

Desentralisert spesialisthelsetjeneste i Møre og Romsdal

Stian Endresen
Fastlege Ulstein
PK HMR

Utviklingsplanen

- →Punkt 2.9.6 . Side 59-62 i Utviklingsplanen + eget vedlegg .
- Arbeidsgruppe bestående av
- 1)Bruker representant
- 2)Tillitsvalgt fra legeföreninga og psykolog foreninga
- 3) Fra kommune : Kommunal leder Helse Sunndal og leder Sundal DMS
- 4)Fagavdelinga : Fagsjef , Regional koordinator for avtalespesialister , pk
- 5)Fra klinikker : Representant fra Medisinsk klinikk , rus- og psyk klinikk , kirurgisk klinikk , klinikk for diagnostikk og "Kvinner og barn klinikken
- 6) HMN : Rådgiver fra stab .

Arbeidet

- Hele gruppa har hatt 4 felles møter + 6 møter for deler av gruppa
- Hatt møte på Sunndal DMS med rådmann , helseleder i Sunndal og leder Sunndal DMS .
- Hatt møte med prosjektledelsen for SNR
- Ansvarlig for arbeidet er : Fagdirektør
- Ledet arbeidet : Praksiskonsulent

- → I utviklingsplanen er det Sunndal DMS og avtalespesialister som er vurdert av en av gruppene .
- → Hvilke avtalespesialister skal vi ha i Møre og Romsdal?
- → Hvilke tilbud skal vi ha på Sunndal DMS

”Trenger vi desentralisert spesialisthelsetjeneste ? Kan vi ikke bare overføre oppfølgingen til fastlegene ?”

Hvorfor spesialisthelsetjeneste ?

- 1) Primærhelsetjenesten (PH) mangler kunnskap og utstyr til å diagnostisere
- 2) PH mangler utstyr og kompetanse til å behandle
- 3) PH ønsker å dele ansvar
- **→ Konsekvens blir at pasienter må vurderes og behandles i spesialisthelsetjenesten**
- **→ Må dette gjøres på sykehus ?**

Hvor får mennesker i Møre og Romsdal
sine spesialisthelsetjenester ?

- 1)HMR
- 2)HMN
- 3)Helprivate

HMR

- 1) Volda , Ålesund , Molde eller Kristiansund sykehus
- 2) Volda , Vegsund , Sjøholt , Knausen og Kristiansund DPS .
- 3)Ålesund behandlingssenter og Veksthuset i Molde
- 4)Ambulante team
- 5)Sunndal DMS
- 6)Gjennom tlf konsultasjoner mens pasientene er i sitt eget hjem (fremtida blir det skype???) .
- 7)Av ambulanspersonell

HMN

- 1)Avtalespesialister ulike steder i fylket (32 stillinger)
- 2)Gjennom sykehusavtaler (ma Rtg, CT , Ortopedi og ØNH ved Medi 3 . Sunnmøre Mr klinikk)
- 3)Pasientforløp der deler av behandling skjer på St Olav (ma kreft operasjoner , Pci og hjerte kirurgi)

Har vi desentraliserte tjenester i dag ?

→ Kan en i dag si at den "offentlige" spesialisthelsetjenesten til HMR/HMN er desentralisert i Møre og Romsdal fylke ?

Helprivat desentralisert tilbud

→ Noen eksempler fra M og R :

- Helprivate legespesialister i Møre og Romsdal (gynekologer , radiolog , plastisk kirurgi , Aleris, Medi 3 ...)
- Bruk av helprivate andre steder i landet
- Bruk av helprivate i andre land (IVF , MS , Kreftebehandling , ablasjon ...)

Kommunalt ansatte "spesialister"

- Der finnes også "ulike spesialister" (Både leger og psykologer) i 1 . linjen . (Fastleger med dobbel spesialitet (for eksempel kirurgi , psykiatere , gynekolog) , psykolog spesialister i kommunene, bedriftshelsetjeneste , og hos PPT .)
- Ønsket med flere spesialister på sykehjem (ma geriater)
- → Primærhelsetjenester utført også av helsearbeidere med spesialistkompetanse .
- Oppgaveoverføring . Flyttes "spesialisthelsetjeneste oppgaver" til kommunehelsetjenesten så må kommune erverve seg ny kompetanse (jmf oppretting av kommunepsykologstillinger). ->Skal kommunene ansette egne spesialister eller lære opp fastleger?

Desentralisering

- 1)DMS Sunndal
- 2)Avtalespesialister

→ I utviklingsplanen er det Sunndal DMS og avtalespesialistene som har blitt vurdert .

Mer desentralisering ?

- Hvorfor vurderes der mer desentralisering?
- 1) Samfunnsendringer
- 2) ”Føringer”
- 3) Faglig ønskelig .
- 4) Ønske fra pasienter
- 5) Økonomisk ønskelig
- 6) Geografi i Møre og Romsdal
- 7) Ønske fra pårørende

Geografi i M og R

- Det tar 1 time å kjøre gjennom Østfold fylke men 4,5 time å kjøre gjennom Møre og Romsdal fylke (inkl 4 ferger , men ikke medregnet ventetid på fergene).

→ Viser behov for desentralisering

Flere eldre – eksempler

- En får da mer aldersrelaterte sykdommer som makatarakt , glaucom og nedsatt hørsel med behov for høreapparat . Kan disse behandles av lokal ønh lege og øye lege? Trenger disse å reise inn til sykehus ?
- **Hvor stor del av de økonomiske ressurser skal brukes til "pasientreiser" ?**
- Hvilke miljøgevinst snakker vi om ?

Samfunnsendringer

- Fra sengebehandling via poliklinikk til "Hospitalisering i hjemmet" . Teknologisk utvikling .
- "Spissing av sykehus" . Sykehusbehandling kun for de sykeste .
- Bedre oppfølging av kronikere . Flere kronikere .
- Flere eldre ->Andre sykdomssammensetting .
- En lever lengre ("lever da lengre med sin sykdom" eller stiller vi diagnosen tidligere ?)
- Ønske om bedre koordinering og optimalisering mhp på de økonomiske ressurser en har tilgjengelig
- Store geografiske avstander i fylket . Når kommer bruene? Skal en flytte pasienter eller behandler?

Regionale og nasjonale føringer

- 1) Samhandlingsreformen – Flytte tjenester nærmere der folk bor .
- 2) Styringskrav HMN – Redusere ventetid . Ikke frist brudd . Mindre tvang i psykiatrien . Økonomiske krav .
- 3) Strategi 2030 . Økte forventninger . Annen alderssammensetning .
- 4) Høie sin sykehustale fra 2017 - flere avtale spesialister .
- 5) Regional plan for avtalespesialister
- 6) Få avtalespesialister i M og R . Likeverdige helsetjenester.

Hvilke desentraliserte tjenester i dag ?

- I Sunndal DMS
- II Avtalespesialistene til HMN

Sunndal DMS

- På Sunndalsøra . Pasienter fra Sunndal kommune og nabokommuner (Tingvoll og Nesset)
- Har ma hørselsentral , blodtappestasjon , ortoped fra Kr sund/Molde 1 dag per uke . Rtg utstyr for skjellet rtg og rtg Thorax. Tidligere hatt psykiater ukentlig .

Sunndal DMS

- Nærhet hvor pasient bor . Mindre reisevei . God samhandling med lokal helsetjeneste . Godt oppmøte /få avbestillinger .
- For HMR er det i dag blitt utfordrende mhp på knapphet på ressurser og utstyr ved de to sykehusene i nordre del av fylket. Endre bruk av ressurser .
- En har valgt å anbefale at deler av tilbud avvikles (rtg og ortopedi) . Problematisk å ha medisinsk teknisk utstyr til 3 millioner som brukes 1 dag per uke når de to sykehusene mangler dette utstyret .
- Vurderer hvilke tilbud som bør være i Sunndal

Avtalespesialister

- Hvor stor andel av det offentlige helsevesen sine konsultasjoner utføres av avtalespesialister ?
- Hvor stor er andelen i Møre og Romsdal ?

Avtalespesialister

- Del av det offentlige helsevesen i Møre og Romsdal .
- Nasjonalt utfører de 25% av poliklinisk konsultasjoner .
- I Møre og Romsdal utfører de 12-13% .
- Få spesialister .
- Høie i sin sykehustale og regjeringen legger føring om at der skal brukes flere avtalespesialister .

Hvilke hjemler har vi i Møre og Romsdal ?

- 32 årsverk .
- 13 Psykologer og 3 psykiatere
- 7 øyeleger
- 3 hudleger
- 1 lungelege + 0,5 hjerte lege + 1 gen indremedisin
- 0,2 Anestesilege/smerteklinikk
- 1,1 Ønh leger
- 2 gynekologer

Avtalespesialister i M og R

- 12839 Psykolog/psykiater konsultasjoner/år
- 53013 Somatiske konsultasjoner per år .
- Ca 66000 konsultasjoner som utføres (dersom dette skulle ha vært på sykehus så hadde der krevd utstyr , behandlingsrom , venterom , pauserom , lab, bemanning , parkeringsplasser

Eksempler med reiseutgifter

- Øyehjemmel i Ørsta . 3500 konsultasjoner utføres årlig lokalt slik at pasienter ikke trenger å ta 3500 fergeturer x2 (tur/ retur)+ kjøre x ant km x2 i snitt .
- Store samfunnsbesparelser . En flytter spesialist til der pasient bor .
- Miljøgevinst.
- Tilsvarende for hudhjemmel i Ulsteinvik .

Fordeler avtalehjemmel for kronikkere

- Samme spesialist hver gang .
- Lett tilgjengelig . Lett å samarbeide med lokale fastleger .
- Del av offentlige helsevesen . Helsenet . Epikriser raskt .
"Del av frikort systemet".
- Flere fagområde som for eksempel øye (eldre) og ØNH (høreapparat) for våre eldre pasienter .
- Arbeidsform som kan rekruttere tilbake arbeidskraft til fylket vårt
- Delta med å redusere ventelister og fristbrudd

Fordeler med avtalespesialister

- Høyere "normtall" en HMR sine polikliniske ansatte (de har ikke nattevakter , undervisning osv)
- Mulighet til raskere omstilling (jmf innføring av colonscreeing)
- Annen finansieringsordning mhp på medisinsk teknisk utstyr
- Mulighet for lengre arbeidsdager i perioder med stor pasienttilgang (jmf hmr sine begrensinger i overtidsjobbing)
- Kan delta i lis utdanning

Regjeringen og arbeidsminister sine ønsker for arbeidslivet

- Kan vi organisere helsevesen slik at vi utfører dette samfunnskravet?
- 1) Jobbe lenger /senere pensjonsalder (mulig å jobbe til en er 72 år som avtalespesialist ,70 år i HMR)
- 2) Mindre sykefravær (HMR ca 9% .)
- 3) Jobber mer /større stillinger/flere timer per uke . (HMR reduserer uta tid og overtid)
- 4) Vi har spesialistmangel i helse Norge . Utnytter vi ”superspesialister som ønsker å jobbe mye godt nok ?
- → Avtalespesialist vs poliklinikk i HMR .

Økonomi

- Eget budsjett i HMN for avtalehjemmeler .
- Men "alt henger sammen med alt" (Hvordan vil nye legehjemler påvirke rammeoverføring til HMR?)
- Vil nye hjemmeler gjøre at HMR mister "nøkkelkompetanse" .

Nye avtalehjemler

- En har kommet med råd om hvilke nye hjemler en "trenger" i MogR. Dette må nå ses i sammenheng med slutføring av SNR og Kr sund DMS før en kan gjøre endelig prioritering.

Avtalespesialister og HMR

- Viktig at en får rett fordeling av type avtalespesialister og rett lokalisering av disse i Møre og Romsdal .
- Sammen med det tilbudet som HMR gir så kan avtalespesialister gi et mer helhetlig spesialisthelsetilbud i fylket .

Påstander til diskusjon

- → For 8 år siden så flyttet en på Sunnmøre store faglige og økonomiske ressurser fra sykehus psykiatri (Sengeplasser ma post E) til DPS psykiatri (ambulante team + poliklinikk) .
- Kan en hente lærdom av denne prosessen for å flytte ressurser innen somatikken fra sykehusbehandling til poliklinikk , avtalespesialister og DMS ?
- Det kommer påstand om at mye av det som i dag gjøres inne på sykehuset kunne ha vært utført av en avtalespesialist . Er det da rett at behandlinger skal skje på et sykehus?

Målsetting med desentralisering

- Dette må være en del av et helhetlig helsetilbud som ytes .
- De økonomiske ressursene må nyttes slik at en får mest ”helse for hver krone” .
- Det må være et virkemiddel for å sikre likeverdige helsetjenester i fylket .

Spørsmål

- 1)" Hvordan skal desentralisert spesialisthelsetjeneste organiseres i Møre og Romsdal " ?
- 2)Hvilke og hvor mange avtalespesialister trenger en i Møre og Romsdal ?