

Fra: Myrvang Merethe (Merethe.Myrvang@helgelandssykehuset.no)

Sendt: 26.03.2021 09:28:53

Til: Myrvang Merethe

Kopi:

Styresak 35/2021 Vedlegg 5a

Emne: VS: Delrapport DMS

Vedlegg: 20191128 Styresak 115 Vedlegg 09. Delrapport - DMS 2025.pdf

Fra: Peter Arne Talseth <Peter.Talseth@alstahaug.kommune.no>

Sendt: onsdag 24. mars 2021 13:02

Til: Aas Torbjørn <Torbjorn.Aas@Helgelandssykehuset.no>; Gunnlaugsdottir Hulda <Hulda.Gunnlaugsdottir@Helgelandssykehuset.no>

Kopi: arne.benjaminsen@admin.uio.no

Emne: VS: Delrapport DMS

ADVARSEL: Denne eposten kommer fra utsiden av din organisasjon. Ikke klikk på lenker eller åpne vedlegg med mindre du kjenner igjen avsenderen og vet at innholdet er trygt.

Hei

Takker for et godt møte sist mandag. Det er viktig med dialog for å bygge felles forståelse.

I møtet ble det henvist til tidligere direktør Rachel Berg ved Sandnessjøen Sykehus som referanse til utredninger vedr DMS i Brønnøysund. I ettertid tok jeg kontakt med Berg for å høre om hvordan man var kommet fram til rapporten og hennes tanker vedr. den.

I svaret fra Berg som ligger vedlagt er det tydelig at hun ikke føler eierskap til rapporten. Forutsetningene i rapporten slik vi ser det er diktert fra tidligere prosjektdirektør Kåre Løvstakken.

Nå skal man jo inn å gjøre en utredning rundt DMS i Brønnøysund, og det er jo veldig bra.

I svaret fra Berg står det at antall senger ikke er utredet slik det var forutsatt i 2018. Er det riktig at det ikke foreligger noen faglig utredning rundt tallet 10 senger som vi hører brukes opp mot DMS, og hvilken betydning dette vil få i forhold til aktiviteten på Hovedsykehuset ?

Videre leser vi at senger og økning husleie heller ikke er tatt med i bærekraftanalysen fra 2019??

Det vil være svært nyttig at vi får tilbakemelding på disse spørsmålene og hvis det foreligger utredning eller oppdatert bærekraftanalyse at vi får det materialet tilsendt.

Med vennlig hilsen

Peter Talseth

Ordfører

Fra: Rachel Berg <Rachel.Berg@vefsn.kommune.no>

Sendt: tirsdag 23. mars 2021 11:10

Til: Peter Arne Talseth <Peter.Talseth@alstahaug.kommune.no>

Emne: Delrapport DMS

Hei,

Viser til samtale med spørsmål om beslutning rundt senger i DMS Brønnøysund.

Undertegnede var prosjektleder for DMS fram til tidligere prosjektdirektør Kåre Løvstakken startet i HSYK. Utpå høsten 2019 overtok han styringen for prosjektet. Jeg kom inn i prosjektet igjen etter at hans arbeidsforhold ble avsluttet.

I styremøte 26.09.19 lanserte han 10 senger i DMS Brønnøysund 2 ØHD senger, 8 intermediærsenger. I tillegg presenterte han et mye mer omfattende pasientforløp enn det som inntil da lå i konseptet (konseptfaserapporten fra 2016). Dette var ikke drøftet med meg, jeg er heller ikke kjent med at han drøftet dette med noen andre.

Jeg og tidligere enhetsdirektør for prehospitale tjenester Bjørn Haug fikk i oppdrag å lage en rapport rundt DMS som skulle brukes i forbindelse med styresaken rundt ny struktur. Bjørn Haug sluttet og jeg overtok dette arbeidet. I saken (presentert i styreseminar 22.10.19) la jeg inn 10 senger da dette var presentert i styremøte 26.09.19 av prosjektdirektør.

Oppsummert deltok ikke jeg i beslutning om antall senger og hvordan prosjektdirektør landet på 10 senger er for meg ukjent. Viktig å understreke at det er behov for senger i Brønnøysund men antallet burde vært utredet i tillegg burde det vært en faglig utredning knyttet til pasientforløp.

I oppdatert bærekraftanalyse for ny sykehusstruktur 115/2109 har man for DMS Brønnøysund tatt med bærekraftanalysen fra 2018 (85/2018). Det vil si at pr. i dag er ikke senger med ei heller økning i husleie (husleien økt fra 5,085 til 8,3 mill) hensyntatt i den oppdaterte bærekraftanalysen som ble lagt fram i styresak rundt ny sykehusstruktur.

Jeg er svært lite komfortabel med at AD legger dette fram på en slik måte at det blir framstilt at undertegnede har kommet opp med dette antallet. I beslutningen rundt DMS fra 2018 (50/2018) står det at senger skal utredes særskilt pr i dag er ikke dette gjort.

Med vennlig hilsen
Rachel Berg

Kommunalsjef helse- og omsorg
Vefsn kommune
75 10 10 28 / 99 79 1745

Adresse: Postboks 560, 8651 MOSJØEN
Telefon: 75 10 1028
Mobil: 99 99 1745
E-post: rachel.berg@vefsn.kommune.no
Heimeside: <http://www.vefsn.kommune.no>



Helgelandssykehuset 2025

DMS

Utarbeidet av Rachel Berg



Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og oppdrag	4
2.1 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan.....	4
2.2 Viktige definisjoner og begrepsbruk	5
3. Dagens desentraliserte tilbud på Helgeland.....	5
4. Framtidig tilbud i DMS	6
4.1 Brukere av et DMS.....	7
4.2 Intermediærsenger	8
4.3 Rekruttering og stabilisering	9
4.4 Samhandling.....	11
5. Et ønsket fremtidsbilde for DMS på Helgeland	11
5.1 Faglig og teknologisk utvikling.....	12
6. Oppsummerende kommentarer	14
Referanser:.....	14



DMS

1. Sammendrag

Innbyggere med lang reisevei til nærmeste sykehus og med sammensatte sykdomsbilder har spesielt behov for et trygt, helhetlig og sømløst tilbud nærmere hjemmet. På bakgrunn av denne utviklingen er det en forventning om at etablering av DMS skal innfri en rekke målsettinger for innbyggere gjennom å legge til rette for et samarbeid mellom aktører i det nære helse- og omsorgstilbudet.

Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012, pekte ut en ny retning for helsetjenesten; en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Befolkningen skal sikres rett behandling til rett tid og på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehus tjenester dempes og forebygging vektlegges framfor å reparere (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015).

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

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

Prosjektet med etablering av DMS i Brønnøysund er brukt som en modell, dette med bakgrunn i at innhold og utforming er godt utredet. I tillegg samsvarer innholdet med andre DMS i landet. Variasjon i et DMS er i hovedsak knyttet til antall senger og volum av de ulike polikliniske tilbudene. Hva som ligger i et stort og lite DMS, tilpasses i forhold til befolkningsgrunnlag og avstand til sykehus.

Innholdet i DMS både i Brønnøysund og andre steder er særskilt utformet med tanke på eldre og pasienter med kroniske sykdommer. Det handler om å gi pasientene et godt tilbud der de bor. I det ligger det både en samfunnsøkonomisk gevinst, men aller viktigst en gevinst for pasientene som slipper lang reisevei og kan være nært familien. Pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten.

Innhold og volum i et DMS kan tilpasses behov der det skal etableres. I underlagene til DMS i Brønnøysund er det framskrevet aktivitet innen de ulike fagområdene, og bygget er tilpasset denne aktiviteten. I Brønnøysund er det planlagt intermedieærpost med bakgrunn i avstand til sykehus. Antall senger i et DMS må vurderes ut ifra behov.



Målet må være å redusere innleggelse i sykehus, samt sikre at pasienter kan skrives ut tidligere fra sykehus.

Brukere av DMS er alle som har behov for polikliniske tilbud og særskilt pasienter med kreft, infeksjon, KOLS, astma, feilernæring og hjertesvikt. Det blir stadig flere eldre, og de over 70 år bruker dobbelt så mye helsetjenester som 40-åringer.

Et økende antall eldre pasienter med mange sammensatte diagnoser har behov for at helsetjenestene samarbeider godt. Dette på tvers av enheter og nivå. De er også tjent med nærhet til helsetjenestene.

I forbindelse med DMS i Brønnøysund ser vi på utvikling av telemedisin. På kort sikt mer utstrakt bruk av Skype-konsultasjoner, opplæring via Skype, for eksempel proteseskole (allerede testet med godt resultat). På kort og lengre sikt ses det på større prosjekter, som hjerneslagprosjektet i Ål. Videre vil vi se på Remote Access som åpner for handlingsrom til fjernhjelp både for pasientdrift og monitorering av medisinteknisk utstyr og teleradiologi. Alt dette avhenger av en moderne IKT-infrastruktur.

Samhandling og ikke minst utvikling av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene, er et av de viktigste aspektene knyttet til DMS. Det å ta i bruk felles teknologi, samhandle rundt kvalitetsarbeid og kompetanse er noen av de områdene en kan utvikle sammen. I tillegg ligger det mye samhandling i drift der en kan bruke felles ressurser. Med intermediærseger vil eks. samhandling med legevaktsleger være sentralt.

2. Bakgrunn og oppdrag

Styret i Helgelandssykehuset ba i styremøte 14.12.18 om vurdering av konsepter for desentralisert tilbud i DMS tilpasset forholdene på Helgeland, herunder tilbud til pasienter med kroniske sykdommer, samt eldre skrøpelige.

Administrerende direktør ga enhetsdirektør i Sandnessjøen, Rachel Berg, og daværende enhetsdirektør for prehospitaltjenester, Bjørn Haug, oppdraget.

Bjørn Haug har kun deltatt i en kort periode grunnet avslutning av sitt arbeidsforhold i Helgelandssykehuset HF. Rådgiver ved Drift og eiendom, Trond Nilsen, har bidratt rundt teknologi og innovasjon. Trond Nilsen er prosjektleder for etablering av DMS i Brønnøysund.

2.1 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan

Det er arrangert eget styreseminar med DMS som tema. I tillegg har det vært avholdt eget arbeidsmøte med ledergruppen, inkludert utvidet prosjektstøtte der en har sett på innhold i et stort og et lite DMS.

I forbindelse med DMS i Brønnøysund er det utarbeidet flere underlag som er brukt i denne rapporten.



Som et ledd i forberedende arbeid rundt etablering av DMS i Brønnøysund har en større delegasjon fra Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune besøkt DMS i Fagernes og i Ål. Erfaringene fra disse besøkene er brukt inn i dette arbeidet.

Prosjektleder for 2025 har presentert hva som kan være innhold i et lite og i et større DMS. Bruk av DMS i Brønnøysund som generisk modell er redegjort for styret i Helgelandssykehuset (styremøte 26.09.19).

2.2 Viktige definisjoner og begrepsbruk

DMS står for distriktsmedisinsk senter og er et senter med samlokalisering av primær- og spesialisthelsetjenester. DMS er en samling av helse- og omsorgstjenester for å gi gode koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen, nært der de bor.

Innholdet i DMS er avhengig av lokale forhold, brukerne/pasientenes behov, interkommunalt samarbeid samt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

DMS er også en sentral arena for kompetanseutvikling. Et DMS består vanligvis av kommunale helsetjenester (interkommunale), spesialisthelsetjenester og tjenester som tilbys i samarbeid mellom nivåene (samhandlingstilbud) til pasienter før og etter, eller i stedet for innleggelse i sykehus (konseptfasrapport:2016)

Intermediærseing/post i DMS er en mellomting av en sengepost i sykehus og en sengepost i kommunal sammenheng (KAD). Disse sengene drives i samhandling med den kommunale helsetjenesten. Intermediærseinger kan brukes i stedet for sykehusinnleggelse eller etter en sykehusinnleggelse.

Poliklinisk tilbud, gis til pasienter som ikke er innlagt på sengepost. Poliklinikk benyttes vanligvis om institusjoner som tar imot pasienter til spesialisert undersøkelse eller behandling etter henvisning fra allmennlege.

Telemedisin kan defineres som *"undersøkelse, overvåking og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personal ved hjelp av systemer som gir tilgang på ekspertise og pasientinformasjon, uavhengig av hvor pasient og kompetanser geografisk lokalisert"*. I "Si@!" brukes begrepet telemedisin betydningen medisinskdiagnostikk og behandling hvor digital informasjonsteknologi tas i bruk for å overføre pasientinformasjon (regjeringen.no)

3. Dagens desentraliserte tilbud på Helgeland

Helgelandssykehuset har hatt poliklinisk virksomhet i Brønnøysund i mange år. I hovedsak er det personell fra Sandnessjøen som har ambulert og ambulerer. Aktiviteten har sakte, men sikkert gått opp og man har de siste to årene økt tilbudet. I dag er det ambulering fra sykehusenhetene Sandnessjøen og Mo i Rana.



Hjerte- og karsykdommer I dag har Helgelandssykehuset kardiolog tilsvarende 60 % stilling i Brønnøysund. I 2017 ble det utført 537 polikliniske konsultasjoner i Brønnøysund.

Dialyse og fødestue Helgelandssykehuset har samlokalisering av fødestue og dialyse. Jordmødrene har over år hatt ansvar for fødestue og dialyse med stor suksess. Det er fire dialysemaskiner i Brønnøysund, dette i henhold til framskrevet behov.

Gynekologi I dag har Helgelandssykehuset gynekolog som i 20 % stilling ambulerer til Brønnøysund. Per i dag vurderes det som tilstrekkelig.

Ortopedi Ambulering har startet opp i Brønnøysund, og det er testet ut bruk av Skype til konsultasjoner og proteseskole via Skype.

Kirurgi Det er kirurg til stede fire dager per måned i Brønnøysund. Her utføres kontroller samt mindre inngrep. I tillegg veileder de personell på sykehjem.

Pediatri I dag ambulerer det 1 dag pr. 2 måned

4. Framtidig tilbud i DMS

I forbindelse med Helgelandssykehuset 2025 har man tidligere sett på hva som definerer et stort DMS og hva som definerer et lite DMS (styremøte 26.09.19). Det er i hovedsak fire faktorer som avgjør størrelsen og innholdet i et DMS:

1. Befolkningsgrunnlag
2. Behov for spesialisthelsetjenester
3. Avstand til sykehus
4. Tilgang til spesialister

Konseptet og innholdet som planlegges i Brønnøysund er sammenfallende med innholdet i andre DMS, for eksempel DMS-et i Alta og Ål. Alta avviker noe da de noen uker i året utfører ortopediske operasjoner der operasjonsteam kommer reisende. Delegater fra disse DMS-ene var en del av styreseminaret 30.01.19 og deres presentasjoner ligger ute på Helgelandssykehuset sine nettsider. Ål er det DMS-et som er mest sammenfallende med det vi har planlagt i Brønnøysund både i innhold og størrelse. Variasjon mellom DMS-ene består hovedsakelig av volum innen de ulike polikliniske tilbud og antall senger.

Generelt vil innholdet i et DMS bestå av polikliniske tilbud innen kardiologi, kirurgi (små inngrep og sårpoliklinikk), ortopedi, øre, nese- og hals, dialyse, generell indremedisin, pediatri (barn), onkologi (cytostatika behandling), hud- og lysbehandling, nevrologi, konvensjonell røntgen og CT.



De fleste DMS har intermediaersenger som er driftet av lokalt helseforetak. Det finnes ulike driftsmodeller. I Alta og i Ål er det helseforetak i samhandling med kommunehelsetjenesten som drifter disse. Antall senger avhenger i hovedsak av befolkningsgrunnlag og avstand til sykehus.

Variasjon i DMS-tilbud er knyttet til aktivitet, befolkningsgrunnlag og polikliniske tilbud, herunder tilgang på spesialister. Tilbudet i DMS er ikke statisk, men vil endre seg etter behov. På bakgrunn av det har vi foreslått universale polikliniske legekontor/behandlingsrom slik at de kan brukes av flere spesialiteter.

I forbindelse med prosjektet rundt DMS i Brønnøysund har man framskrevet behovet for polikliniske konsultasjoner på Sør-Helgeland. De ulike tilbudene og volumet på tilbudene i DMS er planlagt ut ifra denne framskrivningen. Det er estimert at 80 % av de som mottar poliklinisk tilbud i Helgelandssykehuset kan få et tilbud i DMS-et (konseptfaserapport:2016).

4.1 Brukere av et DMS

Brukere av et DMS er alle som har behov for et poliklinisk tilbud. Hovedbrukere er særskilt pasienter med kroniske sykdommer og eldre. Lungesykdommer, spesielt langtkommet KOLS, hjerte- og karsykdommer, diabetes og nyresvikt er blant de store pasientgrupper som har særlig nytte av kommunale tilbud samlokalisert med spesialisthelsetjenesten i et DMS. Dette er brukere/pasienter som kan oppleve både angst og usikkerhet knyttet til sykdommen, og de krever ofte tett oppfølging både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten.

For pasienter som har behov for dialyse, er nærhet til nyremedisinsk poliklinikk av stor betydning for å redusere belastning med lang reisevei.

Det blir flere eldre, og eldre over 70 år bruker dobbelt så mye helsetjenester som 40-åringene (Nasjonale helse- og sykehusplan 2015-2016). Dette betyr at hovedvekten brukere av tilbudene og sengene i et DMS vil være eldre.

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



4.2 Intermediærsenger

En intermediærpost er en mellomting av en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. Sammenlignet med sykehjem og en ordinær medisinsk seng har man en høyere pleiefaktor. I hovedsak ligger pleiefaktoren på 1,5 som er tilsvarende det man har på ei slagseng i sykehus.

En intermediærpost er en avdeling som kan ta imot pasienter før og etter en sykehusinnleggelse. Hensikten er at de som er innlagt skal ha et tidsavgrenset opphold før dem enten blir sendt til sykehus eller hjem. I de fleste DMS blir intermediærpostene drevet i samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

I forbindelse med etablering av DMS i Brønnøysund er ikke senger særskilt utredet, men det er besluttet å etablere ti senger der to av sengene er KAD-senger (kommunale akuttsenger) og åtte er intermediærsenger.

Vi ser her i likhet med Alta og Ål at dette bør driftes i samhandling med kommunen. I Ål er det ti senger, mens i Alta har de pr. i dag ni senger.

Ved lang vei til sykehus bør det opprettes senger slik som i Brønnøysund. Det å redusere sykehusinnleggelser er viktig, og ikke minst er det viktig at pasienter kan behandles nært der de bor. Ser vi på hvem som er bruker disse sengene er det i all hovedsak eldre og pasienter med kroniske sykdommer. Det vil ha en stor verdi for disse pasientene å slippe lang reisevei til sykehus.

I Ål er det kun 10 % av pasientene som legges direkte inn på sykehus. I tillegg skrives pasienter tidligere ut fra lokalsykehuset. De hevder hovedårsaken til dette er svært rutinert bemanning, inkludert leger på intermediærposten.

Ved opprettelse av en intermediærpost er det viktig å utarbeide gode og sikre pasientforløp. Utvikling av pasientforløpene bør også inkludere den prehospitale sløyfen.

Det er flere måter å drifte en DMS på. I Fagernes er personalet kommunalt ansatt, mens i Ål er de ansatt av helseforetaket. Ut ifra den kartleggingen vi har gjort knyttet til prosjektet i Brønnøysund vurderer vi at den beste modellen er at personalet er ansatt i helseforetaket, men at man samhandler med den kommunale legevakten (ref., Ål, Alta).

Vurdering om man skal ha en intermediærpost i andre DMS vil avhenge av befolkningsgrunnlag og nærhet til sykehus.



4.3 Rekruttering og stabilisering

Rekruttering av helsepersonell er en av de største utfordringene både nasjonalt og regionalt. I kartlegging av kommunene på Helgeland ser vi at flere kommuner har utfordringer på kort og lang sikt med tanke på rekruttering av nøkkelpersonell.

Tabell 1: Andel ansatte i omsorgstjenesten - aldersfordeling pr 1.4.2016 (Strategisk kompetanse og rekrutteringsplan HALDT kommunene)

Kommune	20-30 år	31-40år	41-50 år	51 år ->				
Herøy	11	18	13	21				
Alstahaug	47	29	60	73				
Leirfjord	8	14	19	32				
Dønna	8	10	16	42				
Træna	2	3	7	3				
Nesna	21	35	26	15				
Lurøy	12	17	16	43				
Sum	109	126	366	229				

Kartleggingen viser at mange av dagens ansatte i kommunene på Helgeland er på tur ut av arbeidslivet i løpet av de neste ti årene. Graf nedenfor er fra HALD-kommunene og viser aldersfordeling av ansatte i omsorgstjenesten.

Grafen viser høy andel ansatte > 51 år, og derfor at rekruttering er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med en DMS-struktur.

Nasjonalt og regionalt vet vi at det er og blir knapphet på sykepleiere. Dette utfordrer oss i å tenke nytt på de oppgaver som ligger både i den kommunale helsetjenesten, men også i spesialisthelsetjenesten.

I sykehus nasjonalt og i Helgelandssykehuset kjøres det nå konkrete prosjekter der en ser på oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere, samt mellom sykepleiere og helsefagarbeidere.

I kartlegging av kommunene på Helgeland ser vi at flere kommuner over år har hatt egne rekrutteringstiltak for å sikre nøkkelpersonell og ikke minst for å stabilisere bemanningen. Det er variasjon i hvilke yrkesgrupper man har utfordringer med å rekruttere. For eksempel i Brønnøy har man en stabil sykepleierdekning, men utfordring knyttet til rekruttering av helsefagarbeidere. Det tiltaket kommunen mener har vært avgjørende er at man i hovedsak har tilbudt heltidsstillinger for sykepleiere.

Drift av DMS innebærer behov for en god og stabil fastlegeordning. Flere kommuner på Helgeland har utfordringer knyttet til dette. Eks. i Brønnøy har man over år slitt med stabil legedekning her har man valgt å ansette legene i kommunen noe som har ført til en god stabilitet.



Dette har også ført til at de har klart å rekruttere flere unge leger som er fra Sør-Helgeland. Utfordringen knyttet til dette er at det en kostbar løsning for kommunen men for stabiliteten og kvaliteten har det stor verdi.

En del kommuner peker på at framtiden blir desto vanskeligere på bakgrunn av den demografiske utviklingen. Vi vet at Nordland og særskilt Helgeland kommer dårlig ut når det gjelder demografi.

Etablering av DMS vil derimot kunne styrke arbeidet rundt rekruttering, da man i større grad kan samhandle om ressurser og ikke minst utarbeide felles rekrutteringsstrategier.

I arbeidet med DMS i Brønnøysund har man sett på hva som vil være viktig for å sikre et stabilt tilbud i DMS, men også til faglig utvikling. Lokal rekruttering er viktig for å sikre en stabilitet, og da igjen ha mulighet for å bygge opp en god og stabil kompetanse. Det er viktig å ha tilknytning til et større fagmiljø for å kunne opprettholde kompetanse og drive utvikling. Hospitering i sykehus for alle faggrupper i DMS bør inngå i en plan. I Brønnøysund har tilknyttet kardiolog arbeidet 60 % i DMS og 40 % i sykehus. Dette er en ordning man ønsker å videreføre ved etablering av DMS i Brønnøysund.

I forbindelse med etablering av DMS i Brønnøysund har man sett til andre DMS sine erfaringer og løsninger knyttet til organisering, rekruttering og stabilisering. I tillegg har vi høstet egne erfaringer rundt ambulering til DMS i Brønnøysund.

DMS i Alta, Ål og Fagernes drifter sine poliklinikker i all hovedsak ved ambulering fra større sykehus. I Alta har man fire stedlige legespesialister og ti spesialistfag som ambulerer. Hovedvekten av de som ambulerer kommer fra Hammerfest sykehus.

I Ål har de to stedlige rutinerte allmennleger og driften av poliklinikkene skjer i hovedsak av ambulering fra Ringerike sykehus. Aktiviteten til de ulike spesialitetene avhenger i stor grad av antall leger som ambulerer. Erfaringsmessig er det i hovedsak eldre leger som har størst ambuleringsvilje.

I Alta og Ål har de ambulering lagt inn i arbeidsavtalene og har utarbeidet kompensasjon for ambulering. Det er viktig å vite at selv om dette ligger i arbeidsavtalene, kan ikke arbeidsgiver beordre ambulering når reiseavstanden er stor.

I Helgelandssykehuset har vi hatt egne retningslinjer for ambulering i mange år der ambulering leger gis en kompensasjon. I det videre arbeidet med DMS-struktur må og skal dette området ses særskilt på. En må se på helhetsbildet rundt ambulering, det seg være kompensasjon, bolig og reisemåte. I tillegg må en se på andre faggrupper enn leger.

Erfaringen fra Helgelandssykehuset er i all hovedsak ambulering til Brønnøysund, og da i hovedsak leger fra Sandnessjøen. De siste årene har vi gradvis økt aktiviteten. I dag ambuleres det fra sykehusene Sandnessjøen og Mo i Rana. I tillegg er det tatt i bruk Skype-konsultasjoner, i første omgang til ortopediske konsultasjoner. Så langt er dette svært vellykket. Dette tilbudet kan utvides til andre pasientgrupper samt lærings- og mestringskurs. Vi kommer nærmere inn på det under bruk av teknologi.



DMS vil måtte belage seg på bruk av ambulerende leger, ergo er dette et av de viktigste områdene å lykkes med. Det vil kreve at man har god spesialistdekning på sykehus og at man klarer å motivere og ikke minst ha en god logistikk hvis man skal ambulere til flere DMS. Noe av behovet kan løses ved bruk av private avtalespesialister. For eksempel er det planlagt privat avtalespesialist i øyesykdommer i Brønnøysund når øyelege avvikler sin private praksis i Hommelstø. I tillegg vil det være viktig å ha en stedlig legedekning for å ivareta daglig drift.

4.4 Samhandling

I DMS møtes spesialisthelsetjenesten og kommunene for å utvikle en samhandlings- og kompetansearena. Samarbeidet mellom partene er viktig for å optimalisere ressurser og fremme helhetlige pasientforløp.

Felles møteplasser, sambruk av areal og samarbeid mellom personell i kommuner og spesialisthelsetjeneste legger til rette for samdrift og kompetanseutvikling. Et godt samarbeid vil bidra til å møte framtidens utfordringer med en stadig eldre befolkning og skape et attraktivt helsetjenestetilbud for befolkningen.

DMS som samhandlingsarena for å utvikle gode og effektive pasientforløp kan eksemplifiseres med etablering av intermediære senger/etterbehandlingssenger for pasienter fra medisinske og kirurgiske avdelinger. DMS kan være en kompetansearena som utvikler felles kompetanse i sykehus, DMS og kommuner for personer med kroniske sykdommer som trenger tjenester fra begge nivå (f. eks. kols, slag, hjertesvikt). Når felles kompetanse blir utviklet i sykehus, DMS og kommuner, og når partene kjenner hverandres oppgaver, kan kanskje flere pasienter som tidligere hadde behov for DMS-opphold, utskrives til kommunen.

For å kunne støtte opp under integreringen av DMS i pasientforløpet, bør det være en overordnet prosess med en klar definisjon av roller, oppgaver og grensesnitt mellom personell i spesialisthelsetjenesten, DMS og i kommunehelsetjenesten. Det vil være viktig å vektlegge utvikling av et felles perspektiv, mål og å oppnå enighet om i hvilke situasjoner det er nødvendig å samarbeide. Det må utvikles helhetlige pasientforløp for de store gruppene, inkludert tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom nivåene, god informasjonsoverføring og sikker medikamenthåndtering. Det bør også settes i gang prosjekter for å prøve ut nye teknologiske løsninger mellom kommune, DMS og spesialisthelsetjenesten.

5. Et ønsket fremtidsbilde for DMS på Helgeland

DMS er svært viktig for å sikre et godt helsetilbud for befolkningen på Helgeland, der de bor. Når vi skal lage noe nytt har vi mulighet til å tenke utenfor boksen og særskilt se på muligheter for å ta i bruk ny teknologi.

Ny teknologi vil ha flere positive sider. Det kan fjerne tidstyver som vi har i sykehus i dag, det kan og vil redusere behov for reiser både for pasienter og helsepersonell.



Utviklingen som skjer innen de prehospitale tjenester kan redusere innleggelse på sykehus da en større del av diagnostikken og behandlingen av pasientene kan gjøres ute i felten. Her skjer det mye spennende. Denne utviklingen er særskilt spennende og viktig med tanke på Helgeland sin geografi.

Det er viktig å ha in mente forutsetningene for å lykkes. God IKT-struktur i DMS er en av de viktigste forutsetningene for å kunne ta i bruk ny teknologi. Utfordringen med ulike datasystemer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må løses. I tillegg må vi sikre god båndbredde. Flere kommuner har i dag dårlig dekning noe som vil være en barriere for å kunne ta i bruk teknologien vi har i dag, og ikke minst bruke ny teknologi.

Ny teknologi krever også at man må tenke kompetanse på en annen måte. For helsepersonell som utdannes framover må dette være en del av utdanningen, i tillegg må man sørge for intern kompetanseheving. Kanskje må man rekruttere utradisjonelt, for eksempel gi plass til teknokrater?

5.1 Faglig og teknologisk utvikling

Det skjer mye spennende innen dette området som vil være svært relevant å ta i bruk i et DMS. Vi har valgt ut noen prosjekter som kan være relevant for Helgeland og da i et DMS-perspektiv.

I Ål har de et prosjekt knyttet til hjerneslag. Pasienter fra Hallingdal blir undersøkt med CT ved Hallingdal sjukestugu på Ål av det prehospitale personellet. Ved akutt blodpropp (som utgjør ni av ti hjerneslag) blir blodproppløsende behandling startet før transport til sykehus, der utvidet slagbehandling tilbys. Pasientene blir kontrollert etter tre måneder der effekten av behandlingen evalueres.

Forskningsavdelingen ved Ringerike sykehus i Vestre Viken HF koordinerer studien, og både diagnostikk og behandling foregår med telemedisinsk veiledning fra Ringerike sykehus.

Overlege Lars Olav Fjose ved sykehuset Innlandet holdt et innlegg på Telenors årlige faglige samling for helseforetak i september d.å. Her viste han til prosjekt «digital samhandling i pasientforløp». Dette vil gjøre det mulig for prehospitale tjenester å ta bruk videokommunikasjon som et verktøy. Gevinstene man ser for seg er raskere diagnostisering, raskere og riktigere behandling, bedre smertestillende behandling særskilt der det er lengre transport, riktigere valg av transport og rute og mindre unødvendig transport til sykehus. Det fremheves at lang transport er belastende for pasientene, dyrt for samfunnet, demotiverende for fagfolk.

Videre fremheves det at telemedisin vil bidra til at ledere vil la personell med lavere kompetansenivå gjøre mer avanserte tiltak der pasienten bor. Man tar beslutninger på et bedre grunnlag og flere pasienter kan bli i nærområdet å bli innlagt i sykehus.



Smarttelefoner kan brukes til diagnostikk og beslutningsstøtte mellom behandlende leger i akutte situasjoner. Høyere nivå av behandling på mindre behandlingssteder med videokonsultasjon med et større sykehus. Fjose mener også at det kan bli lettere å beholde leger i utkantstrøk når de kan konsultere kollegaer på sykehus. I tillegg pekes det på at det må være tilgang til journal utenfor sykehus som igjen krever kryptert nett (Fjose: 12.09.19).

I dagens sykehus er det flere tidstyver som gir en flaskehals. Vi bruker enda callingsystem som er en gammel teknologi. Vi har flere datasystemer som ikke «snakker» med hverandre. Dette fører til at leger og andre faggrupper bruker mye tid på administrativt arbeid. I forbindelse med ny struktur og DMS bør dette ses på.

Remote Access åpner handlingsrom for fjernhjelp både for pasientdrift og monitorering av medisinskteknisk utstyr. Det skjer mye spennende innen dette området som vil være svært relevant å ta i bruk i et DMS. Vi har valgt ut noen prosjekter som kan være relevant for Helgeland og da i et DMS-perspektiv.

Forutsetningen for at en skal kunne etablere innovative og fremtidsrettede systemer for pasienter og besøkende ligger i en god analyse av dagens status. Kartlegging av nåværende situasjon er avgjørende for hvordan Helgelandssykehuset avklarer hvilke systemer som benyttes og med hvilken funksjonsgrad. Systemene vil kartlegges i følgende kategorier:

- Klinikere
- Støttefunksjoner (renholdere, sentralbord, vaktmestere)
- Administrasjon
- Tekniske fag
- Pasienter og besøkende

Når det gjelder infrastruktur er det to ting som er svært viktig hvis man skal benytte moderne mobilteknologi; Wifi og mobildekning. Disse er helt avgjørende for å kunne holde kontakten med alle enheter til enhver tid. Samarbeid og forprosjekt med Telenor og Techstep skal sikre at Helgelandssykehuset tilpasses en moderne og innovativ drift. Konkret vil en se på ulike smarthus-funksjoner og hvordan dette kan brukes opp mot mobil. Et annet eksempel er besøksregistrering og wayfinding for pasienter.

Under prosjekteringen tilpasses byggmasse og dens tekniske installasjoner for sømløs nettdækning i kjellere/heis/trappeløp, slik at en kan benytte neste generasjons løsninger i skybasert medisin. Dette betyr Wifi/mobildekning med dedikert Wifi for mobile enheter i store deler av byggmassen. Helgelandssykehuset samarbeider i dag med Telenor for optimalisering av fremtidens 5G nett som vil åpne for helt andre teknologiske funksjoner og dimensjonerer.

Helgelandssykehuset har allerede etablert et teleradiologisk tilbud hvor en kan gjennomføre en radiologisk undersøkelse på en lokasjon og bildene gransket på annen lokasjon. Denne type løsning skal selvfølgelig implementeres i DMS og en skal ha fokus på videreutvikling. Løsninger med fjernstyring av radiologisk utstyr skal kartlegges og tilrettelegges for.



Helgelandssykehuset vil gjennom samarbeid med HN-IKT og leverandører av medisinteknisk utstyr jobbe hardt for etablering av en remote access-løsning. En slik løsning åpner handlingsrommet for fjernhjelp både for pasientdrift og monitorering av medisinskteknisk utstyr. Gevinstene ligger i mer forutsigbarhet for driftssikkerhet og klinisk nærhet/støtte til kunnskap/erfaring.

Anonym tracking er innkommende teknologi som en fortsatt ikke har kartlagt omfanget og full nytteeffekt av. Helgelandssykehuset er frempå innen prosjekteringen for at slik teknologi kan implementeres når teknologien er klargjort. Et eksempel kan være heatmapping av mobile enheter. Med dette mener vi at vi kan sjekke hvor det er opphopning av pasienter som venter eller om pasienter oppholder seg der de ikke skal være.

6. Oppsummerende kommentarer

Samlokalisering i DMS vil skape et tettere samspill mellom brukere/pasienter, kommuner og spesialisthelsetjenesten. Effektive og koordinerte pasientforløp, ny teknologi, tjenesteinnovasjon og sterke fagmiljøer vil kunne bidra til at de nødvendige ressursene settes inn tidlig for å møte befolkningens behov. Etablering av DMS vil være en unik arena for utvikling av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten.

Valg av endelig sykehusstruktur og lokalisering vil påvirke antall DMS, innhold og størrelse av DMS-er på Helgeland. Rekruttering, stabilisering av nøkkelpersonell er kritiske suksessfaktorer for å lykkes. I tillegg må en sikre og legge til rette for ambulerende da man er helt avhengig av ambulerende for å ha polikliniske tilbud i DMS-ene. Ambulerende er en utfordring alle steder en har sett til og erfaringen er at det er særskilt de eldre legene som er villige til å ambulere. Dette innebærer at man må arbeide for å legge til rette for at leger og andre faggrupper ønsker å ambulere. Dette er både et personalpolitisk spørsmål og et økonomisk spørsmål.

DMS-ene er avhengige av å ha en grunnstamme av helsepersonell som består av leger og annet helsepersonell. Dette for å ivareta daglig drift og ikke minst sikre en god og stabil drift.

Referanser:

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

Konseptfaserapport DMS Brønnøysund 2016

Delrapport konseptfase DMS Kristiansund 2016

Styremøte 26.09.2019

Presentasjon av overlege Lars Olav Fjose, Telenors årlige fagsamling 11.9.2019

[Styreseminar DMS 300119](#)

Etter styreseminaret 22. oktober 2019 trakk styret frem ulike problemstillinger og spørsmål som det ønsket arbeidsgruppa skulle gå nærmere inn på:

DMS

- Hvordan skal vi få DMS til å virke rekrutterende i seg selv? Mulighetsrommet må være det største rommet
Etablering av DMS vil virke rekrutterende. Flere vil etablere seg eks i Brønnøysund.
Samhandling med kommunen, prosjekter, teknologi – dette er svart ut i rapporten.
- Kritiske suksessfaktorer? Hvordan påvirker det de seks alternativene?
Ambulering – tilbud innen flere fagområder krever ambulering av spesialister. Det må legges til rette for dette gjennom intensjoner i arbeidsavtaler, betaling etc.
Opprettholdes av kompetanse – avhengig av at fagfolk har tilknytning til et større fagmiljø. DMS kan ikke bare bestå av nyutdannede, fokus på å bygge kompetanse

Kan ikke svare på hvordan dette påvirker de seks alternativene (var ikke en del av bestillingen)
- Kan vi si mer om oppgaveglidning?
I sykehus ser vi på muligheter for oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere. Eks prosjekt sykepleierdrevet poliklinikk, mer bruk av helsefagarbeidere i poliklinikk. Allerede iverksatt. Nevnes også i rapporten.
- Finansieringsordning – utdypes
Endelig leieavtale inngås i november. HSYK er leietakere og har ansvaret for aktivitet, bemanning.
- Hva vil DMS kunne bety for eldre og skrøpelige?
DMS er nettopp et tilbud for eldre og skrøpelige. Det betyr at de får et tilbud nært der de bor og slipper lang reisevei. Hovedbrukere av et DMS er nettopp disse brukerne. Dette er beskrevet i rapporten. I tillegg er det framskrevet behov for hvilke typer tjenester det vil være behov for på kort og lengre sikt (fram til 2030). Ref konseptfaserapport fra 2016, tilleggsnotat fra juni 2017 (alt dette ligger som underlag for DMS i Brønnøysund).
- Driftsmodell – i samarbeid med kommunene > vise til intensjonsavtale om faglig utvikling (ref. møte i Brønnøysund mellom Hulda, Kåre og kommunen)

Utarbeidet en intensjonsavtale som danner grunnlag for videre arbeid mellom HSYK og Brønnøy kommune.

- Hvordan vil DMS påvirke prehospital tjeneste?
Eks. hjerneslagsprosjektet i ÅL som involverer det prehospitalt.

07.11.2019

Rachel Berg, enhetsdirektør Helgelandssykehuset Sandnessjøen