krig og flukt (interkommunal og spesialisthelsetjeneste)
- Psykisk helse og rus (interkommunal)
- Forvaltningskontor/tildelingskontor pleie og omsorg (kan gjelde for flere kommuner)

²² Tilbakemelding fra ORKidé 10.06.16

- Responssenter og ulike tjenester som er knyttet til dette, bruk av velferdsteknologisk utstyr mv. (kan være aktuelt for alle kommunene)
- Behandlingsbasseng (kan gjelde for flere kommuner)
- Kjøkken

4.3 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Intermediære plasser - etterbehandling for pasienter fra Nordmøre²³

Intermediære døgnplasser er ikke en lovpålagt oppgave, men et samarbeid som er opprettet etter en avtale mellom helseforetak og kommune(r). Det finnes forskning, utført i Midt-Norge, på intermediære døgnplasser som viser gevinster og positive nytteeffekter både for pasienten, spesialisthelsetjenesten og kommunen²⁴.

Arbeidsgruppen fremhever behovet for å utvikle rehabiliteringsområdet. Dette gjelder både kommunale- og interkommunale tilbud og spesielt samhandlingsområdet, herunder utvikling av intermediært tilbud for rehabilitering i et framtidig DMS. Det intermediære tilbudet kan bl.a. være døgnplasser for etterbehandling for pasienter som skrives ut tidlig fra sykehus (fra medisinske og kirurgiske avdelinger).

Andre intermediærtjenester kan også etableres for områder der overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er vanskelig, f. eks., innen psykisk helsevern, rusbehandling, eldre og mulitsyke pasienter, for paliasjon og for barn og unge med sammensatte behov.

ORKidé har gitt tilbakemelding om at dersom det skal opprettes intermediærplasser, forutsetter det effektive pasientforløp, tydelige roller, felles finansiering mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på linje med andre steder i Midt-Norge.

Kompetansearena

DMS-et kan være en kompetansearena som utvikler felles kompetanse i sykehus, DMS og kommuner og helhetlige pasientforløp «fra hjem til hjem» for personer med kroniske sykdommer som trenger tjenester fra begge nivå (f. eks. kols, slag hjertesvikt).

Videre kan fastleger og spesialister samarbeide om forbedring av henvisninger og oppfølging av pasienter, f. eks. for personer med diabetes, fedme, demens og innen psykisk helsevern.

Teamarbeid og samhandling er viktig i akutte situasjoner. Pasienter med uavklarte tilstander kan bli henvist fra legevakten til et opphold i KAD/ØHD i et DMS istedenfor akuttinnleggelse i sykehus. Norske studier fra liknende situasjoner har vist at dette kan redusere sykehusinnleggelser²⁵. Tilgang

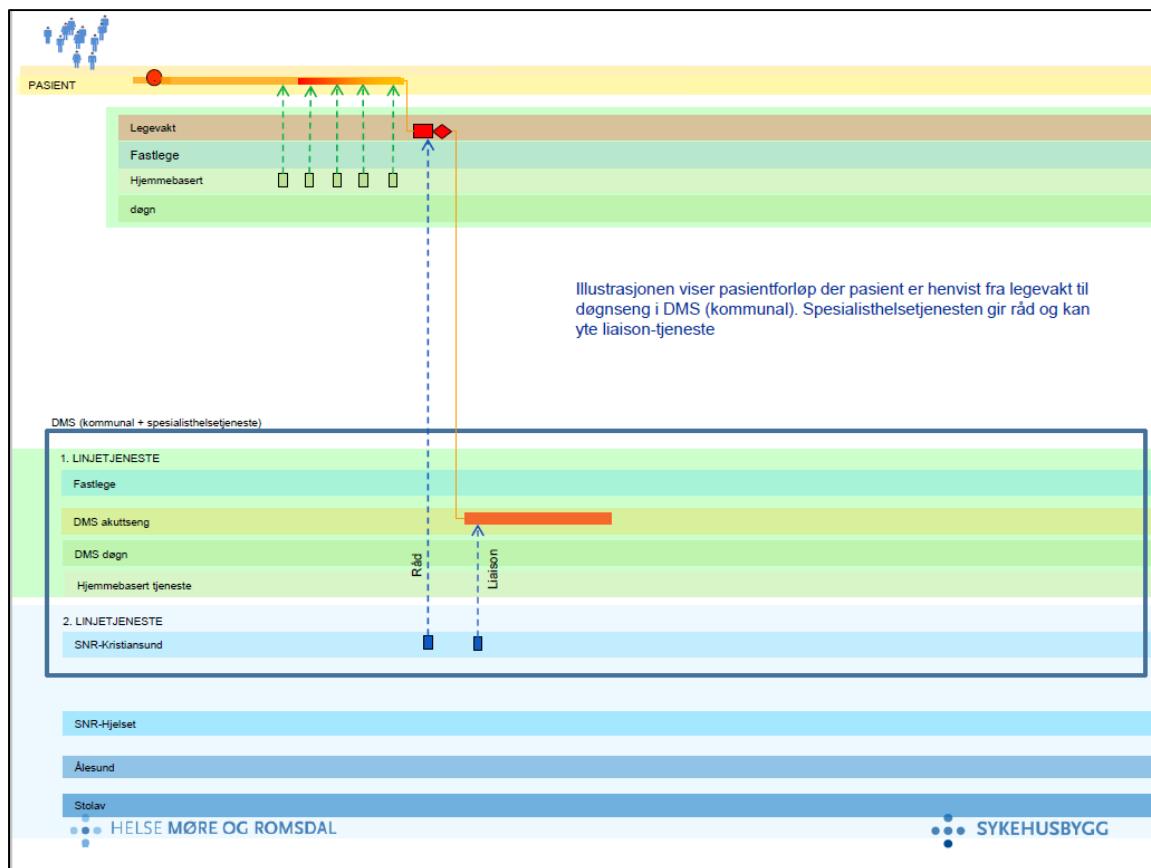
²³ Tilbakemelding fra ROR 10.06.16: Hvis HMR på nytt ønsker å samarbeide med kommunene i fylket om intermediære tilbud, er ROR-kommunene positive til dette. Det vil være mest aktuelt at intermediær-/etterbehandlingstilbudet for pasienter i Romsdal samlokaliseres med etablert interkommunalt samarbeid om KAD plasser i Romsdalskommunen.

²⁴ Scand J Public Health 2008, Garåsen et al. Int J Integr Care 2014, Dahl et al.

²⁵ J. Epidemiol Community Health 1998, Aaraas et al. BMC Fam Pract 2014, Lappegard og Hjortdahl.

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

til bildediagnostikk og telemedisinske konsultasjoner mellom kommune og spesialisthelsetjenesten kan ytterligere bidra til at pasienten ikke trenger å reise til sykehus (Jf. figuren nedenfor).



Arbeidsgruppen anbefaler at samarbeidet mellom prehospitaltjenester og akutte kommunale tjenester i Kristiansund utvikles videre, at legevaktsformidling tas med i det videre arbeidet og at legevaktsformidlingen (i det aktuelle området) eventuelt kan samlokaliseres med et responscenter.

I tillegg mener arbeidsgruppen at spesialisthelsetjenesten og kommunene bør utvikle samarbeidet om lærings- og mestringstiltak i et DMS. Arbeidsgruppen anbefaler også at brukerorganisasjoner inkluderes i DMS for å bidra til å utvikle tjenestetilbud, evaluere tilbud og for å utføre likepersonsarbeide (tidligere kalt likemannsarbeid).

4.4 Mulige gevinster og effekter av distriktsmedisinsk senter

Samlokalisering i DMS kan skape et tettere samspill mellom brukere/pasienter, kommuner og spesialisthelsetjenesten. Effektive og koordinerte pasientforløp, ny teknologi, tjenesteinnovasjon og sterke fagmiljø vil kunne bidra til at de nødvendige ressursene settes inn tidlig i pasientforløpene for å møte befolkningens behov. Nedenfor oppsummeres noen nytteeffekter av DMS.

- Økt funksjon og selvhjelp hos innbyggere og pasienter
- Koordinerte og effektive pasientforløp

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

- Styrke brukernes/pasientenes egenmestring, tidlig intervensjon og forebygge funksjonstap
- Forutsigbare spesialisthelsetjenester og kommunale tilbud
- Polikliniske tjenester og dagbehandling nært der pasientene bor
- Hindre unødige sykehusinnleggelser og reinnleggelser
- Legge til rette for tidlig sykehusutskrivning
- Samhandlingsarena; en arena for kompetanse og kunnskapsutvikling for spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukerorganisasjonene
- Attraktive tjenestetilbud
- Attraktive arbeidsplasser

5. Videre arbeid

Arbeidsgruppen foreslår at de kommunale oppgavene og samhandlingsoppgavene som er foreslått i rapporten diskuteres og konkretiseres i det videre arbeidet.

For det videre DMS arbeidet, anbefaler ROR at de kommunene som kommer til å benytte kommunale- og interkommunale DMS tilbud Kristiansund, bør inn i den videre diskusjonen med minst en representant fra hver av de aktuelle kommunene.

Relasjonen til regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling bør klargjøres:

Regjeringen har i revidert statsbudsjett lagt inn følgende bevilgning til regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling. I tillegg har en gjennom stortingsforhandlingene bevilget ytterligere 2 millioner kroner til tiltaket.

«Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling

Regjeringen foreslår å bevilge 10 millioner kroner i engangsstøtte til utvikling og etablering av et regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling for Nordmøre i Kristiansund.

Senteret skal være en helhet som samlokaliserer og sikrer samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste, private aktører og pasient/ brukerorganisasjoner på Nordmøre.»

ORKidé har gitt følgende tilbakemelding: «Innholdsmessig ligner forslaget til DMS og senter for helseinnovasjon mye, og det er viktig at dette er tett samordnet gjennom arbeidet med konseptfasen for Sykehuset Nordmøre og Romsdal. De elementene i innovasjonssenteret som ikke er fanget opp i DMS er forholdet til helse som næring/ private aktører og et mer omfattende samarbeid med brukerorganisasjoner som en del av læring- og mestringsstrategi.

Spesialisthelsetjenestene innovasjonssenteret er sammenfallende med det som heter SNR Kristiansund, og tjenester ORKidé ønsker å utvikle sammen i DMS (f. eks. etterbehandlingssenger, responscenter/senter for avstandsoppfølging, rehabilitering etc.)

Den videre utvikling av denne felles satsingen i Kristiansund vil i tillegg til kommunene, helseforetaket og næringslivet, innebære samarbeid med regionale aktører eksempelvis både

Delrapport konseptfase SNR – DMS Kristiansund

fylkeskommunen, innovasjon Norge og NTNU/ SINTEF.»

Lokalisering av DMS

Arbeidsgruppen anser det som en forutsetning at spesialisthelsetjenestetilbudet i SNR Kristiansund og de kommunale tjenestene i DMS er samlokalisert. Dette vil gi god ressursutnyttelse og vil være «en dør» inn til tjenestetilbudet for befolkningen. I tillegg til at samlokalisering vil legge til rette for gode pasientforløp, vil dette fremme utvikling av gode fagmiljø og rekruttering.

Ut i fra dagens kunnskap om lokalisering, har ORKidé gitt tilbakemelding om at de ønsker at DMS skal etableres i Kristiansund sjukehus. I tillegg til at dette utnytter allerede eksisterende areal, vil sykehuset gi utvidelsesmuligheter og fleksibilitet for andre tjenester i framtida.

6. Konklusjon

Arbeidsgruppen ønsker at det skal bli et sterkt kompetansemiljø både i SNR Hjelset og i SNR Kristiansund/DMS Kristiansund.

Gjennom samarbeid mellom flere kommuner kan det etableres en sterk kommunal tjeneste i DMS Kristiansund. Ved å samlokalisere de kommunale tjenestene med spesialisthelsetjenesten, vil det kunne etableres et faglig, godt og effektivt tjenestetilbud for pasientene. Tilbudet vil kunne styrkes ytterligere dersom andre tjenester/aktiviteter også etableres eller samlokaliseres i DMS Kristiansund.

Arbeidsgruppen anbefaler at arbeidet med DMS Kristiansund videreføres og utvikles fra høsten 2016.

