

Medisinsk avdeling Molde
Klinikk for medisin

Dykkar ref:

Vår ref: oto

Dato: 12.10.2016

Høyringsuttale til Konseptrapporten Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal(SNR)

Til innleiing vil vi rose prosjektorganisasjonen SNR for eit godt utført arbeid med konseptrapporten for eit nytt fellessjukehus i Nordmøre og Romsdal. Dei tilsette som har vore med i planleggingsgruppene skildrar gode prosesser med diskusjonar der det vert teke omsyn til innspel. Resultatet gjev grunnlag for optimisme og gjev auka motivasjon for dei tilsette ved Molde sjukehus.

Høyringsuttalen er utarbeida i samarbeid med leiarar og tilsettere representantar ved alle dei 5 seksjonane i avdelinga (seksjon for medisinske legar, seksjon for kontortenesta, seksjon for medisinske poliklinikkar, seksjon for medisinsk sengepost A og seksjon for medisinsk sengepost B).

1. Dimensjonerande føresetnader for SNR

Ei rekke føresetnader er lagt til grunn for ein monaleg sengereduksjon i SNR. I kapittel 11.5.1 om samhandlingsreforma viser ein til fleire element som samla vil redusere behovet for døgnplassar med 24 senger. Omstilling frå døgn til dagbehandling og redusert liggetid gjev og grunnlag for sengereduksjon.

Vi meiner det er knytt stor uvisse til føresetnader som ligg til grunn for berekning av døgnplassar. Samhandlingsreforma vart starta i 2012. Vi har enno store utfordringar grunna mange utskrivingsklare pasientar som ventar på tilbod frå kommunehelsetenesta. Det vil bli fleire eldre med behov for kommunale helsetenester. Det trur vi også vil auke presset på spesialisthelsetenesta.

Nyare forskning syner negative konsekvensar av for høg utnyttingsgrad på sengepostar knytt til effektivitet, pasienttryggleik og HMT(helse, miljø og tryggleik). På fleire leiarsamlingar dei siste åra har vi høyrd suksesshistorier frå våre svenske grannar om gode og effektive omstillingar. Eit vesentleg kriterium for å lukkast er å berekne ein

buffer i høve drift. Slik drifta er i dag unngår vi i stor grad korridorpatientar ved overbelegg. Det skuldast ledige rom etter sengetalsreduksjon dei siste åra. Konseptet for utforming av sengeområda i SNR gjev inga slik fleksibilitet når ein har overtal av pasientar. Ein bør difor planlegge nok døgnplassar til å sikre ei drift som er effektiv, trygg for pasientane og som skaper eit godt arbeidsmiljø.

Planlagd sengereduksjonen krev at ein dimensjonerer for auka poliklinisk aktivitet. Vi meiner at ein samstundes må dimensjonere for etablering av somatisk ambulant verksemd både i Molde og Kristiansund. Organisering og etablering av eit slikt tilbod må starte opp i god tid før ein flytter verksemda til SNR.

Berekninga av spesialrom poliklinikk er mellom anna basert på dagens verksemd(kap.11.4). Vi meiner at ein i for liten grad har teke omsyn til endra behov og krav i samfunnet med bakgrunn i auka kunnskap og teknologisk utvikling. Til dømes ser ein no auka bruk av screening for å førebygge alvorleg sjukdom. Det siste er eit forslag om screening av deler av befolkninga for tidleg diagnostisering/førebygging av tarmkreft. Det vil auke behovet for skopiundersøkingar og såleis gje grunnlag for fleire spesialrom i SNR.

2. **Konseptval for akuttsjukehuset på Hjelset**

I høve oppdraget frå vår eigar, meiner vi at 0-alternativet ikkje er eit reelt val. Vi vil difor ikkje kommentere det alternativet noko meir.

Konseptet som er valt for utforminga av sengeområdet og pasienthotell meiner vi er godt og framtidsretta.

Vi meiner at det er rett å planlegge SNR med tilbod om både døgn- og dagbehandling for sjuke barn.

Konseptet for utforming og drift av poliklinikkane meiner vi er noko utydeleg. Ein ser for seg ei generell utforming for «å sikre framtidig fleksibilitet for behovsendringar». Samstundes står det at spesialromma må være knytte til fagområda. I dag er poliklinikkareala i stor grad lokalisert omkring dei ulike fagområda. Legar og sjukepleiarar er spesialiserte i sine fag. Kombinasjonen mellom det akutte og det planlagde krev ein logistikk og ein fleksibilitet i drifta som mellom anna baserer seg på nærleik mellom dei ulike poliklinikkromma. Vi er usikre på om dei føresetnadene som ligg til grunn for dimensjonering i form av høg utnyttingsgrad, lengre opningstid og «generell utforming», vil gje den fleksibiliteten som krevst i dagleg drift.

Løysingane som er planlagd i høve akuttmottak, bildediagnostikk, korttidseining, operasjon, intensiv/overvaking/oppvakning og føde meiner vi er gode konsept og eit resultat av godt samarbeid og brei involvering av fagfolk i arbeidsgruppene. Vi er samstundes noko usikre på korleis ein ser for seg konseptet med ei stor korttidseining som erstatning for ordinære døgnplassar. For at ein skal lukkast med dette konseptet, meiner vi at arbeidet med å planlegge drift, ansvar og organisering må starte i særskilt god tid før ein flyttar inn i SNR.

Ein får inntrykk av at det blir lagt opp til eit avgrensa areal til administrativ verksemd. Vi legg til grunn at ein nyttar erfaringa frå liknande byggeprosjekt dei seinare år i planlegginga/berekning av desse funksjonane.

Det er bra at ein planlegg areal for undervisning og forskning. Ei forskningseining til dømes med moglegheit for praktisk trening og simulering i teamarbeid, meiner vi er heilt naudsynt i eit moderne sjukehus med høge krav til kompetente fagfolk.

SNR skal, i følgje vår eigar, minimum innehalde dei funksjonane Kristiansund og Molde sjukehus har i dag. Vi meiner difor at akuttsjukehuset i tillegg til det som er skildra i idéfase og konseptrapport, må ha areal for **tilbod om nukleærmedisinske undersøkingar**. Vi meiner at argumenta som har vore nytta i diskusjonen ikkje er godt nok balansert. Kreftundersøkingar har vore eit sentralt tema i vurderinga av det nukleærmedisinske tilbodet. Tal på injeksjonar (sjå tabell nedanfor) gitt innafor nukleærmedisin i 2015, syner at undersøkingar knytt til cancer mamma og malignt melanom utgjer berre om lag 10 % av aktiviteten. Hjarteundersøkingar utgjer til samanlikning over 35 % av aktiviteten.

Det er realistisk å planlegge med føresetnad om at SNR skal ha PET-CT i framtida. Det krev både areal og ein nukleærmedisinar. Det er også eit argument for å dimensjonere SNR med areal og kompetanse for eit nukleærmedisinsk tilbod.

Undersøkelse	Isotop	Faktor	Antall injeksjoner
Skjelettscintigrafi scan	99mTc	0,21	189
Skjelettscintigrafi trefase	99mTc	0,21	51
Skjelettscintigrafi	99mTc	0,21	
Myocard - hvile	99mTc	0,07	162
Myocard - belastning	99mTc	0,07	163
MUGA	99mTc	0,05	22
Lunge perfusjon	99mTc	0,35	3
Parathyreoideascintigrafi	99mTc	0,08	13
Thyreoidea scintigrafi	99mTc	0,05	75
Blødningsscintigrafi	99mTc		2
Lever scintigrafi	99mTc		1
Meckels divertikkel scintigrafi	99mTc	0,04	4
Lungevent	99mTc	0	1
Renografi MAG3 og diureserenografi	99mTc	0,33	24
Renografi m/Captopril MAG3	99mTc	0,33	25
Hjerneperfusjon	99mTc	0,1	9
Renografi	99mTc	0,33	28
Nyrescintigrafi DMSA	99mTc	0,16	9
Lymfoscintigrafi, malignt melanom	99mTc	0	12
Lymfoscintigrafi, ca mamma	99mTc	0	67

Basalganglie DaTSCAN	123I	0,37	57
----------------------	------	------	----

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
 Ålesund: 70 10 50 00
 Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
 6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562

Thyreoidea behandling hyper	131I	0	19
-----------------------------	------	---	----

Vi kan ikkje finne at det ligg inne planar og areal for undersøkingar som krev gjennomlysing for ERCP, temporær pacemaker og nokre av bronkoskopiane. Det må takast inn i planane for SNR.

I framtida vil det vere eit auka behov for ei rekkje nye undersøkingar. Til dømes CT – koronararterier (det vil omfatte fleire hundre undersøkingar pr. år). Vi kan ikkje sjå at CT – kapasiteten i SNR er dimensjonert for dette.

3. *Grunnleggjande føresetnader og utvalskriterier for tilbodet i Kristiansund*

Mykje av dette vert omtalt og drøfta under spørsmål 4. Dei skildra føresetnader og utvalskriterier meiner vi kan være egna for å planlegge tilbodet i Kristiansund. Ei vesentleg føresetnad synt i berekraftanalysen er at SNR planleggast med ei forventning om gevinstrealisering i form av reduserte lønnskostnader.

Robusthet, HR, ressurseffektivitet, reiseavstand og krav om gevinstrealisering må sjåast i samanheng med føresetnadane som ligg til grunn for dimensjonering av tilbodet på akuttsjukehuset på Hjelset. Vi har prøvd å problematisere dette i kapittelet nedanfor, og konkluderer med at ein bør velje eit alternativ utan dagkirurgi og bemannings-/utstyrskevjangande spesialisert poliklinikk i SNR Kristiansund.

4. *Kva alternativ for SNR er best egna til å sikre befolkninga i Nordmøre og Romsdal eit best mogleg spesialisthelsetenestetilbod?*

Det finns heilt sikkert argument for og i mot dei ulike alternativa. Konseptrapporten syner at dei økonomiske konsekvensane ikkje endrar seg særleg med dei ulike alternativa. Fagmiljøa er samd i at noko poliklinikkaktivitet og dagkirurgi kan desentraliserast i eit reint fagleg perspektiv. Andre driftsmessige konsekvensar er i mindre grad nemnde.

Hovudargumentet for å bygge eit felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal er å bygge eit godt og robust fagmiljø. Viss ein vel ei løysing med dagkirurgi i Kristiansund, må ein redusere kapasiteten i høve rom og fagfolk på akuttsjukehuset på Hjelset. Det same gjeld for bemannings-/utstyrskevjangande spesialisert poliklinikk.

Nokre døme på kva mindre fagmiljø gjer med drifta slik den er i dag, er problematikken med at «ein person ikkje kan være på fleire stader samstundes». Dette ser ein kanskje særleg innanfor kirurgien, der ein stadig kjenner på at det er for få lege- og sjukepleiespesialistar. Legane skal også ha ferie, dei har rett til å avspasere og dei skal ha sine utdanningspermisjonar. Konsekvensen er at det stadig er for få folk på jobb for dei oppgåver som skal utførast. Legen må ofte prioritere operasjonar. I akuttmottaket kan dette føre til at pasientar bli liggande for lenge å vente på legen, slik at det hopar seg

opp med pasientar. På sengepostane vert legevisitten utsett og pasientane vert utskrivne seinare på dag. Det fører til auka belegg og kan hende mangel på rom.

Vi ser dei same dilemma innafor indremedisin. Greinspesialistane skal tene pasientar på sengpost, poliklinikk, intensiv og i akuttmottak (I SNR er det sannsynleg at dei må sjå til pasientar på korttidseininga og). I auka grad er drift av spesialpoliklinikkar avhengig av spesialiserte sjukepleiarar. Bemanninga slik den er i dag er sær sårbar med omsyn til fråvær. Vi opplever ikkje sjeldan, at undersøkingar må avlysast grunna til dømes sjukefråvær hjå våre spesialsjukepleiarar. **I SNR skal ein ha eit meir robust fagmiljø, der tilfeldig fråvær i mindre grad rammar drifta.** Om ein planlegg eit spesialisert poliklinisk tilbod som krev lege- og sjukepleiarspesialist både i Molde og Kristiansund, vil ein miste fleksibiliteten som robustheita skulle gje.

Ein føresetnad for dimensjonering i SNR er auka driftstid på poliklinikkane. Vi trur at dette krev endring av arbeidstid mellom anna for legane. Det vil også krevje reforhandling av eksisterande overeinskomst for legane. Endra arbeidstid krev sannsynlegvis ei meir robust bemanning jamfør problematikken skildra i avsnitta over. Drift av spesialpoliklinikkar som krev legespesialist og spesialsjukepleiarar på 2 stader fleire dagar i veka, trur vi ikkje er sameineleg med føresetnadene lagt til grunn for dimensjoneringa av akuttsjukehuset.

Slik drifta av poliklinikkane er i dag, er det ikkje nok investeringsmidlar til å kjøpe inn alt utstyr som krevst for å drive i tråd med nasjonale standardar. Det gjeld til dømes utstyr til skopilaboratorium for mage/tarmlidingar. Vi ser ikkje for oss fortsatt drift av utstyrskrevjande spesialpoliklinikkar på 2 stader i SNR.

Dei aller fleste treng ikkje dagkirurgisk behandling meir ein nokre få gongar i løpet av eit liv. Då har reiseavstand mindre verd for pasienten. Det vert nytta som argument for at eit slikt tilbod i SNR kan leggjast til Kristiansund. Vi meiner uvisse knytt til kva konsekvensar ei desentralisering av det dagkirurgiske tilbodet kan ha for robustheit og fleksibilitet på akuttsjukehuset, syner at argumentet like godt kan nyttast for ei samling av tilbodet på Hjelset.

I berekraftanalysen er gevinstrealisering i form av reduserte lønnskostnader ein føresetnad. Om ein skal drive omfattande kirurgisk verksemd og spesialpoliklinikkar på 2 stader, og samstundes legge til grunn ei berekning av areal på Hjelset som krev ei robust og fleksibel bemanning, meiner vi at det vil verte vanskeleg å oppnå ønska gevinstrealisering.

I konseptrapporten er rom og areal berekna ut i frå at ein har ei robust bemanning som hindrar ineffektive driftssituasjonar som skildra ovanfor. **Vi meiner at uvisse knytt til den daglege drifta, og konsekvensar dette kan få med omsyn til robusthet og fleksibilitet, talar for eit alternativ utan dagkirurgi og bemannings-/utstyrskrevjande spesialisert poliklinikk i SNR Kristiansund.**

Medisinsk avdeling Molde
Oddbjørn Tomren, avdelingsjef

Telefon: Molde/Kristiansund: 71 12 00 00
Ålesund: 70 10 50 00
Volda: 70 05 82 00

Postadr: Postboks 1600
6026 Ålesund
Internett: www.helse-mr.no
E-post: postmottak@helse-mr.no

Org.nr: 997005562