Sluttrapport – delleveranse 2

Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge – fase 2

Prosjektleder	Reidar Tessem
Dato	30.11.2012
Versjonsnr	v 1.1
Godkjent av	Prosjektgruppen
Dato	21.11.2012 (v 1.0)

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 BAKGRUNN, MANDAT OG ORGANISERING AV PROSJEKTET 3
1.1 BAKGRUNN 3
1.2 OPPSUMMERING FRA FASE 1 4
1.3 PROSJEKTORGANISERING 7
1.4 PROSJEKTGRUPPENS MANDAT 8
1.5 AVTALESPESIALISTENES ROLLE 10
2 OPPSUMMERING FRA ARBEIDSGRUPPENE OG HELSEFORETAKENES INNSPILL 12
2.1 SPESIALITET «ØRE-NESE-HALS» 12
2.2 SPESIALITET «ØYE» 13
2.3 SPESIALITET «HUD» 14
2.4 PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) 15
2.5 INNSPILL FRA HELSEFORETAKENE 16
3 PROSJEKTGRUPPENS SAMLEDE VURDERINGER 17
4 SPESIALITET «ØRE-NESE-HALS» 21
4.1 SAMMENDRAG 21
4.2 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING 22
4.3 DAGENS SITUASJON 23
4.4 FORSLAG TIL FREMTIDIG ORGANISERING 26
4.5 RETNINGSLINJER 33
5 SPESIALITET «ØYE» 35
5.1 SAMMENDRAG 35
5.2 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING 36
5.3 DAGENS SITUASJON 36
5.4 FORSLAG TIL FREMTIDIG ORGANISERING 39
5.5 FORSLAG TIL KLINISKE RETNINGSLINJER 45
6 SPESIALITET «HUD» 48
6.1 SAMMENDRAG 48
6.2 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING 48
6.3 DAGENS SITUASJON 50
6.4 FORSLAG TIL FREMTIDIG ORGANISERING 54
6.5 RETNINGSLINJER 60
7 PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING (TSB) 61
7.1 SAMMENDRAG 61
7.2 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING 62
7.3 DAGENS SITUASJON 62
7.4 FORSLAG TIL FREMTIDIG ORGANISERING 64
7.5 RETNINGSLINJER 68
8 INNSPILL FRA HELSEFORETAKENE 70
8.1 SAMMENDRAG 70
8.2 ST. OLAVS HOSPITAL HF 71
8.3 HELSE NORD-TRØNDELAG HF 72
8.4 HELSE MØRE OG ROMSDAL HF 73
9 DATAGRUNNLAG OG DATAKVALITET 74
10 VEDLEGG 75

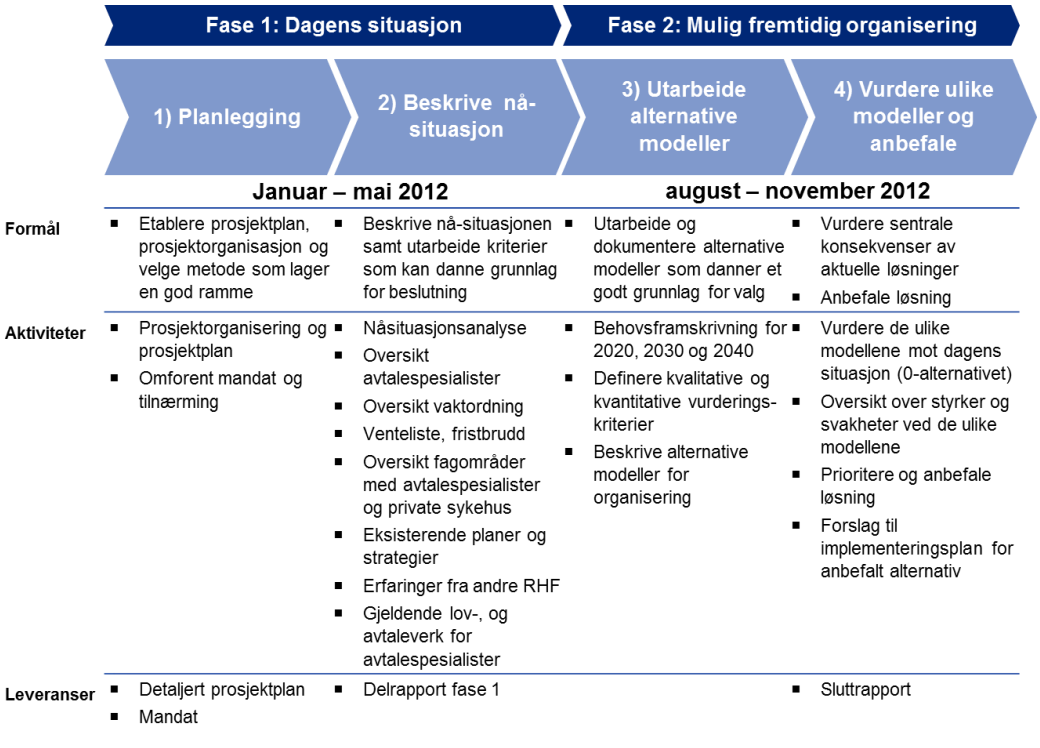
1 Bakgrunn, mandat og organisering av prosjektet

1.1 Bakgrunn

Prosjektet «Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge – fase 2» har hatt som formål å drøfte sentrale problemstillinger knyttet til fremtidig organisering og bruk av avtalespesialister i Helse Midt-Norge.

Fase 1 av prosjektet het «Organisering av små fag», der «små fag» ble definert som fagområder der deler av aktiviteten kan utføres hos avtalespesialister og private sykehus. Det ble i den fasen gjennomført en kartlegging av dagens status, for å danne et faktabasert grunnlag for drøftingene i fase 2. Resultatene fra fase 1 ble presentert i en sluttrapport datert 21.03.12[1]. Prosjektet som helhet har vært avgrenset til å omfatte det polikliniske tilbudet.

Figuren under viser den overordnede prosjektplanen for prosjektet med hovedaktiviteter og leveranser i fase 1 og 2.



Figur 1: Overordnet prosjektplan

Både fase 1 og 2 av prosjektet inngår som en del av arbeidet med Strategi 2020 i Helse Midt-Norge RHF. Avtalespesialistene omtales spesielt i saksunderlaget for styresak 62/10 – Strategi 2020; *«Avtalespesialister står i dag for en betydelig del av den polikliniske virksomheten i mange fag. Administrerende direktør ser det som viktig at denne ressursen ses i sammenheng med det øvrige tjenestetilbudet, og vil legge fram en plan for hvordan dette kan oppnås».*

Vedtakspunkt 18 i styresaken omhandler bruken av avtalespesialister; *«Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det*

[1] Sluttrapport – delleveranse 1, «Organisering av små fag – Fagområder der deler av aktiviteten kan utføres hos avtalespesialister og private sykehus», Helse Midt-Norge RHF, 21.03.12

skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste».

I tillegg er prosjektet strategisk forankret i nasjonalt planverk. Avtalespesialisthelsetjenesten omtales i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)[2] som legger til rette for en bedre integrering av avtalespesialisthelsetjenesten for å oppnå en god oppgavefordeling med den øvrige spesialisthelsetjeneste. I kapittel 6.5 omtales spesialisthelsetjenesten særskilt i forbindelse med tjenester som ytes utenfor sykehus:

«… Avtalespesialistene er viktige bidragsytere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten, og bidrar til økt tilgjengelighet til helsetjenesten. Det er variasjoner mellom helseregionene i hvor stor andel av pasientene som behandles hos avtalespesialister, i forhold til poliklinikk.

Avtalespesialistene er viktige som et alternativ og supplement til sykehusenes poliklinikk. Med utvikling av det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet må helseforetak vurdere når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister eller ambulerende spesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske tilbud lokalt. Etter dagens avtaleverk er ambulering for leger basert på frivillighet. En av høringsinstansene har påpekt at avtaleverket kan være et hinder for fleksibel bruk av personell. Det vises til at samhandlingsreformen krever større mobilitet og nye måter å organisere arbeidet på, både med hensyn til arbeidssted og arbeidstid…»

1.2 Oppsummering fra fase 1

Fase 1 hadde til hensikt å beskrive dagens polikliniske spesialisthelsetjenestetilbud i Helse Midt-Norge. Dagens organisering, aktivitetsnivå, arbeidsfordeling, forbruksrater, ventelistesituasjon og gjeldende forskrifter/avtaler ble beskrevet. Hvert av temaene er hver for seg store områder og måtte derfor beskrives forholdsvis overordnet, men likevel detaljert nok til å kunne være et godt grunnlag for å svare på de overordnede problemstillingene i prosjektet.

Fagområde	Antall hjemler Norge (2009)	Antall hjemler HMN (2009/2010)
Anestesi	22	4
Barn	32	5
Fysikalsk medisin	7	1
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	97	6
Hud	67	8
Indremedisin	118	9
Kirurgi	41	3
Nevrologi	26	3
Onkologi	1	1
Radiologi	1	
Revmatologi	15	
Øre-nese-hals	130	16
Øye	194	23
Somatikk	**751**	**79**
Psykiatri	270	11
Psykologi	560	50
Psykisk helsevern	**830**	**61**
Sum totalt	**1581**	**140**

Figur 2: Antall avtalehjemler pr fagområde i Norge og i Helse Midt-Norge

Figur 2 er hentet fra fase 1 og viser en oversikt over antall avtalehjemler pr fagområde i Norge samlet sett og i Helse Midt-Norge. Her ser vi blant annet at det innen revmatologi er 15 avtalehjemler på landsbasis, mens det ikke er noen i Helse Midt-Norge. Dette gir en indikasjon på at revmatologi er et område som kan være egnet for etablering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge.

Videre i dette kapitlet gis en kort oppsummering av resultatene fra kartleggingen i fase 1 for hvert av de tre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge.

2 Meld. St. 16 (2010–2011) Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

1.2.1 Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde

Befolkningen bosatt i Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde hadde i 2010 196 353 polikliniske somatiske konsultasjoner enten ved en av helseforetakenes poliklinikker eller hos en avtalespesialist. Dette gir et forbruk av somatiske polikliniske tjenester på 1 457 konsultasjoner pr 1 000 innbyggere, noe som er det høyeste forbruket blant helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge og høyere enn landsgjennomsnittet. Det er spesielt innen sykdomsgruppene øye, hud og muskel/skjelett at forbruket er høyt. Av de somatiske polikliniske konsultasjonene foretas ca. 37 prosent hos en avtalespesialist, noe som er nesten dobbelt så stor andel som gjennomsnittet for hele Helse Midt-Norge.

Av de somatiske polikliniske konsultasjonene og dagbehandlingene som utføres ved helseforetakene, utføres 71 prosent ved sykehus i eget helseforetaksområde. Dette er den laveste egenbehandlingsandelen blant helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge. Det er 16 somatiske avtalespesialisthjemler i Helse Nord-Trøndelag. Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette tre ganger så mye som i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde. Ventelistesituasjonen i Helse Nord-Trøndelag synes å ha vært relativt stabil de siste årene.

Polikliniske tjenester innen psykisk helsevern ytes både ved sykehusenes poliklinikker, distriktpsykiatriske sentra og avtalespesialister innen psykiatri/psykologi. Det er 9 avtale-spesialisthjemler i psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag (2 psykiatere og 7 psykologer). Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette på samme nivå som de to andre helseforetaksområdene.

1.2.2 St. Olavs Hospital helseforetaksområde

Befolkningen bosatt i St. Olavs Hospital helseforetaksområde hadde i 2010 401 192 polikliniske somatiske konsultasjoner enten ved en av helseforetakenes poliklinikker eller hos en avtalespesialist. Dette gir et forbruk av somatiske polikliniske tjenester på 1 333 konsultasjoner pr 1 000 innbyggere, noe som er på linje med Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde og lavere enn snittet både for Helse Midt-Norge og for landet som helhet. Innen diagnosegruppene øye og øre/ørebensknute er forbruket relativt lavt, mens det er relativt høyt i forhold til de to andre helseforetaksområdene når det gjelder diagnosegruppen for sykdommer i sirkulasjonssystemet. Av de somatiske polikliniske konsultasjonene foretas ca. 19 prosent hos en avtalespesialist, noe som er nesten halvparten av andelen i Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde.

Av de somatiske polikliniske konsultasjonene og dagbehandlingene som utføres ved helseforetakene, utføres 81 prosent ved sykehus i eget helseforetaksområde. Dette er den høyeste egenbehandlingsandelen blant helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge, noe som er forventet i og med at universitetssykehuset legger i området. Det er 45 somatiske avtalespesialisthjemler i St. Olavs Hospital helseforetaksområde. Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette på nivå med Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde og tre ganger så høyt som i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde. Ventelistesituasjonen i St. Olavs Hospital synes å ha vært relativt stabil de siste årene.

Polikliniske tjenester innen psykisk helsevern ytes både ved sykehusenes poliklinikker, distriktpsykiatriske sentra og avtalespesialister innen psykiatri/psykologi. Det er 35 avtale-spesialisthjemler i psykisk helsevern i St. Olavs Hospital helseforetaksområde (7 psykiatere og 28 psykologer). Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette på samme nivå som de to andre helseforetaksområdene.

1.2.3 Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde

I 2010 hadde befolkningen bosatt i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde 327 604 polikliniske somatiske konsultasjoner enten ved en av helseforetakenes poliklinikker eller hos en avtalespesialist. Dette gir et forbruk av somatiske polikliniske tjenester på 1 332 konsultasjoner pr 1 000 innbyggere, noe som er på linje med St. Olavs Hospital helseforetaksområde og lavere enn snittet både for Helse Midt-Norge og for landet som helhet. Innen diagnosegruppene øye, hud og infeksjonssykdommer er forbruket relativt lavt, mens det er relativt høyt innen øre/ørebensknute og endokrine diagnoser. Av de somatiske polikliniske konsultasjonene foretas ca. 12 prosent hos en avtalespesialist, noe som er nesten halvparten av den gjennomsnittlige andelen for hele helseregionen og mindre enn en tredjedel av andelen i Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde.

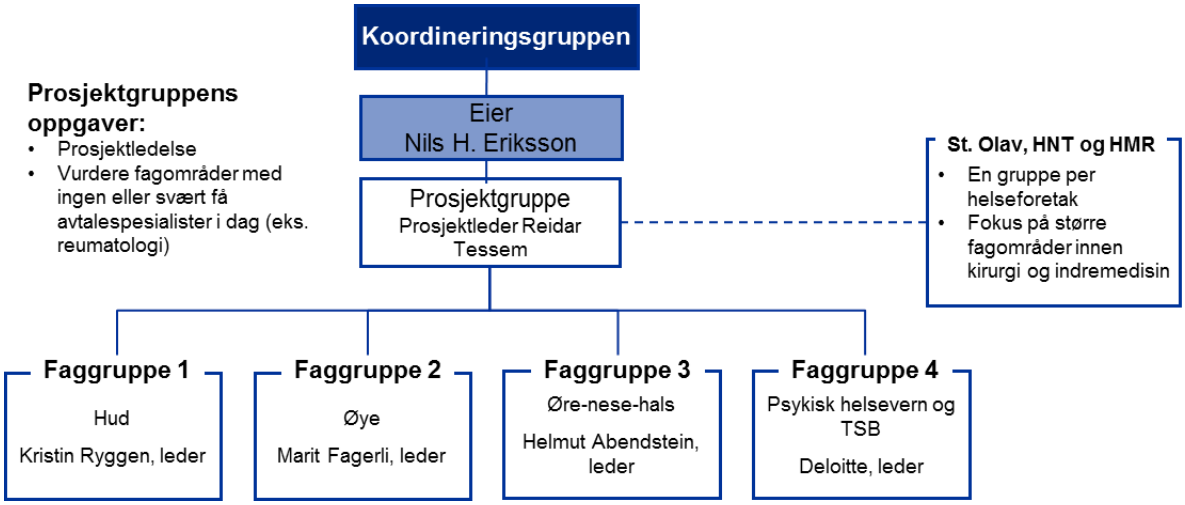
Av de somatiske polikliniske konsultasjonene og dagbehandlingene som utføres ved helseforetakene, utføres 74 prosent ved sykehus i eget helseforetaksområde. Dette er en noe høyere egenbehandlingsandelen enn Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde. Det er 18 somatiske avtalespesialisthjemler i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde. Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette en tredjedel av nivået i Helse Nord-Trøndelags helseforetaksområde.
Ventelistesituasjonen i Helse Møre og Romsdal har utviklet seg positivt de siste årene.

Polikliniske tjenester innen psykisk helsevern ytes både ved sykehusenes poliklinikker, distriktpsykiatriske sentra og avtalespesialister innen psykiatri/psykologi. Det er 17 avtale-spesialisthjemler i psykisk helsevern i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde (2 psykiatere og 15 psykologer). Omregnet til avtalespesialistårsverk pr 1 000 innbyggere er dette på samme nivå som de to andre helseforetaksområdene.

1.3 Prosjektorganisering

Fase 2 av prosjektet fulgte anbefalingene fra fase 1 og ble organisert med arbeidsgrupper innenfor fire utvalgte fagområder; hud, øye, øre-nese-hals og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hver av arbeidsgruppene ble sammensatt av fagpersoner fra de tre helseforetakene i Helse Midt-Norge, samt representanter for avtalespesialister for de aktuelle fagområdene. I tillegg gikk det en bestilling fra prosjektledelsen direkte til de tre helseforetakene om å komme med innspill vedrørende områdene kirurgi og indremedisin. Prosjektgruppen fikk samtidig i oppgave å vurdere fagområder med svært eller få avtalespesialister i dag.

Fase 2 av prosjektet har vært organisert etter følgende modell:



Figur 3: Prosjektorganisering

Prosjektgruppen har hatt følgende sammensetning:

Navn	Rolle i prosjektet	Stilling
Reidar Tessem	Prosjektleder	Seniorrådgiver, Helse Midt-Norge
Helge Torgersen	Ass. Prosjektleder	Deloitte
Johan Fredrik Skomsvoll	Medlem	Medisinsk fagsjef, St. Olavs Hospital HF
Karin Bostad	Medlem	Rådgiver, Rusbehandling Midt-Norge HF
Helge Ristesund	Medlem	Ass. direktør, Helse Møre og Romsdal HF
Arnt Egil Hasfjord	Medlem	Rådgiver, Helse Midt-Norge RHF
John Ivar Toft	Medlem	Klinikkleder Kir.kl., Helse Nord-Trøndelag HF
Morten Dalaker	Medlem	Regional representant for avtalespesialistene (PSL)
Svanhild Jenssen	Medlem	Seniorrådgiver, Helse Midt-Norge RHF
Jon A. Haugum	Medlem	Avtalespesialist psykologi, Trondheim
Matthias Baaske	Medlem	Deloitte

Sammensetningen av faggruppene er presentert i den enkelte faggruppens kapittel (kapittel 4-7). De enkelte helseforetakenes innspill angående fagområdene kirurgi og indremedisin er presentert i kapittel 8.

1.4 Prosjektgruppens mandat

Overordnet mål
Med utgangspunkt i dagens situasjon slik den er beskrevet i sluttrapporten for fase 1, skal prosjektet i fase 2 identifisere ulike modeller for organisering av det polikliniske tilbud i Helse Midt-Norge RHF samt organisering av vaktordning i de berørte fagområder, slik at vi får en bedre og mer likeverdig spesialisthelsetjeneste med bedre ressursutnyttelse.

Effektmål
Prosjektet skal bidra til å oppfylle:

- Utjevning av det polikliniske forbruket i helseregionen
- Endring i bruk av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene
- Bruken av avtalespesialister skal avhjelpe sykehusenes poliklinikker, gjennom mer kapasitet og desentraliserte løsninger, slik at helseregionen når sine mål innenfor ventetider samt at fristbrudd ikke finnes
- Avtalespesialistordningen skal bidra til at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling og at bruken av passiv beredskap ved alle sykehus blir redusert på natt og helg

Resultatmål

- Prosjektet skal fremstille 3 ulike scenarier og vise hvordan effektmålene best kan nåes gjennom å promotere et av scenariene
- På denne bakgrunn skal prosjektet gi en tilråding til hvordan organiseringen av egnede fagområder kan være i framtiden, og hvordan samhandlingen mellom de ulike aktuelle aktørene - egne helseforetak, avtalespesialister og private sykehus bør være.
- Tilrådingen må inkludere en konsekvensanalyse som viser hvordan den framtidige organiseringen vil innvirke på kvalitet, tilgjengelighet, rekruttering, utdanning og økonomi. - Andre kriterier må vurderes i analysen.

For gjennomføringen av fase 2 ble det etablert arbeidsgrupper innen fire utvalgte fagområder; øre-nese-hals, øye, hud og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Arbeidsgruppenes oppgaver

- Det utarbeides scenarier der vaktfunksjonene begrenses til 1-2 sykehus i regionen
- Det desentrale tilbud skal opprettholdes og videreutvikles. Det utarbeides scenarier med økt ambulering fra de større sykehusene og/eller etablering av nye avtalespesialisthjemler i hel- eller deltid. Det sistnevnte kan også skje ved omgjøring av sykehushjemler til avtalespesialisthjemler, evt. ved at en sykehushjemmel omgjøres til flere deltidshjemler for avtalespesialister
- Etableringer må ta utgangspunkt i reelle behov basert på blant annet registrert forbruk i befolkningen
- Utvikling av det desentraliserte tilbudet skal primært skje i områder der forbruket av tjenester for den aktuelle spesialiteten er lavt i dag
- Det utarbeides kliniske retningslinjer for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i den hensikt å komme frem til retningslinjer som kan utjevne noen av dagens forskjeller i forbruk i regionen; hvilke pasientgrupper skal primært behandles hvor, hvilke pasientgrupper skal kontrolleres og følges opp i spesialisthelsetjenesten osv.

Arbeidsgruppene ble bedt om å benytte scenariotilnærming som metode i sitt arbeid. Alle gruppene skulle starte med å gjennomgå resultatene av kartleggingen fra fase 1 av prosjektet, for å få en felles forståelse for dagens situasjon. En slik felles forståelse danner et viktig grunnlag for konstruktive diskusjoner i det videre arbeidet i gruppene.

Med utgangspunkt i dagens situasjon skulle arbeidsgruppene deretter utarbeide alternative scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet innen sitt fagområde. Konsekvenser av de ulike scenariene skulle så vurderes ved bruk av scenariomatrisen som ble utarbeidet i fase 1 av prosjektet (figur 2), enten ved å fylle ut matrisen eller ved å bruke den som en sjekkliste i drøftingene. Hver arbeidsgruppe har vært sammensatt av fagpersoner fra de respektive områdene. Hovedfokus for gruppene har derfor vært på de *faglige* konsekvensene av eventuelle endringer i organisering av det polikliniske tilbudet.

			0-alternativet (dagens situasjon)	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Kvalitative	Kvalitet	Fagmiljøenes størrelse mtp. kompetanse				
		Tjenestekvalitet				
		Samhandling mellom miljøene				
		Pasientservice				
		Funksjonsfordeling og kvalitet				
		Tilbudet skal gis på beste effektive omsorgsnivå (BEON)				
		Trygghet for befolkningen				
	Tilgjengelighet og samordning av servicetilbud	Vurdering av nærhet				
		Vurdering av tilgjengelighet				
		Pasienttransport				
		Vurdering av kapasitet mot behov				
		Legge til rette for forutsigbar samhandling med kommuner				
	Forholdene for de ansatte	Reisevei for de ansatte				
		Størrelse på miljø				
		Rekruttering				
		Attraktivitet ovenfor høyskole og universiteter				
		Attraktivitet ovenfor andre medisinske miljøer				
	Faglig utviklings- og forsknings-muligheter	Mulighet for realisering av faglige gevinster				
		Mulighet for nettverksutvikling				
		Spesialisering				
		Utdanning				
	Styrbarhet	Styrbarhet				
Kvantitative	Driftsøkonomiske vurderinger	Endring i vaktordninger				
		Endring i bemanning				
		Endring i transportkostnader				
		Omstillingskostnader				
		Mulige innsparinger				
		Andre gevinster				

Figur 4: Scenariomatrise

Arbeidsgruppene skulle til slutt anbefale ett av scenariene. I disse vurderingene ble det tatt hensyn til i hvilken grad gruppen mener det vil være krevende eller enkelt å gjennomføre de endringene som følger av hvert enkelt scenario.

Helseforetakenes oppgaver
I tillegg til at det ble etablert fire arbeidsgrupper, gikk det en bestilling fra prosjektledelsen direkte til de tre helseforetakene der de ble bedt om vurdere om det innenfor sine respektive opptaksområder er grunnlag for større desentralisering av de polikliniske tilbud innen de store fagområdene innen kirurgi og indremedisin.

Helseforetakene ble bedt om å vurdere scenarier:

- Der vaktfunksjonene begrenses til færre sykehus
- Med økt ambulering fra de større sykehusene og/eller etablering av nye avtalespesialisthjemler i hel- eller deltid. Det sistnevnte kan også skje ved omgjøring av sykehushjemler til avtalespesialisthjemler, evt ved at en sykehushjemmel omgjøres til flere deltidshjemler for avtalespesialister.
- Der etableringer tar utgangspunkt i reelle behov basert på blant annet registrert forbruk i befolkningen. Utvikling av det desentraliserte tilbudet skal primært skje i områder der forbruket av tjenester for den aktuelle spesialiteten er lavt i dag
- Der det utarbeides kliniske retningslinjer for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i den hensikt å komme frem til retningslinjer som kan utjevne noen av dagens forskjeller i forbruk i regionen; hvilke pasientgrupper skal primært behandles hvor, hvilke pasientgrupper skal kontrolleres og følges opp i spesialisthelsetjenesten osv.
- Der det vurderes hva spesialisthelsetjenesten kan bidra med i forhold til å sette primærhelsetjenesten bedre i stand til å ivareta en større del tjenestetilbudet der dette er naturlig

Helseforetakene ble bedt om å sende sine innspill til organisering av det polikliniske tilbudet, samt andre innspill knyttet til bruk av avtalespesialister i sitt område, til prosjektledelsen.

Prosjektgruppens oppgaver
Prosjektgruppen hadde ansvar for prosjektledelse og samordning av arbeidet som ble gjort i arbeidsgruppene og i helseforetakene. I tillegg fikk prosjektgruppen i oppgave å vurdere fagområder med ingen eller svært få avtalespesialister i dag.

1.5 Avtalespesialistenes rolle

Avtalespesialister er leger og psykologer med spesialistgodkjenning og som har avtale om drift av sin praksis med det regionale helseforetaket. Avtalespesialistene er en viktig del av den samlede spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge, og skal arbeide i tråd med det regionale helseforetakets prioriteringer.

Gjennomgang av bruken av avtalespesialister, målt i polikliniske konsultasjoner, viser at avtalespesialistene står for en vesentlig andel av totalt antall konsultasjoner i spesialisthelse-tjenesten i Helse Midt-Norge. Avtalespesialistene er organisert både som solopraksis og gruppepraksis. Avtalepraksisene er hovedsakelig lokalisert i lokaler utenfor helseforetakenes bygningsmasse/sykehusene.

Avtalespesialisttjenesten finansieres ved driftstilskudd, trygderefusjon og pasientenes egenandeler. Den norske legeforening, Den norske psykologforening og de regionale helseforetakene har etablert normtall for normalaktivitet per år i form av antall kontakter per spesialist. Normtallene inneholder tall for hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i full stilling. Disse varierer avhengig av spesialitet.

Pasientrettighetsloven kapittel 2 omhandler blant annet pasientens rett til helsehjelp, rett til vurdering, fornyet vurdering og valg av sykehus. Avtalespesialistene omfattes ikke av lovkravet om rett til vurdering og har således ikke mulighet til å tildele rett og frist for nødvendig helsehjelp. Dette ble også omtalt i forbindelse med internrevisjonen i 2010[3]; «*I oppsummeringsrapport fra revisjonen er RHF anbefalt å foreta en gjennomgang av avtaleverket med tanke på endringer som sikrer pasienter rettigheter på samme linje som ved henvisning til den offentlige helsetjenesten».* En avtalespesialist kan imidlertid være den som innfrir en pasients rett til helsehjelp.

I tillegg til den individuelle avtalen inngått med helseforetaket, reguleres avtalespesialistenes rettigheter, plikter og økonomiske forhold gjennom en rekke andre avtaler som f eks rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister og Registreringsveileder for avtalespesialistene. For fullstendig oversikt over aktuelle avtaler vises til kapittel 3.2 i sluttrapporten fra fase 1.

Det er det regionale helseforetaket som utlyser og behandler søknader for ledige hjemler. Søknader til ledig hjemmel blir vurdert etter følgende kriterier:

- Ansiennitet etter godkjenning som spesialist
- Erfaringer fra spesielt prioriterte fagområder og fordypninger innen spesialiteten/andre spesialiteter/grensespesialiteter
- Erfaring fra spesialistpraksis/poliklinikk
- Kjennskap til helsevesenet i helseregionen
- Realistisk mulighet til å drive en spesialistpraksis i henhold til å dekke prioriterte behov i spesialisthelsetjenesten
- Interesse for og mulighet for å etablere samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjeneste
- Interesse for å holde seg faglig oppdatert i eget fag
- Interesse for og erfaring i samarbeid med allmennpraktiserende leger

3 Årsrapport internrevisjonen og revisjonskomiteen 2010, 2. februar 2011

2 Oppsummering fra arbeidsgruppene og helseforetakenes innspill

Dette kapitlet inneholder en oppsummering av delleveransene fra hver av de fire arbeidsgruppene og innspillene fra helseforetakene. Delleveransene presenteres i sin helhet i kapittel 4-7. Innspillene fra helseforetakene presenteres i kapittel 8, samt i vedlegg.

De fire arbeidsgruppene har valgt en noe ulik tilnærming til prosjektet. Dette skyldes i hovedsak ulikheter mellom fagområdene mht status på dagens situasjon og datagrunnlaget fra fase 1, samt at gruppene har hatt ulik tid til rådighet. Det siste gjelder spesielt for arbeidsgruppen Psykisk helsevern og TSB som ble etablert noe senere enn de andre gruppene og derfor kun hadde tid til å gjennomføre to arbeidsgruppemøter.

2.1 Spesialitet «øre-nese-hals»

Arbeidsgruppen har utarbeidet ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer for hvert av de tre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge RHF.

I årene fremover vil behovet for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-halssykdommer øke, i hovedsak som følge av befolkningsutviklingen.

Arbeidsgruppens generelle anbefaling er at det økte behovet for polikliniske konsultasjoner best kan møtes med en økning i kapasiteten både på eksisterende sykehusavdelinger og utenfor sykehus, i avtalespesialistpraksis. Dette vil kreve en noe endret aktivitetsfordeling mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister i regionen. For å avlaste sykehuspoliklinikkene vil avtalespesialister få et større ansvar for kontrollkonsultasjoner, men uten at sykehusenes utdanningsoppgave svekkes.

Arbeidsgruppen anbefaler at dagens sykehustilbud innen øre-nese-hals styrkes, i tillegg til at man får en kapasitetsøkning utenfor sykehusene. En endring i sykehustilbudet der vaktfunksjoner i Trøndelag sentraliseres, vil etter arbeidsgruppens mening være medisinsk uforsvarlig og vil svekke attraktiviteten til Nord-Trøndelag HF som arbeidssted for øre-nese-halsleger.

For Helse Midt-Norge samlet sett vil anbefalte scenarier føre til en økning i overlegestillinger fra dagens 20,5 stillinger, til 25 stillinger i 2040. Antall avtalehjemler foreslås å økes fra dagens 8,3 til 15 hjemler i 2040. Dette bør skje ved en gradvis opptrapping som samsvarer med behovsutviklingen.

De anbefalte scenariene vil gi et mer desentralisert poliklinisk tilbud. Desentraliseringen skal ivaretas enten ved en ambulerende løsning fra sykehus, eller ved etablering av avtalespesialister i områder dersom det er tilstrekkelig grunnlag for en avtalespesialistpraksis.

Anbefalt scenario vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, økes fra dagens nivå på 1,1 til 1,8. Landsgjennomsnittet i dag er 1,9.

Arbeidsgruppen ser pr i dag begrenset mulighet til å overføre deler av den polikliniske aktiviteten innen øre-nese-hals til primærhelsetjenesten. Diagnostikk og behandling innen øre-nese-hals er høyspesialisert og utstyrskrevende, noe som er vanskelig å etablere i primærhelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener imidlertid at det er potensiale for å øke kvaliteten på henvisninger fra primærhelsetjenesten innen øre-nese-hals sykdommer. Dette vil kunne føre til en mer effektiv oppfølging av pasientene i spesialisthelsetjenesten.

2.2 Spesialitet «øye»

KONUS-rapporten[4] viser at rekruttering vil være en stor utfordring innen øyefaget mot 2030. I diskusjonene om alternative modeller for organisering av det polikliniske tilbudet innen øyefaget har derfor modellenes betydning for rekrutteringssituasjonen vært tillagt stor vekt.

Arbeidsgruppen har utarbeidet tre ulike scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet innen øye i Helse Midt-Norge RHF:

- Scenario 1 – Nedleggelse av øyeavdelingen i Namsos
- Scenario 2 – Poliklinikk og dagbehandling ved Sykehuset Namsos
- Scenario 3 – Dagens situasjon

I november 2011 oppnevnte administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF en arbeidsgruppe som skulle se på fremtidig organisering av øyetilbudet i helseforetaket. Arbeidsgruppen leverte sin sluttrapport fra arbeidet i januar 2012[5]. Rapporten inneholder en anbefaling om fremtidig organisering av øyetilbudet. Prosjektgruppen fikk beskjed om å legge til grunn at rapporten fra Helse Møre og Romsdal HF vil være førende for den videre utviklingen, og har derfor ikke diskutert alternative vaktordninger i dette helseforetaket.

Arbeidsgruppen anbefaler scenario 3 som er en videreføring av dagens situasjon. Hovedargumentene for dette er at både scenario 1 og 2 vil ha en negativ effekt på rekrutteringen av avtalespesialister til Namsos. Også i scenario 1 vil det være behov for øyespesialister i regionen, da i form av avtalespesialister. Arbeidsgruppen tror også at scenario 2 vil føre til at fagmiljøet sakte reduseres, og dermed kun er et skritt på veien mot scenario 1.

Scenario 1 og 2 vil i tillegg medføre en bygningsmessig utfordring for St. Olavs Hospital da det per i dag ikke er plass til å øke aktiviteten ved øyeavdelingen i Trondheim. En overføring av aktivitet til St. Olavs Hospital vil også medføre lengre reisevei for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Namsos, noe som både vil kunne gi befolkningen redusert opplevelse av trygghet, samt økte reisekostnader for Helse Midt-Norge RHF.

Arbeidsgruppen har beregnet fremtidig ressursbehov, både for øyespesialister og LIS stillinger. Det er beregnet at det totalt sett vil være et behov for ca 14 nye øyelegehjemler i Helse Midt-Norge RHF frem mot 2030. Disse bør fordeles mellom sykehus og avtalespesialister ut fra prinsippet om at det som kan gjøres av avtalespesialister i størst mulig grad skal gjøres av avtalespesialister, mens det som må gjøres i sykehus skal gjøres der. Samtidig må man ha noe av den «enklere» aktiviteten også i sykehus på grunn av opplæring og utvikling av kompetansen der. Allerede i dag vil det være behov for minimum 4 nye LIS stillinger, og dette behovet vil øke i takt med økningen i behovet for øyespesialister.

Den anbefalte ressursøkningen vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, i Helse Midt-Norge samlet sett økes fra dagens nivå på 2,8 til 3,2. Landsgjennomsnittet i dag er 3,9. Det bør i fremtiden bli en bedre utjevning av øyelegehjemler fordelt på befolkningsgrunnlag enn tilfellet er i dag. Det vil si at det trolig er behov for flere avtalehjemler til Helse Møre og Romsdal HF, samt at Trondheimsområdet vil trenge flere hjemler på sikt.

[4] Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av framtidig status, Norsk Oftalmologisk Forening, 2012
[5] Rapport «Framtidig organisering av augetilbodet», Oppfølging av foretaksprotokoll 30. juni 2011, Helse Møre og Romsdal, 12.01.12

2.3 Spesialitet «hud»

Arbeidsgruppen har utarbeidet ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer for hvert av de tre helseforetaksområder i Helse Midt-Norge RHF.

I årene fremover vil behovet for polikliniske konsultasjoner innen hudsykdommer øke, i hovedsak som følge av befolkningsutviklingen.

Arbeidsgruppens generelle anbefaling er at det økte behovet for polikliniske konsultasjoner best kan møtes med en økning i kapasiteten både på eksisterende sykehusavdelinger og utenfor sykehus, i avtalespesialistpraksis. Dette vil kreve en noe endret aktivitetsfordeling mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister i regionen. For å avlaste sykehuspoliklinikkene vil avtalespesialister få et større ansvar for kontrollkonsultasjoner, men uten at sykehusenes utdanningsoppgave svekkes.

Arbeidsgruppen anbefaler at det eksisterende tilbudet ved St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF styrkes, i tillegg til at man får en kapasitetsøkning utenfor sykehusene. En sentralisering av sykehustilbudet innen hudsykdommer for hele Helse Midt-Norge RHF, vil etter arbeidsgruppens mening vanskeliggjøre rekruttering av hudleger til de andre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge RHF.

For Helse Midt-Norge samlet sett vil anbefalte scenarier føre til en økning i overlegestillinger fra dagens 11,4 stillinger, til 15 stillinger i 2040. Antall avtalehjemler foreslås å økes fra dagens 7,2 til 12 hjemler i 2040. Dette bør skje ved en gradvis opptrapping som samsvarer med behovsutviklingen.

De anbefalte scenariene vil gi et mer desentralisert poliklinisk tilbud. Desentraliseringen skal ivaretas enten ved en ambulerende løsning fra sykehus, eller ved etablering av avtalespesialister i områder dersom det er tilstrekkelig grunnlag for en avtalespesialistpraksis.

Anbefalt scenario vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, økes fra dagens nivå på 0,9 til 1,4 som tilsvarer landsgjennomsnittet.

Arbeidsgruppen mener at poliklinisk utredning og behandling innen enkelte hudsykdommer kan gjennomføres hos primærleger. Dette vil kunne avlaste spesialisthelsetjenesten og samtidig bidra til å heve kvaliteten på henvisninger innen hudsykdommer fra primærlegene. Spesialister i hudsykdommer vil kunne bidra til en kompetanseheving innen diagnostikk og behandling av hudsykdommer i primærhelsetjenesten.

2.4 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Et av målene for dette prosjektet er å få til en endring i bruk av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene. Arbeidsgruppen ser at dette er fornuftig, men mener det vil være viktig at man utvikler et samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene som er av en slik art at attraktiviteten ved avtalepraksis ivaretas. Avtalespesialister har i dag relativt høy aktivitet innenfor direkte pasientkontakt (terapisamtaler). En av årsakene til den høye aktivitet er knyttet til organisering. Redusert møtevirksomhet og administrative oppgaver tillater avtalespesialisten å bruke vesentlig større andel av sin arbeidstid på direkte pasientkontakt enn hva behandlere i DPS kan. Det er viktig at eventuelle endringer ikke bidrar til å redusere muligheten til å opprettholde den høye aktiviteten hos avtalespesialistene.

Det er i dag liten grad av samhandling mellom helseforetakene og avtalespesialistene, og de har liten kjennskap til hverandre. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det etableres en møtearena der partene kan bli kjent, utveksle informasjon og diskutere hvordan man best mulig kan samarbeide for å sikre optimal utnyttelse av eksisterende kompetanse og ressurser.

Det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge er i relativt høy grad desentralisert i dag. SSBs befolkningsfremskriving viser at den største veksten fremover vil komme i Trondheimsregionen. Samtidig har Trondheim en stor andel unge, og det er de som utgjør den store pasientgruppen innen psykisk helsevern og rus. Det er en kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern allerede i dag, og arbeidsgruppen erfarer at det er størst behov for kompetanse innen allmennpsykiatriske problemstillinger hos voksne i Trondheim, og at dette behovet vil være økende. Dette kan løses av både klinisk psykolog og psykiater.

BUP i Nord-Trøndelag har i dag et behov for nevropsykologkompetanse, men det har vist seg vanskelig å rekruttere slik kompetanse til Nord-Trøndelag. I Trondheim har de nylig fått økte ressurser på dette området, så her er behovet dekket pr i dag. Innen BUP ser de også at de fremover vil få en utfordring knyttet til å ivareta den minste aldersgruppen (0-5 år). Dette er en gruppe som de først nå begynner å få tak i, så her vil det være økt aktivitet fremover sammenliknet med i dag.

Arbeidsgruppen mener at en økning av avtalespesialister i regionen vil kunne bidra til god volumøkning mht utrednings- og behandlingskapasitet innen psykisk helsevern, men at en ressursøkning totalt sett bør skje gjennom en fordeling av nye hjemler mellom helseforetakene og avtalespesialister, etter behov i de ulike pasientgruppene.

2.5 Innspill fra helseforetakene

Det har i prosjektperioden pågått flere til dels krevende parallelle prosesser i helseforetakene, noe som nok har medvirket til at det er ulikt i hvilken grad helseforetakene har besvart henvendelsen fra prosjektet. Enkelte avdelinger har kommet med sine innspill. Det er viktig å påpeke at disse på ingen måte må ses på som helseforetakenes fullstendige bilde på ressursbehovet, verken internt eller for avtalespesialister. Helseforetakene har bedt de enkelte klinikkene/avdelingene om å svare direkte på den utfordringen helseforetaket fikk gjennom dette prosjektet. Det betyr at det ikke foreligger verken noen anbefaling eller noen prioritering mellom fagområdene fra helseforetaksledelsene sin side.

Helseforetakene mener det er mulig å desentralisere mer av virksomheten innen noen fagområder, særlig gjelder dette kontroller og innen fag der tilleggsundersøkelser i form av avanserte billedundersøkelser og laboratorieundersøkelser ikke er avgjørende. Desentralisering av helsetjenester kan gjøres både ved økt ambulerende virksomhet og ved opprettelse av avtalehjemler. I figuren nedenfor vises en oversikt over områder der helseforetakene mener det bør opprettes flere avtalehjemler, og områder der helseforetakene mener en eventuell ressursøkning helst bør skje i sykehus.

Spesialitet	St. Olavs Hospital HF		Helse Nord-Trøndelag HF		Helse Møre og Romsdal HF	
	Anbefalt ressursøkning		Anbefalt ressursøkning		Anbefalt ressursøkning	
	Sykehus	Avtalespesialist	Sykehus	Avtalespesialist	Sykehus	Avtalespesialist
Indremedisin	x	(x)	Anbefaler økning i ambulerende virksomhet, evt bruk av avtalespesialist i kombinasjonsstillinger			
Revmatologi		x			x	
Urologi		x				x
Nevrologi	x	(x)				
Gynekologi		x				x

Figur 5: Innspill til områder for ressursøkning fra helseforetakene

Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital mener det vil være viktig å få etablert avtalehjemler innen revmatologi da det ikke eksisterer i regionen dag. I Helse Møre og Romsdal mener fagmiljøet imidlertid at det vil være bedre å styrke miljøet innen revmatologi ved sykehuset og heller ivareta behovet for desentralisert tilbud gjennom ambulant poliklinisk virksomhet.

Helseforetakene mener det er nødvendig å styrke det polikliniske tilbudet, både i sykehuspoliklinikker og ved bruk av avtalespesialister, for å dekke behovet for polikliniske konsultasjoner i årene som kommer. Som nevnt over er det identifisert områder der det anbefales at det opprettes avtalehjemler. De fleste fagområdene som har kommet med innspill til dette prosjektet legger imidlertid vekt på behovet for å styrke fagmiljøene i sykehusene, ivareta utdanningsfunksjoner og styrke rekrutteringen, og ønsker derfor å prioritere etablering av nye stillinger i sykehusene. Desentralisering av tilbudet kan da ivaretas gjennom ambulant virksomhet, eventuelt ved at det opprettes deltidshjemler som kombineres med en stilling ved sykehus.

3 Prosjektgruppens samlede vurderinger

Hovedfokus i dette prosjektet har på mange måter vært å se på muligheten til å ytterligere desentralisere det polikliniske tilbudet og vurdere om dette best ivaretas gjennom en ambulering av spesialister fra sykehusene, ved etablering av flere avtalespesialisthjemler eller ved en kombinasjon av disse alternativene. En vurdering av muligheten for reduksjon i antall vaktordninger og derav følgende reduksjon i timer bundet i passiv vakt og beredskap, hører også med i oppdraget. Formålet med sistnevnte er også å frigjøre resurser til et mer omfattende desentralt poliklinisk tilbud.

I tillegg har prosjektet hatt fokus på endring av bruken av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene, samt samarbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Prosjektgruppen har mottatt innspill fra arbeidsgrupper på fagområdene øye, øre-nese-hals, hud og psykisk helsevern/TSB. Alle helseforetakene i tillegg til representanter for avtalespesialistene har vært representert i disse arbeidsgruppene, unntatt i arbeidsgruppen for psykisk helsevern/TSB der representanter for Helse Møre og Romsdal HF ikke har kunnet møte.

Prosjektgruppen har i tillegg mottatt innspill fra helseforetakene i regionen med forslag til nye avtalespesialisthjemler innenfor flere av de store fagområdene. Da det i prosjektperioden har vært flere til dels krevende parallelle prosesser pågående i helseforetakene, har det vært stor variasjon mht hvor grundig fagmiljøene ved de ulike helseforetakene har jobbet med innspill til dette prosjektet. Enkelte avdelinger har kommet med sine innspill som i sin helhet er vedlagt denne rapporten. Da disse innspillene likevel kun representerer enkelte avdelingers synspunkter anbefaler prosjektgruppen at innspillene behandles videre i de regionale fagledernettverkene.

Prosjektgruppen har også på selvstendig grunnlag gjort en vurdering av om det på de minste fagområder kunne være behov for spesielle initiativ i Helse Midt-Norge. Vurderingen er at de mest relevante fagområdene enten er berørt av arbeidsgruppene eller av innspillene fra helseforetakene.

Innspillene, både fra arbeidsgruppene og helseforetakene, viser at det vil være et økende behov for polikliniske tjenester i årene som kommer. Arbeidsgruppene og helseforetakene har kommer med innspill på hvordan ressursøkningen innen de ulike fagområdene kan skje for å møte det økende behovet. Prosjektgruppen mener det vil være viktig å se det videre arbeidet med å løse denne ressursutfordringen i sammenheng med andre pågående prosesser i helseforetakene.

Videre i dette kapitlet presenteres prosjektgruppens vurderinger av de problemstillinger som har hatt fokus i dette prosjektet.

Desentralisering gjennom ambulering fra helseforetakene eller bruk av avtalespesialister?

Arbeidsgruppene har vurdert ulike scenarier for den fremtidige utvikling av det desentrale polikliniske tilbudet; alt fra å satse på ren ambulering fra sykehusene til å satse utelukkende på bruk av avtalespesialister. Arbeidsgruppene synes i stor grad at mye taler for å fortsette dagens arbeidsdeling mellom sykehusene og avtalespesialistene, dvs at det er å anbefale å møte det fremtidige kapasitetsbehovet både med en bemanningsøkning i sykehusene og en økning i antall avtalespesialisthjemler.

Helseforetakene er også utfordret til å komme med innspill til alternative scenarier for utvikling av det desentrale polikliniske tilbudet innen de store spesialitetene. Prosjektet har mottatt

konkrete innspill fra noen av avdelingene ved St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF, samt fra fagsjef i Helse Nord-Trøndelag HF. Tilbakemeldingene har mest fokus på dagens samlede kapasitetsbehov for spesialitetene og i mindre grad på hvilken ordning som i fremtiden vil være best egnet til å ivareta et desentralt poliklinisk tilbud.

Det er verdt å bemerke at helseforetakene har bedt de enkelte klinikkene/avdelingene om å svare direkte på den utfordringen helseforetaket fikk gjennom dette prosjektet. Det betyr at det ikke foreligger verken noen anbefaling eller noen prioritering mellom fagområdene fra helseforetaksledelsene sin side.

Prosjektgruppen vil derfor sterkt understreke betydningen av en tett dialog mellom helseforetaksledelsene og det regionale helseforetak i forbindelse med tildeling av både legehjemler i sykehusene og avtalespesialisthjemler i opptaksområdet, også i avveiningen mellom disse alternativene.

På grunn av de store forskjellene mellom helseforetaksområdene både når det gjelder det totale forbruksmønster og bruk av avtalespesialister, vil løsningene kunne variere mellom de enkelte foretakene. Prosjektgruppen anbefaler at det regionale helseforetaket i denne dialogen spesielt har fokus på:

- At Helse Midt-Norge i større grad benytter seg av den muligheten som ligger i økt bruk av avtalespesialister. Kartleggingen i fase 1 av prosjektet viser at Helse Midt-Norge bruker lite avtalespesialister sammenliknet med landsgjennomsnittet. I overkant av 20 prosent av dagens polikliniske konsultasjoner i Helse Midt-Norge gjennomføres hos avtalespesialist. Dette fordeler seg med 12 prosent i Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde, 19 prosent i St. Olavs Hospital helseforetaksområde og 37 prosent i Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde. I Helse Sør-Øst vurderes det nå å arbeide mot at ca 50 prosent av konsultasjonene skal være hos avtalespesialist.
    - Helse Midt-Norge må ha 25,8 nye somatiske avtaleårsverk for å komme på nivå med landsgjennomsnittet for antall somatiske avtaleårsverk pr innbygger (kfr rapport fase 1). Med dagens gjennomsnitt på 64 prosent årsverk pr avtalehjemmel vil dette innebære 39 nye avtalespesialisthjemler i Helse Midt-Norge.
    - Helse Midt-Norge må ha 53,7 nye avtaleårsverk innen psykisk helsevern for å komme på nivå med landsgjennomsnittet for antall avtaleårsverk pr innbygger innen psykisk helsevern (kfr rapport fase 1). Med dagens gjennomsnitt på 63 prosent årsverk pr avtalehjemmel vil dette innebære 85,3 nye avtalespesialisthjemler innen psykiatri/psykologi.

  For flere av spesialitetene vil det være mulig å benytte seg av normtall når det gjelder antall avtalespesialister i forhold til innbyggertallet.
- Løsninger som legger til rette for størst mulig grad av desentralisering av tilbudet uten at dette går ut over det tilbud som må være i sykehusene. Avtalespesialister kan være et virkemiddel for å sikre lik tilgjengelighet til helsetjenester.
- Geografisk plassering som både understøtter en desentralisering av tilbudet og samtidig sikrer en strategisk plassering med tanke på ønskede endringer av pasientstrømmer. Det vises i den sammenheng til prosjekt Trøndelagsfunksjoner der det både fra St. Olavs Hospital og fra Helse Nord-Trøndelag er uttrykt et ønske om å bygge opp det polikliniske tilbudet i Stjørdal, enten ved avtalespesialister eller ved ambulering fra Sykehuset Levanger eller St. Olavs Hospital, for å redusere pasientstrømmen fra Nord-Trøndelag til St. Olavs Hospital.

- Individuell vurdering av hvert fagområde da forskjellene mellom disse i utgangspunktet er store i tillegg til at det også er store forskjeller mellom helseforetakene. Av de volummessig viktige fagområdene er det særlig innen gynekologi, øye, øre-nese-hals, indremedisin og psykisk helsevern at Helse Midt-Norge bruker mindre avtalespesialister enn resten av landet.
- Fagområder som av ulike grunner egner seg for en avtalepraksis (se innspill fra arbeidsgruppene). Kronikergrupper, enten de er eldre eller barn, vil kunne ha stor nytte av den kontinuitet som en avtalespesialist gjerne vil kunne tilby.
- Områder der den største befolkningsveksten er ventet i årene fremover, og aktuelle områder med manglende dekning i dag

Fra passiv vakt til desentral poliklinisk aktivitet?

Verken arbeidsgruppene eller helseforetakene har gått tungt inn i problemstillingen knyttet til reduksjon av vaktordninger for å frigjøre timer til desentralt poliklinisk arbeid. Dette kan selvfølgelig skyldes at de oppfatter dette til å være et særdeles dårlig forslag. Det kan imidlertid heller ikke utelukkes at dette skyldes at både fagmiljøer og foretak ikke orker å gå inn i de problemstillingene enda en gang etter at dette har vært diskutert gjentatte ganger internt i foretakene. Erfaringene tilsier at slike prosesser tar mye krefter, skaper mye vondt blod og gir begrensede resultater.

Arbeidsgruppen mener at det vil være større sannsynlighet for å lykkes med endringer på dette området dersom den samme prosessen skjer samtidig i alle helseforetakene, og anbefaler derfor at det regionale helseforetaket får ansvaret for å drive den videre prosessen på dette området. Det bør settes ned en arbeidsgruppe som kun ser på vaktordningene, i regi av Helse Midt-Norge RHF.

Hvordan benytte avtalespesialisthjemler?

Prosjektgruppen ser i utgangspunktet positivt på bruk av avtalespesialister i et integrert samarbeid med resten av spesialisthelsetjenesten og som en mulig-gjører av et desentralisert poliklinisk tilbud. Prosjektgruppen vil oppfordre til at ønsket innhold i en avtalespesialist-praksis og integreringen av denne med resten av spesialisthelsetjenesten, får en mer sentral plass i de fremtidige forhandlinger om avtalespesialisthjemler.

Spørsmålet om størrelsene på avtalespesialisthjemmelene har stått sentralt i dette prosjektet. Det er i dag mange varianter av hjemmelstørrelser, alt fra 20 til 100 prosent. Helse Midt-Norge har hatt et uttalt ønske om å legge 100 prosent hjemler til grunn for planleggingen. I prosjektet har andre gitt uttrykk for at hjemlene må være på minimum 50 prosent. Det er også spilt inn til prosjektet muligheten av å ha deltidsstillinger i foretakene kombinert med deltids avtalehjemler. I den sammenheng har løsninger med deltidshjemler helt ned til 20 prosent vært foreslått som en mulighet for å finne gode kombinasjonsløsninger for bedre desentrale tilbud og for å rekruttere og beholde spesialister i sykehus.

Prosjektgruppens mening er at hjemler i hovedsak bør være 100 prosent hjemler i de tilfeller der hjemmelen er avtalespesialistens hovederverv, mens man ser at det kan være fornuftig med mindre andeler dersom det er snakk om bierverv. Dette kan f eks være i tilfeller der en spesialist har 80 prosent stilling ved en sykehusavdeling og en 20 prosent hjemmel som ambulant virksomhet. Fleksibilitet ift størrelsen på hjemler gir også en mulighet til å tilpasse størrelsen på hjemlene til pasientgrunnlaget. Ved en eventuell ressursøkning innen et fagområde bør man ha fokus på den restaktiviteten som ligger i deltidshjemler i dag.

Ved inngåelse av nye avtalehjemler bør avtalespesialistene av faglige hensyn oppfordres til gruppepraksis, samtidig som dette muliggjør at de kan benyttes i spesialistutdanningen.

Som nevnt er prosjektgruppen opptatt av at avtalespesialistene skal være godt integrert med resten av spesialisthelsetjenesten. Det skal i prinsippet også kunne bety at avtalespesialistene inngår i vaktordningene i sykehusene. Dette vil kunne avtales innenfor dagens avtalestruktur, dog uten mulighet for Helse Midt-Norge til å kreve dette, og vil kunne legges inn som forutsetninger for fremtidige avtalespesialisthjemler i spesielle tilfeller der de lokale forhold ligger til rette for en slik ordning. Det har i løpet av prosjektet kommet anbefalte forslag til slike løsninger, for eksempel innen gynekologi.

Det er et begrenset erfaringsgrunnlag for kreative løsninger for bruk av avtalespesialister i tett integrasjon med resten av spesialisthelsetjenesten i arbeidet med desentrale polikliniske løsninger. Prosjektgruppen vil derfor anbefale at Helse Midt-Norge tar initiativ til å samle de erfaringer som foreligger, samt gjennomføring av en pilot på dette området i nært samarbeid med et helseforetak og et klinisk miljø som ønsker å forsøke slike løsninger.

Samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Arbeidsgruppene har kommet med konkrete forslag til hvordan kvaliteten i samarbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan utvikles videre. Det sistnevnte er å anse som innspill fra spesialisthelsetjenestens side til en kommende dialog med primærhelsetjenesten. Prosjektgruppen anbefaler at det avklares hvem som har ansvar for den videre oppfølging av dette initiativet i forhold til primærhelsetjenesten.

I styringsdokumentene fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene for 2011 og 2012 ivaretas intensjonen i samhandlingsreformen gjennom fokus på helhetlige pasientforløp, og at disse skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. I tillegg heter det at pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig.

Dersom en ytterligere desentralisering av det polikliniske tilbudet skal skje ved bruk av avtalespesialister, må de trekkes inn i arbeidet med samhandlingsreformen. Avtalespesialistene har så langt ikke vært involvert i dette arbeidet. En tettere integrering av avtalespesialistene vil være ønskelig for å sikre kontinuitet og helhetlige pasientforløp. Avtalespesialistene må blant annet involveres mer i de regionale fagledernettverkene. For Helse Midt-Norge RHF sin del vil det være nødvendig å i større grad følge opp at avtalespesialistene følger de pålagte kriteriene for prioritering og krav til rapportering.

4 Spesialitet «øre-nese-hals»

4.1 Sammendrag

Arbeidsgruppen har utarbeidet ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer for hvert av de tre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge RHF.

I årene fremover vil behovet for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-halssykdommer øke, i hovedsak som følge av befolkningsutviklingen.

Arbeidsgruppens generelle anbefaling er at det økte behovet for polikliniske konsultasjoner best kan møtes med en økning i kapasiteten både på eksisterende sykehusavdelinger og utenfor sykehus, i avtalespesialistpraksis. Dette vil kreve en noe endret aktivitetsfordeling mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister i regionen. For å avlaste sykehuspoliklinikkene vil avtalespesialister få et større ansvar for kontrollkonsultasjoner, men uten at sykehusenes utdanningsoppgave svekkes.

Arbeidsgruppen anbefaler at dagens sykehustilbud innen øre-nese-hals styrkes, i tillegg til at man får en kapasitetsøkning utenfor sykehusene. En endring i sykehustilbudet der vaktfunksjoner i Trøndelag sentraliseres, vil etter arbeidsgruppens mening være medisinsk uforsvarlig og vil svekke attraktiviteten til Nord-Trøndelag HF som arbeidssted for øre-nese-halsleger.

For Helse Midt-Norge samlet sett vil anbefalte scenarier føre til en økning i overlegestillinger fra dagens 20,5 stillinger, til 25 stillinger i 2040. Antall avtalehjemler foreslås å økes fra dagens 8,3 til 15 hjemler i 2040. Dette bør skje ved en gradvis opptrapping som samsvarer med behovsutviklingen.

De anbefalte scenariene vil gi et mer desentralisert poliklinisk tilbud. Desentraliseringen skal ivaretas enten ved en ambulerende løsning fra sykehus, eller ved etablering av avtalespesialister i områder dersom det er tilstrekkelig grunnlag for en avtalespesialistpraksis.

Anbefalt scenario vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, økes fra dagens nivå på 1,1 til 1,8. Landsgjennomsnittet i dag er 1,9.

Arbeidsgruppen ser pr i dag begrenset mulighet til å overføre deler av den polikliniske aktiviteten innen øre-nese-hals til primærhelsetjenesten. Diagnostikk og behandling innen øre-nese-hals er høyspesialisert og utstyrskrevende, noe som er vanskelig å etablere i primærhelsetjenesten. Arbeidsgruppen mener imidlertid at det er potensiale for å øke kvaliteten på henvisninger fra primærhelsetjenesten innen øre-nese-hals sykdommer. Dette vil kunne føre til en mer effektiv oppfølging av pasientene i spesialisthelsetjenesten.

4.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidsgruppen for fagområdet øre-nese-hals har bestått av følgende personer:

- Helmut Abendstein, St. Olavs Hospital HF (Leder)
- Tom A. Julsrud, Helse Nord-Trøndelag HF
- Christopher Wiig, Helse Møre og Romsdal HF (Molde)
- Odd Arvid Lange, Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund)
- Dag Kristiansen, Medi3 (PSL-representant)
- Matthias Baaske, Deloitte (prosjektstøtte)

Arbeidsgruppen har gjennomført fem arbeidsmøter i prosjektperioden.

I første møte med arbeidsgruppen ble prosjektmandatet, bakgrunn, arbeidsgruppens oppgaver og dagens situasjon innen øre-nese-hals i Helse Midt-Norge RHF gjennomgått. Fokus i andre møte var å verifisere både aktivitetstallene og dagens ressurser, og det ble foretatt nødvendige justeringer i tallmaterialet for å få et riktig bilde av aktiviteten gjennomført innen øre-nese-halssykdommer, samt en oppdatert oversikt over ressurser (avtalespesialister og legestillinger på sykehus) i de ulike helseforetaksområdene. Andre møte ble også brukt til å gi en innføring i scenariotilnærming.

Arbeidsgruppen begynte i sitt tredje møte utviklingen av ulike scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-hals i Helse Midt-Norge. Grunnlaget for utviklingen av scenarier var befolkningsfremskriving frem mot 2040 i tiårsintervall, samt forbruksraten for polikliniske konsultasjoner pr helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF. I møtet ble arbeidsgruppen også oppfordret til å komme med innspill på aktiviteter (utredninger/behandlinger) som fagmiljøet mener kan overføres til primærhelsetjenesten. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten har som formål å avlaste spesialisthelsetjenesten og samtidig støtte opp om BEON-prinsippet[6] i behandlingskjeden.

Etter å ha oppsummert innspillene til fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet, diskuterte arbeidsgruppen i sitt fjerde møte konsekvenser av foreslåtte løsninger. Med utgangspunkt i foreslått antall ressurser, både stillinger i sykehus og avtalehjemler, beregnet man hvilken kapasitet dette ville gi, dvs hvor mange polikliniske konsultasjoner man kunne forvente ville bli gjennomført pr år. Denne kapasiteten ble så sammenliknet med det fremtidige behovet for polikliniske konsultasjoner, beregnet ved en fremskriving av forbruksraten fra 2010.

Forbruksraten ble fremskrevet ved bruk av en ren befolkningsfremskriving. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at andre forhold som kan ha innvirkning på forbruksraten i den ene eller andre retningen (f eks medisinsk framskritt og utvikling, samhandlingsreform, mm) totalt sett vil utjevne hverandre. Med denne forutsetningen ble det beregnet en behovsdekningsgrad i 2020, 2030 og 2040, som viser i hvilken grad foreslått organisering og aktivitetsfordeling egner seg til å dekke behovet for polikliniske konsultasjoner i hvert helseforetaksområde.

I tillegg ble det foretatt en beregning av forventet andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner, samt antall avtalespesialistårsverk pr 100 000 innbyggere for hvert helseforetaksområde. Disse beregningene gir et bilde av i hvilken grad de ulike scenariene kan bidra til å utjevne de regionale forskjellene.

[6] BEON: Best effektive omsorgsnivå

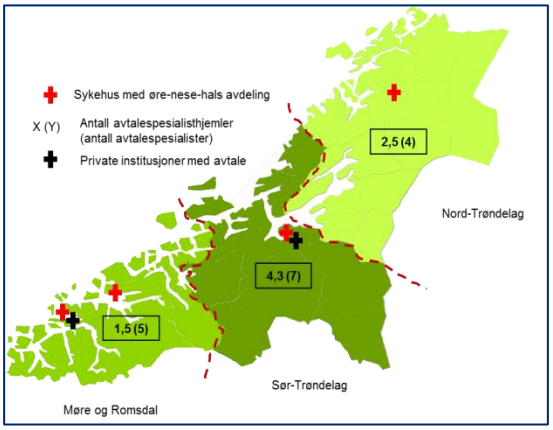
Femte møte i arbeidsgruppen ble benyttet til en grundig konsekvensvurdering der scenariomatrisen beskrevet i kapitel 1.3 ble brukt som hjelpemiddel for å vurdere konsekvenser av anbefalte løsninger innen følgende områder:

- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Etter sitt siste møte har arbeidsgruppen anbefalt en løsning for hvordan det polikliniske tilbudet innen øre-nese-hals bør organiseres, hva som kreves for å dekke det fremtidige behovet og hvordan aktiviteten bør fordeles mellom sykehus og avtalespesialister. Anbefalt løsning presenteres i kapittel 4.4.

4.3 Dagens situasjon

Det polikliniske spesialisthelsetilbudet innen øre-nese-hals i Midt-Norge RHF er i dag fordelt mellom fire sykehus med en øre-nese-hals avdeling, 16 avtalespesialister (8,3 hjemler) og to private institusjoner (Aleris i Trondheim og Medi3 i Ålesund) som har en avtale med Helse Midt-Norge RHF.



Figur 6: Oversikt over det polikliniske tilbud innen øre-nese-hals i Midt-Norge, fordelt etter type behandlingssted og fylke (Kilde: Helse Midt-Norge RHF)

St. Olavs Hospital HF, Ålesund sjukehus og Molde sjukehus har vaktfunksjon innen øre-nese-hals syv dager i uken, mens Sykehuset Namsos har kun vaktfunksjon fem dager i uken. Sykehuset Namsos har ingen vaktfunksjon fire uker om sommeren, i romjulen og i påsken.

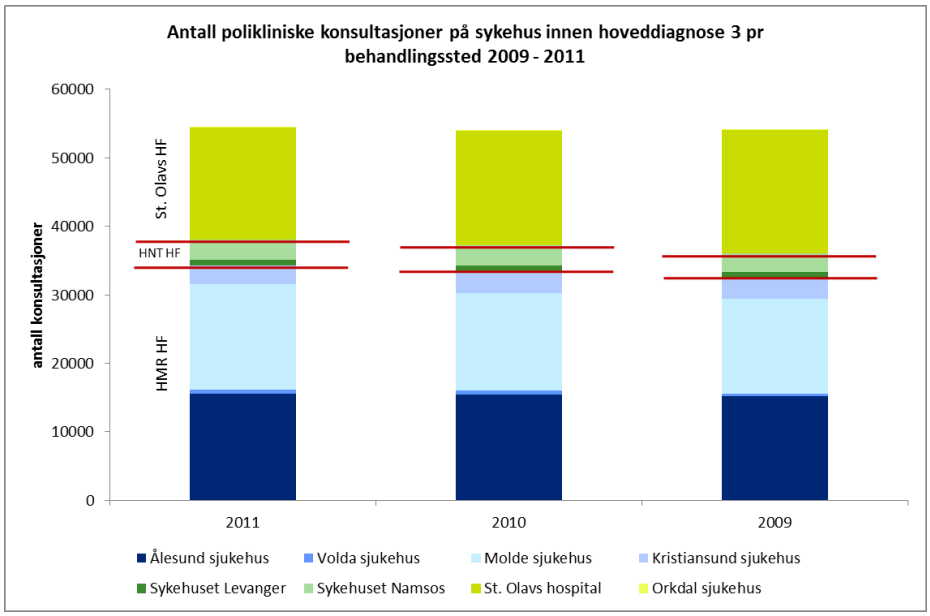
Sykehusressursene innen øre-nese-hals fordeler seg mellom sykehusene i Helse Midt-Norge RHF slik det fremkommer i tabellen nedenfor.

Stilling	Sykehuset Namsos	St. Olavs Hospital HF	Ålesund sjukehus	Kristiansand sjukehus	Molde sjukehus	Sum HMN
Overlege	2	8	5	0,5	5	**20,5**
LIS	0	8	2	0	2	**12**

Tabell 1: Antall legestillinger på sykehus innen øre-nese-hals pr type stilling og sykehus (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Samlet for Helse Midt-Norge RHF ble det i 2011 gjennomført 54 483 polikliniske konsultasjoner på sykehus innen hoveddiagnosegruppe 3. Sykehusene i Helse Møre og Romsdal HF står for 63 prosent av de polikliniske konsultasjonene i 2011 (34 261 konsultasjoner).

Figuren nedenfor gir en oversikt over aktivitetsfordeling og utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på de ulike sykehusene de siste tre årene.



Figur 7: Antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på sykehus innen hoveddiagnose 3, 2009 - 2011 (Kilde: Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister, 2012)

Som det fremkommer av figuren over har antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på sykehus innen hoveddiagnosegruppe 3 hatt en svak vekst (4 prosent) de siste tre årene. I Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF har veksten vært 6 prosent, mens for St. Olavs Hospital HF har aktivitetsnivået vært stabilt.

Rapportering av polikliniske konsultasjoner gjennomført hos avtalespesialister har vært av varierende kvalitet og omfang. I beregninger av aktivitet hos avtalespesialister har arbeidsgruppen derfor benyttet normtall for antall polikliniske konsultasjoner for avtalespesialister som ikke har rapportert til Norsk Pasientregister.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall polikliniske konsultasjoner gjennomført hos avtalespesialister etter helseforetaksområde i 2010.

Avtalespesialister	Antall kons.
Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde	11 288
St. Olavs Hospital helseforetaksområde	10 655
Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde	5 267
SUM aktivitet avtalespesialister	**27 210**

Tabell 2: Polikliniske konsultasjoner gjennomført hos avtalespesialister innen øre-nese-hals etter helseforetaks-område i 2010 (Kilde: Norsk Pasientregister og estimat fra arbeidsgruppen)

Aktivitetstallene inneholder arbeidsgruppenes estimat for polikliniske konsultasjoner for 6 av 16 avtalespesialister i Midt-Norge.

Det ble videre beregnet forbruksrate for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-hals. Beregningene tar ikke hensyn til at pasienter kan ha benyttet avtalespesialister i et annet helseforetaksområde enn det de tilhører. Tallene i tabellen nedenfor er derfor kun et estimat på

forbruksraten pr helseforetaksregion. Som det fremkommer i tabellen har befolkningen i Sør-Trøndelag den laveste forbruksraten for polikliniske konsultasjoner, mens befolkningen i Møre og Romsdal har den høyeste. Andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner varierer fra 13 prosent i Møre og Romsdal til 68 prosent i Nord-Trøndelag. Gjennomsnittlig andel for bruk av avtalespesialister i Norge er 56 prosent.

		Antall polikliniske konsultasjoner					
Bosted	**Folkemengden**	**Sykehus**	**Avtalespesialister**	**Samlet**	**Andel bruk av avtalespesialister**	**Gjennomsnitt Norge**	**Forbruksrate pr 1 000 innbyggere**
Nord-Trøndelag	131 731	5 203	11 288	**16 491**	68 %		125,2
Sør-Trøndelag	304 970	14 401	10 655	**25 056**	43 %		82,2
Møre og Romsdal	248 588	28 207	5 267	**33 474**	16 %		134,7
Midt-Norge samlet	**685 289**	**47 811**	**27 210**	**75 021**	**36 %**	**56 %**	**109,5**

Tabell 3: Forbruksraten for polikliniske konsultasjoner innen hoveddiagnosegruppe 3 for befolkningen i Helse Midt-Norge RHF pr fylke (Kilde: Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister for sykehuskonsultasjoner, Helse Midt-Norge og arbeidsgruppen)

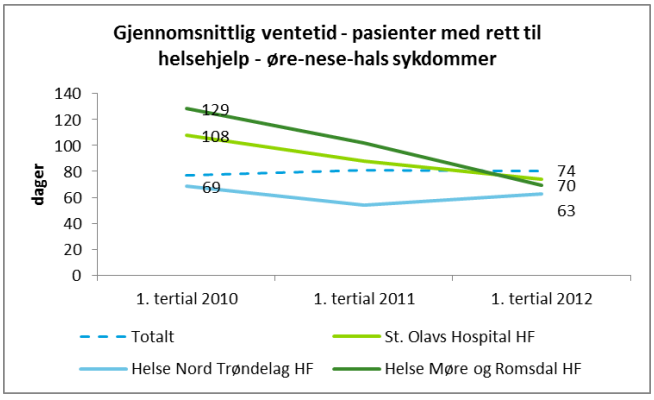
Basert på dagens forbruksrate i helseforetaksområdene og befolkningsframskriving fra SSB ble det gjennomført en behovsframskrivning for polikliniske konsultasjoner frem mot 2040, med tiårsintervall. Tabellen nedenfor gir en oversikt over beregnet behov for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-hals i 2020, 2030 og 2040 pr helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF.

	Behov for polikliniske konsultasjoner			
Helseforetaksområde	**2020**	**2030**	**2040**	**Vekst i %**
Helse Nord-Trøndelag HF	17 779	18 954	19 716	20 %
St. Olavs Hospital HF	26 980	29 479	31 197	25 %
Helse Møre og Romsdal HF	37 522	40 484	42 342	26 %
Samlet behov HMN	**82 002**	**88 768**	**93 233**	**24 %**

Tabell 4: Beregnet behov for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-hals pr helseforetaksområde i 2020, 2030 og 2040 (Kilde: Arbeidsgruppen, SSB, Helse Midt-Norge)

I tilnærmingen til organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-hals ble denne behovsframskrivingen lagt til grunn, og arbeidsgruppen har diskutert ulike scenarier for å dekke behovet i 2040.

Det har vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til helsehjelp siden 1. tertial 2010 for to av tre helseforetak i Helse Midt-Norge RHF. Gjennomsnittlig ventetid er pr 1.tertial 2012 lavere enn landsgjennomsnittet i alle helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF.
Helse Nord-Trøndelag HF har den korteste gjennomsnittlige ventetiden. Ventetiden er her hhv 7 og 11 dager lavere enn gjennomsnittlig ventetid ved Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF. Helse Møre og Romsdal HF har hatt den største reduksjonen i

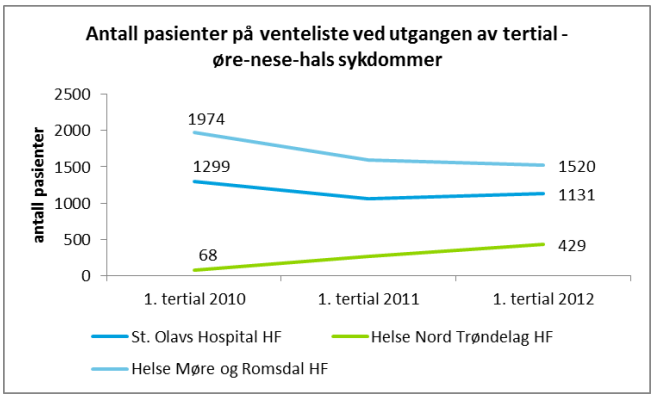


Figur 8: Gjennomsnittlig ventetid, pasienter med rett til helsehjelp, øre-nese-halssykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

gjennomsnittlig ventetiden siden 1. tertial 2010 (59 dager).

I analysen av ventelistesituasjonen innen øre-nese-hals sykdommer ble det ikke skilt mellom omsorgsnivåene (innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling), da offentlig tilgjengelige datakilder (Helsedirektoratet og NPR) ikke viser ventetider per omsorgsnivå. Disse dataene inkluderer heller ikke avtalespesialister eller private institusjoner.

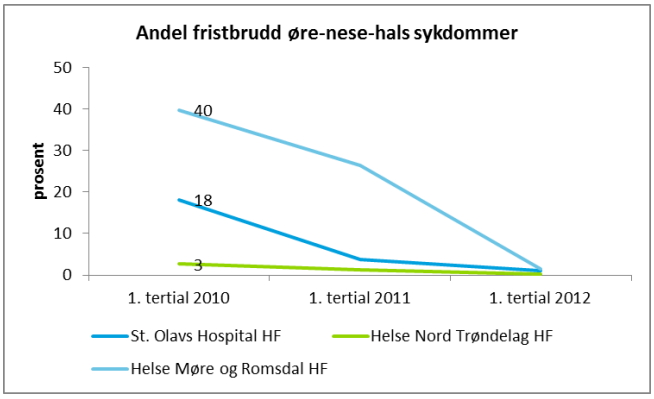
Det har vært en nedgang i antall pasienter på venteliste ved utgangen av 1. tertial for to av tre helseforetak i Helse Midt-Norge RHF. Helse Møre og Romsdal HF hadde ved utgangen av 1. tertial 2012 flest antall ventende, mens Helse Nord-Trøndelag HF hadde færrest antall ventende. Ved utgangen av 1. tertial 2012 sto flere pasienter på venteliste i Helse Nord-Trøndelag HF enn ved utgangen av 1. tertial 2010. Antall ventende ved utgangen av 1. tertial inneholder alle omsorgsnivåer, og det er ikke mulig å vise antall pasienter som kun venter på en poliklinisk behandling.



Figur 9: Antall pasienter på venteliste ved utgangen av 1. tertial, øre-nese-halssykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har en svært lav andel fristbrudd innen øre-nese-halssykdommer. Siden 2010 har det vært kraftig reduksjon i andel fristbrudd ved alle helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF.

I Helse Møre og Romsdal HF opplever 1,5 prosent av pasientene fristbrudd, mens pasienter i Nord-Trøndelag HF ikke opplever fristbrudd. Samtidig har Helse Møre og Romsdal HF hatt den største reduksjonen i andel fristbrudd siden 1. tertial 2010 (37 prosentpoeng).



Figur 10: Andel fristbrudd for pasienter med øre-nese-halssykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

4.4 Forslag til fremtidig organisering

Arbeidsgruppen har utviklet tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer for helseforetaksområdene Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF. For Helse Nord-Trøndelag HF ble det utviklet fire ulike scenarier.

Ved utvikling av scenariene la arbeidsgruppen vekt på behovet for polikliniske konsultasjoner i 2040, og anbefalt ressursøkning er ment gjennomført som en gradvis opptrapping frem til 2040. De anbefalte scenariene for hvert enkelt helseforetaksområde bør ses i sammenheng, for å gi et helhetlig bilde på det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer i Helse Midt-Norge RHF.

I tabellen under gis det en oversikt over anbefalt scenario for hvert helseforetaksområde, samt dagens ressurser og aktivitet innen poliklinisk behandling. Ingen av scenariene arbeidsgruppen anbefaler vil føre til endring i antall sykehus med vaktfunksjon innen øre-nese-halssykdommer.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister
Ressurser 2040	Antall sykehus med vaktfunksjon	4	1	1	2	4
	Antall overlegestillinger	20,5	3,5 (4)	10,5 (4)	12	25
	Antall LIS	12	1	10	8	19
	Antall avtalespesialistårsverk	8,3	3,5 (4)	6,0	5,0	15,0
Kapasitet 2040 (3)	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1)	54 618	6 000	16 950	24 000	46 950
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2)	27 210	12 250	21 000	17 500	50 750
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**81 828**	**18 250**	**37 950**	**41 500**	**97 700**

(1) ekskl. audiograf
(2) ekskl. audiograf
OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 1500 kons/år
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år
(4) HNT HF og St. Olavs Hospital HF deler 1,0 OL
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 5: Oppsummering av anbefalt scenario for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer i Helse Midt-Norge RHF pr helseforetaksområde (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge RHF)

Kolonnen lengst til høyre i tabellen viser det totale antall overleger, LIS-leger og avtalespesialisthjemler i Helse Midt-Norge i 2040 ved det anbefalte scenariet. De tre kolonnene i midten viser anbefalt fordeling av ressurser mellom de tre helseforetakene i 2040. Tallkolonnen lengst til venstre viser dagens situasjon. Ressursøkningen skal skje ved en delvis opptrapping.

Den nederste raden i tabell 5 viser antall polikliniske konsultasjoner man kan forvente gjennomført, gitt ressursene i radene over. I beregningen av antall konsultasjoner er det benyttet normtall. (Se forklaring under tabellen).

I tabellen nedenfor vises andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner ved det anbefalte scenariet. Tabellen viser dagens situasjon samlet for Helse Midt-Norge, beregnet andel for hvert av de tre helseforetaksområdene i 2040 og Helse Midt-Norge samlet i 2040. Kolonnen lengst til høyre viser landsgjennomsnittet.

I den nederste raden i tabellen vises dekningsgraden (antall avtalespesialister pr 100 000 innbyggere) på samme måte.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040	
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei	
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Gjennomsnitt Norge
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	33 %	67 %	55 %	42 %	52 %	56 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	1,1	2,2	1,6	1,6	1,8	1,9

Tabell 6: Beregnet bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner innen øre-nese-halssykdommer og dekningsgrad for avtalespesialisthjemler i 2040 (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge, SSB)

Basert på anbefalt scenario for hvert helseforetaksområde ble det beregnet behovsdekningsgrad på kort- (2020), mellomlang- (2030) og lang sikt (2040) for polikliniske konsultasjoner innen

hvert helseforetaksområde. Behovsdekningsgraden baserer seg på dagens forbruksrate, normtall for polikliniske konsultasjoner pr år pr ressurs og befolkningsframskriving fra SSB (middels nasjonalt vekst, MMMM). Grunnet den store usikkerheten som en langsiktig (2040) behovsberegning innebærer, legges det størst vekt på behovsdekningsgraden i 2020.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister
Dekningsgrad	Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i					
	2020		103 %	141 %	111 %	
	2030		96 %	129 %	103 %	
	2040		93 %	122 %	98 %	

Tabell 7: Beregnet behovsdekningsgrad for polikliniske konsultasjoner pr helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF (Kilde: Arbeidsgruppen, SSB, Helse Midt-Norge RHF)

Som det fremkommer av tabellen ovenfor, vil anbefalt scenario for alle tre helseforetakene være egnet til å dekke beregnet behov for polikliniske konsultasjoner i de to helseforetaksområdene. Anbefalt scenario for St. Olavs Hospital HF vil gi en overkapasitet i forhold til beregnet behov. Arbeidsgruppens begrunnelse for hvorfor det er riktig med denne overkapasiteten gis i avsnittet om St. Olavs Hospital HF senere i dette kapitlet.

En nærmere begrunnelse og alternative løsninger for hvert helseforetaksområde gis i avsnittene nedenfor.

4.4.1 Helse Nord-Trøndelag HF

Arbeidsgruppen har diskutert fire ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet i Helse Nord-Trøndelag HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

Helse Nord-Trøndelag		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Strukturendring			Ja - Sentralisering av vaktfunksjon	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med vaktfunksjon	1	0	1	1	1
	Antall overlegestillinger	2	3	3,5	2	3,5
	Antall LIS	0	1	1	0	1
	Antall avtalespesialistårsverk	2,5	3,5	3,5 (4)	4 (4)	2,5
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1), (3)	3 207	5 250	6 000	3 000	6 000
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2), (3)	11 288	12 250	12 250	14 000	8 750
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**14 495**	**17 500**	**18 250**	**17 000**	**14 750**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	78 %	70 %	67 %	82 %	59 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	1,9	2,2	2,2	2,5	1,6
Dekningsgrad	Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i					
	2020		98 %	103 %	96 %	83 %
	2030		92 %	96 %	90 %	78 %
	2040		89 %	93 %	86 %	75 %

(1) ekskl. audiograf
(2) ekskl. audiograf
OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 1500 kons/år
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år
(4) HNT HF og St. Olavs Hospital HF deler 1,0 OL
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 8: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer i Helse Nord-Trøndelag HF (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen anbefaler at den polikliniske kapasiteten utenfor sykehus styrkes gjennom en økning av antall avtalespesialister fra 2,5 til 3,5 hjemler. Samtidig anbefaler arbeidsgruppen at den polikliniske kapasiteten ved Sykehuset Namsos styrkes ved en økning av antall overlegestillinger

fra 2 til 3,5. I tillegg anbefales det at det etableres 0,5 avtalehjemmel i Stjørdal, knyttet opp mot en overlegestilling ved St. Olavs Hospital.

Alle fire scenarier ble vurdert i henhold til konsekvenser innenfor følgende hovedområder ved bruk av vurderingsmatrisen beskrevet i kapittel 1.3:

- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Resultatet av denne vurderingen var at scenario 2 (anbefalt scenario) ble vurdert som det beste alternativet samlet sett. Nedenfor beskrives arbeidsgruppens vurdering for alle scenariene nærmere.

Scenario 1
Vaktfunksjon fjernes ved Sykehuset Namsos og sentraliseres til St. Olavs Hospital. En stor del av den elektive virksomheten flyttes til Sykehuset Levanger og det er kun poliklinisk virksomhet ved Sykehuset Namsos.

Styrker

- Sykehuset Levangers nærhet til St. Olavs Hospital vil gi bedre mulighet for felles fagutvikling
- En styrking av miljøet ved Sykehuset Levanger vil lettere rekrutteringen av spesialister hit
- Trolig enklere å avlaste St. Olavs Hospital for rutinekirurgi grunnet reiseavstand Trondheim-Levanger framfor Trondheim-Namsos

Svakheter

- Største og mest betydelige svakhet er uforsvarlig avstand til vaktsted (St. Olavs Hospital) for ca. 50 prosent av befolkningen i Nord-Trøndelag, dvs opptaksområdet til Sykehuset Namsos (Namdalen/Steinkjer/Verran, Osen og søndre Helgeland)
- Elektiv kirurgi i Levanger uten vaktvirksomhet på egne opererte pasienter vil være medisinsk uforsvarlig
- Sykehusspesialiser som i dag jobber i Namsos (leger/sykepleiere) vil neppe flytte til Levanger. Når en først må flytte, vil mer attraktive sykehus velges. Eventuelt bofaste vil velge andre disipliner i Namsos. Å bygge opp et helt nytt fagmiljø med sykepleiere og legespesialister vil være krevende og vil måtte gå over flere år.
- Øre-nese-hals er en betydelig leverandør av barneanestesier, forsvinner denne «gulroten» fra Namsos vil anestesileger velge bort Namsos (både nåværende og framtidige). Sykehuset Namsos vil svekkes også innen andre fagdisipliner.

Scenario 2 (anbefalt scenario)
Utvide vaktfunksjon ved Sykehuset Namsos til å gjelde alle dager, hele året. Den polikliniske kapasiteten utenfor sykehus styrkes gjennom en økning av antall avtalespesialister fra 2,5 til 3,5 hjemler. Samtidig styrkes den polikliniske kapasiteten ved Sykehuset Namsos ved en økning av antall overlegestillinger fra 2 til 3,5. I tillegg etableres det 0,5 avtalehjemmel i Stjørdal, knyttet opp mot en overlegestilling ved St. Olavs Hospital.

Styrker

- 50 prosent avtalespesialist i Stjørdal som er knyttet opp mot overlegestilling ved St. Olavs Hospital vil kunne demme opp for pasientflukt fra Stjørdal til St. Olavs Hospital og øke attraktivitet for overlegestilling ved St. Olavs Hospital
- Styrker fagmiljøet ved Namsos sykehus
- Opprettholder forsvarlig reiseavstand for befolkningen i norddelen av Nord-Trøndelag
- Mulighet til å tilby lovlig øre-nese-halsvakt alle dager i året innenfor avtaleverk

Svakheter

- Mindre mulighet til felles nettverksbygging/fagutvikling for Sykehuset Namsos og St. Olavs Hospital sammenliknet med ved scenario 1, grunnet avstand til St. Olavs Hospital

Scenario 3

Vaktfunksjon ved Sykehuset Namsos opprettholdes som i dag. Ressursøkninger skjer i form av etablering av 1,5 nye avtalehjemler der 0,5 av disse etableres i Stjørdal, knyttet opp mot en overlegestilling ved St. Olavs Hospital.

Styrker

- 50 prosent avtalespesialist i Stjørdal som er knyttet opp mot overlegestilling ved St. Olavs Hospital vil kunne demme opp for pasientflukt fra Stjørdal til St. Olavs Hospital og øke attraktivitet for overlegestilling ved St. Olavs Hospital

Svakheter

- For lite behandlingstilbud/operativt tilbud til befolkningen i Nord-Trøndelag vil gi større press sørover til St. Olavs Hospital

Scenario 4

Ressursøkning ved å øke antall overlegestillinger i sykehus. Dette gir mulighet til å utvide vaktfunksjon ved Sykehuset Namsos til å gjelde alle dager, hele året.

Styrker

- Styrker fagmiljøet ved Sykehuset Namsos
- Forsvarlig reiseavstand for befolkningen i norddelen av Nord-Trøndelag
- Mulighet til å tilby lovlig øre-nese-halsvakt alle dager i året innenfor avtaleverk

Svakheter

- Fortsatt pasientlekkasje til St. Olavs Hospital fra Stjørdalsområdet
- Knapp behovsdekningsgrad

4.4.2 St. Olavs Hospital HF

Arbeidsgruppen har diskutert tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet ved St. Olavs Hospital HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

St. Olavs Hospital HF		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Strukturendring			Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med vaktfunksjon	1	1	1	1
	Antall overlegestillinger	8	10,5 (4)	8	11 (4)
	Antall LIS	8	10	8	11
	Antall avtalespesialistårsverk	4,3	6,0	8,0	4,3
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1),(3)	15 676	16 950	13 200	18 150
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2), (3)	10 655	21 000	28 000	15 050
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**26 331**	**37 950**	**41 200**	**33 200**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	40 %	55 %	68 %	45 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	1,4	1,6	2,1	1,1
Dekningsgrad	**Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i**				
	2020		141 %	153 %	123 %
	2030		129 %	140 %	113 %
	2040		122 %	132 %	106 %

(1) ekskl. audiograf
(2) ekskl. audiograf
OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 1500 kons/år
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år
(4) HNT HF og St. Olavs Hospital HF deler 1,0 OL
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 9: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer i St. Olavs Hospital HF (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen anbefaler at den polikliniske kapasiteten utenfor sykehus styrkes gjennom en økning av antall avtalespesialister fra 4,3 til 6 hjemler. Samtidig anbefaler arbeidsgruppen at den polikliniske kapasiteten på St. Olavs Hospital HF styrkes ved en økning av antall overlegestillinger fra 8 til 11, hvorav 1 overlegestilling deles med Helse Nord-Trøndelag HF.

Ved anbefalt scenario vil øre-nese-halsavdelingen ved St. Olavs Hospital HF sørge for å opprettholde den ambulerende løsningen ved Røros sykehus, og etablere en ambulerende løsning for Orkdal sykehus.

Overkapasiteten vist ved behovsdekningsgraden i 2020, 2030 og 2040 i tabellen skal benyttes til å redusere eller fjerne bruken av private institusjoner til behandling av øre-nese-hals sykdommer.

Alle tre scenarier ble vurdert i henhold til konsekvenser innenfor følgende hovedområder ved bruk av vurderingsmatrisen beskrevet i kapitel 1.3:

- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Resultatet av denne vurderingen var at scenario 1 (anbefalt scenario) ble vurdert som det beste alternativet samlet sett.

Dette scenariet er egnet til å dekke behovet for polikliniske konsultasjoner. Gjennom en økning i ressursene i sykehus styrkes universitetssykehusets mulighet til forskning, veiledning og undervisning. Samtidig innebærer scenariet en økning i antall avtalehjemler, noe som vil bidra til å avlaste sykehuspoliklinikk og bidra til et bedre desentralisert tilbud.

Uansett hvilket scenario man velger, vil det være helt nødvendig å forbedre effektiv samarbeid med hensyn til arbeidsfordeling sykehus og avtalespesialister. Det blir i økende grad behov for oppfølging og kontroll hos avtalespesialist.

4.4.3 Helse Møre og Romsdal HF

Arbeidsgruppen har diskutert tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet i Helse Møre og Romsdal HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

Helse Møre og Romsdal HF		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Strukturendring			Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med vaktfunksjon	2	2	2	2
	Antall overlegestillinger	10,5	12	10,5	14
	Antall LIS	4	8	4	8
	Antall avtalespesialistårsverk	1,5	5,0	5,5	3,0
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1), (3)	28 276	24 000	18 750	27 000
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2),(3)	5 267	17 500	19 250	10 500
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**33 543**	**41 500**	**38 000**	**37 500**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	16 %	42 %	51 %	28 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	0,6	1,6	1,7	1,0
Dekningsgrad	**Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i**				
	2020		111 %	101 %	100 %
	2030		103 %	94 %	93 %
	2040		98 %	90 %	89 %

(1) ekskl. audiograf
(2) ekskl. audiograf
OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 1500 kons/år
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år
(4) HNT HF og St. Olavs Hospital HF deler 1,0 OL
100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 10: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen øre-nese-halssykdommer i Helse Møre og Romsdal (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen har etter gjennomgang av scenario 1, 2 og 3, med særlig vekt på vurderingsmatrisens parametere, enstemmig konkludert med tilråding. Det vises til beskrivelse av de ulike scenarioer, herunder også «0-scenario»/basis som i dagens situasjon.

Vurderingsfaktorenes underpunkter av kvalitativ og kvantitativ art (beskrevet i vurderingsmatrise) har vært gjennomgått, likeså risikovurdering av de ulike scenarier. Gruppen er samstemte i en anbefaling av scenario 1.

Avgjørende for konklusjonen er i første rekke at det er en løsning som passer dagens situasjon uten endring i sykehusstrukturen, der kjerneverdier som kvalitet i øre-nese-halstilbudet og trygghet for pasientpopulasjonen ivaretas på den beste måten. Det vil gi en tilsvarende sikkerhet/risikograd for pasientene som i dag, i tillegg til økt nærhet til tilbudet og forventet lavere grad av pasienttransport. Forhold som fagmiljø, rekruttering og styrbarhet er også hensynstatt.

Det er en videre styrke for scenariet at det er kompatibelt med en eventuell endring i sykehusstrukturen, med et lavere antall sykehus (2 eller 3) enn i dag, og gruppen har tatt høyde for denne muligheten ved beregning av dekningsgrad og legestillinger.

Det fremgår i scenario 1 at Helse Møre og Romsdals beredskap innen øre-nese-halssykdommer frem mot 2040 utgjøres av to vakthavende avdelinger, som i dag. Legeressursene anbefales utgjort av 12 overlegestillinger, 8 LIS stillinger og 5 avtalespesialistårsverk. Det siste er en økning i dekningsgrad fra dagens nivå på 0,6 hjemler pr 100 000 innbyggere (lavest i landet), til 1,6 hjemler pr 100 000 innbyggere. Også dette tallet er lavt i nasjonal sammenheng. Likevel estimeres andel bruk av avtalespesialister gjennom denne endringen, økt fra 16 til 42 prosent. Dette forventes å gi en effektivisering i poliklinisk behandling, og frigjorte ressurser i sykehus.

Sykehusstillingene er forventet fordelt etter noenlunde samme nøkkel som i dag. En vil se Ålesund og Volda under ett med tanke på befolkningsgrunnlag og reisevei, og likeså Molde og Kristiansund som en enhet. Pr i dag dekker Ålesunds 5 overleger, 2 LIS og 0,6 driftshjemler øre-nese-halstilbudet på Sunnmøre. I Nordmøre og Romsdal utgjøres tilbudet av 5 overleger og 2 LIS i Molde, samt 0,5 overleger i Kristiansund. I tillegg tilkommer en 0,2 driftshjemmel i Molde, og en 0,5 driftshjemmel i Kristiansund.

Gruppen har tatt høyde for en struktur med to likeverdige avdelinger, en i Nordmøre og Romsdal og en på Sunnmøre, begge med vaktberedskap, og ressursdekning etter folketall. Det korrigeres for dagens situasjon som har en lett overvekt av ressurser mot nordfylket. Likeså er det ønskelig med en utjevning av ubalansen i audiografkapasitet mellom sør- og nordfylket, da man i dag har lavere ressurser tilgjengelig på Sunnmøre. Begge avdelinger (Ålesund og Molde/Kristiansund) bør ha 6 overlegestillinger og 4 LIS stillinger.

Avtalehjemler er satt til 5 årsverk samlet i hele Helse Møre og Romsdal, og det er da tenkt å fordele 2 av disse mot befolkningstette områder med lav eller ingen øre-nese-halsdekningsgrad pr i dag, fortrinnsvis Volda og Kristiansund.

Det anbefales at prosessen med implementering av både sykehusressurser og driftshjemler kommer i gang raskt og trinnvis, da en vil se suksessivt tiltagende underkapasitet på begge områder i årene som kommer.

Gruppen tar forbehold om variabler som befolkningsvekst, demografisk fordelingsmønster, strukturendringer som ligger utenfor det som er beskrevet over, og endrede rammebetingelser for både primær og sekundærhelsetjenesten.

4.5 Retningslinjer

Arbeidsgruppen ser bare en begrenset mulighet til å overføre deler av poliklinisk aktivitet til primærhelsetjenesten, da diagnostikk og behandling av øre-nese-halssykdommer er høyspesialisert og utstyrskrevende.

Likevel mener arbeidsgruppen at en del enkle tilstander kan kontrolleres av fastlege der det ikke er behov for otomikroskopi eller øre-nese-hals endoskopi, for eksempel:

- Oppfølging etter behandling for den mest vanlige form av hudkreft (basaliom) i ansiktet
- Tilstander med thyreoideafunksjonsforstyrrelser/struma uten mistanke om svulst
- Mer eller mindre kroniske besvær med nesetetthet på grunn av allergi – når dette er utredet og behandlingsregimet er avklart

- Noen former for godartede svulstdannelser i hode- og halsregionen, f eks lipomer eller pleomorfe adenomer

Et viktig samarbeidsområde er utforming av henvisninger, noe som kan bidra til en bedre oppfølgning av pasienter hos spesialister i øre-nese-halssykdommer. Henvisninger skal i alle tilfeller være:

- Oversiktlig formulert og velbegrunnet
- Henvisning med diagnose øverst, samt informasjon om evt komorbiditet, medikamentbruk og allergi
- Fullstendig utfylt med kontaktinformasjon med korrekt adresse, mobiltelefon (barn: foreldre) evt fasttelefon

Slikt må bli obligatoriske felt i elektroniske skjema.

Henvisningen kan gjerne være kortfattet, men alltid med beskrivelse av symptomer og plager henvisningen gjelder for, og varighet av disse. Det må alltid tydeliggjøres mistanke om cancer eller annen alvorlig tilstand (evt ta kontakt per telefon for avtale).

Det trengs oppfølgende opplæring i typiske og kjente risikosymptomer for cancer:

- Vedvarende heshet
- Sår som ikke gror
- Progredierende svelgvansker/svelgsmerter
- Residiverende neseblødninger med ukjent årsak
- Ulike typer nevrologiske utfall, Tumor Colli (som er suspekt)

Arbeidsgruppen ser mulighet for å bidra til en kompetanseheving i primærhelsetjenesten når det gjelder diagnostikk og oppfølgning av pasienter med øre-nese-halssykdommer.

Arbeidsfordeling mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialistpraksis
Arbeidsfordelingen mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister kan by på utfordringer med hensyn til å implementere nye rutiner. Det er behov for samarbeid om henvisning av de rette pasienter, f eks alle med mistanke om cancer, behov for operativ behandling som ikke kan gjennomføres i egen regi mv.

De aller fleste pasienter med bihulelidelser, øresykdommer, svelglidelser, mv. må kunne kontrolleres av avtalespesialist over kort eller lengre tid. Tilstander i larynx må avklares fra sykehusets faggruppe og kan være utstyrskrevende (fleksibel skopi, videostroboskopi). Her kan det ligge noen begrensninger og dette er avhengig av kompetanse og erfaring. Sykehuspoliklinikker er åpne for hospitering for avtalespesialister og vil derved bidra til en kompetansehevning.

Kontroll av cancerpasienter med organkreft i øre-nese-halsområde (strupe, munnhule-svelg, nesebihuler, nasopharynx mv) skjer som regel de første 3 årene i regi av sykehusavdelingen. Oppgaven med rutineoppfølging 4 og 5 år etter kirurgi/strålebehandling/kjemoterapi må som regel kunne håndteres av avtalespesialist, men det krever også god tilgang på radiologi med hensyn til både bredde i modaliteter (Ultralyd, CT, MR og evt PET-CT) og ventetid.

Kreftpasienter med omfattende og store palliative utfordringer må som regel fortsatt følges opp på sykehusavdelinger, spesielt med tanke på tverrfaglig samarbeid mellom øre-nese-halslege, onkolog og evt palliativt team.

5 Spesialitet «øye»

5.1 Sammendrag

KONUS-rapporten[7] viser at rekruttering vil være en stor utfordring innen øyefaget mot 2030. I diskusjonene om alternative modeller for organisering av det polikliniske tilbudet innen øyefaget har derfor modellenes betydning for rekrutteringssituasjonen vært tillagt stor vekt.

Arbeidsgruppen har utarbeidet tre ulike scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet innen øye i Helse Midt-Norge RHF:

- Scenario 1 – Nedleggelse av øyeavdelingen i Namsos
- Scenario 2 – Poliklinikk og dagbehandling ved Sykehuset Namsos
- Scenario 3 – Dagens situasjon

I november 2011 oppnevnte administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF en arbeidsgruppe som skulle se på fremtidig organisering av øyetilbudet i helseforetaket. Arbeidsgruppen leverte sin sluttrapport fra arbeidet i januar 2012[8]. Rapporten inneholder en anbefaling om fremtidig organisering av øyetilbudet. Prosjektgruppen fikk beskjed om å legge til grunn at rapporten fra Helse Møre og Romsdal HF vil være førende for den videre utviklingen, og har derfor ikke diskutert alternative vaktordninger i dette helseforetaket.

Arbeidsgruppen anbefaler scenario 3 som er en videreføring av dagens situasjon. Hovedargumentene for dette er at både scenario 1 og 2 vil ha en negativ effekt på rekrutteringen av avtalespesialister til Namsos. Også i scenario 1 vil det være behov for øyespesialister i regionen, da i form av avtalespesialister. Arbeidsgruppen tror også at scenario 2 vil føre til at fagmiljøet sakte reduseres, og dermed kun er et skritt på veien mot scenario 1.

Scenario 1 og 2 vil i tillegg medføre en bygningsmessig utfordring for St. Olavs Hospital da det per i dag ikke er plass til å øke aktiviteten ved øyeavdelingen i Trondheim. En overføring av aktivitet til St. Olavs Hospital vil også medføre lengre reisevei for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset Namsos, noe som både vil kunne gi befolkningen redusert opplevelse av trygghet, samt økte reisekostnader for Helse Midt-Norge RHF.

Arbeidsgruppen har beregnet fremtidig ressursbehov, både for øyespesialister og LIS stillinger. Det er beregnet at det totalt sett vil være et behov for ca 14 nye øyelegehjemler i Helse Midt-Norge RHF frem mot 2030. Disse bør fordeles mellom sykehus og avtalespesialister ut fra prinsippet om at det som kan gjøres av avtalespesialister i størst mulig grad skal gjøres av avtalespesialister, mens det som må gjøres i sykehus skal gjøres der. Men samtidig må man ha noe av den «enklere» aktiviteten også i sykehus på grunn av opplæring og utvikling av kompetansen der. Allerede i dag vil det være behov for minimum 4 nye LIS stillinger, og dette behovet vil øke i takt med økningen i behovet for øyespesialister

Den anbefalte ressursøkningen vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, i Helse Midt-Norge samlet sett økes fra dagens nivå på 2,8 til 3,2. Landsgjennomsnittet i dag er 3,9. Det bør i fremtiden bli en bedre utjevning av øyelegehjemler fordelt på befolkningsgrunnlag enn tilfellet er i dag. Det vil si at det trolig er behov for flere

[7] Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av framtidig status, Norsk Oftalmologisk Forening, 2012
[8] Rapport «Framtidig organisering av augetilbodet», Oppfølging av foretaksprotokoll 30. juni 2011, Helse Møre og Romsdal, 12.01.12

avtalehjemler til Helse Møre og Romsdal HF, samt at Trondheimsområdet vil trenge flere hjemler på sikt.

5.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidsgruppen for fagområdet øye har bestått av følgende personer:

- Marit Fagerli, avdelingssjef øyeavdelingen St. Olavs Hospital HF (leder)
- Anita Blixt Wojciechowski, avdelingsoverlege øyeavdelingen Sykehuset Namsos
- Erik Holen, overlege, øyeavdelinga Molde Sjukehus
- Odd Sletteberg, avdelingssjef augeavdelinga Ålesund Sjukehus
- Grete Bondø, avtalespesialist Stjørdal
- Lars Ingvald Johnsen, avtalespesialist Trondheim
- Jon Ståle Ritland, avtalespesialist Ålesund
- Eline Palm Paxal, Deloitte (prosjektstøtte)

Arbeidsgruppen har gjennomført tre arbeidsmøter i prosjektperioden.

5.3 Dagens situasjon

Øyefaget er et fagområde med stor grad av subspesialisering. Flere av områdene innen øyefaget krever at man har mye erfaring og et visst volum av pasienter for at man skal ha nødvendig kompetanse på området. En øyespesialist kan derfor ikke erstattes med en annen uten at man tar hensyn til den kompetansen den enkelte spesialist har. Dette må hensyntas i en eventuell endring i organisering innen øyefaget.

Utdanningskapasiteten i øyefaget regnes per i dag å være altfor liten, når man tar i betraktning at øyeavdelingene skal utdanne øyeleger både til å rekruttere overleger og avtalespesialister. Beregninger gjort tidligere i forbindelse med Strategi 2020 viser ikke dette så tydelig, men her har man kun tatt hensyn til rekruttering av overleger, og ikke av avtalespesialister. KONUS-rapporten 2012[9] konkluderer med at det vil være en betydelig rekrutteringsutfordring innen øyefaget frem mot 2030. Det er allerede i dag en utfordring å rekruttere øyespesialister til overlegestillinger på de mindre øyeavdelingene, mens situasjonen er noe bedre når det gjelder rekruttering av LIS.

5.3.1 Dagens polikliniske spesialisthelsetilbud

Det er i dag øyeavdeling ved Namsos sykehus, St. Olavs Hospital, Molde sykehus og Ålesund sykehus, med vaktordning ved alle sykehusene. Ved St. Olavs Hospital er det tilstedevakt til kl 21, ellers er alle vaktordningene passiv vakt. I tabellen nedenfor gis en oversikt over antall øyespesialiststillinger ved de fire sykehusene.

Sykehus	Antall overlegestillinger	Antall LIS stillinger
Namsos	6	1
St. Olav	11	6,5
Molde	4	2
Ålesund	5	2

Tabell 11: Legeressurser innen øyesykdommer pr sykehus (Kilde: Helse Midt-Norge RHF)

En av overlegestillingene i Namsos er utlånt til St. Olavs Hospital, og en konstituert overlege har permisjon grunnet gruppe 1 tjeneste og vil være tilbake neste år.

[9] Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av framtidig status, Norsk Oftalmologisk Forening, 2012

Det er avtalespesialister innen øyefaget i alle byene der det er sykehus med øyeavdeling. I tillegg er det avtalespesialister i Levanger, Stjørdal, Ørland, Oppdal, Midtre Gauldal og Kristiansund. Det er foreslått å opprette en ny hjemmel i Volda, men dette er ikke på plass pr i dag. Den er likevel inkludert i tallene i tabellen nedenfor. Av tabellen ser vi at dekningsgraden for avtalespesialister innen øye er relativt høy i opptaksområdet for Helse Nord-Trøndelag HF sammenliknet med Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF. Der er den også høyere enn dekningsgraden for landet som helhet som er på 3,9 per 100 000 innbyggere.

HF-område	Antall avtalespesialister	Sum hjemler	Avtalespesialister (hjemler) pr 100' innb.
HMR	6	6	2,4
HNT	8	5,5	4,2
St. Olav	10	7,6	2,5

Tabell 12: Avtalespesialister innen øyesykdommer pr helseforetaksområde (Kilde: Helse Midt-Norge RHF)

5.3.2 Aktivitetsoversikt

Kartleggingen av aktiviteten innen fagområdet øye som ble gjennomført i fase 1 av dette prosjektet ble gjennomgått i første møte i arbeidsgruppen, og skulle benyttes som underlag for diskusjon av alternative scenarier.

Arbeidsgruppen oppfatter imidlertid aktivitetsdataene presentert i rapporten fra fase 1 som noe upresise. Det skyldes for det første at de baseres på mangelfull rapportering, da det er flere av avtalespesialistene som ikke har rapportert aktivitetstall til NPR. Det ble derfor gjort nye beregninger av aktivitet der det ble estimert aktivitet basert på normtall (3 500 konsultasjoner/år for en 100 prosent hjemmel) for de avtalespesialistene som ikke hadde rapportert.

I tillegg er aktivitetsoversiktene fra fase 1 basert på tall fra 2009/2010. Det har siden den tid blant annet vært en betydelig økning i pasientmengden som får dagbehandling på grunn av en veldig økning i behandling av AMD. Arbeidsgruppen aksepterer likevel at tallene gir et overordnet bilde av situasjonen som kan brukes som innspill i scenariodiskusjonen. For at gruppen skulle kunne svare ut sitt mandat var det viktigere å se på regionale forskjeller enn de eksakte verdier for aktivitet innen hver region.

I tabellen nedenfor er det brukt aktivitetstall for HGD 2 «Øyesykdommer» for å beregne poliklinisk aktivitet i sykehus. Det er her kun tatt med tall for de sykehus som har øyeavdeling, da det er dette volumet som er interessant i denne sammenhengen. Aktivitetstallene for avtalespesialistene er basert på aktivitetstall innrapportert til NPR. For de avtalespesialistene som ikke har rapportert er det som nevnt ovenfor gjort en beregning av antall polikliniske konsultasjoner ut fra at en 100 prosent avtalehjemmel tilsvarer 3 500 konsultasjoner (normtall).

Forbruk 2010	Helseforetaksområde			Sum
	HMR	HNT	St. Olav	
Sykehus	18 768	7 147	17 833	**43 748**
Avtalespesialister	12 486	26 594	32 035	**71 115**
Totalt forbruk	**31 254**	**33 741**	**49 868**	**114 863**

Tabell 13: Poliklinisk aktivitetsoversikt pr behandlingssted (Kilde: NPR, Deloitte analyse)

Andelen bruk av avtalespesialister varierer relativt mye mellom de tre helseforetaksområdene, og er klart høyest i Helse Nord-Trøndelag HF. Dette er ikke overraskende når vi vet at Nord-Trøndelag HF også har den høyeste dekningsgraden for avtalespesialister. Samtidig er

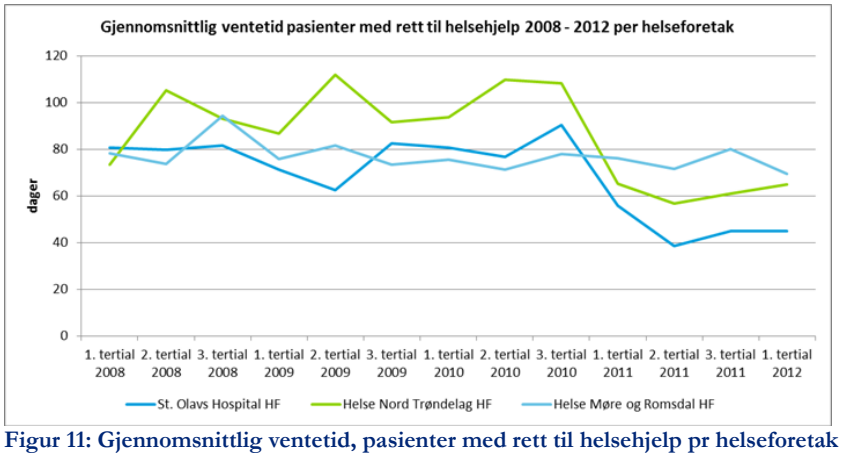
forbruksraten totalt sett for forbruk både i sykehus og avtalespesialister høyest i Helse Nord-Trøndelag HF. Tallene baseres på aktivitetstall for polikliniske konsultasjoner ved øyeavdelingene ved sykehusene og avtalespesialistene i helseforetaksregionen, uavhengig av pasientens bosted.

	Andel bruk av avtale-spesialister 2010	Forbruksrate pr 1000 innb. 2010 (sykehus og avtalespesialister)
HMR	40 %	127
HNT	79 %	250
St. Olav	64 %	166

Tabell 14: Andel bruk av avtalespesialister og forbruksrate for polikliniske konsultasjoner innen øyesykdommer (Kilde: NPR, SSB og Deloitte analyse)

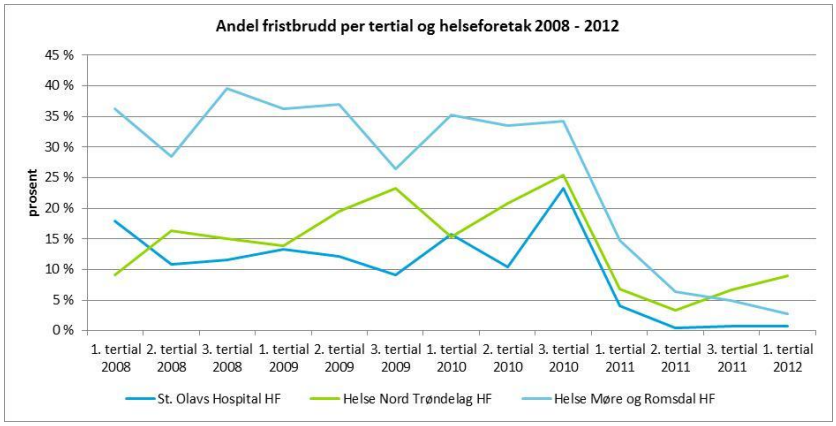
5.3.3 Ventelistesituasjon

Fra 2010 til 2012 har det vært en forbedring i ventetiden innenfor området «øyesykdommer» ved Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF.



Figur 11: Gjennomsnittlig ventetid, pasienter med rett til helsehjelp pr helseforetak 2008 - 1. tertial 2012, øyesykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

Ser vi på andel fristbrudd har det vært en reduksjon der også i de to helseforetakene i samme periode. Noe av årsaken til reduksjonen i andel fristbrudd kan imidlertid være at det i perioden har vært et økt fokus på rapportering og bruk av prioriteringsveilederen, ikke bare at det er behandlet flere pasienter. Andelen fristbrudd ligger i 1. tertial 2012 under 10 prosent for alle de tre helseforetakene, og er lavest ved St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF med hhv 1 prosent og 3 prosent.



Figur 12: Utvikling av andel fristbrudd pr helseforetak i Helse Midt-Norge RHF, øyesykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

5.4 Forslag til fremtidig organisering

Arbeidsgruppen fikk i oppgave å utarbeide ulike scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske øyetilbudet i Helse Midt-Norge RHF, og ble bedt om å blant annet vurdere en modell der man så bort fra helseforetaksgrensen mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Det vil i praksis si en modell der det kun er vaktfunksjon for øye på ett sted innen de to helseforetakene, og da ved St. Olavs Hospital.

Dersom man samler vaktfunksjonen på St. Olavs Hospital gir dette to mulige modeller, slik arbeidsgruppen ser det. Det ene alternativet er at hele øyetilbudet ved Sykehuset Namsos legges ned. Deler av det polikliniske tilbudet overføres til avtalespesialister, og resten av aktiviteten overføres til St. Olavs Hospital. Det andre alternativet er at det fortsatt er poliklinikk og elektiv virksomhet innen øye ved Sykehuset Namsos. Disse to alternativene ble definert som scenario 1 og 2. Som alternativ til disse to ble scenario 3 definert som en situasjon der øyetilbudet ved Sykehuset Namsos opprettholdes som i dag, med vaktfunksjon. De enkelte scenariene er beskrevet og drøftet senere i dette kapitlet.

I november 2011 oppnevnte administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF en arbeidsgruppe som skulle se på fremtidig organisering av øyetilbudet i helseforetaket. Arbeidsgruppen leverte sin sluttrapport fra arbeidet i januar 2012[10]. Rapporten inneholder en anbefaling om fremtidig organisering av øyetilbudet. Rapporten er vedtatt i styret i Helse Møre og Romsdal HF 31.01.12. Vi har i dette prosjektet lagt til grunn at rapporten fra Helse Møre og Romsdal HF vil være førende for den videre utviklingen, og har derfor ikke diskutert alternative vaktordninger i dette helseforetaket.

I tillegg til de tre scenariene beskrevet ovenfor ble to andre modeller også diskutert i arbeidsgruppen uten at de ble tatt med i den videre vurderingen, da gruppen mener de er uaktuelle løsninger. Den ene modellen som ble diskutert er at vaktbelastningen i Helse Nord-Trøndelag blir overført til avtalespesialister. Dette er tidligere vurdert i Helse Nord-Trøndelag, men ble raskt skrinlagt da det var tydelig at det ikke ville være økonomisk lønnsomt. Grunnen til at det ikke er lønnsomt er at dersom man skal inkorporere avtalespesialistene i en vaktordning må de ansettes i helseforetaket og ha lik lønn, forsikring og pensjon som overlegene ved sykehuset, samt kompensasjon for tapt inntekt i egen praksis når de utøver vakt. Eventuelle hviletidsbestemmelser vil gjelde også for avtalespesialister. Hvis man ikke kan jobbe dagen etter vakt vil dette utløse store beløp som skal kompenseres for, da avtalespesialistene driver egen bedrift med egne ansatte.

Den andre modellen som ble diskutert er økt ambulering fra sykehus. Denne modellen ble ikke tatt med videre i vurderingene fordi arbeidsgruppen ser åpenbare ulemper med en slik modell. De største ulempene er utstyrsbehov, manglende stabilitet og dårlig utnyttelse av spesialisttid (tid brukt på reise). Arbeidsgruppen mener derfor behovet dekkes best gjennom bruk av avtalehjemler.

De tre scenariene er beskrevet og drøftet i de neste avsnittene. Arbeidsgruppen er sammensatt av fagpersoner fra de ulike helseforetakene, samt representanter for avtalespesialistene. Fokus i dette arbeidet har derfor vært på de faglige konsekvensene ved de ulike scenariene. Eventuelle økonomiske konsekvenser er også nevnt, men gruppen har ikke hatt anledning til å gå i dybden

[10] Rapport «Framtidig organisering av augetilbodet», Oppfølging av foretaksprotokoll 30. juni 2011, Helse Møre og Romsdal, 12.01.12

og gjennomføre reelle kostnadsberegninger av de enkelte scenariene. Økonomiske konsekvenser som pekes på i drøftingene, som for eksempel reisekostnader, må derfor beregnes.

5.4.1 Scenario 1 – Nedleggelse av øyeavdelingen i Namsos

- Vakt kun ved St. Olavs Hospital
- Øyeavdelingen ved Sykehuset Namsos opphører og erstattes med avtalespesialister
- Avtalespesialistene tar ØH-konsultasjoner på dagtid
- Ressurser flyttes til St. Olavs Hospital for aktivitet som ikke kan utføres av avtalespesialistene

Ved denne modellen er det mulig at avtalespesialistene ivaretar noe av behovet for cataractkirurgi, men da dette krever spesiell kompetanse som ikke alle avtalespesialister har, kan man ikke forvente det. I beregningene av aktivitet som må overføres til St. Olavs Hospital er derfor all cataraktkirurgien beregnet overført dit. Avtalespesialister bør imidlertid kunne ivareta en del andre funksjoner, som laserbehandling av diabetespasienter, glaukompasienter og etterstær.

Det vil da være behov for to nye avtalespesialister for å dekke behovet til de ca 35 000 innbyggerne i Namsosområdet. I tillegg må man beholde ortoptisten som i dag er tilknyttet sykehuset, men da som en avtalehjemmel.

Ved dette scenariet beregnes følgende aktivitet flyttet til St. Olavs Hospital:

- 10 trabeculectomier
- 220 oculoplastiske operasjoner
- 10 strabismeoperasjoner
- 50 cataractoperasjoner (andelen cataractoperasjoner der det er behov for innleggelse)
- 800 polikliniske cataractoperasjoner

For å kunne overta denne aktiviteten i tillegg til AMD-behandlingen, som per i dag bare kan gjøres i regi av sykehusavdelinger, vil det være behov for 3-4 overleger til St. Olavs Hospital. Om det reelle behovet er tre eller fire overleger avhenger av i hvilken grad helseforetaket kan legge føringer i avtalene med de nye avtalespesialistene om hvilken type aktivitet de skal utføre. Slik situasjonen er i dag har helseforetaket begrenset styringsmulighet overfor avtalespesialistene. Det er derfor en usikkerhet knyttet til hvor mye aktivitet nye avtalespesialister faktisk vil utføre innenfor de ulike pasientgruppene, spesielt innenfor kirurgi- og laserbehandling.

Namsos har i dag to operasjonssykepleiere, to øyesykepleiere, to hjelpepleiere (oft.ass.), en ortoptist og halvannet årsverk sekretærer tilknyttet øyeavdelingen. Avdelingen har tilgang til to senger som kan lånes. Tilsvarende overføres til St. Olavs Hospital. Det vil også være behov for å overføre LIS-hjemmelen ved Sykehuset Namsos til St. Olavs Hospital.

I 2011 var det 53 ØH-innleggelser innen øye ved sykehuset i Namsos[11], og følgelig vil det være behov for økt sengekapasitet på St. Olavs Hospital. En del av ØH-innleggelsene som skjer på dagtid ved Sykehuset Namsos i dag vil komme på kveldstid ved St. Olavs Hospital på grunn av reisetiden. Noe av den øyeblikkelige hjelpen som skjer på poliklinikken i Namsos i dag vil i tillegg bli omgjort til innleggelse dersom pasienten må reise til Trondheim, da det ikke vil være mulig for alle pasienter å reise hjem etter tilsyn/behandling.

[11] Kilde: Namsos sykehus

Konsekvenser for Sykehuset Namsos og befolkningen i sykehusområdet
Ved dette scenariet vil det bli lengre reiseavstand for ØH-pasienter på kveld og helg, noe som kan skape utrygghet i befolkningen. Det er faktisk 40 mils reiseavstand fra lengst nord i opptaksområdet for Sykehuset Namsos og til St. Olavs Hospital, og ikke alle pasienter greier denne reisen på kveldstid selv om de har behov for det. Reiseveien vil medføre at en del pasienter venter med å oppsøke lege. Tilstanden vil da kunne forverres.

En annen konsekvens ved dette scenariet er at fraværet av LIS stilling innen øyefaget vil ha negativ innvirkning på rekrutteringen av øyespesialister til området. Det vil være behov for øyespesialister til å fylle avtalehjemlene som skal erstatte deler av aktiviteten ved dagens øyeavdeling. Erfaring tilsier at det er utfordrende å rekruttere spesialister til områder utenfor de større byene dersom det ikke er spesialistutdanning på stedet. Mange leger etablerer seg med familie i den perioden de er i spesialistutdanning. Det kan derfor være vanskeligere å få leger til å flytte på seg etter endt spesialisering. Med den utfordrende rekrutteringssituasjonen vi vil få innen øyefaget frem mot 2030, anser vi dette som en betydelig negativ konsekvens ved scenario 1.

Konsekvenser for St. Olavs Hospital HF
Scenario 1 vil medføre en bygningsmessig utfordring for St. Olavs Hospital. Det er i dag ikke plass til å ta i mot aktiviteten og ressursene som må overføres fra Sykehuset Namsos. Dette gjelder både kontorer, undersøkelsesrom og operasjonsstuekapasitet. I tillegg vil det være behov for ekstra sengekapasitet. Her må det beregnes noe økt kapasitet sammenliknet med det som er ved Sykehuset Namsos fordi det vil være flere pasienter som vil ha lang reisevei, og flere ØH-pasienter vil erfaringsmessig komme sent på kveld/natt da det vil være vanskelig å finne alternativ overnatting. En overtakelse av vakter og sykehusavdelingsfunksjon fra Namsos kan derfor ikke tre i kraft før det er fysisk tilrettelagt for dette ved St. Olavs Hospital.

Scenariet innebærer en samling av fagmiljøet på ett sted, St. Olavs Hospital. Dette vil kunne ha en positiv effekt på utviklingen av fagmiljøet i Trondheim. Både økt antall legeressurser og økt operasjonskapasitet kan gi mer fleksibilitet, samt økt bredde i fagmiljøet.

Konsekvenser for Helse Midt-Norge RHF
Helse Midt-Norge RHF vil ha mindre styringsmulighet overfor avtalespesialistene enn de har overfor dagens overlegestillinger. Det er også ulikheter mellom avtalespesialister mht i hvilken grad de driver kirurgisk aktivitet. Ved dette scenariet, der avtalespesialister skal overta for øyeavdelingen ved sykehuset i Namsos, vil det derfor blir mindre forutsigbart hvilken aktivitet som vil drives i Namsosområdet over tid. Typen aktivitet vil til en viss grad avhenge av den enkelte avtalespesialist.

Det finnes i dag ingen refusjonstakst for AMD-behandling for avtalespesialister. Slik behandling vil derfor ikke kunne skje hos avtalespesialistene. Denne pasientgruppen utgjør et stort antall, og det vil derfor bli betydelige transportkostnader knyttet til flytting av funksjonen. AMD-behandling er en type behandling som tar kort tid, men må gjøres hyppig med mange kontroller. Det er derfor en stor belastning for pasientene dersom de må reise langt. Samtidig er dette en tilstand som har stor konsekvens for synet til pasienten, og det er stor samfunnsmessig gevinst i å behandle denne tilstanden. Dersom reiseavstanden blir stor er arbeidsgruppen redd for at noen pasienter ikke vil få behandlingen. Ved å sende AMD-pasientene til St. Olavs Hospital vil pasientene i tillegg få behandling på et høyere omsorgsnivå, noe som står i motsetning til intensjonene i samhandlingsreformen.

Mulighetsvurdering og anbefaling
Arbeidsgruppen mener at det vil være svært krevende for St. Olavs Hospital å gjennomføre en endring til scenario 1, i hovedsak av bygningstekniske årsaker. Denne modellen kan ikke under noen omstendighet tre i kraft før en tilfredsstillende utbygging ved St. Olavs Hospital er utført. For befolkningen i Namdalsdistriktet vil dette også være en svært krevende omstilling. Arbeidsgruppen anbefaler derfor ikke scenario 1.

5.4.2 Scenario 2 – Poliklinikk og dagbehandling ved Sykehuset Namsos

- Vakt kun ved St. Olavs Hospital
- Poliklinikk og dagbehandling ved Sykehuset Namsos
- Vaktsystem på St. Olavs Hospital blir endret slik at hjemmevakt blir omgjort til tilstedevakter (betyr en ekstra vaktstilling)
- LIS-legen overføres til St. Olavs Hospital for å opprettholde krav til utdanning

Scenario 2 innebærer at Sykehuset Namsos har dagavdeling, mens vakter på kveldstid og helg går til St. Olavs Hospital. Alle operasjoner som krever innleggelse vil måtte overføres til St. Olavs Hospital (f eks kompliserte cataractoperasjoner, inneliggende skader og infeksjoner).

Man kan ikke redusere fagmiljøet ved Sykehuset Namsos. Det må ha den størrelsen det har i dag, da vi mener det ikke er mulig å opprettholde en avdeling med færre enn fire overlege, av medisinsk faglige og rekrutteringsmessige hensyn.

Konsekvenser for Sykehuset Namsos og befolkningen i sykehusområdet
Denne modellen vil på kort sikt sikre at man kan opprettholde AMD-behandlingen samt cataractoperasjoner ved Sykehuset Namsos. For øvrig vil den på mange måter ha de samme konsekvensene som scenario 1. Man vil ikke få godkjent en utdanningsstilling ved Sykehuset Namsos ved denne modellen, og vil dermed få det samme problemet med rekruttering.

Fravær av vakter vil i realiteten bety en lønnsreduksjon for de legene som blir igjen, noe man er redd for vil kunne føre til at legene vil søke seg til andre steder. Det er mulig å kompensere for dette, men det vil gå utover lønnsomheten av en slik omstilling. Helse Nord-Trøndelag HF kan vurdere en alternativ modell for å beholde legene, der legene er ansatt ved sykehuset, men der finansieringsmodellen er mer gunstig for legene enn i dag. Man kan da tenke seg en modell som likner på avtalespesialist i avlønningen. En slik modell kan ha positiv effekt på å beholde og rekruttere øyespesialister, men vil kunne være noe vanskeligere å styre enn en tradisjonell sykehusavdeling.

Arbeidsgruppen tror at scenario 2 bare er en noe lengre vei mot nedleggelse av avdelingen i Namsos. Vi er redd det er et korthus, som lett kan falle sammen. Det er stor risiko for å få et enda mer sårbart fagmiljø enn ved dagens situasjon, med vanskelig rekruttering og enda mer ustabil legedekning.

Aktivitet vil ved krise måtte tvinges til å flyttes til St. Olavs Hospital, og vi tror at scenario 2 vil bli en uforutsigbar og uholdbar situasjon for to sykehusavdelinger.

Konsekvenser for St. Olavs Hospital HF
Det vil være en bygningsmessig utfordring for St. Olavs Hospital også ved dette scenariet, om enn ikke like stor som ved scenario 1. En annen relevant utfordring er uforutsigbarheten beskrevet som konsekvens også for Sykehuset Namsos.

Mulighetsvurdering og anbefaling
For Namsos er dette et scenario som det er mulig å gjennomføre, men det vil være krevende å finne en modell som bidrar til at legene vil bli værende. For St. Olavs Hospital vil en endring til en slik modell være krevende, først og fremst på grunn av utfordringer med å få plass til å ta i mot den overførte aktiviteten. I tillegg vil uforutsigbarheten være en utfordring. For befolkningen i Namsosregionen vil det innebære lengre reisevei i forbindelse med øyeblikkelig hjelp på kveld og helg. Arbeidsgruppen anbefaler ikke scenario 2.

5.4.3 Scenario 3 – Dagens situasjon

- Vakt ved St. Olavs Hospital og Sykehuset Namsos som i dag

Konsekvenser for Helse Midt-Norge RHF
I dette scenariet beholdes det eksisterende, fungerende systemet. Dette er i seg selv en besparelse da det ikke innebærer omstillingskostnader. Scenario 3 er også en mer forutsigbar situasjon enn de to andre scenariene.

Ved å beholde kapasiteten ved sykehusene opprettholder man utdanningskapasiteten totalt sett. Rekruttering av øyespesialister til Namsos vil også være enklere enn ved de to andre scenariene.

Mulighetsvurdering og anbefaling
Dette er den enkleste løsningen da den ikke innebærer endring fra dagens situasjon, og det er en forutsigbar løsning sammenliknet med scenario 1 og 2. Arbeidsgruppen anbefaler scenario 3.

5.4.4 Fremtidig ressursbehov

I beregninger av fremtidig ressursbehov for øyespesialister har vi sett på behovet for hele Helse Midt-Norge, også Møre og Romsdal HF. I dette kapitlet gjøres det rede for det samlede behovet basert på befolkningsfremskriving, men samtidig hensyntatt at de største pasientgruppene befinner seg innen aldersgruppen 70-79 år. Vi har også beregnet behovet for LIS stillinger frem mot 2030. Forutsetningene for beregningene baseres på innholdet i KONUS-rapporten som nylig er kommet fra Norsk Oftalmologisk Forening. I kapitlet beskrives i tillegg hvordan vi mener ressursene bør fordeles mellom sykehus- og avtalehjemler, og mellom de ulike helseforetaksområdene.

Ressursbehov for øyespesialister
70 prosent av øyelidelser består av sykdommene glaukom, cataract og AMD. Gjennomsnittsalderen for konsultasjon og behandling ved disse sykdommene er i dag 74-75 år. Frem mot 2030 forventes en økning på 76 prosent av befolkningen i alderen 70-79 år. Derfor blir tallene for disse sykdomsgruppene forskjellige fra det man har satt som utgangspunkt i Strategi 2020, som ikke har tatt hensyn til den store økningen i akkurat denne aldersgruppen.

Ser man fremover mot 2030 vil også andre faktorer kunne spille inn på den demografiske utviklingen, som for eksempel innvandring og endringer i prioritering av aldersgrupper. Vi mener likevel at det er riktig å ta utgangspunkt i at den største pasientgruppen fortsatt vil befinne seg i aldersgruppen 70-79 år.

Det gjøres i dag 3 564 cataractoperasjoner i Helse Midt-Norge RHF. En økning på 76 prosent tilsvarer 2 500 operasjoner fram til 2030. Dette vil kreve fire ekstra øyeleger dersom man regner ca 6-700 operasjoner per hele legestilling, et rimelig tall ved sykehus hvor det drives opplæring. Disse operasjonene bør fordeles mellom avtalespesialister og sykehusavdelingene. Det vil være sykehusavdelingene som driver med opplæring, og som skal ta seg av cataractoperasjoner av komplisert art i forbindelse med tilleggssykdom. Sykehusene bør derfor fortsatt ha et stort antall

pasienter. Samtidig er det slik at det i dag er et øvre tak på 500 cataractoperasjoner pr avtalespesialist. De fleste avtalespesialistene som opererer i dag har kapasitet til og ønske om å operere flere.

Det gjøres i dag ca 150 glaukomoperasjoner i året i Helse Midt-Norge RHF. (Trabeculectomier, Ahmed-ventiler og cyclodiodelaser). En glaukomoverlege i full stilling opererer ca 70 i året. Det relativt sett lave tallet forklares dels utfra at en operasjon genererer svært mye etterarbeid og oppfølging for å oppnå et vellykket resultat, dels fordi de mest kompliserte glaukompasientene også kontrolleres i sykehusavdelingene av medisinske årsaker. En økning på 76 prosent, noe som tilsvarer 114 operasjoner, vil kreve 1,6 ekstra øyeleger i sykehusene for å håndtere dette. Ut fra antallet som utføres på de respektive sykehusene, vil det vær behov for 1,2 ekstra overlege ved St. Olavs Hospital og 0,8 fordelt på sykehusene i Molde og Ålesund. I tillegg vil det bli en stor økning av pasienter som må følges i avtalepraksis, og man kan anslå et behov for ca 3 stillinger ekstra her.

AMD er en relativt ny behandling, trolig fortsatt under utvikling, men det er ingen tvil om at man nå trenger å følge disse pasientene ettersom de har muligheter for å bevare synet med riktig behandling og oppfølging. Det dreier seg om et stort antall pasienter, og det er for få stillinger til å ta seg av pasientgruppen slik det er allerede. Vi anslår et økt behov for øyeleger på ca 3 stillinger[12] for dette. Hvor mange av disse stillingene som skal være i sykehus, vil avhenge noe av fagområdets utvikling.

Når det gjelder øvrige pasientgrupper regner vi med en økning som svarer bedre til tallene i Strategi 2020, og man vil anslå et økt behov for øyeleger til disse øvrige diagnosene på omtrent 2,1.[13]

Man ser med økt mengde cataractkirurgi en del tilstander som øker, blant annet amotio retinae (netthinneløsning), og vi antar at det vil være et noe høyere tall for denne gruppen pasienter også med økende levealder. Dette gir oss totalt sett følgende behov for ekstra øyespesialister fram mot 2030:

	Sykehushjemler	Avtalehjemler	Sum
Cataract	2	2	4
Glaukom	2	2,6	4,6
AMD	2	1 (for kontroller)	3
Øvrige	1,1	1	2,1
Sum	7,1	6,6	13,7

Tabell 15: Arbeidsgruppens anslag for behov for ekstra legeressurser pr behandlingssted i 2030

Arbeidsgruppen mener altså at det er belegg for å anta at det blir behov for ca 14 nye øyelegehjemler i Helse Midt-Norge RHF frem mot år 2030. Det vil bli behov for stillinger både i sykehusavdelingene og som avtalehjemler. Fordelingen mellom sykehus- og avtalehjemler er gjort ut fra prinsippet om at det som kan gjøres av avtalespesialister i størst mulig grad skal gjøres av avtalespesialister, mens det som må gjøres i sykehus skal gjøres der. Men samtidig må man ha noe av den «enklere» aktiviteten også i sykehus på grunn av opplæring og utvikling av kompetansen der.

[12] Det er beregnet ca 1 100 injeksjoner/år/legestilling, resten av tiden vil gå med til diagnostikk og kontroller (St. Olav 2156 injeksjoner, Namsos 594)
[13] 70 % av pasientene er det gjort beregninger for over, dette tallet gjelder for de resterende 30 % (7x0,3=2,1)

Det er meget viktig at man ikke utarmer øyeavdelingene når det gjelder stillinger, blant annet på grunn av utdanningsfunksjonen og forskning, men også fordi det er en rekke kirurgiske og medisinske tilstander som også i fremtiden må håndteres på sykehus, deriblant glaukom-kirurgien, en del cataractoperasjoner og kirurgisk opplæring, samt AMD-behandling. En overføring av stillinger fra sykehushjemler til avtalespesialisthjemler er derfor ikke å anbefale.

Det bør i fremtiden bli en bedre utjevning av øyelegehjemler fordelt på befolkningsgrunnlag enn tilfellet er i dag. Det vil si at det trolig er behov for flere avtalehjemler til Helse Møre og Romsdal HF, samt at Trondheimsområdet vil trenge flere hjemler på sikt.

Behov for utdanningsstillinger
Det er for lav utdanningskapasitet i regionen i dag. I Strategi 2020 har man brukt tall som viser forholdet LIS/overlege, og det er der et mål at dette forholdet skal være 0,4-0,5. For øyefaget har man et forholdstall på 0,5.

Når det gjelder forholdstallet mellom LIS/overleger, mener vi det i øyefaget er viktig at man ikke bare tar med overleger, men også tar med antallet avtalespesialister. Disse utgjør en stor gruppe av øyelegene, og det er helt nødvendig å utdanne øyeleger til avtalespesialistpraksiser for å sørge for tilstrekkelig legeressurser i faget.

Dersom man inkluderer avtalespesialistene i beregningen av forholdstallet mellom LIS og overleger får man at det i Helse Midt-Norges område i dag er et forholdstall på 0,28, et tall som er alt for lavt for en bærekraftig utvikling. Det bør derfor relativt snarlig opprettes flere utdanningsstillinger. Sett i lys av dagens antall spesialister burde det være 18,5 LIS for å få et forholdstall på 0,45. Vi mangler per i dag 7 LIS-stillinger i Helse Midt-Norges område for å oppnå dette, og utdanningsbehovet vil øke tilsvarende økningen i behovet for øyespesialister.

Ser man på tallene fra de siste årene så er ca 50 prosent av utdanningsbehovet dekket av utenlandske leger[14]. Tar man hensyn til dette så kan det være tilstrekkelig med en økning på 4 LIS. Utviklingen på innvandring av øyeleger er imidlertid usikker.

5.5 Forslag til kliniske retningslinjer

I dette kapitlet presenteres arbeidsgruppens forlag til kliniske retningslinjer for arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dersom de foreslåtte endringene skal kunne gjennomføres er det viktig at fastlegene får kurs/undervisning i øyelidelser. Dette for å selektere riktige henvisninger.

Vedrørende samhandlingsreformens betydning for øyefaget henviser vi til KONUS-rapporten. Denne er i samsvar med vår oppfatning: «Samhandlingsreformen påvirker et subspesialisert og kirurgisk fag i liten grad, da intervensjonsfunksjoner ikke kan flyttes ut fra spesialist og ned i kommunal helsetjeneste. Forebyggende tiltak innenfor øyehelsetjenesten er utover generelle opplysningskampanjer, begrenset. Samhandlingsreformen vil ha liten eller ingen konsekvens for norsk oftalmologi.»

[14] Ref. KONUS-rapporten, Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av fremtidig status, 2012, Norsk Oftalmologisk Forening

5.5.1 Store pasientgrupper

70 prosent av alle konsultasjoner hos øyelege utgjøres av pasienter med cataract, glaukom og AMD[15]. Det er antatt å bli en økning på 76 prosent i alle disse tre pasientgruppene fram til 2030. Dvs at hovedvekten av arbeid bør nedlegges i hvordan man kan rasjonalisere kontroller i disse gruppene uten at det går utover pasientens sikkerhet. I tillegg har vi en stor gruppe til, diabetikerne.

For de største pasientgruppene ser vi for oss følgende samarbeid mellom primærhelsetjenesten og øyelegene:

Cataract
Primærhelsetjenesten bør kunne følge pasienter som har kjent cataract, men som enda ser for godt til at det er operasjonsindikasjon. Det er ingen grunn til å gå til øyelege for dette. Man bør kunne henvise denne pasientgruppen til avtalespesialist først dersom synet taper seg.

Glaukom
Pasienter med glaukom bør i all hovedsak følges opp hos øyeleger. Pasienter med økt risiko for glaukom bør også ha øyelege-oppfølging. Men man ser mulighet for at disse to pasientgruppene kan ha mellomkontroller i primærhelsetjenesten, og dermed kan spare noen timer hos avtalespesialister. For pasienter med glaukom, vil dette gjelde for dem med over tid stabile åpenvinkel-glaukomer.

Dette krever at fastlegene har godt utstyr og godt innarbeidet teknikk for trykkmåling. Da ser man for seg at en del pasienter med økt risiko for å utvikle glaukom, kan gå annenhver gang til fastlege for trykkmåling og annenhver gang til øyelege for mer omfattende diagnostikk.

AMD
Pasienter med tørr AMD trenger ikke regelmessige kontroller hos øyelege. Fastlegene bør kunne følge opp pasienter med tørr AMD og henvise til øyelege ved tegn på våt AMD, de bør være godt kjent med symptomer slik at disse pasientene blir henvist raskt.

Øyebunnsundersøkelser av pasienter med diabetes mellitus
Det fins internasjonale retningslinjer for hvordan og hvor ofte disse pasientene skal screenes. Om dette kan gjøres mer rasjonelt enn i dag, bør bli gjenstand for diskusjon i fagmiljøet. Vi foreslår dette som et tema for fagnettverket.

5.5.2 Andre utvalgte tilstander

I tillegg til de største pasientgruppene nevnt ovenfor har man en rekke tilstander som til sammen utgjør et relativ stor gruppe og som bør kunne håndteres i primærhelsetjenesten:

Etseskader
Man kan unngå mange innleggelser i øyeavdeling. Etter dagens retningslinjer for øyeskyll ved etseskader, er det viktigste å komme i gang med skylling innen 5 min, helst øyeblikkelig. Så skal det skylles i ca 15 min, og manuell skylling regnes som beste skyllemetode. Dette kan gjøres på legevakt, og man kan lage avtale om poliklinisk tilsyn av øyelege dagen etter i de tilfeller der det er behov. Ved etseskader med lut, sement og andre sterkt alkaliske stoffer, bør man fortsatt tilses av øyelege, men det viktigste er altså å komme i gang med skylling øyeblikkelig.

[15] Kilde: KONUS-Rapporten, Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av fremtidig status, 2012, Norsk Oftalmologisk Forening

Tørre øyne
Primærhelsetjenesten bør kunne utføre Schirmers test og diagnostisere tørre øyne. Der det vurderes å være behov for kunstig tårevæske på blå resept, kan man henvise til øyelege for sikker diagnose.

Allergisk conjunctivitt (Allergisk øyekatarr)
Primærhelsetjenesten bør kunne de mest typiske symptomer og funn ved allergisk conjunctivitt og videre kunne igangsette behandling og oppfølging av dette. Det burde bare unntaksvis være nødvendig å sende disse pasientene videre til øyelege. (Dette er stort sett praksis per i dag).

Viral/ Bakteriell conjunctivitt (øyekatarr)
Primærhelsetjenesten bør kunne de mest typiske symptomer og funn ved viral/bakteriell conjunctivitt og videre kunne igangsette behandling og oppfølging av dette. Det burde bare unntaksvis være nødvendig å sende disse pasientene videre til øyelege. (Dette er sv.t. dagens praksis)

Blefaritt (betennelse på øyekarmene)
Primærhelsetjenesten bør kjenne til symptomer og funn samt til behandling av denne tilstanden, og også kunne informere pasienten om forebyggende tiltak som øyelokkshygiene. Det burde bare unntaksvis være nødvendig å sende disse pasientene videre til øyelege.

6 Spesialitet «hud»

6.1 Sammendrag

Arbeidsgruppen har utarbeidet ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer for hvert av de tre helseforetaksområder i Helse Midt-Norge RHF.

I årene fremover vil behovet for polikliniske konsultasjoner innen hudsykdommer øke, i hovedsak som følge av befolkningsutviklingen.

Arbeidsgruppens generelle anbefaling er at det økte behovet for polikliniske konsultasjoner best kan møtes med en økning i kapasiteten både på eksisterende sykehusavdelinger og utenfor sykehus, i avtalespesialistpraksis. Dette vil kreve en noe endret aktivitetsfordeling mellom sykehuspoliklinikker og avtalespesialister i regionen. For å avlaste sykehuspoliklinikkene vil avtalespesialister få et større ansvar for kontrollkonsultasjoner, men uten at sykehusenes utdanningsoppgave svekkes.

Arbeidsgruppen anbefaler at det eksisterende tilbudet ved St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF styrkes, i tillegg til at man får en kapasitetsøkning utenfor sykehusene. En sentralisering av sykehustilbudet innen hudsykdommer for hele Helse Midt-Norge RHF, vil etter arbeidsgruppens mening vanskeliggjøre rekruttering av hudleger til de andre helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge RHF.

For Helse Midt-Norge samlet sett vil anbefalte scenarier føre til en økning i overlegestillinger fra dagens 11,4 stillinger, til 15 stillinger i 2040. Antall avtalehjemler foreslås å økes fra dagens 7,2 til 12 hjemler i 2040. Dette bør skje ved en gradvis opptrapping som samsvarer med behovsutviklingen.

De anbefalte scenariene vil gi et mer desentralisert poliklinisk tilbud. Desentraliseringen skal ivaretas enten ved en ambulerende løsning fra sykehus, eller ved etablering av avtalespesialister i områder dersom det er tilstrekkelig grunnlag for en avtalespesialistpraksis.

Anbefalt scenario vil bidra til at dekningsgraden, dvs antall avtalespesialisthjemler pr 100 000 innbygger, økes fra dagens nivå på 0,9 til 1,4 som tilsvarer landsgjennomsnittet.

Arbeidsgruppen mener at poliklinisk utredning og behandling innen enkelte hudsykdommer kan gjennomføres hos primærleger. Dette vil kunne avlaste spesialisthelsetjenesten og samtidig bidra til å heve kvaliteten på henvisninger innen hudsykdommer fra primærlegene. Spesialister i hudsykdommer vil kunne bidra til en kompetanseheving innen diagnostikk og behandling av hudsykdommer i primærhelsetjenesten.

6.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidsgruppen for fagområdet hudsykdommer har bestått av følgende personer:

- Kristin Ryggen, St. Olavs Hospital HF (leder)
- Leif Ivar Hanssen, Helse Møre og Romsdal (Ålesund) (deltaker)
- Anders Tobal , PSL (deltaker)
- Matthias Baaske, Deloitte (prosjektstøtte)

Arbeidsgruppen har i prosjektfasen gjennomført fire arbeidsmøter.

I første møte med arbeidsgruppen ble prosjektmandatet, bakgrunn, arbeidsgruppens oppgaver og dagens situasjon innen hudsykdommer i Helse Midt-Norge RHF gjennomgått. Fokus i andre møte var å verifisere både aktivitetstallene og dagens ressurser, og det ble foretatt nødvendige justeringer i tallmaterialet for å få et riktig bilde av aktiviteten gjennomført innen hudsykdommer, samt en oppdatert oversikt over ressurser (avtalespesialister og legestillinger i sykehus) i de ulike helseforetaksområdene i Helse Midt-Norge RHF. Andre møte ble også brukt til å gi en innføring i scenariotilnærming.

Arbeidsgruppen begynte i sitt tredje møte utviklingen av ulike scenarier for fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i Helse Midt-Norge. Grunnlaget for utviklingen av scenariene var befolkningsfremskriving frem mot 2040 i tiårsintervall, samt forbruksraten for polikliniske konsultasjoner per helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF. I møtet ble arbeidsgruppen også oppfordret til å komme med innspill på aktiviteter (utredninger/behandlinger) som fagmiljøet mener kan overføres til primærhelsetjenesten. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten har som formål å avlaste spesialisthelsetjenesten og samtidig støtte BEON-prinsippet[16] i behandlingskjeden.

Etter å ha oppsummert innspillene til fremtidig organisering av det polikliniske tilbudet, diskuterte arbeidsgruppen i sitt fjerde møte konsekvenser av foreslåtte løsninger. Med utgangspunkt i foreslått antall ressurser, både stillinger i sykehus og avtalehjemler, beregnet man hvilken kapasitet dette ville gi, dvs hvor mange polikliniske konsultasjoner man kunne forvente ville bli gjennomført pr år. Denne kapasiteten ble så sammenliknet med det fremtidige behovet for polikliniske konsultasjoner, beregnet ved en fremskriving av forbruksraten for 2010.

Forbruksraten ble fremskrevet ved bruk av en ren befolkningsfremskriving. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at andre forhold som kan ha innvirkning på forbruksraten i den ene eller andre retningen (f eks medisinsk framskritt og utvikling, samhandlingsreform, mm) totalt sett vil ujevne hverandre. Med denne forutsetningen ble det beregnet en behovsdekningsgrad i 2020, 2030 og 2040, som viser i hvilken grad foreslått organisering og aktivitetsfordeling egner seg til å dekke behovet for polikliniske konsultasjoner i hvert helseforetaksområde.

I tillegg ble det foretatt en beregning av forventet andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner, samt antall avtalespesialistårsverk pr 100 000 innbyggere for hvert helseforetaksområde. Disse beregningene gir et bilde av i hvilken grad de ulike scenariene kan bidra til å utjevne de regionale forskjellene.

Fjerde møte i arbeidsgruppen ble også benyttet til en grundig konsekvensvurdering der scenariomatrisen beskrevet i kapitel 1.3 ble brukt som hjelpemiddel for å vurdere konsekvenser av anbefalte løsninger innen følgende områder:

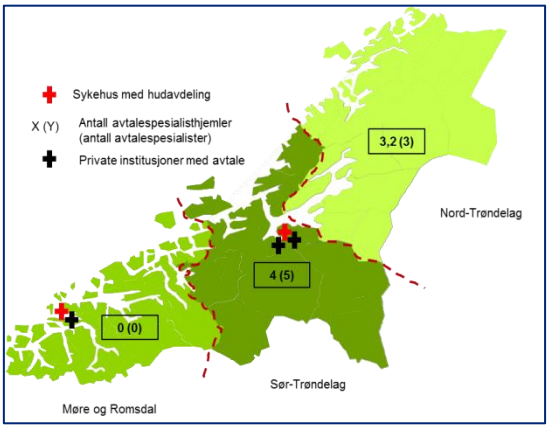
- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

[16] BEON: Best effektive omsorgsnivå

Etter sitt siste møte har arbeidsgruppen anbefalt en løsning for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer, hva som kreves for å dekke det fremtidige behov og hvordan aktiviteten bør fordeles mellom sykehus og avtalespesialister. Anbefalt løsning presenteres i kapittel 6.4.

6.3 Dagens situasjon

Det polikliniske spesialisthelsetjenestetilbudet innen hudsykdommer i Midt-Norge er i dag fordelt mellom to sykehus med hudavdeling, 8 avtalespesialister (7,2 hjemler) og tre private institusjoner (Aleris og Stokkan klinikk i Trondheim og Medi3 i Ålesund) som har en avtale med Helse Midt-Norge RHF.



Figur 13: Oversikt over det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i Midt-Norge, fordelt etter type behandlingssted og fylke (Kilde: Helse Midt-Norge RHF)

St. Olavs Hospital HF er det eneste sykehuset i Helse Midt-Norge RHF som har vaktfunksjon innen hudsykdommer. Ved sykehus uten egen hudavdeling har polikliniske konsultasjoner innen hudsykdommer blitt gjennomført på andre poliklinikker.

Ved Sykehuset Levanger finnes det 0,4 overlegestillinger som blir ivaretatt av to avtalespesialister som har sine praksislokaler i sykehuset.

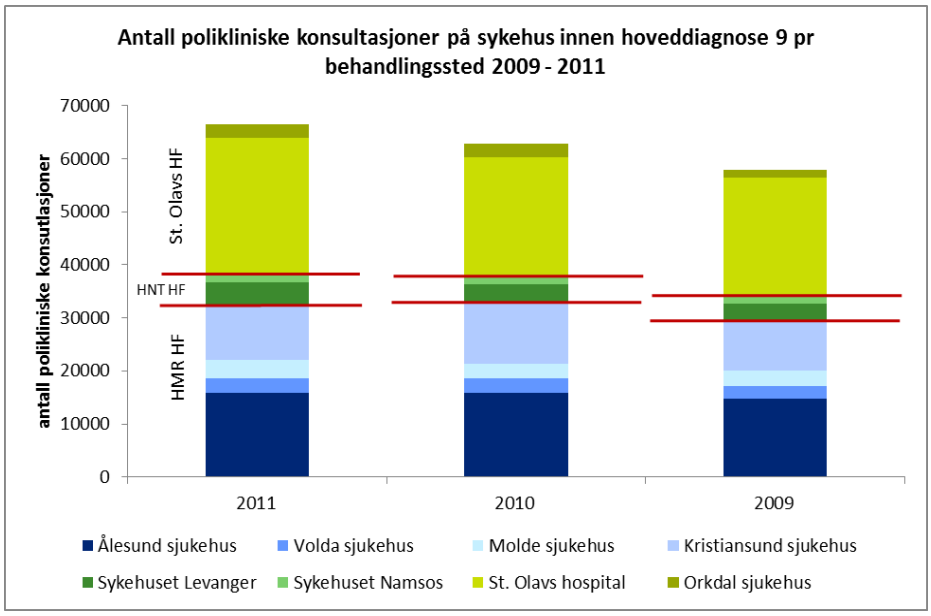
Sykehusressursene innen hudsykdommer fordeler seg mellom sykehusene i Helse Midt-Norge RHF slik det fremkommer i tabellen nedenfor.

Stilling	Sykehuset Levanger	St. Olavs Hospital HF	Ålesund sjukehus	Sum HMN
Overlege	0,4	7,0	4,0	**11,4**
LIS	0,0	4,5	1,0	**5,5**

Tabell 16: Antall legestillinger på sykehus innen hud pr type stilling og sykehus (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Samlet for Helse Midt-Norge ble det i 2011 gjennomført 66 594 polikliniske konsultasjoner i sykehus innen hoveddiagnosegruppe 9. Aktiviteten fordeler seg nesten likt mellom sykehusene i Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

Figuren nedenfor gir en oversikt over aktivitetsfordeling og utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på de enkelte sykehusene de siste tre årene.[17]



Figur 14: Antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på sykehus innen hoveddiagnose 9, 2009 - 2011 (Kilde: Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister, 2012)

En stor del av den polikliniske aktiviteten innen hudsykdommer er relatert til lysbehandling som ikke krever tilsyn av en lege. Siden arbeidsgruppen skal foreslå ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer, og fordeling av aktiviteten mellom sykehus og avtalespesialister, har arbeidsgruppen valgt å endre aktivitetstallene til å gjelde poliklinisk aktivitet som krever tilsyn av en lege.

Nedenfor gis en oversikt over arbeidsgruppens estimat for poliklinisk aktivitet pr helseforetaksområde, kun inkludert legekonsultasjoner.

Helseforetaksområde	Antall konsultasjoner
Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde	0
St. Olavs Hospital helseforetaksområde	9 000
Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde	10 000
Sum Helse Midt-Norge RHF	**19 000**

Tabell 17: Estimert antall legekonsultasjoner innen hudsykdommer gjennomført på sykehus pr helseforetaksområde i HMN, 2011 (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Rapportering av polikliniske konsultasjoner gjennomført hos avtalespesialister har vært av varierende kvalitet og omfang. I beregninger av aktivitet hos avtalespesialister har arbeidsgruppen derfor benyttet normtall for antall polikliniske konsultasjoner for avtalespesialister som ikke har

[17] I vedlegg gis det et detaljert bilde over utviklingen av polikliniske konsultasjoner innen hoveddiagnosegruppe 9 pr DRG og sykehus

rapportert til Norsk Pasientregister. Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall polikliniske konsultasjoner gjennomført hos avtalespesialister pr helseforetaksområde i 2010. Oppgitt estimat for poliklinisk aktivitet gjennomført hos avtalespesialister inkluderer kun legekonsultasjoner. Lysbehandlinger ble holdt utenfor.

Avtalespesialister	Antall kons.
Helse Nord-Trøndelag helseforetaksområde	17 000
St. Olavs Hospital helseforetaksområde	18 000
Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde	0
SUM aktivitet avtalespesialister	**35 000**

Tabell 18: Estimert antall legekonsultasjoner innen hudsykdommer gjennomført hos avtalespesialister pr helseforetaksområde i HMN, 2011 (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Det ble videre beregnet forbruksrate for polikliniske konsultasjoner innen hudsykdommer. Beregningene tar ikke hensyn til at pasienter kan ha benyttet avtalespesialister i et annet helseforetaksområde enn det de tilhører. Tallene i tabellen nedenfor er derfor kun et estimat på forbruksraten pr helseforetaksregion.

		Antall polikliniske konsultasjoner					
Bosted	**Folkemengden**	**Sykehus**	**Avtalespesialister**	**Samlet**	**Andel bruk av avtalespesialister**	**Gjennomsnitt Norge**	**Forbruksrate pr 1 000 innbyggere**
Nord-Trøndelag	131 731	0	17 000	**17 000**	100 %		129,1
Sør-Trøndelag	304 970	9 000	18 000	**27 000**	67 %		88,5
Møre og Romsdal	248 588	10 000	0	**10 000**	0 %		40,2
Midt-Norge samlet	**685 289**	**19 000**	**35 000**	**54 000**	**49 %**	**56 %**	**78,8**

Tabell 19: Forbruksraten for polikliniske konsultasjoner innen hoveddiagnosegruppe 9 for befolkningen i Helse Midt-Norge RHF pr fylke (Kilde: Helse Midt-Norge og arbeidsgruppen)

Som det fremkommer i tabellen ovenfor har befolkningen i Møre og Romsdal den laveste forbruksraten for polikliniske konsultasjoner, mens befolkningen fra Nord Trøndelag har den høyeste. Andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner varierer fra ingen i Møre og Romsdal til 100 prosent i Nord-Trøndelag. Gjennomsnittlig andel for bruk av avtalespesialister i Norge er 56 prosent.

Basert på dagens forbruksrate i de ulike helseforetaksområdene og befolkningsfremskriving fra SSB, ble det gjennomført en behovsfremskriving for polikliniske konsultasjoner frem mot 2040 med tiårsintervall.

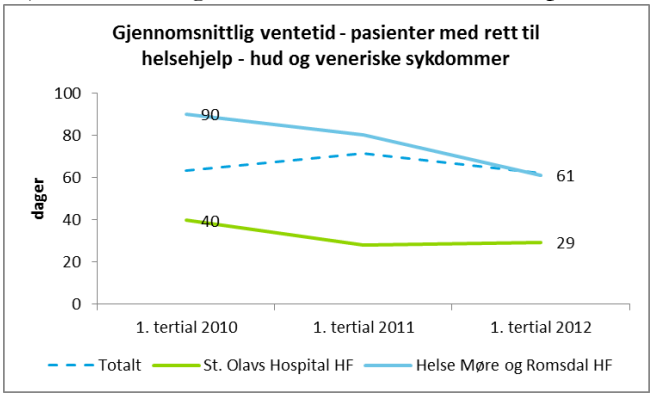
Tabellen nedenfor gir en oversikt over beregnet behov for polikliniske legekonsultasjoner innen hudsykdommer i 2020, 2030 og 2040 pr helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF.

	Behov for polikliniske konsultasjoner			
Helseforetaksområde	**2020**	**2030**	**2040**	**Vekst i %**
Helse Nord-Trøndelag HF	18 335	19 547	20 332	20 %
St. Olavs Hospital HF	29 063	31 754	33 605	24 %
Helse Møre og Romsdal HF	11 202	12 086	12 641	26 %
Samlet behov HMN	**59 026**	**63 896**	**67 110**	**24 %**

Tabell 20: Beregnet behov for polikliniske legekonsultasjoner innen hudsykdommer pr helseforetaksområde i 2020, 2030 og 2040 (Kilde: Arbeidsgruppen, SSB, Helse Midt-Norge)

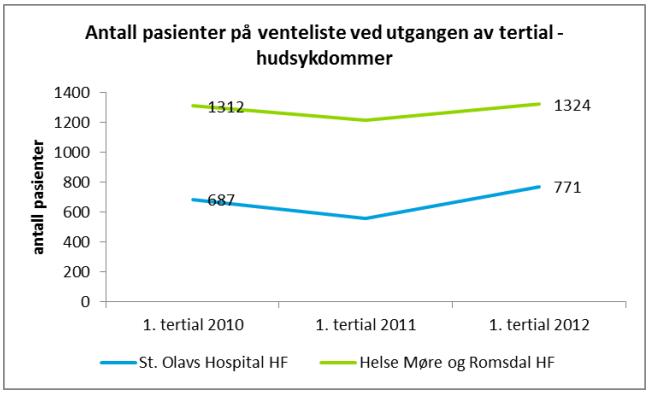
Arbeidsgruppen antar at det beregnede behovet for befolkningen i Møre og Romsdal som fremkommer i tabellen over er for lavt, da det pr i dag kun finnes et poliklinisk tilbud ved sykehus i regionen.

Det har vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til helsehjelp siden 1. tertial 2010 for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF som har hudavdeling. Gjennomsnittlig ventetid ved St. Olavs Hospital HF er lavere enn landsgjennomsnittet.



Figur 15: Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til helsehjelp innen hud og veneriske sykdommer, 1. tertial 2010 - 2012 (Kilde:Helsedirektoratet)

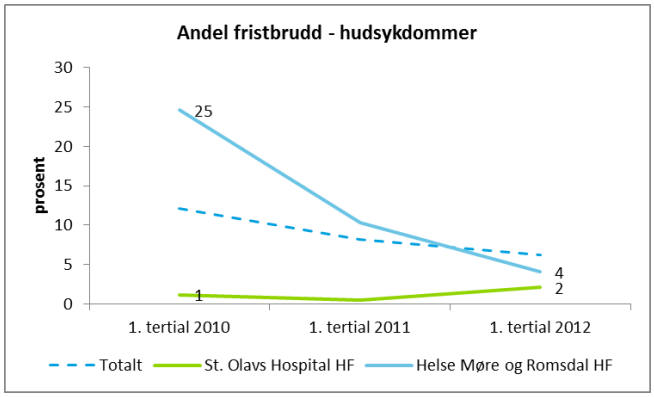
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til helsehjelp ved St. Olavs Hospital HF er pr 1. tertial 2012 32 dager lavere enn gjennomsnittlig ventetid i Helse Møre og Romsdal HF. I Helse Møre og Romsdal HF ble den gjennomsnittlige ventetiden i perioden redusert med 39 dager, mens St. Olavs Hospital HF hadde en reduksjon på 11 dager i samme periode.



Figur 16: Antall pasienter på venteliste ved utgangen av tertial, 1. tertial 2010 - 1. tertial 2012, hudsykdommer (Kilde: Helsedirektoratet)

Antall pasienter på venteliste ved utgangen av 1. tertial 2012 har økt for de to helseforetakene med hudavdeling sammenliknet med 2010.

Ved utgangen av 1. tertial 2012 står 1 324 pasienter på venteliste ved Helse Møre og Romsdal HF, noe som er 12 pasienter mer enn ved utgangen av 1. tertial 2010. Ved St. Olavs Hospital HF var det ved utgangen av 1. tertial 2012 771 ventende, mens det ved utgangen av 1. tertial 2010 var 687 ventende.



Figur 17: Andel fristbrudd innen hudsykdommer, 1. tertial 2010 - 2012 (Kilde: Helsedirektoratet)

En lav andel pasienter opplever fristbrudd i helseforetakene med hudavdeling i Helse Midt-Norge RHF. Kun 2 prosent av pasientene opplevde fristbrudd ved St. Olavs Hospital HF og 4 prosent ved Helse Møre og Romsdal HF pr 1. tertial 2012.

Helse Møre og Romsdal HF har redusert andel fristbrudd med 21 prosentpoeng siden 1. tertial 2010.

6.4 Forslag til fremtidig organisering

Arbeidsgruppen har utviklet tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer for helseforetaksområdene Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF. For Helse Møre og Romsdal HF ble det utviklet fire ulike scenarier.

Ved utvikling av scenariene la arbeidsgruppen vekt på behovet for polikliniske konsultasjoner i 2040, og anbefalt ressursøkning er ment gjennomført som en gradvis opptrapping frem til 2040. De anbefalte scenariene for hvert enkelt helseforetaksområde bør ses i sammenheng, for å gi et helhetlig bilde på det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i Helse Midt-Norge RHF.

I tabellen under gis det en oversikt over anbefalt scenario for hvert helseforetaksområde, samt dagens ressurser og aktivitet innen poliklinisk behandling. Ingen av scenariene arbeidsgruppen anbefaler vil føre til endring i antall sykehus med hudavdeling.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister
Ressurser 2040	Antall sykehus med hudavdeling	2	0	1	1	1
	Antall overlegestillinger	11,4	1	8 (4)	6	15
	Antall LIS	5,5	0	6	1	7
	Antall avtalespesialistårsverk	7,2	5,0	5,0	2,0	12,0
Kapasitet 2040 (3)	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1)	19 000	2 000	11 700	12 750	26 450
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2)	35 000	17 500	17 500	7 000	42 000
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**54 000**	**19 500**	**29 200**	**19 750**	**68 450**

(1) ekskl. lysbehandling (2) ekskl. lysbehandling (4) +1 OL ambulering til HNT HF
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 2000 kons/år OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år 100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 21: Oppsummering av anbefalt scenario for organisering av det polikliniske tilbud innen hudsykdommer i Helse Midt-Norge RHF pr helseforetaksområde (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge RHF)

Kolonnen lengst til høyre i tabellen viser det totale antall overleger, LIS-leger og avtalespesialisthjemler i Helse Midt-Norge i 2040 ved det anbefalte scenariet. De tre kolonnene i midten viser anbefalt fordeling av ressurser mellom de tre helseforetakene i 2040. Tallkolonnen lengst til venstre viser dagens situasjon. Ressursøkningen skal skje ved en delvis opptrapping.

Den nederste raden i tabell 21 viser antall polikliniske konsultasjoner man kan forvente gjennomført, gitt ressursene i radene over. I beregningen av antall konsultasjoner er det benyttet normtall. (Se forklaring under tabellen).

I tabellen nedenfor vises andel bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner ved det anbefalte scenariet. Tabellen viser dagens situasjon samlet for Helse Midt-Norge, beregnet andel for hvert av de tre helseforetaksområdene i 2040 og Helse Midt-Norge samlet i 2040. Kolonnen lengst til høyre viser landsgjennomsnittet.

I den nederste raden i tabellen vises dekningsgraden (antall avtalespesialister pr 100 000 innbyggere) på samme måte.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040	
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF	
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei	
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Gjennomsnitt Norge
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	65 %	90 %	60 %	35 %	61 %	56 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	0,9	3,7	1,3	2,4	1,4	1,4

Tabell 22: Beregnet bruk av avtalespesialister for polikliniske konsultasjoner innen hudsykdommer og dekningsgrad med avtalespesialisthjemler i 2040 (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge, SSB)

Basert på anbefalt scenario for hvert helseforetaksområde ble det beregnet behovsdekningsgrad på kort- (2020), mellomlang- (2030) og lang sikt (2040) for polikliniske konsultasjoner innen hvert helseforetaksområde. Behovsdekningsgraden baserer seg på dagens forbruksrate, normtall for polikliniske konsultasjoner pr år pr ressurs og befolkningsframskriving fra SSB (middels nasjonalt vekst, MMMM). Grunnet den store usikkerheten som en langsiktig (2040) behovsberegning innebærer, legges det størst vekt på behovsdekningsgraden i 2020.

		Dagens situasjon	Anbefalt scenario			2040
Helseforetaksområde		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Midt-Norge RHF
Strukturendring			Nei	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister
Dekningsgrad	Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i					
	2020		103 %	100 %	170 %	
	2030		97 %	89 %	157 %	
	2040		94 %	88 %	150 %	

Tabell 23: Beregnet behovsdekningsgrad for polikliniske konsultasjoner pr helseforetaksområde i Helse Midt-Norge RHF (Kilde: Arbeidsgruppe "hud", SSB, Helse Midt-Norge RHF)

Som det fremkommer av tabellen ovenfor vil anbefalt scenario for Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF være egnet til å dekke beregnet behov for polikliniske konsultasjoner for befolkningen fra de to helseforetaksområdene. Anbefalt scenario for Helse Møre og Romsdal HF vil medføre en stor overkapasitet i forhold til beregnet behov for polikliniske konsultasjoner. Men som tidligere nevnt mener arbeidsgruppen at den lave forbruksraten i Møre og Romsdal skyldes den begrensede kapasiteten i regionen i dag. Etablering av avtalespesialister innen hudsykdommer vil bedre tilgangen til spesialisthelsetjenestekompetanse på området, og sannsynligvis føre til økt forbruk.

En nærmere beskrivelse av de ulike scenariene for hvert helseforetaksområde gis i egne avsnitt nedenfor.

6.4.1 Helse Nord-Trøndelag HF

Arbeidsgruppen har diskutert tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet i Helse Nord-Trøndelag HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

Helse Nord-Trøndelag HF		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Strukturendring			Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med hudavdeling	0	0	0	0
	Antall overlegestillinger	0,4	1 (4)	0,4	1,5 (4)
	Antall LIS	0	0	0	0
	Antall avtalespesialistårsverk	3,2	5,0	5,0	4,1
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1), (3)		2 000	800	3 000
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2),(3)	17 000	17 500	17 500	14 350
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**17 000**	**19 500**	**18 300**	**17 350**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	100 %	90 %	96 %	83 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	2,4	3,7	3,7	3,1
Dekningsgrad	**Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i**				
	2020		103 %	97 %	92 %
	2030		97 %	91 %	86 %
	2040		94 %	88 %	84 %

(1) ekskl. lysbehandling (2) ekskl. lysbehandling (4) +1 OL ambulering til HNT HF
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 2000 kons/år OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år 100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 24: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i Helse Nord-Trøndelag HF (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen anbefaler at den polikliniske kapasiteten utenfor sykehus styrkes ved en økning av antall avtalespesialister fra 3,2 til 5 hjemler. Samtidig anbefaler arbeidsgruppen å etablere et poliklinisk tilbud ved Sykehuset Levanger med én overlegestilling som skal være en ambulerende lege ansatt ved St. Olavs Hospital HF.

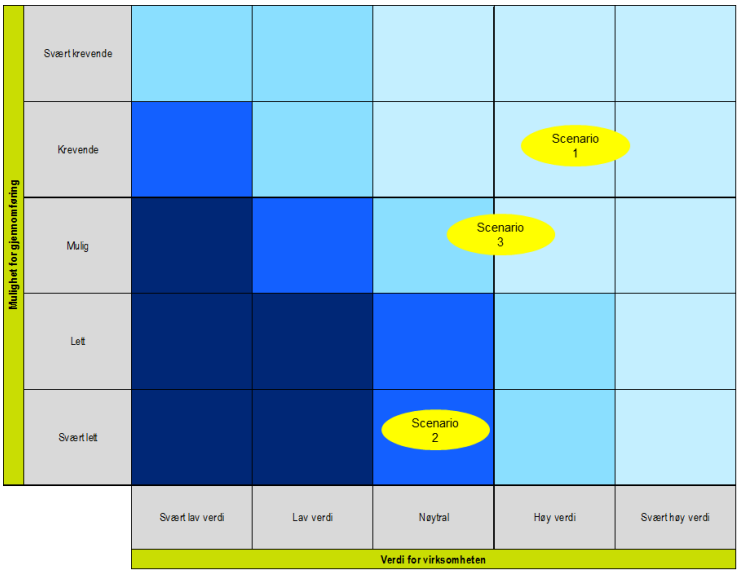
Alle tre scenarier ble vurdert i henhold til konsekvenser innenfor følgende hovedområder ved bruk av vurderingsmatrisen beskrevet i kapittel 1.3:

- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Resultatet av denne vurderingen var at scenario 1 (anbefalt scenario) ble vurdert som det beste alternativet samlet sett.

Arbeidsgruppen vurderte anbefalt scenario som krevende å gjennomføre, men mener samtidig at scenariet vil ha en «høy verdi» for Helse Midt-Norge RHF.

Figuren under viser en samlet vurdering av scenariene for Helse Nord-Trøndelag HF i forhold til mulighetsrom og verdi for Helse Midt-Norge RHF.



Som det fremkommer av figuren vil scenario 1 ha høyest verdi for virksomheten, men samtidig være krevende å gjennomføre, noe som skyldes den forslåtte ambuleringen av en overlege fra St. Olavs Hospital HF.

Scenario 3 vil ha nest høyest verdi for virksomheten og samtidig være mulig å gjennomføre. Scenario 2 vil ha en nøytral verdi for virksomheten og vil etter arbeidsgruppens vurdering være svært lett å gjennomføre.

Figur 18: Samlet vurdering av de ulike scenariene for Helse Nord-Trøndelag HF (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

6.4.2 St. Olavs Hospital HF

Arbeidsgruppen har diskutert tre ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet i St. Olavs Hospital HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

St. Olavs Hospital HF		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Strukturendring			Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med hudavdeling	1	1	1	1
	Antall overlegestillinger	7	8 (4)	7	9 (4)
	Antall LIS	4,5	6	5	6
	Antall avtalespesialistårsverk	4,0	5,0	6,0	4,0
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1), (3)	10 000	11 700	10 050	12 600
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2),(3)	18 000	17 500	21 000	14 000
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**28 000**	**29 200**	**31 050**	**26 600**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	64 %	60 %	68 %	53 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	1,3	1,3	1,6	1,1
Dekningsgrad	**Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i**				
	2020		100 %	107 %	92 %
	2030		89 %	95 %	81 %
	2040		88 %	92 %	79 %

(1) 1 OL = 900 kons./år; 1 LIS = 750 kons./år
(2) 100% hjemmel = 3500 kons./år
(3) ekskl. Lysbehandling
(4) + 1 OL med arbeidssted i HNT HF (Sykehuset Levanger)

Tabell 25: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i St. Olavs Hospital HF (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen anbefaler at den polikliniske kapasiteten utenfor sykehusene styrkes gjennom en økning av antall avtalespesialister fra 4 til 5 hjemler. Samtidig anbefaler arbeidsgruppen at den polikliniske kapasiteten på St. Olavs Hospital HF styrkes ved en økning av antall overlegestillinger fra 7 til 9, hvorav en overlege skal ha behandlingssted i Helse Nord-Trøndelag (se også anbefalt scenario for Helse Nord-Trøndelag).

Ved anbefalt scenario vil hudavdelingen ved St. Olavs Hospital HF sørge for å opprettholde den ambulerende virksomheten ved Røros sykehus, og etablere en ambulerende virksomhet ved Orkdal sykehus.

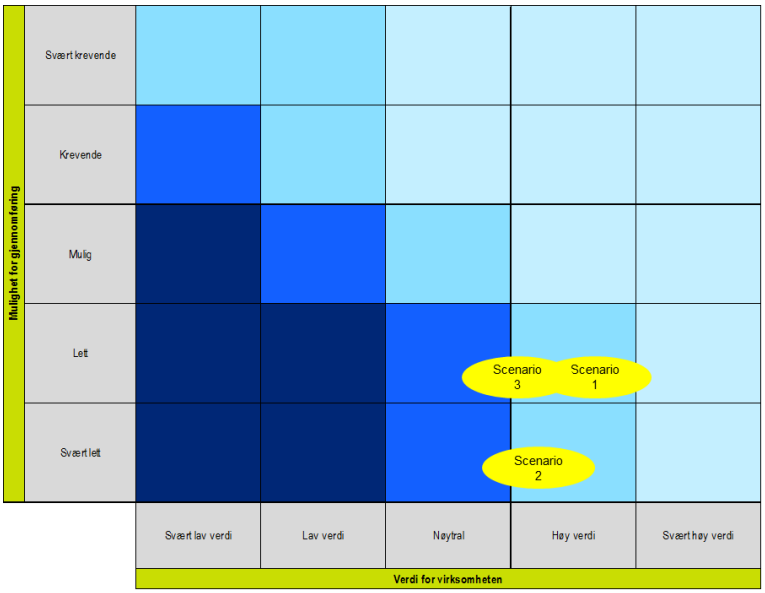
Alle tre scenarier ble vurdert i henhold til konsekvenser innenfor følgende hovedområder ved bruk av vurderingsmatrisen beskrevet i kapitel 1.3:

- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Resultatet av denne vurderingen var at scenario 1 (anbefalt scenario) ble vurdert som det beste alternativet samlet sett.

Arbeidsgruppen vurderte anbefalt scenario som «lett å gjennomføre», med en «høy verdi for virksomheten»

Figuren under viser en samlet vurdering av scenariene for St. Olavs Hospital helseforetaksområde i forhold til mulighetsrom og verdi for Helse Midt-Norge RHF.



Som det fremkommer av figuren var det for arbeidsgruppen bare små nyanser som ga utslag for valget av scenario 1. Det vil etter arbeidsgruppens mening være lett eller svært lett å gjennomføre alle diskuterte scenarier for St. Olavs Hospitals helseforetaksområde. Når det gjelder verdi for det regionale helseforetaket er arbeidsgruppens vurdering at denne også er ganske lik. Likevel anbefaler arbeidsgruppen scenario 1 da dette scenariet har en noe høyere verdi enn de andre.

Figur 19: Samlet vurdering av de ulike scenariene for Helse Nord-Trøndelag HF (Kilde: Arbeidsgruppe «hud», Helse Midt-Norge)

6.4.3 Helse Møre og Romsdal HF

Arbeidsgruppen har diskutert fire ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbud i Helse Møre og Romsdal HF. De ulike scenariene og en oppsummerende beskrivelse av dagens situasjon gis i tabellen nedenfor. Anbefalt scenario er markert med rød ramme.

Helse Møre og Romsdal HF		Scenario 0 (Dagens situasjon)	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4
Strukturendring			Ja - ingen sykehustilbud	Nei	Nei	Nei
Område for ressursøkning			Sykehus og avtalespesialister	Sykehus og avtalespesialister	Avtalespesialister	Sykehus
Ressurser 2040	Antall sykehus med hudavdeling	1	0	1	1	
	Antall overlegestillinger	4	0	6	4	8
	Antall LIS	1	0	1	1	2
	Antall avtalespesialistårsverk	0,0	6,0	2,0	3,0	0,0
Kapasitet 2040	Antall polikliniske konsultasjoner på sykehus (1), (3)	10 000	0	12 750	8 000	16 000
	Antall polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (2), (3)	0	21 000	7 000	10 500	0
	Samlet antall polikliniske konsultasjoner	**10 000**	**21 000**	**19 000**	**18 500**	**16 000**
Konsekvens 2040	Andel bruk av avtalespesialister	0 %	100 %	37 %	57 %	0 %
	Dekningsgrad med avtalespesialister pr 100`innb.	0,0	1,9	0,6	1,0	0,0
Dekningsgrad	**Behovsdekningsgrad (forhold mellom kapasitet og behov) i**					
	2020		187 %	170 %	165 %	143 %
	2030		174 %	157 %	153 %	132 %
	2040		166 %	150 %	146 %	127 %

(1) ekskl. lysbehandling (2) ekskl. lysbehandling (4) +1 OL ambulering til HNT HF
(3) OL i HNT HF og HMR HF = 2000 kons/år OL på St. Olav Hospital HF = 900 kons/år 100% avtalespesialist = 3 500 kons/år

Tabell 26: Oversikt over ulike scenarier for organisering av det polikliniske tilbudet innen hudsykdommer i Helse Møre og Romsdal (Kilde: Arbeidsgruppen, Helse Midt-Norge)

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres et poliklinisk tilbud utenfor sykehus ved at det etableres en avtalespesialistløsning, samtidig som kapasiteten på sykehuset styrkes (scenario 2).

Alle fire scenarier ble vurdert i henhold til konsekvenser innenfor følgende hovedområder ved bruk av vurderingsmatrisen beskrevet i kapitel 1.3:

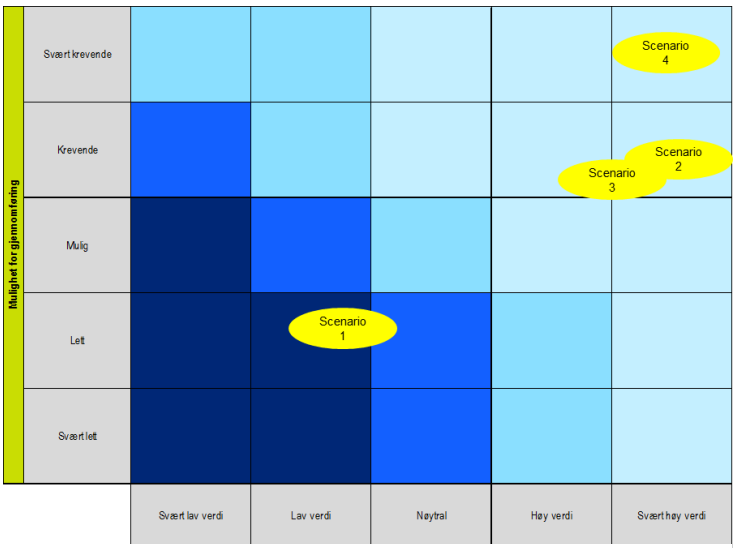
- Kvalitet
- Tilgjengelighet og samordning av tjenestetilbud
- Forholdene for de ansatte
- Faglig utviklings- og forskningsmuligheter
- Styrbarhet
- Økonomi

Resultatet av denne vurderingen var at scenario 2 (anbefalt scenario) ble vurdert som det beste alternativet samlet sett. Scenario 1 vil gi en høyere kapasitet, men arbeidsgruppen vurderer risikoen ved dette scenariet knyttet til rekruttering som for sto fordi det da ikke vil finnes et sykehustilbud i Møre og Romsdal med tilhørende utdanningsoppdrag. Dette vil medføre at det vil bli vanskelig å rekruttere spesialister til regionen, noe som også vil gjelde rekruttering av avtalespesialister.

Ved foreslått scenario vil det bygges opp en overkapasitet i Møre og Romsdal. Arbeidsgruppen vurderer dagens polikliniske kapasitet i Møre og Romsdal som for liten, noe som fører til en lav forbruksrate. Anbefalt scenario vil sørge for en mer likeverdig tilgang til poliklinisk utredning og behandling av hudsykdommer. Etablering av avtalespesialister skal i hovedsak bidra til et bedre desentralisert poliklinisk tilbud for befolkningen i kommuner med lang avstand til en sykehuspoliklinikk.

Arbeidsgruppen vurderte det anbefalte scenariet som krevende å gjennomføre, men med en «svært høy verdi for virksomheten»

Figuren under viser en samlet vurdering av scenariene for Helse Møre og Romsdal helseforetaksområde i forhold til mulighetsrom og verdi for Helse Midt-Norge RHF.



Figur 20: Samlet vurdering av de ulike scenariene for Helse Nord-Trøndelag HF (Kilde: Arbeidsgruppe, Helse Midt-Norge)

Som det fremkommer av figuren vurderer arbeidsgruppen verdien for tre av de fire scenariene som «høy» eller «svært høy». Samtidig vurderes disse scenariene som «krevende» eller «svært krevende» å gjennomføre. Det er kun scenario 1 som vil, etter arbeidsgruppens mening, være lett å gjennomføre. Men dette scenariet vil ha en lav verdi for virksomheten, noe som i hovedsak skyldes risikoen knyttet til utdanning og rekruttering av hudleger i Møre og Romsdal HF.

6.5 Retningslinjer

Arbeidsgruppen mener at deler av den polikliniske aktiviteten innen hudsykdommer kan utføres av primærhelsetjenesten, f eks enkelte typer diagnostikk. Arbeidsgruppen mener det er forsvarlig at primærleger utfører histologiske undersøkelser (biopsier) hos pasienter med mistanke om hudkreft i tillegg til å ta bilde av hudarealet. Dette vil avlaste spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at det vil kunne bidra til å bedre kvaliteten på henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Generelt bør en henvisning, i tillegg til fullstendige administrative opplysninger, inneholde:

- Opplysninger vedrørende tidligere behandlinger for aktuelle hudlidelse, både internbehandling og lokalbehandling (reseptpliktige og ikke-reseptpliktige preparater) og effekt/manglende effekt av behandlingen
- Aktuell medisinering, utslett er en vanlig legemiddelbivirkning og evt legemiddelexanthem ofte en aktuell differensialdiagnose
- Kopi av eventuelle histologisvar og andre relevante prøvesvar
- Bilde av suspekt hudareale (høy oppløsning, hvit bakgrunn, mm)

For behandling av utvalgte hudsykdommer hos fastleger henviser arbeidsgruppen til veileder utgitt til alle fastleger i Helse Midt-Norge, kap. hudsykdommer. Siden informasjon og anbefalinger gitt i denne veilederen ikke er oppdatert (siden ca 90-tallet) anbefaler arbeidsgruppen en grundig gjennomgang i fagmiljøet, og dersom fastleger er i tvil bør disse kontakte hudavdelingen ved St. Olavs Hospital.

7 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

7.1 Sammendrag

Et av målene for dette prosjektet er å få til en endring i bruk av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene. Arbeidsgruppen ser at dette er fornuftig, men det vil være viktig at man utvikler et samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene som er av en slik art at produktiviteten og attraktiviteten ved avtalepraksis ivaretas. Avtalespesialister har i dag relativt høy aktivitet innenfor direkte pasientkontakt (terapisamtaler). En av årsakene til den høye aktivitet er knyttet til organisering. Redusert møtevirksomhet og administrative oppgaver tillater avtalespesialisten å bruke vesentlig større andel av sin arbeidstid på direkte pasientkontakt enn hva behandlere i DPS kan. Det er viktig at eventuelle endringer ikke bidrar til å redusere muligheten til å opprettholde den høye aktiviteten hos avtalespesialistene.

Det er i dag liten grad av samhandling mellom helseforetakene og avtalespesialistene, og de har liten kjennskap til hverandre. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det etableres en møtearena der partene kan bli kjent, utveksle informasjon og diskutere hvordan man best mulig kan samarbeide for å sikre optimal utnyttelse eksisterende kompetanse og ressurser.

Det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge er i relativt høy grad desentralisert i dag. SSBs befolkningsfremskriving viser at den største veksten fremover vil komme i Trondheimsregionen. Samtidig har Trondheim en stor andel unge, og det er de som utgjør den store pasientgruppen innen psykisk helsevern og rus. Det er en kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern allerede i dag, og arbeidsgruppen erfarer at det er størst behov for kompetanse innen allmennpsykiatriske problemstillinger hos voksne i Trondheim, og at dette behovet vil være økende. Dette kan løses av både klinisk psykolog og psykiater.

BUP i Nord-Trøndelag har i dag et behov for nevropsykologkompetanse, men det har vist seg vanskelig å rekruttere slik kompetanse til Nord-Trøndelag. I Trondheim har de nylig fått økte ressurser på dette området, så her er behovet dekket pr i dag. Innen BUP ser de også at de fremover vil få en utfordring knyttet til å ivareta den minste aldersgruppen (0-5 år). Dette er en gruppe som de først nå begynner å få tak i, så her vil det være økt aktivitet fremover sammenliknet med i dag.

Arbeidsgruppen mener at en økning av avtalespesialister i regionen vil kunne bidra til god volumøkning mht utrednings- og behandlingskapasitet innen psykisk helsevern, men at en ressursøkning totalt sett bør skje gjennom en fordeling av nye hjemler mellom helseforetakene og avtalespesialister, etter behov i de ulike pasientgruppene.

7.2 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidsgruppen for fagområdet psykisk helsevern og rus har bestått av følgende personer:

- Åsmund Bang, leder BUP Helse Nord-Trøndelag HF
- Karin Bostad, rådgiver for koordinering og samhandling Rusbehandling Midt-Norge HF
- Jon A. Haugum, psykolog, avtalespesialist Trondheim
- Randolf Vågen, overlege psykiatri Nidaros DPS, St. Olavs Hospital HF
- Eline Palm Paxal, Deloitte (prosjektstøtte)

I tillegg var Ivar Gotaas ved Molde DPS og Gaute Nilsen ved Psykiatrisk klinikk ved Levanger sykehus invitert med i gruppen, men hadde ikke anledning til å delta i møtene.

Arbeidsgruppen har gjennomført to arbeidsmøter i prosjektperioden.

7.3 Dagens situasjon

Behandlingstilbudet innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF er i dag lokalisert på mange steder i regionen, blant annet ved ulike distriktpsykiatriske sentre (DPS). En oversikt over det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern, samt lokalisering av avtalespesialister, er gitt i tabellen under.

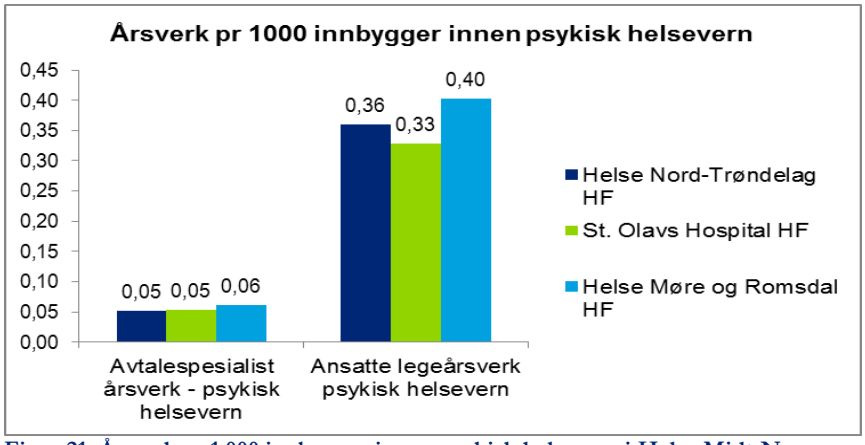
	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Helse Møre og Romsdal HF
Poliklinikk, psykisk helsevern voksne	• Nidaros DPS • Tiller DPS • Orkdal DPS	• Namsos • Levanger • Kolvereid DPS • Stjørdal DPS	• Ålesund • Molde DPS • Kristiansund DPS • Volda DPS • Sjøholt DPS • Vegsund DPS
Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)	• Trondheim • Orkdal • Røros • Fosen	• Namsos • Levanger • Kolvereid	• Ålesund • Molde • Kristiansund • Volda
Avtalespesialister	• Trondheim • Røros • Bjugn	• Namsos • Levanger • Steinkjer • Stjørdal	• Ålesund • Molde • Kristiansund • Volda • Ørsta • Ulsteinvik • Tingvoll

Avtalespesialistene benyttes innen psykisk helsevern for voksne, og i liten grad innen BUP. Innen TSB (tverrfaglig spesialisert behandling for rusproblemer) er det i dag ikke avtalespesialister.

Rusbehandling Midt-Norge er i dag et eget helseforetak i Helse Midt-Norge RHF. Det er besluttet at rusbehandlingen skal integreres inn i de andre tre helseforetakene. Gjennomføringsplan for denne omstillingen skal behandles i styret i Helse Midt-Norge RHF i november. Rus Midt-Norge HF har tre egne klinikker; Trondheimsklinikken, Molde Behandlingssenter og Vestmo behandlingssenter, Ålesund. I tillegg har Helse-Midt RHF

driftsavtale med private klinikker som Lade Behandlingssenter, NKS Kvamsgrindkollektivet, Tyrilisiftelsen og rammeavtale med Stiftelsen Valdresklinikken.

Figuren nedenfor viser legedekningen innen psykisk helsevern i de ulike helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF. Helse Møre og Romsdal HF har en noe bedre legedekning pr innbygger enn de to andre helseforetakene, men forskjellen er mindre når det gjelder avtalespesialister enn legeårsverk ansatt i helseforetaket. Tallene er hentet fra fase 1 av prosjektet og omfatter kun psykisk helsevern, da rus ikke var en del av første fase av prosjektet.



Figur 21: Årsverk pr 1 000 innbygger innen psukisk helsevern i Helse Midt-Norge

Helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har til sammen 61 avtalehjemler innen psykiatri og psykologi. En god del av disse er imidlertid deltidshjemler. Antall årsverk totalt er derfor ca 38. Fordelingen av årsverk mellom de ulike helseforetakene er fremstilt i tabellen nedenfor.

Avtalespesialister i HMN per sykehusområde			
Helseforetaksområde	**Årsverk psykisk helsevern totalt**	**Årsverk psykiatri**	**Årsverk psykologi**
Helse Nord-Trøndelag	7	1,5	5,5
St. Olavs Hospital HF	16	4,2	12,0
Helse Møre og Romsdal	15	1,6	13,6
Totalt	**38,35**	**7,25**	**31,10**

Figur 22: Avtalespesialister i Helse Midt-Norge pr sykehusområde

Sammenlikner man antall hjemler i helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF med landet som helhet, ser vi at dekningsgraden er vesentlig lavere i Midt-Norge både innenfor psykiatri og psykologi, se tabellen nedenfor.

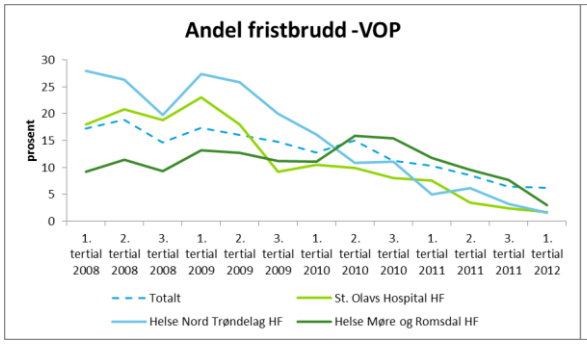
Fagområde	Antall hjemler i Norge	Per 100' innbyg. Norge	Antall hjemler i HMN	Per 100' innbyg. HMN	Avvik
Psykiatri	270	5,5	11	1,6	
Psykologi	560	11,4	50	7,4	
Psykisk helsevern	**830**	**16,9**	**61**	**9,0**	

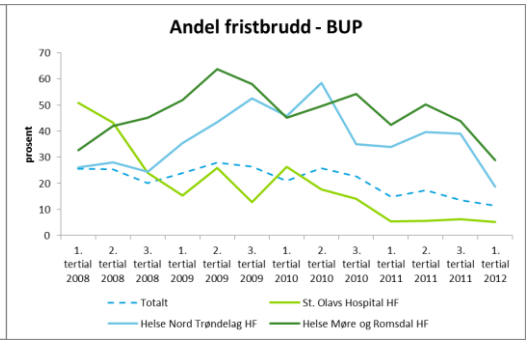
Figur 23: Avtalehjemler innen psykatri og psykologi i Norge og i Helse Midt-Norge

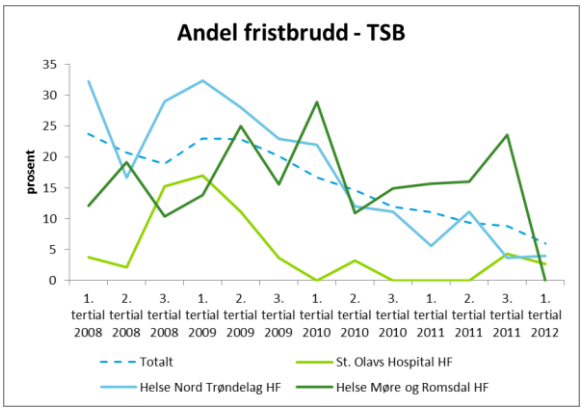
Avtalespesialistene utgjør en liten andel av behandlerne/terapeutene innen psykisk helsevern, men står for mellom 25 og 33 prosent[18] av den direkte pasientkontakt (terapisamtaler) i feltet. En avtalespesialist med 100 prosent avtalehjemmel har krav fra regionalt foretak om 1 050 konsultasjoner per år (+/- 20 prosent for å tillate en viss variasjon i arbeidsmetodikk). Data fra

[18] Tidligere utredninger gjennomført av Helse Midt-Norge RHF og Sintef Helse opererer med noe ulike størrelser

NPR viser at avtalespesialistene i stor grad oppfyller dette kravet og at manglende måloppnåelse for denne gruppen er et svært lite problem.







Grafene her viser utviklingen i andel fristbrudd innen de tre fagområdene fra 2008 og frem til 1. tertial 2012. Vi ser her at det har vært en nedgang i andel fristbrudd innen alle fagområdene. Den største andelen fristbrudd ser vi innen BUP der andelen fortsatt er relativt høy med 18,8 prosent i Helse Nord-Trøndelag HF og 28,8 prosent i Helse Møre og Romsdal HF 1. tertial 2012.

7.4 Forslag til fremtidig organisering

I dette kapitlet beskrives arbeidsgruppens innspill til organisering av vaktordning, hvordan vi ser på en tettere integrering av avtalespesialistene inn mot helseforetakene, forslag til tiltak for å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og avtalespesialistene, samt ressursbehov.

7.4.1 Organisering av vaktordning

Innen psykisk helsevern handler det å ha vakt i stor grad om å være rådgiver overfor kommune eller andre som har ansvaret for pasienten. Man forsøker å unngå innleggelser dersom det er mulig å gi et tilfredsstillende alternativt tilbud. For å fungere godt i en vaktfunksjon må man derfor ha god kjennskap til hele systemet, og de muligheter som finnes. Det er også en fordel at vakten er tilknyttet sykehus fordi man da har kontroll på og styring med innleggelsesplasser.

Arbeidsgruppen mener derfor at det ikke vil være fornuftig å involvere avtalespesialister i vaktordningen. Det vil imidlertid kunne være mulig å se nærmere på bruk av vaktordninger på tvers av fagområdene innen psykisk helsevern, men dette er en større oppgave som det ikke har vært rom for i dette prosjektet.

7.4.2 Integrering av avtalespesialister med helseforetakene

Avtalespesialistene har i dag relativt høy aktivitet innenfor direkte pasientkontakt (terapisamtaler). Årsakene til denne høye aktivitet er trolig flere, men forhold knyttet til organisering spiller en viktig rolle. Redusert møtevirksomhet og administrative oppgaver tillater avtalespesialisten å bruke vesentlig større andel av sin arbeidstid på direkte pasientkontakt enn hva behandlere i DPS kan. At avtalespesialistene i utgangspunktet er erfarne behandlere og derfor forsvarlig kan

behandle mange pasienter på egen hånd, uten veiledning eller konsultasjon fra andre yrkesgrupper, virker også i samme retning.

Selv om avtalespesialistene i dag ikke kan sies å være integrert med helseforetakene og det til dels er lite oppfølging av aktiviteten hos avtalespesialistene, viser det seg når en undersøker virksomheten nærmere, at et stort flertall har etablert og driver praksis i tråd med hva som er ønskelig. Trolig kan det tilskrives at de fleste avtalespesialister har langvarig sykehuspraksis (og ledererfaring) med seg og kjenner kliniske og helsepolitiske problemstillinger godt. Når disse har søkt seg til avtalepraksis er det for å kunne bruke mindre tid til administrative aktiviteter og møtevirksomhet slik at de kan fokusere mer på direkte pasientbehandling.

Virksomheten er imidlertid blitt mer regulert de siste årene og det kommer oftere meldinger fra avtalespesialister om at de opplever friheten til å drive praksis på en tilpasset og fleksibel måte som redusert. En del har også sagt opp sine hjemler med denne begrunnelse. Dette er et signal man bør lytte til. Det sies av enkelte at "flukt" fra avtalepraksis vil kunne bidra til å løse problemet med rekruttering av spesialister til sykehus, men det er minst like sannsynlig at de vil trekke til annen virksomhet hvor mulighetene for å arbeide i tråd med egne ønsker er større. Dette vil kunne være privat praksis uten hjemmel med refusjon (som endel har rett til), helprivat praksis eller som psykolog hos private helsetilbydere. Hvis dette skjer, vil spesialisthelsetjenesten risikere vesentlig tap av kompetanse og kapasitetsproblem samtidig som den nye virksomheten vil være utenfor det offentliges kontroll- og påvirkningsfelt. Styrings- og kontrolltiltak som ikke er tvingende nødvendige bør derfor vurderes med henblikk på dette.

Et videre aspekt det er viktig å holde for øye, er det økonomiske. Mens avtalepraksis tidligere var godt honorert og det økonomiske aspektet også representerte et incitament for å søke hjemmel, har inntektsutviklingen de siste årene vært negativ for gruppen sammenlignet med spesialister i sykehus. Korrigert for sykepengerettigheter, pensjonsrettigheter osv. er det ikke attraktivt økonomisk å ha avtalehjemmel sammenlignet med stilling i sykehus, og noen kompensasjon for ekstra ansvar/belastning ved å drive praksis for egen regning gjenfinnes ikke. Som følge av denne utviklingen har det i noen helseregioner vært vansker med å få besatt ledige hjemler. Dette medfører at det er viktig å ikke innføre endringer som medfører ekstra økonomisk belastning eller reduserer inntjening da det kan gjøre hjemlene lite attraktive. Som eksempel kan nevnes et forsøk fra Helse Vest der avtalespesialist hadde i sin individuelle avtale at han/hun skulle ta en viss prosent av pasientene fra venteliste ved DPS. Det viste seg at pasientene avtalespesialisten fikk fra DPS hadde en så høy prosent "ikke møtt" at det fikk negative økonomiske konsekvenser for avtalespesialisten og han/hun gikk ut av hjemmelen, hvorpå den er blitt stående ubesatt.

Et av målene for dette prosjektet er å få til en endring i bruk av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene. Arbeidsgruppen ser at dette er fornuftig, men det vil være viktig at man utvikler et samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene som er av en slik art at attraktiviteten ved avtalepraksis ivaretas. Konkrete forslag til samarbeid presenteres i neste kapittel.

7.4.3 Samhandling mellom helseforetak og avtalespesialister

Det er viktig å finne frem til samarbeidsformer mellom avtalespesialister og sykehus som gjør at eksisterende kompetanse og ressurser utnyttes optimalt. Avtalespesialister og sykehus har i dag delvis overlappende, delvis komplementære funksjoner og slik bør det fortsatt være. Per i dag er det ganske få henvendelser fra psykiatriske poliklinikker til avtalespesialister om å ta imot pasienter til behandling. Samtidig er pågangen hos avtalespesialistene stor og ventetiden til dels

lang. Dette kan være årsaken til de få henvendelsene, men lite kjennskap til hverandre og liten grad av kommunikasjon kan også være medvirkende.

Best mulig bruk av de samlede ressursene kan etter vår mening ikke oppnås gjennom organisatorisk fellesskap eller ved detaljerte retningslinjer. Det er vår erfaring at godt samarbeid heller oppstår gjennom møter og dialog som skaper kjennskap til hverandre og kunnskap om hverandres arbeidsvirkelighet Vi anbefaler derfor at det etableres møtefora som kan bidra til å fremme samarbeid og best mulig ressursutnyttelse.

Helseforetakene har allerede etablert ulike møtefora for å ivareta samhandlingen med primærhelsetjenesten innen området psykisk helsevern. Det kan være erfaringer herfra som kan være nyttige å ta med seg inn i samarbeidet med avtalespesialister. Samtidig er det et dilemma at det totalt sett er veldig mange samhandlingsarenaer, spesielt innenfor BUP og Rusbehandling da de har stort behov for dialog i mange retninger. Ved etablering av nye møtearenaer må man derfor søke å både ta hensyn til dette, samt avtalespesialistenes begrensede ønske om økt tid brukt på administrasjon, ref kapittel 8.4.2.

Arbeidsgruppen anbefaler at helseforetakene får ansvar for å ha et møte med «sine» avtalespesialister. Aktuelle punkter på agendaen for et slikt møte kan være:

- Bli kjent/informasjonsutveksling (om behandlingstilbud, enheter, fagpersoner)
- Rapportering som sier noe om hvordan pasientene beveger seg mellom DPS og avtalespesialistene, som grunnlag for diskusjon om hvordan man i fellesskap kan bidra til at de «riktige» pasientene blir sendt til avtalespesialist
- Status på veilederbehov og kapasitet for veiledning (utdanning)

Hvor ofte man har slike møter vil variere fra helseforetak til helseforetak fordi det er ulik størrelse på miljøene, men vi anbefaler minimum en gang i året og at dette tas inn i avtalespesialistenes avtale med helseforetaket. Det bør også vurderes å honorere avtalespesialistene for å delta i møtene, da det vil ha en positiv innvirkning på oppmøtet.

I St. Olavs Hospital HF vil det være naturlig å dele opp i to grupper (voksne og barn/ungdom), mens det i Nord-Trøndelag HF kun er én avtalespesialist i BUP, så her bør det være felles møte for alle. Det bør også vurderes å ta med andre aktører etter hvert, som f eks representanter for fastlegene, men det kan være fornuftig å starte opp kun med avtalespesialistene da de og helseforetakene har såpass liten kjennskap til hverandre i dag.

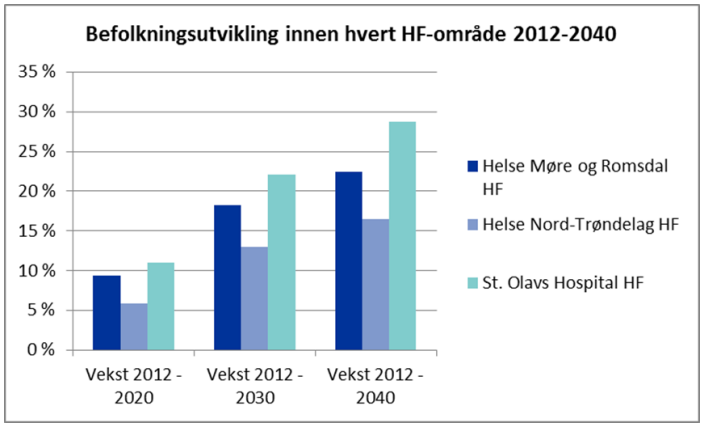
7.4.4 Ressursbehov

Det er allerede i dag en kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Det er derfor lang ventetid for pasienter som har behov for helsehjelp, men ikke rett til prioritert helsehjelp. Denne pasientgruppen får i liten grad tilbud om behandling ved DPS. Det kommer nå signaler fra helseministeren om at dette er en gruppe som vil få økt fokus fremover, så det blir viktig å finne frem til en organisering som gjør at også flest mulig av disse får behandling i rett tid. Dette er etter vår mening ikke mulig uten at det tilføres ekstra ressurser.

Fase 1 av dette prosjektet fastslo at Midt-Norge er en region som i liten grad har utnyttet det potensialet som ligger i avtalespesialistordningen. Det er ikke stor forskjell mellom fylkene i regionen mht dekning, men nivået er generelt lavt. Arbeidsgruppen mener at en økning av avtalespesialister i regionen vil kunne bidra til god volumøkning mht utrednings- og behandlingskapasitet innen psykisk helsevern.

Totalt sett bør en ressursøkning skje gjennom en fordeling av nye hjemler mellom helseforetakene og avtalespesialister, etter behov i de ulike pasientgruppene (ref kap 8.5 for retningslinjer for fordeling av pasientgrupper mellom helseforetak og avtalespesialister). Detaljer rundt dette må utredes nærmere. Arbeidsgruppen har ikke hatt underlag for å gjøre det i dette prosjektet.

Når det gjelder lokalisering av nye hjemler viser SSBs befolkningsfremskriving at den største befolkningsveksten vil komme i Trondheimsområdet (se figuren nedenfor). Det største behovet fremover vil derfor komme her. Samtidig har Trondheim en stor andel unge, og det er de som utgjør den store pasientgruppen innen psykisk helsevern og rus. DPS i Trondheim melder om et stort behov for aldersgruppen 20-30 år.



En gruppe som ikke fremkommer i SSBs statistikker er studentene. Det er i dag ca 30 000 studenter i Trondheim. Antall pasienter ved Nidaros DPS i dag som ikke har bostedsadresse i Trondheim tilsvarer 6 behandlere. Studentsamskipnaden i Trondheim har i dag et lavterskeltilbud som sender studentene videre til DPS eller avtalespesialist ved behov.

Vi erfarer altså at det er behov for kompetanse innen allmennpsykiatriske problemstillinger hos voksne i Trondheim i dag, og behovet vil være økende. Dette sammenfaller med signaler fra den regionale koordinatoren for avtalespesialister innen psykiatri og psykologi. Hun bistår avtalespesialistene i hele Helse Midt-Norge med å finne en alternativ behandler dersom avtalespesialisten selv ikke har kapasitet. Hun har derfor god oversikt over behovet i regionen, og sier at Trondheim peker seg ut i denne sammenhengen. Dette kan løses både av klinisk psykolog og psykiater.

BUP i Nord-Trøndelag har i dag et behov for nevropsykologkompetanse. De ønsker å ha dette internt i klinikken, men det har vist seg vanskelig å rekruttere slik kompetanse til Nord-Trøndelag. I Trondheim har de nylig fått økte ressurser på dette området, så her er behovet dekket pr i dag. Innen BUP ser de også at de fremover vil få en utfordring knyttet til å ivareta den minste aldersgruppen (0-5 år). Dette er en gruppe som de først nå begynner å få tak i, så her vil det være økt aktivitet fremover sammenliknet med i dag.

I Helse Midt-Norge er det en utfordring både på utdanningssiden og i forhold til antall legehjemler innen psykisk helsevern. Det er i dag vanskelig å rekruttere psykiatere. Dersom det opprettes psykiaterhjemler for avtalespesialister i Trondheim vil det derfor kunne tappe sykehusene for kompetanse. Det er noe utfordrende å rekruttere psykologer til Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag, men i Trondheimsregionen er det relativt enkelt.

Man kan se på avtalehjemler som en måte å beholde kompetanse på som ellers ville gått ut av spesialisthelsetjenesten, f eks til private aktører. Dette er imidlertid mest relevant for psykologer. Det er ikke like aktuelt for psykiatere som tjener godt på å gå vakt i sykehus.

Innenfor TSB er det store utfordringer knyttet til å få tak i leger. En av grunnene til dette er at det ikke finnes LIS stillinger innen rusområdet. Det er imidlertid vedtatt at dette skal komme, men det er usikkert når det vil skje. Legene som jobber innen rus er ofte leger som jobber der et halvt år som en del av sin spesialisering innen andre fagområder.

7.5 Retningslinjer

Arbeidsgruppen ble bedt om å utarbeide retningslinjer for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Innenfor psykisk helsevern og rus er det relativt liten andel av behandling og oppfølging som skjer hos fastlegene. Det anses ikke som aktuelt å endre på dette, noe som blant annet skyldes at utredningsfasen som regel er mer omfattende innen psykisk helsevern enn den er i somatikken. Det er i større grad behov for utredning før man kan avgjøre hvilke rettighet en pasient har, og det er krav til at flere fagpersoner involveres i utredningsfasen. Arbeidsgruppen har derfor valgt å fokusere på arbeidsdelingen mellom poliklinikktilbudet i helseforetaket og avtalespesialister.

I dag benyttes avtalespesialister innen psykisk helsevern for voksne, men i liten grad innen BUP. Innen Rus er det i dag ikke avtalespesialister. Anbefalingene vedrørende bruk av avtalespesialister baserer seg derfor på erfaringer fra avtalespesialistpraksisen innen psykisk helsevern for voksne.

Det kan være flere grunner til at pasienter går til behandling hos en avtalespesialist fremfor DPS. En grunn kan være manglende kapasitet. DPS har ofte ikke kapasitet til å ta inn andre pasienter enn de som har rett til prioritert helsehjelp. De pasientene som «bare» har behov for helsehjelp blir ikke tatt inn, men heller videresendt til avtalespesialist. En annen grunn kan være at pasienter selv velger avtalespesialist fordi de i større grad verdsetter muligheten for diskresjon ifm behandling for psykiske lidelser. Dette kan være fordi de har store tillitsproblemer, at de opplever stigmatisering ved å ha psykisk lidelse eller at de selv er i en posisjon som gjør det svært vanskelig å oppnå vanlig diskresjon omkring deres hjelpsøken (f eks ansatt i psykisk helsevern selv).

For å ivareta den sistnevnte pasientgruppen er det viktig å opprettholde allmennlegenes mulighet til å henvise pasienter direkte til avtalespesialist. Uten denne muligheten vil trolig en større andel ikke søke hjelp for sine behandlingstrengende psykiske lidelser. Avtalespesialistene er en viktig partner for allmennlegene og de uttrykker også fornøydhet med den behandling pasientene de har henvist får. Allmennlegene er likeledes viktige samarbeidspartnere for avtalespesialistene ettersom disse ofte er de eneste legene avtalespesialistenes pasienter har kontakt med.

Bruken av avtalespesialister er et viktig bidrag til å avlaste helseforetakenes poliklinikker. Ser man på diagnosefordelingen for pasienter ved sykehus og hos avtalespesialister er det svært stor overlapp; der affektive lidelser og angstlidelser sammen med tilpasningsforstyrrelser utgjør de største gruppene og der personlighetsforstyrrelser sammen med disse eller som hoveddiagnose er et vesentlig innslag ved siden av. Diagnostisk sett synes det altså som at avtalespesialistene har en del av samme pasientpopulasjon i behandling som poliklinikkene ved sykehus. Klinisk erfaring er dog at innslaget av pasienter med pågående alvorlig psykoseproblematikk, alvorlige rusproblemer og alvorlige personlighetsforstyrrelser er større i sykehus, men at disse gjør seg mer gjeldende gjennom ressursbehov per behandling enn antall. I sum utgjør dette en sannsynlig og ønskelig forskjell mellom avtalespesialister og sykehus.

Arbeidsgruppen oppsummerer dette med at følgende oppgaver er passende for avtalespesialister:

- Forebyggende arbeid i form av konsultasjon til fastleger
- Veiledning for leger/psykologer under spesialisering
- Veiledning for definerte ansattgrupper
- Behandling av pasienter av typen:
    - Pasienter som er i en slik fase at de kan møte regelmessig hos behandler
    - Pasienter som ikke har behov for tverrfaglig behandling og/eller tilgjengelighet av hjelpeapparat på døgnbasis i perioder
    - Pasienter som skal følges opp etter et tverrfaglig behandlingsløp
    - Pasienter med behov for lengre tids behandling som det ikke er kapasitet for i DPS i dag

Avtalespesialister kan brukes for å bidra til møte kapasitetsutfordringene i DPS. Samtidig er det en utfordring knyttet til å benytte avtalespesialister i tilfeller der det er behov for rask behandling, ved at avtalespesialistene er avhengige av høy andel fakturerbare timer og derfor ikke kan sitte med «åpne timer» for å ta hastesaker.

Som nevnt er det ikke avtalespesialister innen Rus i dag, og det benyttes i liten grad innen BUP. Men det er pasientgrupper innen disse fagområdene der man kan vurdere bruk av avtalespesialister, Eksempler på aktuelle pasientgrupper er pårørende til rusmisbrukere, pårørende til barn med schizofreni eller pårørende etter selvmord.

8 Innspill fra helseforetakene

I dette kapitlet presenteres et sammendrag av innspillene fra helseforetakene. Innspillene i sin helhet er presentert i vedlegg (kapittel 10). Det har i prosjektperioden pågått flere til dels krevende parallelle prosesser i helseforetakene, noe som nok har medvirket til at det er ulikt i hvilken grad helseforetakene har besvart henvendelsen fra prosjektet.

Enkelte avdelinger har kommet med sine innspill. Det er viktig å påpeke at disse på ingen måte må ses på som helseforetakenes fullstendige bilde på ressursbehovet, verken internt eller for avtalespesialister. Helseforetakene har bedt de enkelte klinikkene/avdelingene om å svare direkte på den utfordringen helseforetaket fikk gjennom dette prosjektet. Det betyr at det ikke foreligger verken noen anbefaling eller noen prioritering mellom fagområdene fra helseforetaksledelsene sin side.

8.1 Sammendrag

Helseforetakene mener det er mulig å desentralisere mer av virksomheten innen noen fagområder, særlig gjelder dette kontroller og innen fag der tilleggsundersøkelser i form av avanserte billedundersøkelser og laboratorieundersøkelser ikke er avgjørende. Desentralisering av helsetjenester kan gjøres både ved økt ambulerende virksomhet og ved opprettelse av avtalehjemler. I figuren nedenfor vises en oversikt over områder der helseforetakene mener det bør opprettes flere avtalehjemler, og områder der helseforetakene mener en eventuell ressursøkning helst bør skje i sykehus.

Spesialitet	St. Olavs Hospital HF		Helse Nord-Trøndelag HF		Helse Møre og Romsdal HF	
	Anbefalt ressursøkning		Anbefalt ressursøkning		Anbefalt ressursøkning	
	Sykehus	Avtalespesialist	Sykehus	Avtalespesialist	Sykehus	Avtalespesialist
Indremedisin	x	(x)	Anbefaler økning i ambulerende virksomhet, evt bruk av avtalespesialist i kombinasjonsstillinger			
Revmatologi		x			x	
Urologi		x				x
Nevrologi	x	(x)				
Gynekologi		x				x

Figur 24: Innspill til områder for ressursøkning fra helseforetakene

Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital mener det vil være viktig å få etablert avtalehjemler innen revmatologi da det ikke eksisterer i regionen dag. I Helse Møre og Romsdal mener fagmiljøet imidlertid at det vil være bedre å styrke miljøet innen revmatologi ved sykehuset og heller ivareta behovet for desentralisert tilbud gjennom ambulant poliklinisk virksomhet.

Helseforetakene mener det er nødvendig å styrke det polikliniske tilbudet, både i sykehuspoliklinikker og ved bruk av avtalespesialister, for å dekke behovet for polikliniske konsultasjoner i årene som kommer. Som nevnt over er det identifisert områder der det anbefales at det opprettes avtalehjemler. De fleste fagområdene som har kommet med innspill til dette prosjektet legger imidlertid vekt på behovet for å styrke fagmiljøene i sykehusene, ivareta utdanningsfunksjoner og styrke rekrutteringen, og ønsker derfor å prioritere etablering av nye stillinger i sykehusene. Desentralisering av tilbudet kan da ivaretas gjennom ambulant virksomhet, eventuelt ved at det opprettes deltidshjemler som kombineres med en stilling ved sykehus.

8.2 St. Olavs Hospital HF

Følgende avdelinger ved St. Olavs Hospital har kommet med innspill til prosjektet, for sitt fagområde:

- Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi
- Revmatologisk avdeling
- Medisinsk klinikk
- Avdeling for urologisk kirurgi

Nevrologi
Aktiviteten innen nevrologi ved St. Olavs Hospital økte med 34,5 prosent fra 2004 til 2010 og er dermed den spesialiteten med størst vekst. Samtidig har Helse Midt-Norge den laveste andel nevrologer pr innbygger sammenliknet med de andre regionale helseforetakene. Dette underbygger behovet for flere stillinger innen nevrologi i Helse Midt-Norge.

Nye stillinger bør først og fremst gå til sykehusavdelingene. Dette begrunnes i at faget i økende grad preges av både akuttmedisinske problemer og større krav til spisskompetanse og tverrfaglighet i omsorgen for kronikergruppene. Skal man klare å opprettholde vaktordninger og samtidig ivareta kravet til høyspesialisert poliklinisk virksomhet, er det nødvendig å bygge robuste fagmiljø.

Imidlertid er det også en rekke sykdommer som kan utredes og behandles i regi av en avtalepraksis, og det er et meget stort og udekket kontrollbehov for pasienter med kroniske nevrologiske sykdommer. Det vil derfor være rom for flere avtalehjemler innen nevrologi i regionen, og disse vil i noen grad kunne avlaste sykehuspoliklinikkene.

Revmatologi
Revmatologi har ingen avtalespesialister i Helse Midt-Norge. Det er et stort behov for revmatologiske tjenester, både for nyhenviste og for oppfølgingspasienter, noe som viser seg ved lange ventetider og i overskredet tidspunkt for avtalte oppfølgingstidspunkt. Samtidig har det innen fagområdet skjedd store endringer som har dreid organiseringen av helsetjenestene bort fra et tidligere stort sengebehov til et betydelig, og forsatt økende, behov for poliklinisk behandling. Den polikiniske aktiviteten er godt egnet for å bli utført hos avtalespesialister.

Det bør opprettes avtalespesialistpraksis for revmatologi i Midt-Norge og særskilt i Trøndelagsområdet med lokalisasjon til Trondheim og Stjørdalområdet. Det vil være en en styrke om det opprettes 2 hjemler samtidig (i samme tidperiode). Ulike modeller er mulig, men det må være et mål å oppnå et desentralsiert tilbud og imøtekomme pasienter som velger ordningen fritt sykehusvalg (vesntlig pasienter fra Nord-Trøndelag og Nord-Møre).

Det må lages avtaler og modeller som sikrer at avtalespesialisten blir godt integrert og blir en naturlig del av spesialisthelsetjenestetilbudet ved sykehusene. Deltakelse i utvilingen av pasientforløp bør være en naturlig del av et slikt samarbeid som bør tuftes på fagnettverket for revmatologi i Midt-Norge.

Indremedisin
Den polikliniske aktiviteten i Medisinsk klinikk omfatter grenspesialitetene blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, infeksjonssykdommer, nyresykdommer og hjerneslagmedisin. Den største poliklinikken er innen fordøyelsessykdommer. Her forventes en økning i poliklinisk behov for endoskopiske undersøkelser, spesielt knyttet til at kolorektal kreft

er den raskest voksende kreftformen i Norge, og på andreplass i hyppighet (etter prostatakreft hos menn og brystkreft for kvinner). Det vil derfor bli behov for flere spesialister i dette faget.

Innen nyresykdommer er det en økning i nyhenviste til poliklinikken som blant annet skyldes at det er anbefalt at det screenes for hypertensjon i befolkningen. Det trengs 1-2 nye spesialister i nyresykdommer/hypertensjon. Innen endokrinologi vil behovet for spesialisthelsetjenester øke, selv om mer av diabetes 2-behandlingen kan overføres til fastlegene. Først og fremst bør utdanningskapasiteten økes med 1 LIS innen dette fagområdet, for å hente inn et betydelig etterslep.

Avtalehjemler som eksisterer i dag, bør videreføres innen de samme grenspesialiteter som nå. Nye stillinger bør primært tilføres Medisinsk Klinikk, St. Olavs Hospital. Dette for å styrke fagmiljøene i universitetssykehuset, og fordi disse er små og sårbare. Dersom man velger å øke antall avtalespesialister, må dette komme i tillegg til de stillinger som er i klinikken i dag. Avtalespesialister bør ha tett samarbeid med moderavdeling på sykehuset for å sikre god ressursutnyttelse og kvalitet.

Urologi
I all hovedsak er nå kirurgisk behandling av de fleste urologiske kreftformer sentralisert til St. Olavs Hospital for Helse Midt-Norge. Den ekstra arbeidsbelastningen dette medfører øker behovet for avlastning på andre områder. Samtidig er Helse Midt-Norge den eneste helseregionen uten avtalespesialist innen urologi i Norge.

Det primære ønsket er et øket antall urologer, det er behov for å utdanne nye urologer og flere utdanningsstillinger er ønskelig. En avtalespesialist i urologi ville i stor grad kunne avlaste sykehusets poliklinikk dersom en slik hjemmel ble knyttet til avtale om overføring av pasienter til kontroll som ikke kan gå til fastlege. Her kan f eks nevnes pasienter som skal til undersøkelse av blæren, såkalt cystoskopi, pasienter med prostatacancer som skal følges jevning med vevsprøver, etc. Det ville da være mulig å gi pasienter i regionen som henvises til St. Olav en ventetid som er i overenstemmelse med politiske ønsker, og som tilfredsstiller pasientenes behov. Det er ønske om at hjemmelen opprettes i Trondheim.

8.3 Helse Nord-Trøndelag HF

Å drive poliklinikk desentralisert er krevende, og har klare begrensninger. Like fullt har HNT HF valgt å satse på dette i mange fag med bakgrunn i pasientens beste, som støtte til kommunehelsetjenesten og pårørende og dels av klare faglige grunner. Det siste gjelder særlig i sammenheng med ambulante team innen psykiatri, rus, BUP, Rehabilitering og Habilitering. For å drive slik virksomhet, kreves god planlegging og oversikt over hvilke pasienter innen hvert fagområde dette passer for og i hvilken del av pasientforløpet.

HNT HF mener det er mulig å desentralisere mer av virksomheten i noen fagområder, særlig i kontrollvirksomhet og i fag der tilleggsundersøkelser i form av avanserte billedundersøkelser og laboratorieundersøkelser ikke er avgjørende. Gjennomgang av pasientforløp og samarbeid med kommunehelsetjenesten, vil kunne avdekke aktuelle fagområder.

Vi mener det er spesialister med bred kompetanse, eventuelt svært erfarne LIS- leger, som best kan ta seg av slike desentraliserte poliklinikker. Høyspesialiserte funksjoner og subspesialister egner seg i mindre grad. Dette for å kunne utnytte en slik poliklinikkdag til flest mulige pasienter og for å kunne gi kommunehelsetjenesten et bredest mulig spesialisttilbud ved den desentraliserte poliklinikken. Slik sett mener vi spesialistene på småsykehusene er de som er best egnet til å ha

slike funksjoner, og at eventuelle økte regionale ressurser til å fylle slike poliklinikker må legges til de mindre sykehusene. Dette vil også avlaste de gjenværende legene i små avdelinger og medføre større robusthet og mindre brudd på arbeidstidsavtaler. Vi kan få bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten og styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på det totale helsetjenestetilbudet samtidig som sårbarheten i våre fagmiljø vil kunne reduseres. Legehjemler til småsykehusene, evt kombinasjonsstillinger der desentralisert tjeneste gjøres som avtalespesialist, vil være den beste måten å få til gode desentraliserte tjenester på.

For HNT HF vil fortsatt ambulant virksomhet bli prioritert innen psykiatri, Rehabilitering, habilitering, BUP og dels noen team i medisinske fag. For desentralisert poliklinikk er vi allerede godt i gang med ortopedi og dialysevirksomhet. Vi ser også for oss å kunne arbeide videre med flere pasientforløp for å klarlegge muligheter for bruk av DMS- lokalene og DPS- lokalene.

8.4 Helse Møre og Romsdal HF

Følgende avdelinger ved Helse Møre og Romsdal HF har kommet med innspill til prosjektet, for sitt fagområde:

- Revmatologisk avdeling
- Kvinneklinikken, gynekologi

Revmatologi
Det er behov for flere spesialister innen revmatologi i Helse Møre og Romsdal. Tidligere har det vært en spesialist i revmatologi ved Kristiansund sykehus, men det var problematisk å få kontinuitet i stillingen grunnet manglende faglig fellesskap, manglende internundervisning og muligheter for videre faglig utvikling. I dag er det derfor kun revmatologisk avdeling i Ålesund, med ambulant poliklinisk virksomhet til Kristiansund 2-3 dager pr mnd.

Revmatologi er et fagområde hvor det er behov for tverrfaglig kompetanse. Det er vanskelig å oppnå hvis det kun er en spesialist alene. Det er ingen økonomiske godtgjørelser for den tverrfaglige vurderingen av de revmatologiske pasientene og vil ikke nødvendigvis prioriteres av en privat avtalespesialist. Det er behov for sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut med spesialkompetanse for å gi pasientene et kvalitativt godt tilbud.

Revmatologisk avdeling i Ålesund er en dynamisk avdeling med en relativt ung gruppe spesialister i revmatologi. Totalt sett mener vi det er mest hensiktsmessig å styrke bemanningen ved de eksisterende revmatologiske avdelingene i Helse Midt-Norge og bygge videre og utvikle den kompetansen som er der, istedenfor å opprette private avtalespesialister i revmatologi.
Dersom avdelingen får styrket bemanning har vi anledning til å ha ambulant virksomhet også i andre byer i fylket.

Gynekologi
Gynekologi er et stort fagområde innen kirurgi og egner seg utmerket for avtalepraksis. I dag er det to avtalespesialister i Møre og Romsdal og de har begge sin praksis i Ålesund.

Man kan se for seg et tilbud med minst én avtalespesialist i gynekologi i hver av de fire sykehusbyene. Disse hjemlene bør kunne kombineres med jobb på sykehus, og ikke minst bør de pålegges vakt og eventuelt internundervisning på sykehus. Dette må være nyopprettede stillinger da disse ikke kan tas ut av sykehusene dersom man skal kunne opprettholde akseptable og robuste vaktordninger.

En slik ordning vil kunne sørge for et mer desentralisert poliklinisk tilbud innen gynekologi.

9 Datagrunnlag og datakvalitet

Datagrunnlag er basert på offentlig tilgjengelig informasjon fra Helsedirektoratet/Norsk Pasientregister (NPR), Fritt Sykehusvalg og Statistisk Sentralbyrå (SSB).
Der det var mulig ble det hentet aktivitetstall for spesialitetens hoveddiagnosegruppe i DRG-systemet som følger:

- Øyesykdommer: Hoveddiagnosegruppe 2 – Øyesykdommer
- Hud: Hoveddiagnose 9 – Sykdommer i hud, underhud og bryst
- Øre-nese-hals: Hoveddiagnosegruppe 3 – Øre-nese-hals sykdommer

Aktivitetstallene ble hentet for 2009, 2010 og 2011, mens i beregningen av aktivitetsfordeling mellom sykehus og avtalespesialister ble 2010 tallene lagt til grunn.

For aktivitetstallene kan datakvaliteten vurderes som god når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner gjennomført på sykehus.

For aktivitetstallene fra avtalespesialistpraksiser ble det benyttet aktivitetstall rapportert fra avtalespesialister til Norsk Pasientregister (NPR) for 2010. Det var imidlertid kun 83 prosent av avtalespesialistene som hadde rapportert aktivitetstall. I publikasjonen «*Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2010*» sier NPR følgende om datakvaliteten: «*For årsdata 2010 er det ikke kjørt kvalitetssjekker på alle nye variabler. Selv om vi sier at datakvaliteten i enkelte variabler er komplett, er vi ikke sikre på om kodingen er korrekt. Eksempel på slike variabler er omsorgsnivå og behandlingssted*».

For avtalespesialister som ikke har rapport tall til NPR ble i dette prosjektet normtall for antall polikliniske konsultasjoner ihht avtalespesialistens hjemmelsstørrelse lagt til grunn.

Tall for ventetider, antall ventende og fristbrudd ble hentet fra Helsedirektoratet. Det er viktig å merke seg at i enkelte tertial er det noen institusjoner som ikke har rapportert data. Tall for helseforetak, region og nasjonale tall inneholder kun de institusjoner som har rapportert data i det aktuelle tertial.

For befolkningsframskriving ble det benyttet mellomalternativet (MMMM) for befolkningsframskriving fra SSB for 2020, 2030 og 2040.

10 Vedlegg

Vedlegg 1 – Innspill fra Avd for nevrologi og klinisk nevrofysiologi, St. Olavs Hospital HF

V/Avdelingssjef Geir Bråthen

Tallgrunnlaget

Innledningsvis er det nødvendig å bemerke feil i tallgrunnlaget i rapporten "Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressursen". I tabellen over dagens fordeling av avtalespesialister (rapportens tabell 3.4) står det at det i St. Olavs Hospitals ansvarsområde er 2 avtalehjemler for nevrologi. Det er kun en hjemmel. Denne er besatt og har kontoradresse i Trondheim sentrum. Hjemmelen er nylig overdratt fra Erik Midelfart til Dusan Duraj, som før dette hadde en 100 % avtalehjemmel i Helse Nord-Trøndelag med arbeidssted Levanger. Hjemmelen i Helse Nord-Trøndelag er ikke besatt, og Helse Nord-Trøndelag har dermed for tiden kun en halv avtalehjemmel (Ole-Petter Dahl i Namsos). Helse Møre og Romsdal har ingen avtalespesialist i nevrologi.

Utviklingen i faget nevrologi

Tall fra St. Olavs Hospital dokumenterer at veksten innen nevrologi er den klart største av alle spesialitetene. Aktiviteten, målt i antallet pasientkontakter (innlagte + polikliniske pasienter) økte fra 2004 til 2010 med 34,5 %. Utviklingen er den samme regionalt og nasjonalt, og gjenspeiler det faktum at en rekke sykdomstilstander innen vårt fag blir tilgjengelig for høyspesialisert akuttbehandling, noe som i neste omgang må antas å påvirke den generelle sykelighet av nevrologiske diagnoser i positiv retning. Eksempler på dette er akutt utredning og behandling av hjerneslag, iverksetting av forebyggende behandling ved risiko for hjerneinfarkt, og sykdomsmodifiserende behandling ved MS.

Regional fordeling av sykehusleger + avtalespesialister innen nevrologi

Spesialistbehovet innen nevrologi er økende i hele Norge, og bare i de siste ti år har antallet yrkesaktive spesialister i faget økt med 67 %. Dette har ikke i samme grad materialisert seg i stillinger innen Helse Midt-Norge. Ser vi på helseregionene, har Helse Midt-Norge dobbelt så mange innbyggere per spesialisthjemmel som Helse Sør-Øst, og landets dårligste nevrolog-dekning i forhold til innbyggertall. Leger som arbeider uten NR-nummer (bl.a. på private sykehus) er ikke med i tallene. Det er ingen slike leger i Helse Midt, men mange i Helse Sør-Øst.

	Befolkning (i 1000)	Spesialister i nevrologi	LIS	Sum leger	Innbyggere per lege	Innbyggere per nevrolog
Helse Sør-Øst	2.777	181,3	117,5	298,8	9298	15325
Helse Vest	1.038	38,4	36,5	74,9	13887	27084
Helse Midt	687	21,9	16	37,9	18115	**31349**
Helse Nord	470	19,0	14,0	33,0	14242	24737

Kilde: NR-databasen mars 2012 og SSB folketall juli 2011

Større krav til omsorg for kronikergrupper

Utviklingen i faget gjør at høyspesialisert, kompetansekrevende og svært kostbar behandling er blitt tilgjengelig for stadig nye pasientgrupper. En faglig og økonomisk god håndtering av de enkelte diagnosegruppene krever spisskompetanse. Kunnskapsbasen i nevrologi øker raskt. Faget er formelt ikke subspesialisert, men i praksis er det nødvendig at spesialister fordyper seg i de enkelte fagområdene. Nasjonalt og internasjonalt går utviklingen i retning av mer presis diagnostikk og tidlig intervensjon innen flere større sykdomsgrupper. Dette gjelder bl.a.

hjerneslag, MS og Alzheimers sykdom. Vi forventer at det innen få år vil bli aktuelt å starte medikamentell behandling ved tidlig Alzheimers sykdom, og at diagnostikken vil innebære spinalvæskeundersøkelser. Dette vil bli en arbeidsoppgave for spesialister i nevrologi med et potensielt stort volum. For pasienter med Parkinsons sykdom er det i økende grad aktuelt med høyspesialiserte behandlingsmetoder som pumpebehandling (DuoDopa), injeksjonsbehandling (Apomorfin) og dyp hjernestimulering. St. Olavs Hospital har delt landsfunksjon for dyp hjernestimulering. Poliklinikker bør derfor ha faglig bredde med flere spesialister. Den tidlige, høyspesialiserte diagnostikken av stadig flere pasientgrupper, og den tverrfaglige, team-baserte omsorgen flere av disse pasientgruppene vil trenge, tilsier at hoveddelen av veksten innen faget bør komme i de nevrologiske sykehuspoliklinikkene. Nevrologer knyttet til sykehusavdelinger kunne med fordel hatt tilsyn ved DMS'er, andre sykehus og institusjoner dersom det hadde vært kapasitet. Internt i sykehusene øker etterspørselen etter nevrolog for tilsyn til pasienter som ligger i andre avdelinger.

Større krav til håndtering av akuttnevrologiske problemstillinger
Vi opplever et økende press i hele landet på øyeblikkelig hjelp henvendelser. Andelen øyeblikkelig hjelp i sengeavdelingene nærmer seg 100 %, og liggetiden går ned. En større andel pasienter blir snudd i mottak etter avklarende undersøkelser. Dette medfører et stort press på de vaktkjeder som eksisterer. Vi opplever at vaktsystemer må tilpasses og legges om da 24 timers vakter blir for slitsomme. Økt antall stillinger til robuste lovlige vaktordninger har derfor høy prioritet. Nevrologien klarer å håndtere fristbruddpasienter i regionen. Vi sliter med 60 dagers gjennomsnittlig ventetid og har en portefølje av pasienter med kroniske nevrologiske sykdommer som burde hatt bedre oppfølging. Den viktigste måten å løse dette på er flere spesialister i sykehus, jobbgliding med flere sykepleiere i oppfølging av kronikerne samt overføring av oppfølging til primærhelsetjenesten.

Den tidlige, høyspesialiserte diagnostikken av stadig flere pasientgrupper, og den tverrfaglige, team-baserte omsorgen flere av disse pasientgruppene vil trenge, tilsier at hoveddelen av veksten innen faget bør komme i de nevrologiske sykehuspoliklinikkene. Sykehuspoliklinikkene har allerede utviklet systemer for tett pasientoppfølging i regi av spesialsykepleiere, noe som har vist seg å være kvalitetsmessige gode og kostnadseffektive tilbud, som også er egnet til å begrense antallet akuttinnleggelser for de aktuelle pasientgruppene.

Avtalespesialistenes rolle
Imidlertid er det også en rekke sykdommer som kan utredes og behandles i regi av en avtalepraksis, og det er et meget stort og udekket kontrollbehov for pasienter med kroniske nevrologiske sykdommer. Det vil derfor være rom for flere avtalehjemler innen nevrologi i regionen, og disse vil i noen grad kunne avlaste sykehuspoliklinikkene.

Nevrologisk avtalepraksis er kostnadseffektiv og egner seg godt til diagnostisering av nevrologiske lidelser. Det ble tidligere drøftet krav om normtall, som for en fulltidspraksis i nevrologi nå er satt til 2000 konsultasjoner per år. De fleste private avtalespesialister i nevrologi ligger godt over dette, og har dermed klart flere konsultasjoner per år enn det man kan forvente i sykehus, hvor en rekke andre oppgaver skal løses. Mange pasienter med kroniske tilstander kan følges opp av en avtalespesialist, og disse kan oppleve bedre kontinuitet gjennom en slik oppfølging enn det sykehuspoliklinikkene kan by på.

Prioritering
Det er godt begrunnet at faget Nevrologi trenger flere stillinger i Helse Midt Norge. Det er rom for flere avtalespesialister i regionen. Prioriteringen må likevel være at nye stillinger først og fremst går til sykehusavdelingene.

Dette begrunnes i at faget i økende grad preges av både akuttmedisinske problemer og større krav til spisskompetanse og tverrfaglighet i omsorgen for kronikergruppene. Skal man klare å opprettholde vaktordninger og samtidig ivareta kravet til høyspesialisert poliklinisk virksomhet, er det nødvendig å bygge robuste fagmiljø.

Vedlegg 2 – Innspill fra Revmatologisk avdeling, St. Olavs Hospital HF

v/Avdelingsoverlege Erik Rødevand

Revmatologi har ingen avtalespesialister i Helse Midt-Norge. Det er et stort behov for revmatologiske tjenester, både for nyhenviste og for oppfølgingspasienter, noe som viser seg ved lange ventetider og i overskredet tidspunkt for avtalte oppfølgingstidspunkt. Kapasiteten i tilbudet er for liten når det gjelder behovet for legekontakter.

Revmatologi har i løpet av de siste årene gjennomgått en nesten "revolusjonerende" utvikling. Nye diagnostiske metoder og nye og mer effektive legemidler har ført til at pasientene er mer funksjonsfriske. Dette har dreid organiseringen av helsetjenestene bort fra et tidligere stort sengebehov til et betydelig og forsatt økende behov for poliklinisk behandling. Den polikiniske aktiviteten er godt egnet for å bli utført hos avtalespesialister.

For å få til en integrert helstjeneste er det nødvendig å lage robuste samarbeidsordninger/arenaer mellom spesialister i avtalepraksis og i sykehus. Befolkningen og primærhelstjenesten må oppleve å møte en "helhetlig helsetjenste", dvs en spesialishelstjeneste som bruker de samme kritererier for prioritering (samkjørt bruk av de nasjonale prioriteringsveildere) og felles prosedyrer/pasientforløp både lokalt og regionalt gjennom aktiv bruk av fagnettverket for revmatiske sykdommer i regionen.

Det må også lages fellesarenaer som fellesmøter for diskusjon om felles problemstillinger, møter om vanskelige avgjørelser i enkeltpasientsaker, felles internundervisning og felles biologisk møte.

Spesialistdekningen bør minimum være 1/40000 innbyggere, dvs i Sør-Trøndelag minimum 8 spesialister i 100 % stilling. I dag er det 5,3. (Kilde: Norsk revmatologisk forening).
Det er således en underdekning på 3 spesialister. Ved opprettelse av avtalespesialist i revmatologi bør det være 2 spesialister som arbeider sammen evt i samarbeid med andre relevante fagområder, for eksempel innen indremedisinske fag eller hud.

Det er naturlig å lokalisere en avtalepraksis i Trondheim, evt som delt praksis med sykehusstilling. En praksis kan lokaliseres i Stjørdal f eks i tilknytning til Stjørdal DMS, evt delt med stilling ved Sykehuset Levanger eller St. Olav. Mange pasienter fra Nord-Trøndelag benytter ordningen "Fritt sykehusvalg" og velger St. Olavs Hospital fremfor Sykehuset Levanger. Alternativet til avtalepraksis er flere spesialiststillinger knyttet til sykehus, men med avtale om ambulerende tjenestegjøring i området Trondheim-Stjørdal evt også ved rehabiliteringsinstitusjonene Meråker og Betanien Malvik. Avtalepraksis forutsettes å inngå i ordningen fritt sykehusvalg

Konklusjon
Det bør opprettes avtalespesialistpraksis for revmatologi i Midt-Norge og særskilt i Trøndelagsområdet med lokalisasjon til Trondheim og Stjørdalområdet. Det vil være en styrke om det opprettes 2 hjemler samtidig (i samme tidperiode). Ulike modeller er mulig, men det må være et mål å oppnå et desentralisert tilbud og imøtekomme pasienter som velger ordningen fritt sykehusvalg (vesentlig pasienter fra Nord-Trøndelag og Nord-Møre).
Det må lages avtaler og modeller som sikrer at avtalespesialisten blir godt integrert og blir en naturlig del av spesialisthelsetjenestetilbudet ved sykehusene. Deltakelse i utviklingen av pasientforløp bør være en naturlig del av et slikt samarbeid som bør tuftes på fagnettverket for revmatologi i Midt-Norge.

Vedlegg 3 – Innspill fra Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital HF

V/Klinikksjef Eiliv Brenna

Så vidt jeg vet, er status for avtalespesialister innen hovedspesialiteten indremedisin i Trondheim p.t.: Hjertesykdommer 1, lungesykdommer, 1, endokrinologi 1, hypertensjon/nyresykdommer 1, fordøyelsessykdommer 1 (ikke heltidsstilling?).

Avtalespesialister i hjertesykdommer og lungesykdommer ligger utenfor mitt ansvarsområde, og jeg antar at det besvares av klinikksjefene for de to fag.

Når det gjelder de andre grenspesialitetene i indremedisin som er organisert under medisinsk klinikk, er dette blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, infeksjonssykdommer og nyresykdommer.

Status for poliklinisk aktivitet i Medisinsk klinikk, som altså omfatter de seks ovennevnte grenspesialitetene + hjerneslagmedisin er:
2010: 27412 konsultasjoner, 2011: 28830 konsultasjoner, hittil i år: 22537 konsultasjoner.
Fra 2009 til 2010 var det en økning på 14,9 %, fra 2010 til 2011 var det en økning på 5,2 %, og hittil i år har det vært en økning på 6,4 % i forhold til 2011. Den største poliklinikken er innen grenspesialiteten fordøyelsessykdommer der det i 2011 var 10839 konsultasjoner, ca. 60 % var nyhenvisninger og en stor del av disse var endoskopiske undersøkelser.

Innen faget fordøyelsessykdommer må man forvente ytterligere økning i poliklinisk behov for endoskopiske undersøkelser parallelt med økning i befolkningen og økning i den eldre del befolkning, spesielt tatt i betraktning at kolorektal kreft er den raskest voksende kreftformen i Norge; den er på andreplass i hyppighet (etter prostatakreft for menn og brystkreft for kvinner). Det vil derfor bli behov for flere spesialister i dette faget. Mitt syn er at den avtalehjemmelen som eksisterer i dag, bør beholdes (og økes opp til full stilling) og besettes med spesialist i fordøyelsessykdommer, men nye stillinger bør tilføres St. Olavs Hospital. Det er nemlig slik at den privatpraktiserende spesialisten som i dag arbeider i Trondheim ikke gjør polyppfjerning med diatermislynge, og pasienter med polypper der slik behandling er nødvendig vil derfor bli henvist til sykehuset, og dette medfører unødvendig dobbeltundersøkelse.

Når det gjelder avtalespesialisten i nyresykdommer har denne en betydelig portefølje med hypertensjonspasienter som krever nærmere utredning og/eller er vanskelige å regulere. I følge HUNT har 30 % av den norske befolkning hypertensjon, og ca. 20 % av befolkningen behandles medikamentelt. Hypertensjon er en av de viktigste risikofaktorene for kardiovaskulær sykdom, hjerneslag og nyresvikt. Det er anbefalt at det screenes for hypertensjon i befolkningen. Antall nyhenviste med hypertensjon til vår poliklinikk ved St. Olavs Hospital øker derfor. Nyrespesialisten med avtalehjemmel i Trondheim har ca. 1500 konsultasjoner per år hvorav de aller fleste er pasienter med vanskelig kontrollerbar hypertensjon henvist fra allmennpraktikere i regionen. Det trengs 1-2 spesialister i nyresykdommer/ hypertensjon utover de som nå arbeider ved St. Olavs Hospital. Det er derfor viktig at den hjemmelen som nå er i Trondheim, forblir innen nyresykdommer/hypertensjon også etter at den privatpraktiserende nyrespesialisten slutter. Alternativt bør stillingen legges inn under St. Olavs Hospital, Avdeling for nyresykdommer.

Innen endokrinologi vil også behovet for spesialisthelsetjenester øke, selv om mer av diabetes-2 behandlingen kan overføres til fastlegene (et arbeid som allerede er godt i gang). Den avtalehjemmelen som finnes i dag, bør beholdes innen spesialiteten endokrinologi. Men en økning i stillinger bør komme på St. Olavs Hospital. Først og fremst bør utdanningskapasiteten

økes inne endokrinologi med 1 ny LIS B-grenstilling ved St. Olavs hospital for så fort som mulig å hente inn et betydelig etterslep. Bl.a. mangler det per i dag endokrinolog ved Levanger sykehus, både spesialist- og utdanningsstilling.

For alle avtalespesialister er det svært viktig at den praktiserende spesialisten inngår i et samarbeid med "moderavdelingen" på St. Olavs Hospital, slik at ressursene blir godt utnyttet og at kvaliteten på behandlingen er optimal.

Det er viktig å merke seg at fagmiljøene innen de nevnte grenspesialitetene er små og sårbare. Det er vanskelig per i dag å få optimal drift av sengeposter, poliklinikker og vaktordninger, og samtidig holde seg innenfor arbeidstidsbestemmelsene.

Konklusjon: Avtalehjemlene som eksisterer i dag, bør videreføres innen de samme grenspesialiteter som nå. Nye stillinger bør primært tilføres Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital. Dette for å styrke fagmiljøene i universitetssykehuset, og fordi disse er små og sårbare. Dersom man velger å øke antall avtalespesialister, må dette komme i tillegg til de stillinger som er i klinikken i dag. Avtalespesialister bør ha tett samarbeid med moderavdeling på sykehuset for å sikre god ressursutnyttelse og kvalitet.

Vedlegg 4 – Innspill fra Avdeling for urologisk kirurgi, St. Olavs Hospital

V/Avdelingsoverlege Augun Blindheim

Legebemanningen
Legebemanningen ved urologiske avdelinger på sykehusene i regionen har de siste 10 årene ikke blitt styrket. Antall stillinger er stort sett uendret og legenes arbeidstid er redusert. Dette til tross for stadig økende antall pasienter med stadig mer avansert behandling og oppfølging.

Situasjonen har vært utfordrende i mange år med lang ventetid for pasienter til både poliklinisk utredning og videre behandling.

Vi har lenge ønsket en avtalespesialist i urologi i vår region. Nå finnes det ikke så mange hjemler for avtalespesialister i urologi, men vi er vel eneste regionen i landet hvor dette ikke finnes.

En enkel oversikt:

Utvikling i kirurgisk behandling
I all hovedsak er nå kirurgisk behandling av de fleste urologiske kreftformer sentralisert til St Olav for helseregion midt. Dette har gradvis utviklet seg i takt med mer avansert og differensiert kreftbehandling. Den ekstra arbeidsbelastningen dette medfører øker vårt behov for avlastning på andre områder.

Poliklinisk aktivitet
Urologisk avdeling ved St. Olavs Hospital drifter den klart største poliklinikken ved kirurgisk avdeling med over 9000 konsultasjoner i 2011og legger beslag på svært mye legearbeidstid. Vi har daglig 2 leger ved poliklinikken, to dager i uken 3 leger.
Aktiviteten er svært høy til tross for at vi forøker å få ned antall pasienter som går til kontroll. Her har vi allerede gjort mye og arbeider stadig for å få til andre løsninger enn kontroll på spesialistpoliklinikken. Vi har allerede innført sykepleiekontroll av prostata og nyrekreftpasienter. I henhold til befolkningsutviklingen i regionen forventes det at strømmen av nye pasienter vil fortsette å øke med årene. I henhold til samhandlingsreformen forventer vi også at fastleger i større grad vil innkalle pasienter til kontroll og at arbeidet med oppfølging av pasienter systematiseres i primærhelsetjenesten. Likevel er det behov for ytterligere tiltak for å redusere ventetiden for pasientene.

"Eldrebølge"
Økt antall eldre vil i stor grad berøre fagfeltet urologi. Antall kreftsykdommer øker med stigende alder. Det er viktig å ta høyde for dette både i forhold til utdanning av nye urologer og i antall stillinger generelt.

Krav til dokumentasjon, informasjon og pasientrettigheter
Pasientenes rettigheter og naturlige behov for informasjon og oppfølging krever stadig mer av legenes tid både i form direkte pasientkontakt og til organisering av arbeidet samt innsats for at lover og forskrifter vedrørende frister for pasientene overholdes.

Forskning
Som universitetssykehus er forskning en viktig del av vårt daglige arbeid.
Ved avdelingen har vi to 50 % stillinger til forskning, altså universitetsstillinger. Dette er mindre enn andelen vi hadde for 5 år siden. Vi hadde da 120 % universitetsstilling. Undervisning og oppfølging av medisinstudenter samt arbeid for å fremme samarbeidet mellom klinikk og

universitetsfunksjon og bedre forskningsarbeider ved avdelingen krevet tidsmessig langt mer enn avsatt tid tillater. Muligheter for forskningsarbeid i klinikken blir derfor et problem når det kliniske arbeidet må prioriteres og den generelle bemanning er marginal.

Veien videre
En stadig sterkere sentralisering av kreftbehandling kommer naturlig som følge av stadig mer komplisert og spesialisert behandling og utredning samt behov for sammensatte team av ulike yrkesgrupper som onkologer, patologer, spesialradiologer, og kirurger. Dette er hverdagen i dag og denne utviklingen fortsetter. Det forventes større forskningsinnsats. Hva kan vi evt. gjøre mindre av for å kunne møte denne utviklingen?
Vårt ønske primært er et øket antall urologer, vi har behov for å utdanne nye urologer og flere utdanningsstillinger er ønskelig.

En avtalespesialist i urologi ville i stor grad kunne avlaste sykehusets poliklinikk dersom en slik hjemmel ble knyttet til avtale om overføring av pasienter til kontroll som ikke kan gå til fastlege. Her kan f eks nevnes pasienter som skal til undersøkelse av blæren, såkalt cystoskopi, pasienter med prostatacancer som skal følges jevning med vevsprøver, etc. Det ville da være mulig å gi pasienter i regionen som henvises til St. Olav en ventetid som er i overenstemmelse med politiske ønsker og som tilfredsstiller pasientenes behov. Det er i flere sammenhenger blitt påpekt behov for opprettelse av en spesialistavtalehjemmel for urolog i Trondheim.
Ved urologisk avdeling håper vi en avtalespesialist snart er på plass i byen.

Vedlegg 5 – Innspill fra Helse Nord-Trøndelag HF

V/Fagsjef Paul Georg Skogen

Helse Nord- Trøndelag har i dag drift ved to sykehus, to DPS, spesialistpoliklinikk ved to DMS og flere fag driver utstrakt ambulant virksomhet som del av sin aktivitet. Vi har lang og bred erfaring med denne typen virksomhet innenfor mange av våre spesialiteter.

Å drive poliklinikk desentralisert er krevende, og har klare begrensninger. Like fullt har HNT HF valgt å satse på dette i mange fag med bakgrunn i pasientens beste, som støtte til kommunehelsetjenesten og pårørende og dels av klare faglige grunner. Det siste gjelder særlig i sammenheng med ambulante team innen psykiatri, rus, BUP, Rehabilitering og Habilitering.

For å drive slik virksomhet, kreves god planlegging og oversikt over hvilke pasienter innen hvert fagområde dette passer for og i hvilken del av pasientforløpet. Det er krevende for den spesialisten som deltar i dette og det er krevende ressursmessig for den avdelingen som avgir ressurser til dette. På tross av det har HNT HF valgt å prioritere dette med de begrensede ressursene vi har tilgjengelig, jfr rapport Kompetanse og Kapasitet og HNT HF sitt tilsvar på denne.

Den bestillingen HMN RHF med dette brevet har gitt HNT HF, er utfordrende. Vi har gjennom prosessen som nå er valgt for prosjektet som startet som "Små fag" og nå "Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge- Fase 2", sett at ulike fag har fått nedsatt arbeidsgrupper som har fått gi faglig begrunnede forslag til løsning for sine fagområder. Bestillingen som nå blir gitt, starter en annen prosess, der HF' ene skal komme med forslag i "alle andre" fagområder. Dette oppleves lite velbegrunnet, og vi ønsker med bakgrunn i erfaringene som så langt er gjort i dette prosjektet, å signalisere behov for at det innen alle spesialitetene blir satt ned tilsvarende arbeidsgrupper. I bestillingen under er det gitt ulike scenarier som er vanskelig å svare ut med mindre en får satt dette i en klarere sammenheng og får sett på de enkelte fagområder med bakgrunn i det.

Følgende er bestilt:

> *Denne henvendelsen ber helseforetakene vurderer om det innenfor sine respektive opptaksområder er grunnlag for større desentralisering av de polikliniske tilbud innen de store fagområdene innen kirurgi og indremedisin. Helseforetakene bes vurdere scenarier:*
>
> *• Der vaktfunksjonene begrenses til færre sykehus*
>
> *• Med økt ambulering fra de større sykehusene og/eller etablering av nye avtalespesialisthjemler i hel- eller deltid. Det sistnevnte kan også skje ved omgjøring av sykehushjemler til avtalespesialisthjemler, evt ved at en sykehushjemmel omgjøres til flere deltidshjemler for avtalespesialister.*
>
> *• Der etableringer tar utgangspunkt i reelle behov basert på blant annet registrert forbruk i befolkningen. Utvikling av det desentraliserte tilbudet skal primært skje i områder der forbruket av tjenester for den aktuelle spesialiteten er lavt i dag*
>
> *• Der det utarbeides kliniske retningslinjer for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i den hensikt å komme frem til retningslinjer som kan utjevne noen av dagens forskjeller i forbruk i regionen; hvilke pasientgrupper skal primært behandles hvor, hvilke pasientgrupper skal kontrolleres og følges opp i spesialisthelsetjenesten osv.*
>
> *• Der det vurderes hva spesialisthelsetjenesten kan bidra med i forhold til å sette primærhelsetjenesten bedre i stand til å ivareta en større del tjenestetilbudet der dette er naturlig.*

HNT HF mener det er mulig å desentralisere mer av virksomheten i noen fagområder, særlig i kontrollvirksomhet og i fag der tilleggsundersøkelser i form av avanserte billedundersøkelser og laboratorieundersøkelser ikke er avgjørende. Gjennomgang av pasientforløp og samarbeid med kommunehelsetjenesten, vil kunne avdekke aktuelle fagområder.

Vi mener det er spesialister med bred kompetanse, eventuelt svært erfarne LIS- leger, som best kan ta seg av slike desentraliserte poliklinikker. Høgspesialiserte funksjoner og subspesialister egner seg i mindre grad. Dette for å kunne utnytte en slik poliklinikkdag til flest mulige pasienter og for å kunne gi kommunehelsetjenesten et bredest mulig spesialisttilbud i fbm den desentraliserte poliklinikken. Slik sett mener vi spesialistene på småsykehusene er de som er best egnet til å ha slike funksjoner, og at eventuelle økte regionale ressurser til å fylle slike poliklinikker må legges til de mindre sykehusene. Dette vil også avlaste de gjenværende legene i små avdelinger og medføre større robusthet og mindre brudd på arbeidstidsavtaler. Vi kan få bedre samarbeid med kommunehelsetjenesten og styrke pasientsikkerheten og kvaliteten på det totale helsetjenestetilbudet samtidig som sårbarheten i våre fagmiljø vil kunne reduseres. Legehjemler til småsykehusene, evt kombinasjonsstillinger der desentralisert tjeneste gjøres som avtalespesialist, vil være den beste måten å få til gode desentraliserte tjenester på.

For HNT HF vil fortsatt ambulant virksomhet bli prioritert innen psykiatri, Rehabilitering, habilitering, BUP og dels noen team i medisinske fag. For desentralisert poliklinikk er vi allerede godt i gang med ortopedi og dialysevirksomhet. Vi ser også for oss å kunne arbeide videre med flere pasientforløp for å klarlegge muligheter for bruk av DMS- lokalene og DPS- lokalene.

Oppsummert:
Prosessen med gjennomgang av ressurser og utnyttelsen av disse regionalt med fordeling mellom ulike sykehusavdelinger og avtalespesialister, der arbeidsgrupper innen de ulike spesialitetene får mulighet til å gi begrunnede forslag til løsning, virker god. Tilsvarende prosess bør også skje i de andre fagområdene, og ikke fortsette slik det her blir lagt opp til.
HNT HF vil fortsette sitt arbeid med desentraliserte poliklinikker knyttet til DMS og sine tverrfaglige, ambulante team i en rekke fag. Vår erfaring er at spesialister med en bred erfaringsbakgrunn eller svært erfarne LIS- leger er de som best kan fylle behovene i slike desentraliserte poliklinikker. Desentralisering er krevende for både spesialisten og den avgivende avdelingen. En økt tilgang på legehjemler knyttet til sykehusene på en eller annen måte, vil skape gode muligheter til mer desentralisert drift samtidig som en sikrer mer robuste fagmiljø.

Vedlegg 6 – Innspill fra Revmatologisk avdeling, Helse Møre og Romsdal

V/Avdelingssjef Karen A. Irgens og klinikksjef, Klinikk for rehabilitering, Karl-Arne Remvik

Revmatologi er et fagområde med underbemanning i Helse Midt-Norge. Det er øket behov for flere spesialister i revmatologi, men revmatologisk avdeling i Helse-Møre og Romsdal ønsker heller å styrke den sykehusebaserte revmatologien framfor å opprette avtalespesialister utenfor sykehus.

Det har tidligere vært solo-spesialist i revmatologi ved Kristiansund sykehus i Nord-Møre. En revmatolog var der i redusert stilling fram til 2010 og gjorde en god jobb, imidlertid var det problematisk å få kontinuitet i stillingen grunnet manglende faglig fellesskap, manglende internundervisning og muligheter for videre faglig utvikling. I perioder ble stillingen dekket av dansk overlegevikar som arbeidet ved poliklinikken noen dager i måneden. Revmatologisk avdeling i Ålesund driver nå ambulant poliklinisk virksomhet i Kristiansund med revmatolog fra Ålesund som har poliklinisk virksomhet ved med.pol.kl. i Kristiansund 2-3 dager pr mnd.

Revmatologi er et fagområde hvor det er behov for tverrfaglig kompetanse. Det er vanskelig å oppnå hvis det kun er en spesialist alene. Det er ingen økonomiske godtgjørelser for den tverrfaglige vurderingen av de revmatologiske pasientene og vil ikke nødvendigvis prioriteres av en privat avtalespesialist. Det er behov for sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut med spesialkompetanse for å gi pasientene et kvalitativt godt tilbud. I et større fagmiljø er det bedre mulighet for faglig oppdatering av flere yrkesgrupper. En privat avtalespesialist vil ikke nødvendigvis se behov for de andre yrkesgruppene og i hvert fall ikke i store nok stillingsbrøker til at de vil kunne tilegne seg nok spesialkompetanse
Revmatologisk avdeling i Ålesund gir pasientene et tverrfaglig tilbud og avdelingen driver lærings- og mestringskurs for de viktigste og største revmatiske sykdommene.

Ved de revmatiske sykdommene brukes kostbare biologiske legemidler. Legemiddel Innkjøpssamarbeidet (LIS) krever at det skal være minimum to spesialister i revmatologi for å bestemme om en pasient kan starte med biologiske DMARD. Det er vanskelig å oppnå hos alenespesialister, og vil medføre ekstra belastning på sykehusavdelingen. Det er også sykehusavdelingen i Helseforetaket som må dekke medikamentutgiftene på hjemmebaserte legemidler (H-resept) som de private avtalespesialistene skriver ut.

I brevet fra helse Midt Norge er det også spørsmål om hvor pasientene skal kontrolleres. Revmatologisk avdeling i Ålesund har vært pådriver i samhandlingsprosjekt med primærhelsetjenesten for overføring av pasientgrupper fra spesialisthelsetjenesten til allmennpraksis. Vi har utarbeidet et standardisert pasientforløp for en spesifikk pasientgruppe (Sjøgren syndrom) hvor fastlegene overtar kontrollene av pasientene. Denne prosedyren er nå innført ved alle de revmatologiske avdelingene i HMN. Avdelingen arbeider nå med standardisert pasientforløp for andre pasientgrupper.

Revmatologisk avdeling i Ålesund er en dynamisk avdeling med en relativt ung gruppe spesialister i revmatologi. Vi har god internundervisning og supervisjon av LIS legene og får gode tilbakemeldinger fra spesialistkomiteen i revmatologi. For å styrke revmatologien i HMN er det viktig at det utdannes flere revmatologer, og utdannelsen av legespesialister skjer kun i sykehus. Vi mener det er viktig å bygge videre på dette og gi de revmatologiske avdelingene muligheter til å forbedre tilbudet til pasientene med revmatiske sykdommer i Møre og Romsdal fylke. Dersom avdelingen får styrket bemanning har vi anledning til å ha ambulant virksomhet også i andre byer i fylket.

Totalt sett mener vi det er mest hensiktsmessig å styrke bemanningen ved de eksisterende revmatologiske avdelingene i Helse Midt-Norge og bygge videre og utvikle den kompetansen som er der, istedenfor å opprette private avtalespesialister i revmatologi.

Vedlegg 7 – Innspill fra Kvinneklinikken, Helse Møre og Romsdal HF

V/Klinikksjef Henrik Erdal

Gynekologi er eit stort fagområde innan kirurgi og eignar seg utmerka for avtalepraksis. I dag har vi 2 avtalespesialistar i Møre og Romsdal og dei har begge sitt virke i Ålesund. Eg ser for meg eit tilbod med minst 1 avtalespesialist i gynekologi i kvar av dei 4 sjukehusbyane, desse heimlane bør kunne kombinerast med jobb på sjukehus, og ikkje minst bør dei tilpliktast vakt og evt. internundervisning på sjukehus. Dette må vere nyoppretta stillingar då vi pt. ikkje har stillingsheimlar å ta av på sjukehusa for å kunne drive akseptable og robuste vaktordningar. Ein kan sjå at dette vil motverke den sentraliseringa som Utviklingsplanen truleg vil medføre og dermed sørge for eit desentralisert tilbod for store pasientgrupper.

Konklusjonen min er at det innanfor vårt opptaksområde er grunnlag for større desentralisering av det polikliniske tilbodet innan gynekologi.

Eg har ikkje sett på underlag som ventelister, poliklinikkverksemdtal, m.m.