

Møtedato: 27. april 2011

Arkivnr.: 2010/916-40/012

Saksbeh/tlf: diverse

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Administrativ organisering av HR-tjenester i foretaksgruppen
4. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2009
5. Rapport *Ny influensa A (H1N1) 2009, gjennomgang av erfaringene i Norge* – oppsummering
6. Internrevisjonsrapport nr. 07/08: Organisering av legetjenesten ved kirurgisk virksomhet ved to lokalsykehus, oppfølging av styresak 49-2008 og 79-2009/5
7. Regional handlingsplan for nyremedisin
8. Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 13. april 2011

Lars Vorland
Adm. direktør

Møtedato: 27. april 2011

Arkivnr.: 2010/916-40/012

Saksbeh/tlf: Bjørn Kaldhol, 901 75 401

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011/1 Informasjon fra styreleder til styret

Legges frem muntlig av styreleder.

Møtedato: 27. april 2011

Arkivnr.: 2010/916-40/012

Saksbeh/tlf: Lars Vorland, 75 51 29 10

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011/2 Informasjon fra adm. direktør til styret

Legges frem muntlig av adm. direktør.

Styresak 52-2011/3 Administrativ organisering av HR-tjenester i foretaksgruppen

Bakgrunn

På bakgrunn av at eksisterende leverandør av HR-system ikke viderefører driften av lønns- og personalsystem etter april 2014, er det nødvendig å innføre nytt lønns og personaldatasystem.

Det ble i 2008 gjennomført en anskaffelsesprosess sammen med de andre regionale helseforetakene gjennom Nasjonalt program for stab- og støttetjenester (NPSS). Anskaffelsesprosessen ble ledet av Helse Sør-Øst RHF, og rammeavtaler på områdene ble undertegnet i oktober 2008. Leverandørene som ble valgt var Bluegarden og GATsoft.

Bluegarden leverer produktene:

- PAGA - lønns- og personaldatasystem.
- Dossier – kompetansesystem.
- Webcruiter – rekrutteringssystem.

Gatsoft leverer produktet:

- GAT – ressursstyringssystem.

Helse Nord hadde allerede anskaffet samme ressursstyringssystem fra denne leverandøren gjennom en egen anskaffelsesprosess for noen år siden.

Rammeavtaler ble inngått mellom Helse Sør-Øst RHF og de to leverandørene. Helse Nord har senere tiltrådt rammeavtalene gjennom en tilslutningsavtale med Helse Sør-Øst RHF.

Helse Nord er sammen med de andre regionene forpliktet gjennom protokollen fra foretaksmøte, den 24. januar 2008 til at en eventuell anskaffelse av nytt HR-system skal skje gjennom tildeling på nasjonale rammeavtalene.

Helse Nord har besluttet å gjøre et implementeringsprosjekt for innføring av PAGA og Webcruiter, med lik utfasing av dagens system ELP, fra leverandøren EDB Ergogroup.

I forbindelse med innføring av nytt lønns- og personaldatasystem har en funnet det hensiktsmessig å gjennomføre et prosjekt hvor en har vurdert ”administrativ organisering av HR-tjenester” i foretaksgruppen. Prosjektet har utarbeidet en rapport (vedlagt), hvor en skisserer fire ulike organisasjonsmodeller, og hvor prosjektets anbefaling er at en bør etablere organisasjonsmodell 2c, Funksjonsfordeling.

- *Ledelse og fellesfunksjoner* samles på ett sted.
- *Lønn, refusjoner og brukerstøtte* samles i egne spesialiserte miljøer og fordeles på noen av dagens geografiske plasseringer, men rapporterer til et felles tjenestesenter.
- Prosjektet anbefaler ikke å implementere system på dagens organisering.

Videre behandling

Prosjektrapporten har vært på høring i Helse Nord samt konserntillitsvalgte/konsernverneombud. Høringssvarene er lagt ved rapporten.

Kortversjonen av høringssvarene er:

- Helse Finnmark HF slutter seg til prosjektets anbefalinger.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF anbefaler å implementere system, før en evt. vurderer organisasjonsendringer.
- Nordlandssykehuset HF slutter seg til prosjektets anbefalinger.
- Helgelandssykehuset HF slutter seg til prosjektets anbefalinger.
- Konserntillitsvalgte og konsernverneombud mener at det er forbundet med for stor risiko å implementere system samtidig med en organisasjonsendring.

Direktørene i foretaksgruppen ble konsultert i saken, den 16. mars 2011. Direktørene diskuterte saken og var entydig på at en bør implementere systemet i dagens organisasjon, før en evt. vurderer å gjøre noe med organisasjonen. Dette med bakgrunn i at en løper ”dobbel risiko” ved å gjøre både systemimplementering og en evt. større organisasjonsendring samtidig.

Direktørene er imidlertid opptatt av en sterk sentral prosjektstyring i foretaksgruppen, hvor det førende må være å implementere én HR-løsning i foretaksgruppen, med fokus på felles forvaltning, kodeverk og register. Dette impliserer sterk prosjektledelse fra RHF-et med utvidete fullmakter til å harmonisere dagens ulikheter inn i ny felles løsning.

I videre administrativ behandling på RHF-et ble følgende problemstillinger fremhevet:

- Rekkefølgen på prosjekter (systemimplementering og organisasjonsutvikling)
- Valg av organisasjonsmodell og evt. lokalisering
- Risiko
- Økonomi
- Kvalitet

Rekkefølge på prosjekter, organisasjonsmodell og risiko

Det påpekes fra flere hold at en løper ”dobbel risiko” ved å gjøre store organisatoriske grep samtidig med en systemimplementering. En annen vurdering er at det ikke er tid til å gjøre slike organisatoriske grep, *før* oppstart av systemimplementering. Det er viktig å ha en kompetent mottakerorganisasjon for en systemimplementering. Og det må vurderes å gjøre tiltak for å bevare dagens kompetanse, samt bygge en eventuell ny organisasjon på eksisterende miljøer.

Dersom en beholder dagens organisering eller velger alternativ 1a, vil det være en potensiell risiko for at Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF har for små miljøer til at en vil klare en forsvarlig systemimplementering, brukerstøtte og forvaltning. Det bør vurderes å treffe særlige tiltak for å støtte Helgelandssykehuset HF og Helse Finnmark HF ved en systemimplementering i dagens organisasjon.

Økonomi

Det er et sentralt moment å påpeke at det på kort sikt ikke er funnet belegg for at det er god økonomi i å endre organiseringen av HR-tjenesten. Driftskostnadene, uavhengig av hvilken organisasjonsmodell som velges, vil sannsynligvis heller bli dyrere enn dagens løsning. I tillegg kommer omstillingskostnader.

Begrunnelsen er at forvaltning av ny systemløsning og brukerstøtte bør styrkes i implementeringsfasen. Om en velger en organisasjonsmodell med felles ledelse, må det finnes ressurser igjen lokalt på helseforetakene til å serve lokale ledere, og være kontaktledd mellom disse og felles tjenestesenter (bestillere av lønnstjenesten).

Ved sammenligning med Helse Sør-Østs felles tjenestesenter (Sykehuspartner) og dimensjonering av et tilsvarende senter i Helse Nord, er det ikke funnet belegg for at et felles senter kan drives med færre ressurser enn med dagens desentrale organisering.

Kvalitet

Det er en rammebetingelse at nytt lønns- og personaldatasystem skal kunne levere bedre styringsinformasjon til høyere kvalitet enn dagens løsning. Dette fordrer tiltak under selve implementeringen som relaterer seg til felles oppsett, felles kodeverk og felles forvaltning. Dette er målsettinger og utfordringer som må løses i fellesskap uansett organisasjonsmodell.

Medbestemmelse

Administrativ organisering av HR-tjenester ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 13. april 2011 med følgende enighetsprotokoll:

- 1. Partene tar adm. direktørs beslutning til orientering.*
- 2. Partene er enige om og fremhever betydningen av at prosesser knyttet til større samordning gjennom felles arbeidsprosesser gjøres i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.*

Konklusjon

Adm. direktør har med bakgrunn i ovennevnte besluttet følgende:

1. Adm. direktør tar prosjektgruppens rapport til orientering.
2. Vedrørende risiko så vektlegges betraktningene om ”dobbel risiko”. Av den grunn prioriteres det å implementere systemet under dagens organisasjon.
3. Under innføringsprosjektet etableres det en sterk styring for å kunne etablere én felles løsning med felles forvaltning, kodeverk og register. Prosjektledelsen gis utvidete fullmakter i dette arbeidet. Det skal tilføres ekstra ressurser på å vedlikeholde en felles forvaltning.
4. Det gjennomføres ikke organisasjonsendringer i form av virksomhetsoverdragelse av ansatte eller ved at en etablerer noen felles ledelse av lønns- og personalmedarbeidere. Imidlertid vil det være behov for større samordning gjennom felles arbeidsprosesser, noe som kan medføre justeringer i samhandlingsmønsteret internt og mellom helseforetak.

Utrykte vedlegg: Prosjektrapport med hørings svar

Møtedato: 27. april 2011
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Irene Skiri, 75 51 29 00

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011/4 Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2009

Bakgrunn

Riksrevisjonen (heretter omtalt som RR) legger årlig frem en rapport for Stortinget som omfatter følgende deler:

- I. RR's beretning om kontrollen med statlige selskaper
- II. Kontroll av utvalgte emner innen utøvelsen av regjeringens eierpolitikk, slik denne er formulert i St.meld. nr 13 (2006-2007) *Et aktivt og langsiktig eierskap*. I 2009 har RR for enkelte selskaper fulgt lederlønnsutviklingen og arbeidet med samfunnsansvar.
- III. Presentasjon av resultatene fra de utvidede kontrollene, som er basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger
- IV. Saker som har fremkommet gjennom RR's årlige kontroll av blant annet statsrådets beretning for enkelte selskap, protokoller fra generalforsamlinger eller lignende og årlig rapportering fra selskapene. Denne delen omhandler også tidligere rapporterte saker som RR vil følge opp videre.

Rapporten ble lagt frem 11. november 2010. Denne saken oppsummerer de deler av rapporten som berører helseforetakene.

Del I Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper

Generelt viser RR's kartlegging av samfunnsansvar og lederlønn avvik fra Stortingets og Regjeringens intensjoner. Med dette menes at resultatene så langt er svake i forhold til ambisjonene, og at eierdepartementenes oppfølging ikke har vært tilstrekkelig.

I de utvidede kontrollene har RR for Helse- og omsorgsdepartementets område funnet svakheter i driften og forvaltningen av de regionale helseforetakene og Norsk Helsenett SF. Det kommenteres at RHF-enes resultatrapportering og måloppnåelse viser at det i det siste året har vært en negativ utvikling i ventetid for rettighetspasienter innenfor alle fagområdene unntatt psykisk helsevern for barn og unge. Innenfor somatikk har den negative tendensen vart i flere år. Videre kommenterer RR at det er så alvorlige mangler ved datakvaliteten at det ikke er mulig å vurdere tilstanden på viktige nasjonale kvalitetsindikatorer.

I tillegg kommenteres at veksten i pasientreiseutgiftene er redusert etter at RHF-ene overtok ansvaret, men at det er store variasjoner mellom HF-ene når det gjelder kostnader til pasientreiser. RR vurderer det slik at det fortsatt er potensial for en mer kostnadseffektiv tjeneste. Videre vises til at det er for dårlig oppfølging av kvaliteten i pasientreisene.

Del II – Kontroll av utøvelsen av regjeringens eierpolitikk

a) Samfunnsansvar

Målet med undersøkelsen har vært å kartlegge statlige selskapers arbeid med samfunnsansvar for å finne ut i hvilken grad de har inkorporert samfunnsansvar i selskapsdriften, og i hvilken grad statlig eide selskaper er i fremste rekke, når det gjelder miljøtiltak innen sin bransje. Videre har det vært et mål å vurdere hvordan eierselskapene følger opp selskapenes arbeid med samfunnsansvar. Det ble gjennomført en dokumentanalyse av årsrapporter, spørreundersøkelse til adm. direktører/konsernsjefer og skriftlige spørsmål til eierdepartementene. Rapporten oppsummerer funnene fra disse, men gir ingen kommentarer til RHF-ene eller Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) spesielt.

RR viser til at mange av de undersøkte selskapene i svært liten grad har integrert de delene av samfunnsansvaret som de selv vurderer som relevante, i styringen av selskapet. Flere selskaper har grunnleggende mangler knyttet til etiske retningslinjer og miljøledelse. Flere av selskapene manglende tilfredsstillende systemer for oppfølging av sin leveransekjede. RR viser videre til at manglende oppfølging av samfunnsansvar kan medføre en betydelig omdømmerisiko for selskapene og for staten. For nærmere informasjon om resultatene vises til rapporten.

b) Lederlønsutvikling

Målet med undersøkelsen var å vurdere om gjennomføringen av regjeringens eierpolitikk med hensyn til lederlønn er i samsvar med Stortingets forutsetninger. Det ble gjennomført en undersøkelse som belyste lønnsutviklingen i perioden 2004-2009 for adm. direktør eller tilsvarende for 42 selskaper med statlige eierandeler tilhørende 10 departementer. I rapporten vises til at det i foretaksmøte i 2005 ble stilt styringskrav knyttet til lønnsfastsettelse i RHF-ene, og at dette ble gjentatt og utdypet i foretaksmøtet i januar 2010. Videre er det vist til at HF-ene er omfattet av Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide selskaper.

RR's kartlegging viser at den gjennomsnittlige lederlønsveksten i de statlige selskapene har vært dobbelt så høy som den generelle lederlønsveksten i perioden 2007-2009, og at den årlige lederlønsveksten i statlige selskaper var høyere i denne perioden enn i 2004-2007. Undersøkelsen gir derimot ikke grunnlag for å vurdere om statlige eide selskapers lederlønn er lønnsledende innenfor sin bransje. RR vurderer at styrene i de statlige selskapene har hatt mulighet til å vise større moderasjon i lederlønsfastsettelsen.

Del III – Resultatet av utvidede kontroller

Sak 1 - De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad RHF-ene følger opp og innfrir utvalgte styringskrav i oppdragsdokumentene for 2009, samt å vurdere rapporteringskvaliteten i de årlige meldingene for 2009. RR har brukt tall fra Norsk pasientregister (NPR) på aktivitet, ventetid og andel rettighetspasienter.

RR viser til fortsatt manglende kvalitet på form og innhold i RHF-enes rapportering i årlig melding. Dette vanskeliggjør sammenligning mellom RHF og å vurdere måloppnåelse. RR stiller på den bakgrunn spørsmål ved om RHF-ene har tilstrekkelig lojalitet til rapporteringskravet.

RR viser til store regionale forskjeller i praktisering av prioriteringsforskriften innenfor alle områdene, størst innen somatikk. Variasjonene i andel rettighetspasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) økte i 2009. RR stiller dermed spørsmål ved om HOD gir implementeringen av veilederne tilstrekkelig prioritet, slik at bruken av disse vil få resultater innen rimelig tid.

RR viser til manglende måloppnåelse, når det gjelder ventetider innen flertallet av RHF-ene og fagområdene og ser alvorlig på den negative utviklingen i ventetider i 2009 for somatikk. RR nevnte spesielt bekymring for den negative utviklingen innen barne- og ungdomspsykiatri i Helse Nord, både ved antall ventedager og andelen barn og unge som ikke får behandling innen ventetidsgarantien har økt i 2009. RR mener at utfordringene med økte ventetider er sentrale ledelsesoppgaver som må gis høyere prioritet i RHF-ene og HF-ene.

RR finner det kritikkverdig at ikke alle HF-ene og institusjoner er godkjent for formatet NPR-melding. Både manglende rapportering og dårlig kvalitet gjør at det ikke foreligger komplett og sammenlignbar statistikk innenfor alle fagområdene. RR stiller spørsmålsteget ved om styringen for å sikre god datakvalitet på nasjonale kvalitetsindikatorer og fristbrudd er tilstrekkelig.

Sak 2 – Helseforetakenes ivaretagelse av ansvaret for pasientreiser

Målet med undersøkelsen har vært å undersøke hvordan utviklingen i kostnadseffektivitet for pasientreiser med rekvisisjon har vært i HF-ene, med særlig vekt på de reisene som utføres med drosje og turvogn. I tillegg omfatter undersøkelsen på hvilken måte HF-ene legger til rette for en god kvalitet i tjenesten.

RR viser at alle HF-ene har hatt en økning i pasientreiseutgifter i årene 2007-2009, men at veksten samlet er redusert sammenlignet med perioden før ansvarsoverføringen i 2004. Økningen varierer både innad og mellom regionene, og RR vurderer det slik at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om alle HF-ene har klart å skape en mer kostnadseffektiv tjeneste etter ansvarsoverføringen.

Undersøkelsen viser at Helse Nord har størst samordning av reiser med drosje/turvogn, hver fjerde reise mot hver syttende i Helse Vest. RR viser derfor til at det er et uutnyttet potensial for bedre samordning og en mer kostnadseffektiv tjeneste ved en del HF.

Undersøkelsen av kontroll av de økonomiske kravene viser at det i hovedsak begrenser seg til stikkprøvekontroller av fakturaer og om rekvisisjonene er korrekt utfylt, og at dette innebærer risiko for at alvorlige feil ikke oppdages. RR stiller derfor spørsmål ved om det ikke bør utvikles et mer risikobasert kontrollsystem som kan gi HF-ene bedre kontroll med ordningen.

Når det gjelder oppfølging av kvalitet på leveransene, viser undersøkelsen at enkelte av HF-ene følger opp leverandørene systematisk, mens halvparten ikke nevner slik kontroll. RR viser at en løpende oppfølging er en forutsetning for å ha kontroll på kvaliteten. Undersøkelsen ga ingen forskjeller i oppfølging avhengig av om HF-ene hadde benyttet kvalitet som tildelingskriterium eller kun benyttet pris.

Til slutt vurderer RR at flere og regelmessige brukerundersøkelser vil gi HF-ene verdifull informasjon om pasientens oppfatning av kvaliteten på pasientreiser.

Sak 3 – Norsk Helsenetts ivaretagelse av informasjonssikkerheten i helsenettet

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad Norsk Helsenett SF ivaretar sitt ansvar for informasjonssikkerheten i helsenettet.

Undersøkelsen viser at Norsk Helsenett ikke har tilfredsstillende rutiner og systemer for å sikre oppetid i helsenettet. RR vurderer også at det er svakheter ved Norsk Helsenetts risikovurderinger og sikkerhetstiltak før og etter tilkobling av kunder, særlig av små og mellomstore organisasjoner. Disse svakhetene øker sannsynligheten for at det eksisterer ukjent risiko som kan påvirke informasjonssikkerheten i helsenettet. RR viser videre til at det er viktig at både iverksatte og planlagte sikkerhetstiltak blir gjennomført, og at tiltakene blir regelmessig fulgt opp slik at informasjonssikkerheten i helsenettet til enhver tid er ivarett på en betryggende måte.

Del IV – Resultater av den årlige kontrollen og oppfølging av tidligere rapporterte saker

a) Rutiner for betaling av obduksjonslaboranter i Helse Sør-Øst

Tidligere undersøkelse hadde vist at obduksjonslaboranter ved fire HF i Helse Sør-Øst mottok kontant betaling fra begravellesbyråer for nedleggelse av lik i kister på tross av at HOD i 1996 påla Fylkeskommunene, Rikshospitalet og Det norske radiumhospital å endre rutinene. HOD ba derfor i 2008 alle RHF-ene om å gjennomgå eksisterende rutiner. Dette ble fulgt opp våren 2010 ved at RHF-ene ble bedt om å bekrefte at rutinene var på plass.

På rapporteringstidspunktet rapporterte Helse Nord at to HF hadde rutiner i tråd med pålegget, mens ett ikke har etablert slike rutiner. Helse Vest og Helse Midt-Norge synes ikke å ha besvart, mens Helse Sør-Øst har fått rutiner på plass. RR stiller derfor spørsmål ved om HOD i tilstrekkelig grad har fulgt opp.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

b) Rutiner for oppfølging av ansattes bierverv

I dokument nr 1 (2007-2008) rapporterte RR om at det har tatt uforholdsmessig lang tid å få implementert retningslinjene for bierverv, som ble vedtatt allerede i 2003. RR så også alvorlig på at HF-ene i liten grad har oversikt over ansatte som har driftsavtale som avtalespesialist, og ansatte med bierverv i legemiddelindustrien. HOD stilte i foretaksmøter i 2008 krav om at det i forbindelse med arbeidet med organisering av stabs- og støttefunksjoner også skal utvikles felles systemer for enhetlig rapportering og kontroll av ansattes bierverv. HOD viste i mai 2010 til at tre RHF vil ha på plass IT-baserte systemer som håndterer krav til enhetlig rapportering og kontroll av bierverv i 2009-2010, mens Helse Nord vil få det på plass i 2011-2012.

RR viser til at hensikten med å regulere adgangen til å ha bierverv er å forebygge at det utad kan reises spørsmål og tvil om ansattes integritet, habilitet og uavhengighet. Retningslinjene ble vedtatt i 2003, og HOD har etter RR's vurdering ikke gitt oppfølging av denne saken tilstrekkelig prioritet.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

c) Avvik knyttet til kapittel 732 post 77 – Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus
RR har gjennom flere år rapportert om avvik mellom RHF-enes regnskaper og det som er ført i statsregnskapet under kapittel 732 post 77. HOD opplyser at det vil gjennomgå prosessen for registreringen av dataene som danner grunnlag for regnskapsføringen og følge opp saken. RR påpeker at det er viktig at informasjonen i regnskapssystemene er pålitelig og korrekt. RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

d) Tildeling av enerett til Helse Vest IKT

I dokument 1 (2005-2006) rapporterte RR om at tildelingen av eneretten til Helse Vest IKT AS uten forutgående konkurranseutsetting var i strid med anskaffelsesregelverket, fordi ikke alle vilkårene i unntaksbestemmelsen om enerett er oppfylt. HOD uttrykte og senere opprettholdt sitt syn om at vilkåret er oppfylt, og viser til at rettspraksis på området verken er omfattende eller entydig. RR ba HOD forelegge gjenstående spørsmål for regelverksforvalter, Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

HOD viser til at dette er en sak med klare paralleller til RR's tidligere merknadssak om at tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene var i strid med anskaffelsesregelverket, fordi vilkårene for egenregi ikke var oppfylt. I dokument 1 (2008-2009) forutsatte RR at HOD avklarte med regelverksforvalter, Fornyings- og administrasjonsdepartementet, tolkningen av egenregivilkåret som er satt av EF-domstolen om at oppdragsgiver (HF-ene) må ha like sterk kontroll over leverandøren (sykehusapotekene) som over egne etater.

Ingen av sakene er forelagt regelverksforvalter. I påvente av ESA's behandling av sykehusapoteksaken avventer HOD videre oppfølging av saken om tildeling av enerett til Helse Vest IKT AS.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

e) Oppfølging av avtalespesialistene

RR rapporterte i Dokument 1 (2007-2008) at RHF-enes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene var mangelfull, og at de i liten grad hadde oversikt over avtalespesialistenes faktiske prioriteringer. RR påpekte at dette var alvorlig, da det gir høy risiko for at rettighetspasienter ikke prioriteres, slik prioriteringsforskriften forutsetter.

HOD viste til at det i St.prp. nr 1 (2006-2007) under Nasjonal Helseplan ble varslet at det skulle settes i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialistene for å få bedre integrering av disse i RHF-enes "sørge-for-ansvar". I mai 2010 opplyser HOD at arbeidet har vist seg å ha flere utfordringer, noe som har ført til at den opprinnelige tidsplanen ikke har blitt fulgt.

Etter RR's vurderinger er det viktig at HOD har en tett oppfølging av arbeidet med utviklingen av takstsystemet for å sikre at avtalespesialistenes prioritering av rettighetspasienter er i tråd med prioriteringsforskriften.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

f) Systemet for forvaltning av nye spesialistlegestillinger

RR rapporterte i dokument 1 (2007-2008) om at det var vesentlige avvik mellom lovlig tildelte spesialistlegestillinger og faktisk antall stillinger ved flere HF. Det lovregulerte legefordingssystemet har ikke fungert som forutsatt, og regelverket oppfattes som uklart. RR fant det alvorlig at HOD som forvalter av systemet ikke tidligere i større grad har vektlagt manglende etterlevelse av systemet kan føre til svekket økonomisk kontroll, forsterking av ubalanse i legemarkedet samt problemer med rekruttering og godkjenning av spesialistutdanningen.

I foretaksmøtene januar 2008 ble det stilt krav om at RHF-ene skulle etablere utvalg for hvert HF som skulle godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelse i vakante stillinger i HF-ene. Videre skulle RHF-ene sikre at HF-ene følger etablerte rutiner ved ansettelse, oppretting eller omdisponering av stillinger som er omfattet av legefordingssystemet. Frem til Nasjonal Råds nye database skulle tas i bruk fra 2010, skulle RHF-ene bidra til avvikling av legestillinger som var opprettet utenfor legefordingssystemet i 2009.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

g) Ambulansetjenesten

RR rapporterte i dokument 1 (2008-2009) om at det var store regionale forskjeller i oppfyllelsen av kompetansekravene for ambulanspersonell, at bruk av ambulanser til oppdrag som kunne vært utført av andre kjøretøy, kan være kostnadsdrivende, og at det er uheldig at arbeidet med ny forskrift for transport av liggende pasienter er forsinket. Videre ble det rapportert om at det er alvorlig at det fortsatt ikke finnes nasjonale drifts- og kvalitetsdata innen de akuttmedisinske tjenestene.

HOD rapporterer at det har vært usikkerhet til hvorvidt HF-ene ville klare kravene innen fristen 1. april 2010. For Helse Nord ble det spesielt knyttet usikkerhet til Helse Finnmark HF. HOD rapporterer i mai 2010 at et nytt EU-direktiv for godkjenning av bil sammen med stadig økende transport av ulike kategorier bårpasienter gjør det nødvendig med en gjennomgang av dagens transport av bårpasienter. I tildelingsbrevet for 2010 har Helsedirektoratet fått i oppdrag med utgangspunkt i kravet om forsvarlige tjenester å foreslå nasjonale krav til ambulansbiler og vurdere behov for endringer i relevant regelverk. HOD viser til ulike prosjekt for å bedre nasjonale data for de akuttmedisinske tjenestene.

RR opplyser at saken vil bli fulgt opp ved senere gjennomganger.

Vurdering

Adm. direktør vurderer det slik at undersøkelser gjennom Riksrevisjonen, egen internrevisjon, valgt ekstern revisor og gjennom enkeltstående eksterne revisjonsoppdrag, bidrar til å evaluere Helse Nords aktiviteter og styring. Dette er viktig for å sikre god styring og kontroll, god internkontroll, god kvalitet, riktig prioritering og fokus på mål- og resultatoppnåelse. Helse Nord forvalter samfunnets ressurser, og det er viktig å etterprøve objektivt om dette blir gjort på en god måte og i henhold til overordnede føringer og krav.

Mange av de sakene som er omtalt i Riksrevisjonens gjennomgang for 2009 har senere fått betydelig økt fokus, både nasjonalt og i Helse Nord. Adm. direktør vil ta med Riksrevisjonens vurderinger i det videre arbeidet.

Møtedato: 27. april 2011
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Oddvar Larsen, 75 51 29 31

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011/5 Rapport *Ny influensa A (H1N1) 2009, gjennomgang av erfaringene i Norge – oppsummering*

Bakgrunn

Fredag, den 24. april 2009 varslet Verdens helseorganisasjon (WHO) om utbrudd av influensa med bakgrunn i et nytt virus i Mexico og USA. Det nye viruset ble utgangspunktet for en ny verdensomspennende epidemi.

I Norge ble de første tilfellene rapportert allerede i begynnelsen av mai, mens hovedbølgen slo inn over landet i andre halvdel av oktober og første halvdel av november 2009. Under pandemien ble det etablert beredskapsorganisering på alle nivå i henhold til gjeldende lovverk og planer.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har gjennomført en samordnet gjennomgang av den nasjonale håndteringen av pandemien. Gjennomgangen er utført i nær dialog med involverte aktører. Denne er sammenfattet i rapporten *Ny influensa A (NIH1) 2009, gjennomgang av erfaringene i Norge*. Den er tilgjengelig på DSB's hjemmeside <http://www.dsb.no/no/Ansvarsomrader/Nasjonal-beredskap/Aktuelt-Nasjonal-beredskap/Evaluering-pandemi/>

Rapporten legges frem for styret i Helse Nord RHF til orientering. Formålet med rapporten er læring, grunnlag for oppdatering av planer og utvikling av samhandling i operativ håndtering av store kriser og katastrofer.

Hovedinnhold i rapporten

Rapporten er inndelt i hovedkapitler som omhandler rammer og forutsetninger, styring, planlegging og koordinering på nasjonalt og regionalt nivå. DSB's vurderinger er sammenfattet i eget kapittel. Med bakgrunn i de forhold som er avdekket i gjennomgangen av håndteringen av pandemien, anbefaler DSB 25 punkter til videre oppfølging. Anbefalingene gjelder i hovedsak:

- utfyllende bestemmelser i overordnede nasjonale planer (beredskapsplan, smittevernplan og pandemiplan) som tydeliggjør fullmakter og ansvarsdelingen mellom nasjonale myndigheter og faginstanser
- utvikling og løpende revisjon av planscenarier
- forenkling og effektivisering av kommunikasjonslinjer og rapporteringssystemene mellom nasjonale, regionale og lokale myndigheter
- mekanismer for å forenkle tverrsektoriell koordinering på etatsnivå
- utvikling av rapporteringssystemene for infeksjonssykdommer for å gi raskere og mer geografisk differensiert informasjon
- nærmere utredning av distribusjonsløsninger for pandemivaksine

- utarbeidelse av nasjonale retningslinjer som beskriver de mest kritiske samfunnsfunksjoner som må sikres kontinuitet i drift
- etablering av intensivregister
- vurdering av hvordan personer i risikogrupper skal identifiseres
- tydeliggjøring av og lovfesting av fastlegenes rolle i kommunehelsetjenesten
- vurdering av hvordan sårbarhet i kommunehelsetjenesten kan reduseres; bl.a. gjennom interkommunale løsninger, og gi Fylkesmannen mulighet til å styre ressurser mellom kommunene vis-à-vis spesialisthelsetjenesten i en krisesituasjon

Rapporten konkluderer med at Norge på et overordnet plan var godt forberedt på pandemien i 2009, i planverk gjennom avtaler om levering av vaksiner og ved gjennomførte øvelser på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Det ble i utgangspunkt lagt til grunn et verstefallsscenario som ble styrende for mye av planleggingen de første månedene, selv om det ble tidlig klart at dette scenariet var lite sannsynlig. Den faktiske situasjonen ble imidlertid håndtert ut fra analyser av den løpende utviklingen. Det gjorde at virkemiddelbruken innenfor smittevernområdet var i tråd med pandemiplanens forutsetning om at *tiltak skal være tilpasset situasjonen til enhver tid og skal ikke gå ut over det som framstår som nødvendig*.

Helsedirektoratet ledet og samordnet håndteringen av situasjonen med basis i delegasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i henhold til overordnet nasjonal helse- og omsorgsberedskapsplan og ut fra bestemmelsene i smittevernloven. Fylkesmennene spilte sammen med de regionale helseforetakene en viktig rolle som kommunikasjons- og rapporteringskanal mot helsetjenestene. På nasjonalt plan var Folkehelseinstituttet (FHI) en sentral støttespiller.

Den spesielle beredskapsorganiseringen i helsesektoren besto prøven. Det ble imidlertid avdekket en del forhold som i en mer alvorlig situasjon kunne ha medført problemer. Dette knytter seg først og fremst til hvor langt Helsedirektoratets fullmakter strekker seg overfor andre aktører som gjennom lov og forskrift er tillagt ansvar. Særlig ble dette synlig i forhold til Folkehelseinstituttet på vaksineområdet.

Norske myndigheter møtte pandemien proaktivt. Dette kommer til uttrykk i at man hele tiden tok høyde for et langt mer alvorlig scenario enn det mest sannsynlige. DSB vurderer dette som en riktig strategi, selv om det i ettertid ble vurdert som at ressursbruken ble unødvendig høy, og at befolkningen kan ha fått inntrykk av at situasjonen var langt mer alvorlig enn det myndighetene egentlig mente den var. Til tross for en proaktiv holdning kan det se ut som om de ble klar over viktige problemstillinger på et noe sent tidspunkt. Dette gjelder for eksempel behovene knyttet til intensivbehandling av alvorlig syke pasienter og tiltak for å avlaste fastlegene.

Kommunehelsetjenesten er trolig den mest sårbare delen av den nasjonale pandemiberedskapen. Mange kommuner er små, og kommunehelsetjenesten ville noen steder kunne bli satt ut av funksjon, dersom sykdomsbildet hadde vært noe i nærheten av verstefallsscenarioet. De små kommunene hadde imidlertid i denne pandemien en fordel, ved at de hadde små problemer med å identifisere risikogrupper og tidlig vaksinerings.

Det vanskeligste spørsmålet å svare på er om helsemyndighetene kunne oppnådd de samme resultater med mer effektiv bruk av ressurser. Vurdert i ettertid kan det stilles spørsmål ved om innkjøpet av respiratorer og annet utstyr var overdimensjonert, og om beredskapsnivået i spesialisthelsetjenesten var unødvendig høyt lenge. Vurdert ut fra usikkerheten om fremtidig utvikling, når beslutninger måtte tas, kan bilde bli et annet. DSB mener imidlertid at det er grunnlag for å stille spørsmål ved om planscenariet som lå til grunn for planleggingen kunne vært nedskalert ytterligere i september.

For utfyllende informasjon vises til selve rapporten.

Beredskapen i Helse Nord

Helse Nord organiserte sin beredskap i henhold til overordnede nasjonale planer, regional beredskapsplan og beredskapsplanene i helseforetakene.

Under operativ håndtering ble koordinering overfor, og anmodninger til kommunehelsetjenesten ivaretatt gjennom Fylkesmennene. Det ble også etablert en faggruppe under RHF-et for dialog og som rådgivere i beslutningsprosesser, bestående av spesialister fra helseforetakene.

Kommunikasjon og informasjon internt og utad ble koordinert. Det ble også iverksatt forberedende tiltak for å sikre tilgang på personell, dersom dette skulle bli nødvendig. Det ble kjøpt inn smittevernutstyr, og respiratorer i tråd med nasjonale planforutsetninger.

Vurdering og konklusjon

DSB's rapport påpeker viktige problemstillinger som sammen med anbefalingene vil være et nyttig underlag også ved revisjon av beredskapsplanene i Helse Nord, og som læring i operativ håndtering av store kriser og katastrofer.

Det er ikke gjennomført en systematisk evaluering internt i Helse Nord, men det vil bli gjort en erfaringsgjennomgang i tilknytning til hovedrevisjon av regional beredskapsplan (2012) og regional smittevernplan (2011).

I tråd med konklusjonene i DSB's rapport må en kunne si at beredskapen i Helse Nord fungerte tilfredsstillende under pandemien.

DSB's rapport *Ny influensa A (H1N1) 2009, gjennomgang av erfaringene i Norge* tas til orientering.

Møtedato: 27. april 2011
Arkivnr.: 134 2010/6

Saksbeh/tlf: Namik Resulbegovic, 75 51 29 85

Dato: 13.4.2011

Styresak 52-2011/6 Internrevisjonsrapport nr. 07/08: Organisering av legetjenesten ved kirurgisk virksomhet ved to lokalsykehus, oppfølging av styresak 49-2008 og 79-2009/5

Bakgrunn/fakta

Det vises til *styresak 79-2009/5 Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 07/08: Organisering av legetjenesten ved kirurgisk virksomhet ved to lokalsykehus, jf. styresak 49-2008.*

Revisjonsrapporten gjelder Nordlandssykehuset Lofoten, kirurgisk og ortopedisk klinikk og Helse Finnmark Kirkenes, kirurgisk avdeling.

Styret fikk oppdatert status i denne saken ved muntlig orientering av adm. direktør i styremøte, den 1. oktober 2010, jf. *styresak 90-2010/2 Orienteringssaker*, strekpunkt 4. Helse Finnmark Kirkenes, kirurgisk avdeling hadde da etterkommet anbefalingene fra revisjonsrapporten, og avvikene ble ansett lukket. Nordlandssykehuset Lofoten, kirurgisk og ortopedisk klinikk hadde igangsatt et arbeid for å etterkomme de anbefalingene som fortsatt ikke var gjennomført. Pr. juli 2010 sto det fortsatt fem ikke gjennomførte anbefalinger ved avdelingen i Lofoten. Adm. direktør ble bedt om å orientere styret muntlig når avvikene var lukket.

Status pr. april 2011 – Nordlandssykehuset Lofoten, kirurgisk og ortopedisk klinikk

Nordlandssykehuset HF har gitt oppdatert status pr. april 2011, og der fremgår følgende:

- På grunn av langvarig sykemelding er arbeidet med funksjonsfordeling av ortopedi utsatt, og det planlegges slutført innen utgangen av juni 2011.
- På lik linje med de øvrige klinikkene arbeides det med å legge inn prosedyrer i DocMap, også innenfor kirurgi. Det er satt av ressurser til arbeidet, men det synes klart at noen endelig "ferdigdato" er vanskelig å sette, all den tid dette arbeidet med nødvendighet må foregå kontinuerlig.
- Kwitteringsordning (kvitteres for mottatt opplæring) er ikke innført. Planlegges slutført innen utgangen juni 2011.
- Øvrige anbefalinger rapporteres gjennomført.

Vurdering og konklusjon

Det vises til statusbeskrivelsen hvor det fremgår at det er to ikke gjennomførte anbefalingspunkter (1 i sin helhet, og 1 delvis). Det er gitt informasjon om, når disse forventes gjennomført.

Adm. direktør vil følge opp saken, slik at også de siste avvikene lukkes. Styret i Helse Nord RHF orienteres, når alle avvikene er lukket.

Nyreerstattende behandling i Helse Nord

Mars 2011

To pasienthistorier

Pasienthistorie 1

En mann født i 1962 får 17 år gammel påvist spor av blod i urinen. 20 år senere undersøkes han av bedriftslegen og det blir tilfeldig påvist et betydelig forhøyet blodtrykk. Videre undersøkelser med blodprøver viser at han har moderat redusert nyrefunksjon og skiller ut store mengder egghvitestoffer i urinen. En vevsprøve av nyren bekrefter at det foreligger en kronisk nyresykdom. Han følges regelmessig opp på nyremedisinsk poliklinikk.

5 år senere har nyresvikten forverret seg og han nærmer seg behov for nyreerstattende behandling. Han transplanteres med nyre fra en av sine brødre ukomplisert og går tilbake til fullt arbeid. Han følges med kontroll hos nyrelege 4 ganger i året og behandles med 3 forskjellige immundempende medikamenter, 2 blodtrykksmedisiner, kolesterolsenkende medisin samt blodtynnende medisin. På grunn av bivirkninger av de immundempende medikamentene utvikler han med årene beinskjørhet og diabetes mellitus type 2 som kostholdsreguleres.

Etter 8-9 år begynner funksjonen i det transplanterte nyret å avta og i 2010 må han starte behandling med posodialyse. Det er ikke mulig å få nyre fra noen andre i familien og han er påmeldt venteliste for transplantasjon. Han jobber fortsatt 50 % og møter til kontroll på sykehuset hver 2. måned. Han har blodtype 0 og kan måtte vente opp mot 2 år før han får ny nyre.

Pasienthistorie 2

En mann født i 1931 har siden 55 års alder har vært behandlet for høyt blodtrykk og etter hvert også for høyt kolesterol. Han røykte fram til han fikk et lite hjerteinfarkt på slutten av 90-tallet. De siste 10 årene har nyrefunksjonen vært gradvis avtagende, men kun i lett grad. I forbindelse med snømåking på nyåret 2010 får han akutte brystmerter og legges inn med et stort hjerteinfarkt. Han overflyttes til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) der det blir gjort kartlegging av kransårene til hjertet og påvist 1 tett og 1 trang blodåre. Han får satt inn 3 stenter for å bedre sirkulasjonen til hjertet. Han utskrives fra hjerteavdelingen til hjemmet, men legges inn på lokalsykehus etter 2 uker på grunn av dårlig allmenntilstand. Man ser da at han har total nyresvikt og trenger umiddelbar dialysebehandling. Han overflyttes nærmeste nyremedisinske senter der han samme dag starter behandling med bloddialyse. Man antar at den forverrede nyrefunksjonen skyldes hjerteinfarkt og behandlingen han gjennomgikk etterpå.

Han har ca 1,5 timers reisevei til nærmeste dialyseavdeling og i løpet av sykehusoppholdet bytter man til posodialyse. De neste månedene legges han flere ganger inn på sykehuset på grunn av gjentatte infeksjoner i bukhinnen. Til slutt må man gå tilbake bloddialyse. Utredning med tanke på nyretransplantasjon viser at dette ikke kan la seg gjennomføre, både fordi at hjertet har betydelig redusert funksjon etter infarkt og han har så mye kalk i bekkenkarene at en ny nyre ikke kan koples på.

Han må ha dialyse resten av livet og reiser nå 3 dager i uken til nærmeste dialyseavdeling der han får 4 timer behandling hver gang. Totalt tar det 8 timer hver gang han er i dialyse fra han går ut døra hjemme til han er tilbake igjen.

Innholdsfortegnelse

0	Ordliste/forkortelser.....	4
1	Sammendrag og arbeidsgruppens anbefaling.....	6
2	Innledning	7
2.1	Arbeidsgruppens mandat.....	7
2.2	Arbeidsgruppens sammensetning og arbeidets gjennomføring	7
2.3	Avgrensning.....	7
2.4	Andre dokumenter om nyremedisinsk virksomhet.....	8
3	Bakgrunn.....	9
4	Behovet for nyreerstattende behandling i Nord-Norge	12
5	Organiseringen av uremiomsorgen i Helse Nord	18
5.1	UNN og Helse Finnmark.....	18
5.2	Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.....	20
5.3	Referanser	23
6	Utfordringer i Helse Nord	24
6.1	Utfordringer felles for hele Norge.....	24
6.2	Utfordringer felles for hele Nord-Norge	24
6.3	Spesielle utfordringer for Nordland	25
6.4	Spesielle utfordringer for Troms	26
6.5	Spesielle utfordringer for Finnmark	26
7	Tiltak.....	27

0 Ordliste/forkortelser

Total nyresvikt: Når nyrene er så dårlige at man ikke kan overleve uten dialyse eller transplantasjon. Begrepene terminal uremi, terminal nyresvikt og kronisk nyresvikt stadium 5 benyttes også om denne tilstanden.

Nyreerstattende behandling (NEB): Samlebensnavn på transplantasjon og de ulike formene for dialyse. Forkortes ofte RRT, fra det engelske begrepet "renal replacement therapy".

Nyretransplantasjon: Pasienten får en ny nyre operert inn, enten fra en avdød giver eller fra en levende giver (familiegiver). Selve transplantasjonen og oppfølgingen de 3 første månedene skjer ved Rikshospitalet. Utredning i forkant av transplantasjon og oppfølging etter dette, skjer av lokal nyrelege. Etter transplantasjon blir man avhengig av immundempende behandling og tett oppfølging hos nyrelege resten av livet. Hvis det ligger til rette for transplantasjon, gir dette på sikt bedre overlevelse, bedre livskvalitet og det er samfunnsøkonomisk billigere. Mange pasienter kan av medisinske årsaker ikke transplanteres, de må ha dialyse resten av livet.

Dialyse: Kunstig måte å rense blodet på. Kan utføres og organiseres på flere måter:

- Hemodialyse vs. peritonealdialyse
- Senterdialyse vs. hjemmedialyse vs. satellitt utenfor sykehus
- Assistert dialyse vs. selvdialyse

Hemodialyse (HD): Blod føres ut av kroppen og gjennom en kunstig nyre som fjerner avfallstoffer og væskeoverskudd, samt korrigerer kroppens salt- og syre/basebalanse. Blodet føres så tilbake til kroppen igjen. Hver behandling tar vanligvis 4-5 timer og må gjennomføres 3-5 dager i uka.

Peritonealdialyse (PD): I løpet av et døgn settes 8-12 liter væske inn i buken og tappes ut igjen via en slange som er operert inn i bukhulen. Bukhinnen fungerer da som en dialysemembran som blodet filtreres og renses over. Dette kan gjøres ved poseskift 3-4 ganger per døgn eller ved en maskin som er koplet til pasienten om natten og som automatisk setter dialysevæske inn i og ut av buken i en viss mengde og med et visst intervall ("nattmaskin"). Egenskaper ved pasientens bukhinne og pasientens eget ønske vil avgjøre om man velger poseskift eller nattmaskin.

Senterdialyse: Hemodialyse på sykehus.

Hjemmedialyse: Vanligvis peritonealdialyse der pasienten selv gjør poseskift og/eller kopler seg til en nattmaskin. Et mindre antall pasienter gjennomfører også hemodialyse selv hjemme.

Assistert dialyse: Pasienten får hjelp til gjennomføringen. Man snakker da vanligvis om pasienter som får gjennomført PD i sitt eget hjem assistert av kommunens hjemmetjeneste eller pårørende, evt på en kommunal institusjon (syke- og aldershjem).

Dialysesatellitt: Dialyseavdelinger på sykehus uten nefrolog/underlagt annet nyremedisinsk senter. Dialysesatellitt utenfor sykehus kan være små enheter etablert for 1-2 hemodialysepasienter med lang reisevei til nærmeste dialysesenter eller større enheter med flere pasienter. Bemannes av kommunalt ansatte sykepleiere, men finansieres i hovedsak av helseforetakene.

Disse satellittene kan være å anse som permanente (eks. Alta, Brønnøysund), der man samler pasienter fra flere kommuner, eller de etableres kun for en kortere eller lengre periode mens en enkelt pasient har behovet (eks. Værøy, Beiarn).

HF	helseforetak
NLSH	Nordlandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge

1 Sammendrag og arbeidsgruppens anbefaling

Antallet pasienter med behov for nyretransplantasjon eller dialysebehandling øker kraftig. Dersom utviklingen fortsetter som nå, vil antallet øke med ca. 30 % fra 2011 til 2020. Behovet for dialysebehandling vil øke mest, ca. 35 %. Fordi effekten av den forventede "eldrebølgen" ikke lett kan anslås, må disse estimatene betraktes som svært konservative.

Hver enkelt dialysebehandling er å anse som øyeblikkelig hjelp jf. Specialisthelsetjenesteloven og man kan i liten grad styre hvilket behandlingstilbud man skal gi. På grunn av den betydelige økningen i antall dialysepasienter de siste årene, er dialyseavdelingene og de nyremedisinske avdelingene under stort press med hensyn til lokaler og personell (dialysesykepleiere og spesialister i nyresykdommer) og oppfyller ikke de normene som gis i den nasjonale veilederen for nyremedisinsk virksomhet (2).

Arbeidsgruppens viktigste anbefaling er at det lages en plan for gradvis opptrapping av ressurstilgangen til dialyseavdelingene og de nyremedisinske sentrene for å oppnå

- Tilstrekkelig antall stillinger for spesialister i nyresykdommer
- Økt utdanningskapasitet for leger i spesialisering i nyresykdommer
- Tilstrekkelig antall stillinger for dialysesykepleiere og adekvat opplæring og videreutdanning av disse
- Tilstrekkelig store dialyselokaler ved alle sykehus
- Flere dialysesatellitter utenfor sykehus

Det må rettes et spesielt fokus på styrking av den nyremedisinske tjenesten i Helse Finnmark og at dialysepasientene i Helse Nord på tross av store geografiske avstander skal ha et likeverdig tilbud sammenlignet med resten av landet.

2 Innledning

2.1 Arbeidsgruppens mandat

Mandatet ble gitt av Helse Nord's fagdirektør, og er forankret i oppdragsdokumentet til helseforetakene for 2010. Arbeidsgruppen skal

- beskrive status for den nyreerstattende behandlingen i Helse Nord og fremskrive utviklingen.
- beskrive forslag til tiltak for å møte det økte volum.

Arbeidet skal forankres i tidligere og pågående arbeid knyttet til utredninger/veiledere på fagfeltet. Arbeidet vil bli sendt ut på høring i alle HF etter at det er gjennomført og i forkant av styrebehandling i Helse Nord. Den ledelsesmessige forankring er tenkt gjennom høring. Hvert enkelt medlem fra HF-ene er bedt om å forankre prosessen innad i sitt fagmiljø.

2.2 Arbeidsgruppens sammensetning og arbeidets gjennomføring

Kristine Brevik, rådgiver i samhandlingsenheten, Helse Finnmark (tidl. klinikk-sjef, Helse Finnmark Hammerfest)

Bjørn Odvar Eriksen, overlege, Nyreseksjonen, Medisinsk klinikk, UNN

Anne Kristine Fagerheim, avdelingsoverlege, Avdeling for nyresykdommer, Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset

Tove Mikkelsen, spesialsykepleier med videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresvikt, satelittstasjonen i Alta

Siw Skår, avdelingsleder poliklinikk og dagbehandling, Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø

Dag Stefansen, avdelingssjef/overlege, Medisinsk avdeling, Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Knut Tjeldnes, rådgiver, Helse Nord RHF

Grete Åsvang, klinikk-sjef Helse Finnmark Kirkenes (nå rådgiver UNN)

Joar Julsrud, overlege, Nyreseksjonen, Medisinsk klinikk, UNN (har deltatt på møte 24. februar og med skriftlige innspill)

Et innledende møte med lederne for de nyremedisinske enhetene, fagdirektør Jan Norum og Knut Tjeldnes ble holdt 1.2.2010. Gruppen møttes for første gang 24.2.2010 og har hatt 4 møter. For øvrig er arbeidet gjennomført via e-postkorrespondanse.

2.3 Avgrensning

Denne planen omfatter først og fremst behandling av pasienter med total kronisk nyresvikt og behov for nyreerstattende behandling. I planen har man ikke i vesentlig grad gått inn på aspekter som oppfølging av pasienter med kronisk nyresvikt i tidligere stadier, utredning med tanke på

transplantasjon, oppfølging av nyretransplanterte eller rekruttering/oppfølging av nyredonorer. Planen omfatter heller ikke behandling av akutt nyresvikt eller behandling av intensivpasienter med nyresvikt og behov for dialyse. En person med kronisk nyresykdom vil imidlertid i løpet av sitt sykdomsforløp ofte være inntatt flere ulike deler av nyreomsorgen, også de delene som ikke omfattes av denne planen.

2.4 Andre dokumenter om nyremedisinsk virksomhet

Nyremedisinsk virksomhet og nyreerstattende behandling er underlagt det samme lovverk og de samme forskrifter som resten av spesialisthelsetjenesten. Det finnes ikke lovverk eller forskrifter som spesielt omhandler denne virksomheten.

Norsk nyremedisinsk forening publiserte i 2001 en veileder for nyremedisinsk virksomhet (Veileder for nyremedisinsk virksomhet. Norsk nyremedisinsk forening, Den norske legeforening. Skriftserie for leger 2001). I 2006 publiserte en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet en rapport med tittelen ”Antall dialysepasienter i Norge øker. Hvordan møte denne utviklingen best mulig i årene fremover?”. Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide en ”Handlingsplan for kronisk nyresykdom”. Denne handlingsplanen har hovedvekt på kronisk nyresykdom i de tidlige fasene før det oppstår behov for nyreerstattende behandling. Som en del av dette arbeidet blir det også utarbeidet en veileder for helsepersonell om ”Organtransplantasjon med levende giver”. Disse dokumentene er sendt ut på høring og forventes å bli ferdige i løpet av 2011.

3 Bakgrunn

Om lag 10 % av den norske befolkningen har kronisk nyresykdom. Dette er godt dokumentert i store populasjonsstudier som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (3) og samsvarer med internasjonale befolkningsstudier. Noen av disse vil utvikle total nyresvikt og behov for nyreerstattende behandling (NEB). NEB kan gjennomføres som enten nyretransplantasjon eller dialysebehandling. I Norge vil alle pasienter som ikke er svært gamle eller syke få tilbud om nyretransplantasjon. Dette er den beste behandlingen for pasientene og den billigste for samfunnet. For de fleste pasientene er det nødvendig med en fase med dialysebehandling før transplantasjon kan gjennomføres. Dialyse er fjerning av avfallsstoffer fra kroppen med enten peritoneal dialyse eller hemodialyse.

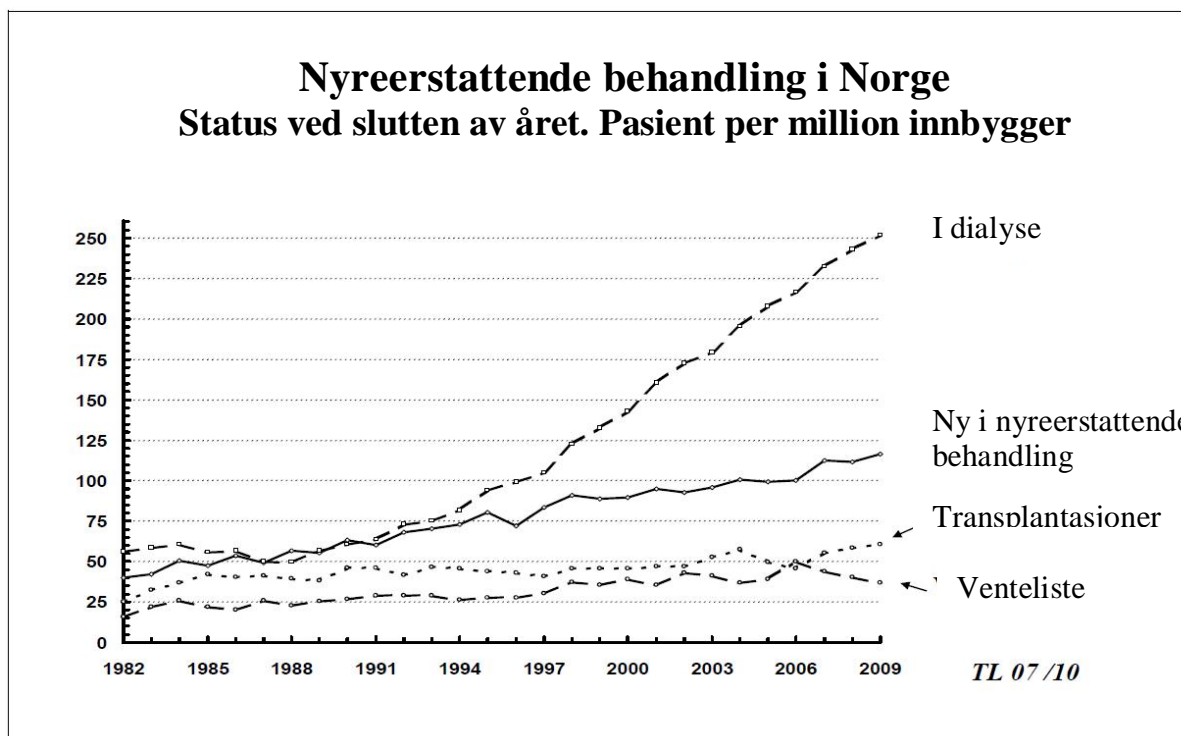
Ved peritoneal dialyse (PD) fjernes avfallsstoffer ved at disse diffunderer inn i en dialysevæske som tappes inn i bukhulen. Denne behandlingen gjennomføres oftest av pasienten selv, og ikke alle pasienter egner seg til dette.

Ved hemodialyse (HD) fjernes avfallsstoffer ved at blodet kjøres gjennom et filter ved hjelp av en maskin. Denne behandlingen gjennomføres oftest på det dialysesenter og foretas 3 ganger i uka.

Alle nyretransplantasjoner i Norge utføres på Rikshospitalet. De første 3 månedene etter transplantasjonen følges de opp der. Deretter går de til poliklinisk kontroll hos nefrolog hver tredje måned resten av livet. Nyretransplantatene fungerer ikke evig, men mister sin funksjon over år slik at mange vil ha behov for dialyse og/eller ny nyretransplantasjon når funksjonen går tapt.

Det er alminnelig godtatt at pasienter som trenger NEB selv skal ha vesentlig innflytelse på valg av behandlingsform, men medisinske forhold gjør ofte at pasienten ikke er egnet for en av behandlingsformene. De fleste ønsker først å vurdere hjemmedialyse, vanligvis peritonealdialyse, men noen pasienter kan også gjennomføre HD hjemme (hjemme-hemodialyse). Noen får assistert peritonealdialyse på sykehjem og de øvrige vil bli etablert i hemodialyse på en dialyseavdeling på sykehus. Disse må møte til dialyse 3-5 dager i uken, hver behandling tar ca 4 timer. Dialysepopulasjonen består hovedsakelig av personer > 65 år og man må forvente at mange som etableres i dialyse ikke er aktuelle for transplantasjon og skal gå i dialyse resten av sitt liv. I spesielle tilfeller, vanligvis på grunn av svært lang og/eller besværlig reisevei, opprettes det dialysestasjon i hjemkommunen. Dette vil være dialysesatellitter med 1-2 pasienter og et individuelt tilpasset opplegg.

Alle nyremedisinske sentra i Norge rapporterer årlig til Norsk nefrologiregister som ble opprettet i 1980 og man har god oversikt over den nyreerstattende behandlingen. Ved årsskiftet 2009/2010 var det i Norge 4069 pasienter som fikk nyreerstattende behandling, hvorav 1215 dialyse (141 i Helse Nord) (4).



Figur fra Norsk nefrologiregister, Annual report 2009

Figuren ovenfor viser at antallet pasienter i dialysebehandling har økt kraftig de siste 20 år. Man tror at økningen kan forklares ut fra flere forhold som den generelle utviklingen i befolkningens alderssammensetning med flere eldre, at dialysebehandling er blitt bedre slik at pasientene lever lengre i dialyse og at flere av de som nå tilbys dialyse ikke kan transplanteres på grunn av andre sykdommer (for eksempel hjertesvikt, karsykdom, kreftsykdommer) og må være i dialyse resten av livet. I tillegg til økende antall nye pasienter i dialyse, har man altså også en akkumulasjon i dialyse. Av de 141 i dialysepasientene i Helse Nord ved årsskiftet 2009/2010 var 77 anslått til ikke å være aktuelle for transplantasjon og må være i dialyse resten av livet.

Norge ligger lavt når det gjelder personer som tas i nyreerstattende behandling sammenlignet med Danmark og Sverige uten at det er noen kjent grunn til dette på bakgrunn av sykdomspanoramaet i befolkningen. Det er derfor ingen grunn til å tro at man "overbehandler" nyrepasientene i Norge. Tvert om kan det være slik at vi ligger etter andre land i utviklingen, slik at vår forekomst av NEB etter hvert vil nærme seg det man ser i andre land.

Økende forekomst av diabetes i befolkningen har i andre sammenhenger vært trukket frem som en årsak til økningen i antall dialysepasienter. Andel pasienter med diabetes i dialyse er imidlertid nokså uendret de siste 20 årene og utgjør 10-15 % av dialysepopulasjonen (4). Mens det tidligere hovedsakelig var pasienter med diabetes mellitus type 1, ser man nå at det er en økende andel med diabetes mellitus type 2. Subgruppe diabetes begynte man ikke å registrere i nefrologiregisteret før 1995.

Referanser:

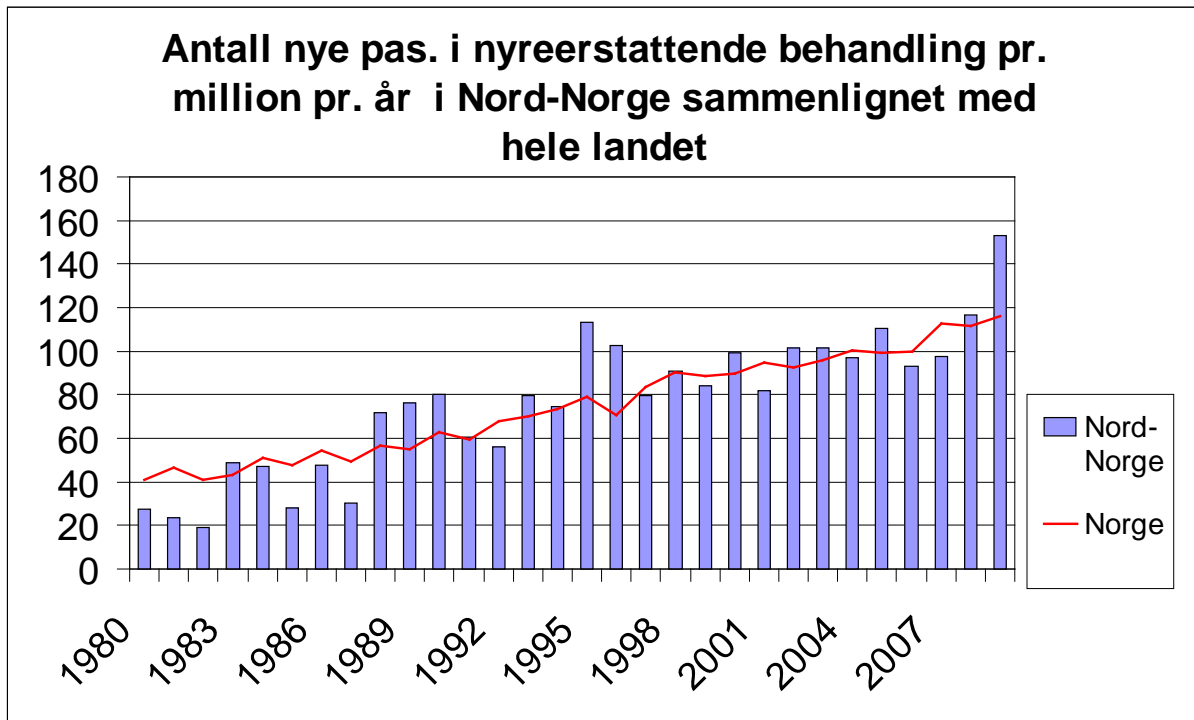
1. Antall dialysepasienter i Norge øker – Hvordan møte denne utviklingen best mulig i årene fremover? Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet 1. desember 2006
2. Veileder for nyremedisinsk virksomhet. Norsk nyremedisinsk forening, Den norske legeforening. Skriftserie for leger 2001.

3. Hallan et al JASN 2006, HUNT II study (Norway, 1995 to 1997)
4. Norsk nefrologiregister. T. Leivestad, Rikshospitalet.
5. ”Antall dialysepasienter i Norge øker – Hvordan møte denne utviklingen best mulig i årene fremover” Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet. 1. desember 2006. <http://www.nephro.no/foreningsnytt/rapportdialyse2006.pdf>

4 Behovet for nyreerstattende behandling i Nord-Norge

Incidens

Nyreerstattende behandling (NEB) er et samlebegrep som omfatter behandling med dialyse og nyretransplantasjon. Norsk nefrologiregister registrerer data vedrørende NEB fra alle fylker. Alle kurver og beregninger i dette kapitlet er basert på data fra registeret. Utviklingen i incidens (antall nye tilfelle pr. million pr. år) i Nord-Norge fra 1980 til 2009 sammenlignet med incidensen i hele Norge er framstilt i figuren nedenfor.

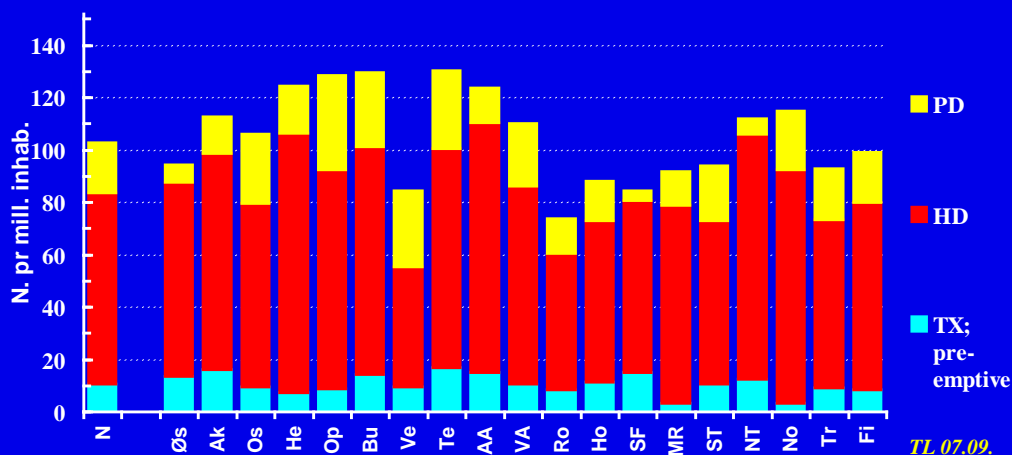


P.g.a. at de absolutte tallene ikke er store, er det nokså store tilfeldige fluktuasjoner i incidensen fra år til år. Dette innebærer en spesiell organisatorisk utfordring for uremiomsorgen. Økningen i incidens fra år til år er omtrent som for landet som helhet, d.v.s. at den har økt lineært med ca. 3 nye pasienter pr. million pr. år pr. kronologisk år i perioden fra 1980 til 2009.

For perioden 2004 til 2008 var incidensen av NEB ganske lik i Troms og Finnmark, men litt høyere i Nordland. Forskjellene var små. (se figuren nedenfor)

Renal replacement therapy in Norway 2004-2008

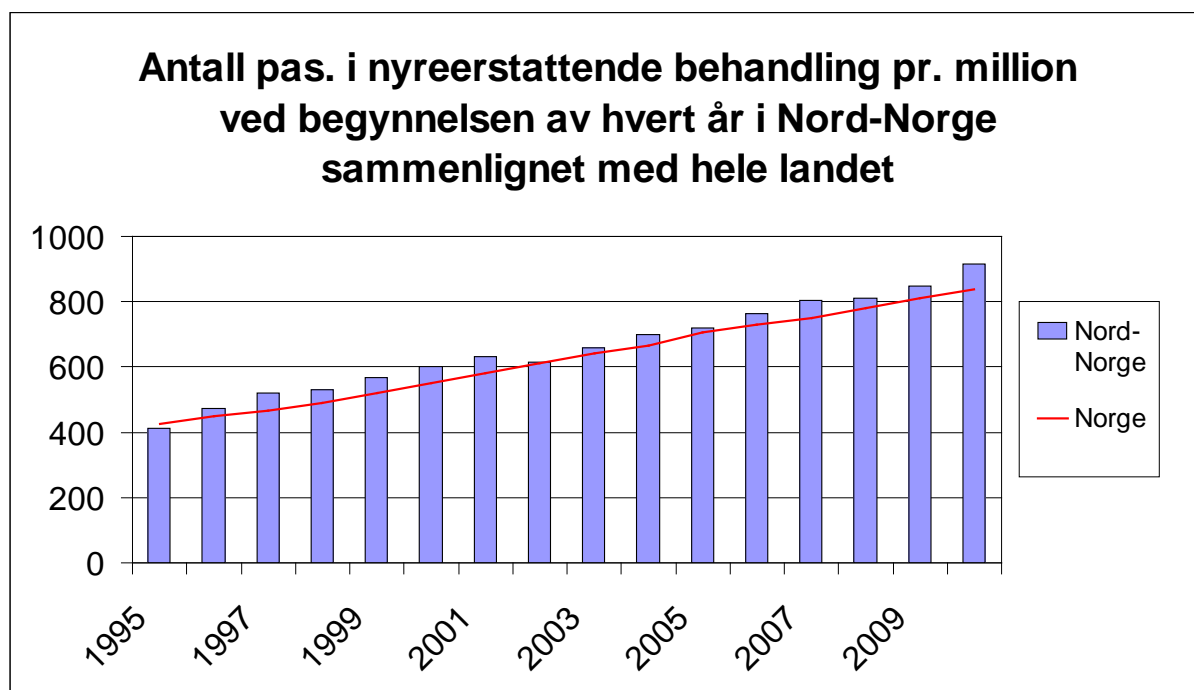
Mean yearly incidence, by first treatment and county



(figur utarbeidet av Torbjørn Leivestad ved Norsk nefrologiregister)

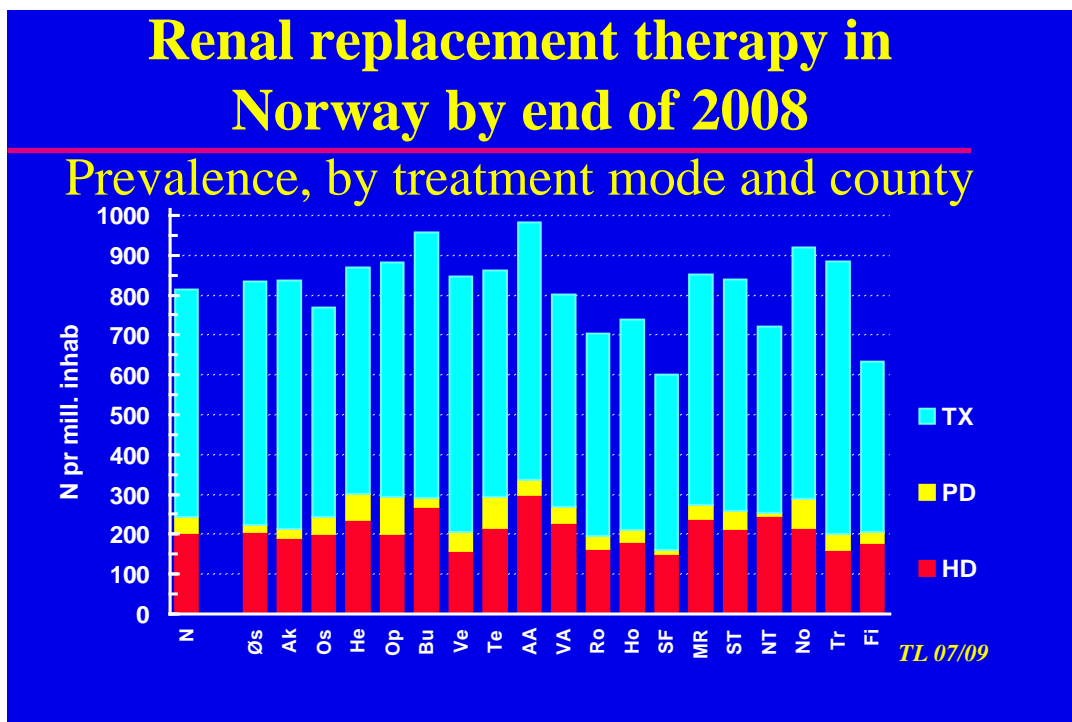
Prevalens

Prevalensen (antall personer i behandling pr. million innbyggere 1. januar hvert år) av pasienter i NEB er framstilt i figur 2:



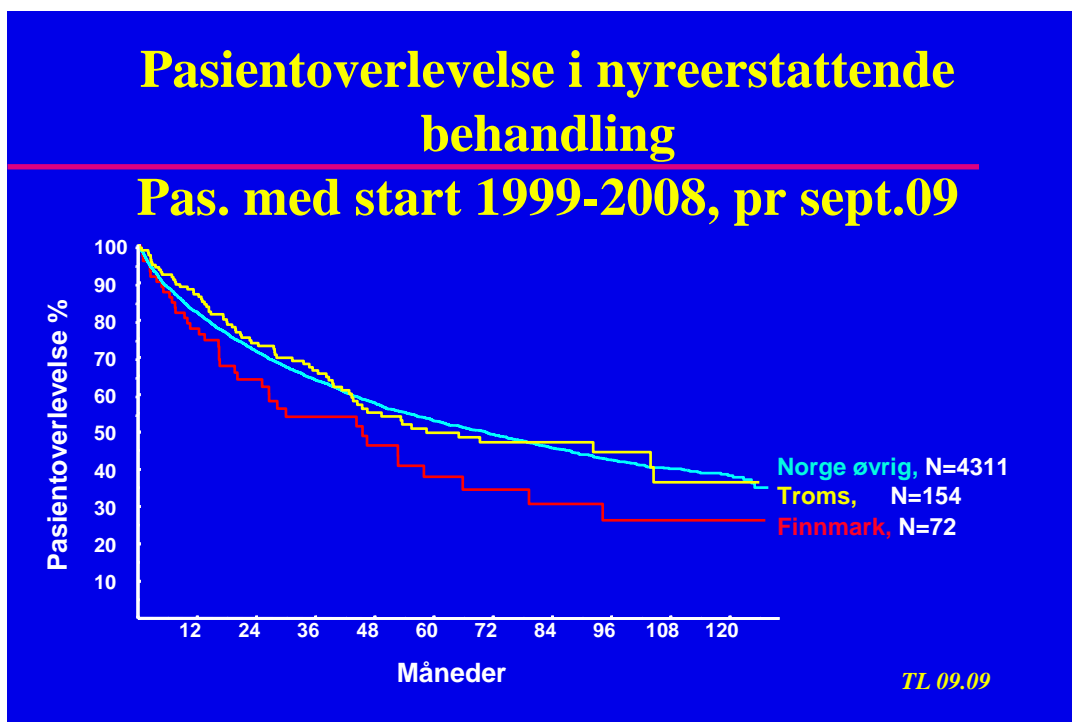
Prevalensen fluktuierer mye mindre enn incidenstallene og ligger noe høyere enn landsgjennomsnittet. Prevalensen har økt lineært med omtrent 30 personer pr. million. pr. kronologisk år etter årtusenskiftet i Nord-Norge. Økningen i landet som helhet i samme periode var på 28 personer pr. million pr. kronologisk år, d.v.s. omtrent det samme..

Den gjennomsnittlige prevalensen av NEB i ved slutten av 2008 var lavere i Finnmark enn i Nordland og Troms (se figuren nedenfor). Prevalensen i Nordland og Troms lå godt over landsgjennomsnittet.



Overlevelse

NEB-pasienter har høy dødelighet, mest fordi de er gamle og fordi de har overdødelighet av hjertekarsykdommer. Andelen pasienter som er i live et gitt antall år etter at de er tatt i behandling for Norge, Troms og Finnmark, er vist i figuren nedenfor:



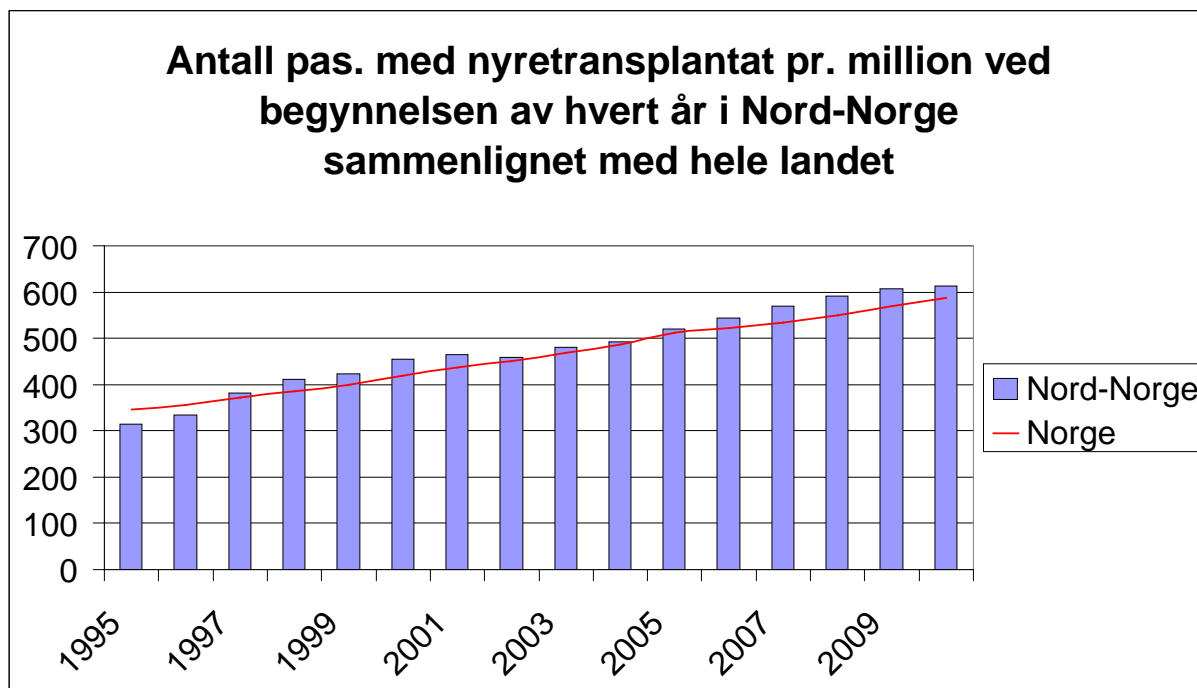
Figuren viser at overlevelsen av NEB-pasienter i Troms er lik den i Norge som helhet, mens pasientene i Finnmark har lavere overlevelse. For å se om forskjeller i alder, kjønnsfordeling, tidspunkt for oppstart av behandlingen, diagnose, behandlingsform kan forklare forskjellen mellom Troms og Finnmark, er det gjort en Cox regresjon av dataene, der forskjellen i dødelighet justeres for disse faktorene (se tabellen under). Analysen viste at forskjellen ikke kunne forklares ved disse faktorene, men at Finnmarks-pasienter har ca. 50% større sjanse for å dø enn Tromspasienter innenfor et gitt tidsrom. Lignende analyser er ikke gjort for andre deler av Norge.

	Hazard-ratio (95% konfidensintervall)	P-verdi
Kjønn (0=mann, 1=kvinne)	0.70 (0.46 - 1.08)	0.11
Alder (år)	1.07 (1.05 - 1.09)	0.00
Fylke (0=Troms, 1=Finnmark)	1.52 (1.04 - 2.23)	0.03
År for oppstart av nyreerstattende behandling	0.94 (0.87 - 1.01)	0.08
Behandlingsform ved oppstart (0=transplantasjon, 1=dialyse)	2.45 (0.58 - 10.37)	0.22
Diagnose (0=primær nyresykdom, 2=sekundær nyresykdom)	1.25 (0.87 - 1.80)	0.22

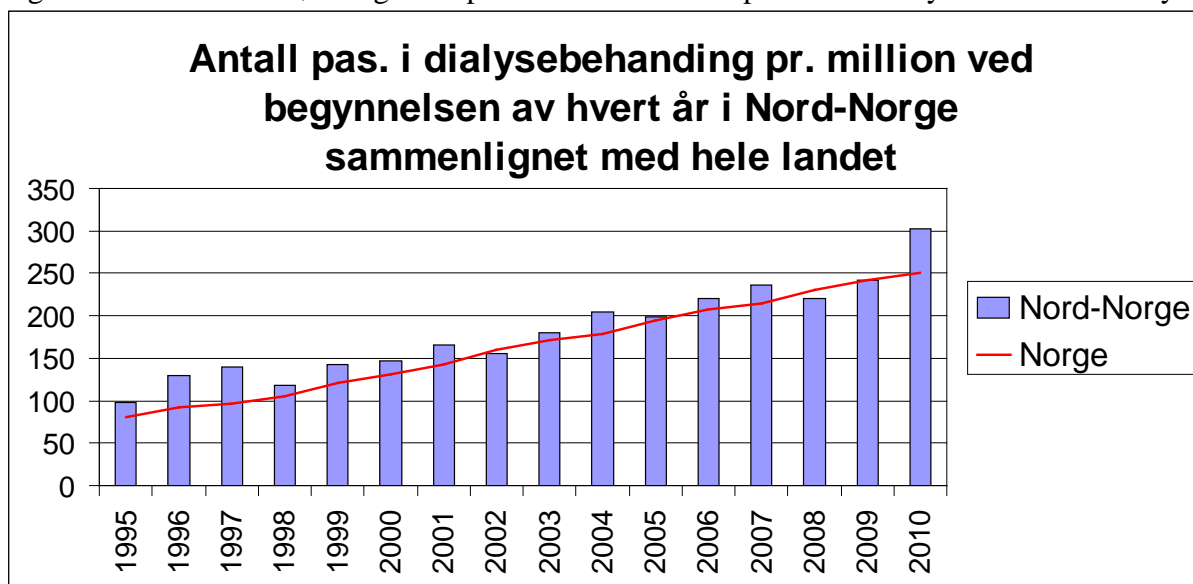
Den høye dødeligheten i Finnmark forklarer delvis den lavere prevalensen av NEB-pasienter i dette fylket, d.v.s. at det er færre pasienter fordi de dør fortere. Dette er antagelig ikke den eneste forklaringen.

Fordelingen av de forskjellige typene nyreerstattende behandling

De fleste NEB-pasientene er pasienter med nyretransplantat. Figuren nedenfor viser økningen i prevalensen av slike pasienter. Disse pasientene kontrolleres poliklinisk av nefrolog hver tredje til fjerde måned. De forbruker i tillegg helsetjenester i form av innleggelser når det inntreffer komplikasjoner.

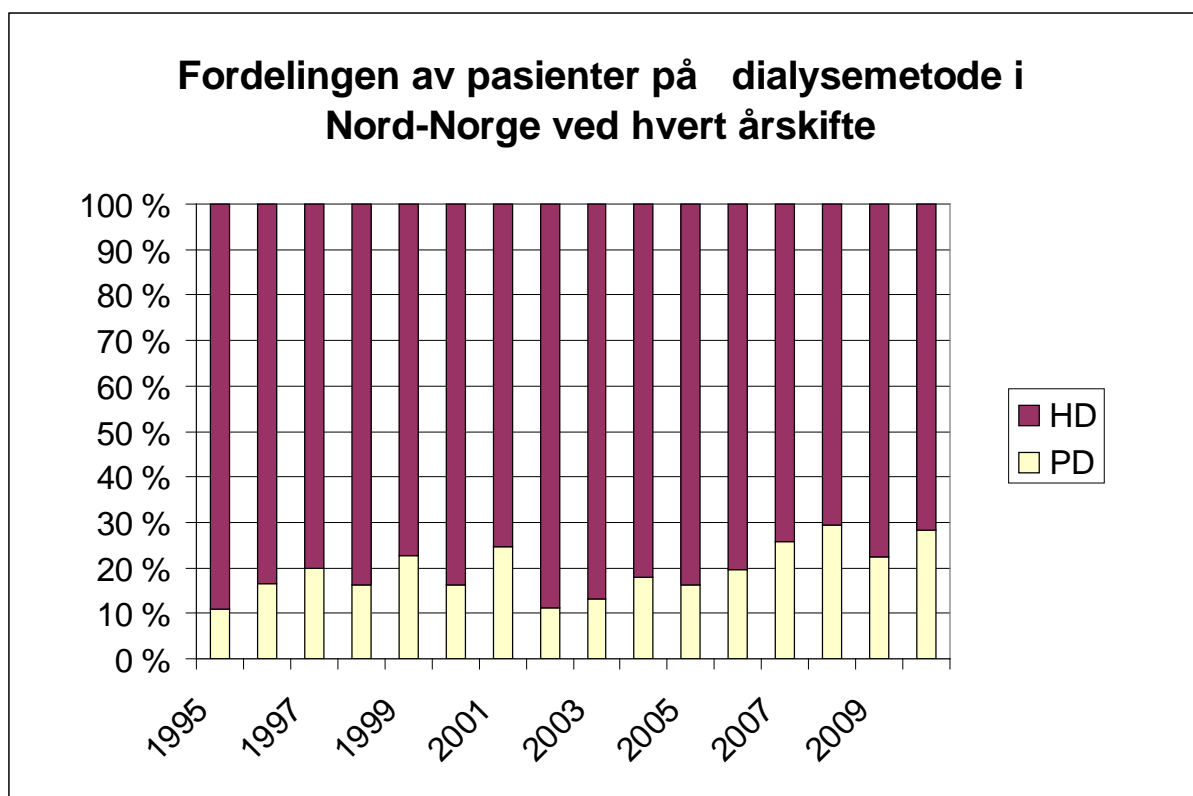


Figuren nedenfor viser økningen av pasienter som mottar peritoneal dialyse eller hemodialyse:



Økningen i antall pasienter pr. år er omtrent lineær. For Nord-Norge har økningen gjennomsnittlig vært 11 pasienter pr. million pr. år, d.v.s. omtrent det samme som i landet som helhet.

Figuren nedenfor viser fordelingen mellom PD og HD i Nord-Norge.



Prosentandelen PD-pasienter har de siste 5 år variert mellom 20 og 30 %. Landsgjennomsnittet i samme periode har vært ligget mellom 16 og 19 %.

Oppsummering

Incidensen av NEB i Nord-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet, men prevalensen i Nordland og Troms ligger høyere og i Finnmark lavere enn gjennomsnittet. Noe av forklaringen på den lave prevalensen i Finnmark er at pasienter her har høyere dødelighet enn i resten av landet. Prosentandelen PD-pasienter er høyere enn i resten av landet.

Prognose

Prevalensen av behovet for NEB gir det beste grunnlaget for å anslå behovet for nyremedisinske helsetjenester i årene som kommer. Utviklingen de siste 15 år har fulgt lineære trender både når det gjelder prevalensen for nyretransplanterte og for pasienter i dialysebehandling. Dette betyr ikke nødvendigvis at dette vil fortsette de kommende 10 år. Økningen i andelen eldre og en økende andel eldre med alle typer kroniske sykdommer kan føre til at økningen i prevalens kan bli kraftigere. Et annet viktig moment er at fordelingen mellom andelen pasienter med nyretransplantat og i dialyse kan endre seg slik at det blir flere dialysepasienter. Årsaken til dette er dels at flere pasienter som ikke kan transplanteres tas i dialyse, dels at nyretransplantater har begrenset levetid slik at pasienten trenger dialyse i perioder mens de venter på nytt transplantat. En annen mulig årsak til økende dialyseandel kan være at ventetiden før transplantasjon kan øke p.g.a. mangel på tilgjengelige organer. I 15-års-perioden fra 1995 til 2009 har andelen pasienter med nyretransplantat av alle pasienter med nyreerstattende behandling sunket tilnærmet lineært fra 80 til 70 %.

Med disse forbeholdene er antallet pasienter nedenfor fremskrevet på grunnlag av den lineære utviklingen de siste 15 år.

Prognose for antall pasienter i nyreerstattende behandling i Nord-Norge

	2011	2015	2020	Prosentvis økning fra 2011 til 2020
Nyretransplanterte	296	331	373	26 %
Hemo- og peritoneladialyse	127	146	171	35 %
SUM	422	476	544	29 %

Basert på en fremskrivning av den lineære trenden fra 1995-2010

Betraktningen ovenfor tilsier at disse estimatene er konservative, og at man bør ta høyde for en kraftigere økning.

Når det gjelder hemodialyse, må man ta behandlingshyppigheten i betraktning i tillegg til antallet personer med behov for behandlingen. Det pågår store undersøkelser av om det er bedre med daglig hemodialyse enn med dialyse tre ganger i uka. Dersom disse studiene skulle vise en betydningsfull gevinst m.t.p. livslengde og/eller livskvalitet, vil det måtte føre til at hver pasient får flere behandlinger og et større ressursforbruk per pasient.

5 Organiseringen av uremiomsorgen i Helse Nord

5.1 UNN og Helse Finnmark

5.1.1 Predialytisk uremiomsorg for pasienter med KNS

Pasienter med KNS følges opp poliklinisk av nefrologer i Narvik, Harstad og Tromsø, og i liten grad av generelle indremedisinere ved Finnmarkssykehusene. En av nefrologene i Tromsø ambulerer til Alta, Hammerfest og Kirkenes og har tilsvarende poliklinisk virksomhet der. Utredning m.t.p. transplantasjon foregår ved poliklinikkene i Harstad og Tromsø. I Tromsø organiseres disse forholdsvis kompliserte utredningene av egne sykepleiere.

Forberedelse til dialyse med blodtilgang for HD foregår i Harstad og Tromsø. Innleggelse av kateter i buken for PD gjøres bare i Tromsø.

Pasienter som nærmer seg behov for NEB, bør gjennomgå et gruppebasert opplæringsprogram som kalles Dialyseskole. Likeledes bør de få personlig orientering om både HD og PD av sykepleier. Dette gjennomføres bare ved UNN Tromsø.

5.1.2 Dialysebehandling

Peritoneal dialyse

All oppstart av PD gjøres i Tromsø. Kontroller av disse pasientene, som foretas ved konsultasjon hos PD-sykepleier og nefrolog hver 1 – 3 måned, gjøres også i Tromsø. Man tilstreber å gjøre dette ved dagbehandling. Noen få PD-pasienter er blitt kontrollert i Harstad. Ved komplikasjoner blir disse pasientene i hovedsak innlagt i Tromsø. Refusjonen for denne behandlingsformen er 2,653 DRG (NOK 39230,-) per måned.

Hemodialyse

HD og lignende behandlingsformer gjøres i Narvik, Harstad, Tromsø, og dessuten på satellittstasjonene på Finnsnes, Alta, Hammerfest, Vadsø og Kirkenes. Oppstart av HD-behandling gjøres bare i Harstad og Tromsø. Bare pasienter som er i stabil fase kan behandles på satellitt. Når det kjøres dialysepasienter på ustabile pasienter, kreves det at nefrologer er umiddelbart tilgjengelig. Pasientene reiser fram og tilbake til behandlingen, stort sett med drosje. Refusjonen for HD er 0,089 DRG-poeng pr. behandling (NOK 1316,-)

Nefrologene ved UNN har i praksis det faglige ansvaret for satellittdialysestasjonene selv om det formelle ansvaret tilligger Helse Finnmark.. Indremedisinerne ved Kirkenes og Hammerfest er lite involvert i behandlingen. Det mangler en juridisk avklaring av forholdet mellom UNNs rolle og Helse Finnmarks ansvar for disse pasientene. Narvik og Harstad sykehus er deler av UNN, og dialyseavdelingene her ligger under Medisinsk klinikk ved UNN. Harstad har hatt egen nefrolog i mange år, og primo 2011 er dette også tilfelle for Narvik. Disse har ansvaret for sine respektive dialyseavdelinger.

Nefrolog fra UNN har ambulerert til satellittene i Finnmark fra 1999. Ambulering fortas hver 1-2 mnd. Til satellitten i Vadsø, som planlegges fra jan -11, er det så langt ikke planlagt legeambulering. Det er heller ikke ambulering til satellitten på Finnsnes. Årsaken til dette er manglende kapasitet ved nyremedisinsk seksjon ved UNN. Dialysesykepleier deltar ikke ved ambuleringen. Behandlingen blir dokumentert i Helse Finnmark sin elektroniske pasientjournal,

og nefrolog har tilgang til denne på UNN via VPN klientløsning. Legene ved Alta helsesenter og Finnmarkssykehusene involveres i liten grad.

Primo 2011 er det to pasienter som gjør HD hjemme. Bare pasienter som har noe teknisk innsikt og forståelse for behandlingsformen kan opplæres til hjemme-HD. Dessuten kreves det at forventet dialysetid er av noen lengde for å kunne rettferdiggjøre investeringene som skal til for å etablere behandlingen. Disse forutsetningene gjør at det er en forholdsvis lav prosentandel av pasientene som egner seg for hjemme-HD. De fleste pasientene som egner seg for hjemmebehandling bør få PD.

Kontakt mellom senter og satellitt med telemedisinske hjelpemidler

Telemedisinsk kontakt mellom dialyseavdelingen i Tromsø og satellittene i Finnmark ble etablert i 1998. Kontakten består i overføring av bilde- og lyd. Den brukes til å holde regelmessig kontakt mellom dialysesykepleierne i Tromsø og på satellittene etter et fast oppsatt skjema. Det har vært meningen at dette også skal brukes av nefrologene for kontakt med dialysepasientene i Finnmark, men pasientene var misfornøyde med dette, slik at ambulerende nefrologi Finnmark nå også foretar visitter på satellittene på sine reiser.

Nyretransplanterte pasienter

Nyretransplanterte pasienter har behov for poliklinisk kontroll hver måned det første året etter transplantasjonen, deretter hver tredje måned så lenge de lever eller nyretransplantatet fungerer. Hensikten med kontrollene er å legge forholdene til rette for at transplantatet kan fungere lengst mulig og å forebygge komplikasjoner til den kraftige immundempende behandlingen pasientene står på. Nyretransplanterte pasienter har overdødelighet av både hjertekarsykdom, kreft og infeksjoner. Behandlingen av disse pasientene er svært komplisert, og spesielle hensyn må tas også når de skal behandles for andre sykdommer, som for eksempel mindre alvorlige infeksjonssykdommer. Av den grunn oppfordres de til alltid å ta kontakt med nefrologen når det oppstår helseproblemer, nesten uansett hva det dreier seg om. Slik overtar nefrologen på sett og vis fastlegens rolle i forhold til denne pasientgruppen. Dette medfører behov for sykehusinnleggelse og ekstra øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner polikliniske konsultasjoner.

Nyretransplanterte pasienter hjemmehørende i Troms kontrolleres av nefrologene på UNN i Tromsø, Harstad og Narvik. Pasienter i Finnmark kontrolleres stort sett av ambulerende nefrolog i Finnmark.

5.1.3 Forskning og universitetsfunksjoner

Ved UNN Tromsø er to av overlegene tilknyttet UiT i 20% stilling som henholdsvis førsteamanuensis II og professor II. Disse har ansvaret for å undervise de medisinske studentene i nyresykdommer. Nyreseksjonens øvrige leger deltar også i denne undervisningen på timebasis. Seksjonen har i tillegg ansvaret for å gjennomføre videreutdannelseskurs for leger under spesialisering. Denne undervisningen går på omgang mellom universitetsklinikkene.

Forskningen ved seksjonene er organisert i ”Metabolsk og nyremedisinsk forskningsgruppe” tilknyttet Institutt for klinisk medisin ved UiT. Ved årsskiftet 2010/2011 var tre PhD-studenter tilknyttet gruppen. Gruppens forskning består i hovedsak av epidemiologiske og klinisk-epidemiologiske studier basert på Tromsø-undersøkelsene.

5.1.4 Finansiering

Satellittdialysestasjonene på sykehusene i Helse Finnmark

Finansiering ligger i den årlige økonomiske rammen til foretaket. Aktiviteten genererer inntekt til sykehusene. Maskiner leases fra leverandør via UNN sin avtale. Vedr finansiering av stol/seng betaler sykehusene dette.

Satellittdialysestasjonen i Alta

Dialyseplassene i Alta finansieres av Hammerfest sykehus. Alta kommune fakturerer sykehuset årlig etterskuddsvis, jf St.Prop. 59 (2001-2002) Beløpet varierer med aktiviteten. (2009 ca kr 1.2 mill). Aktiviteten genererer inntekt til sykehuset, ca halvparten av kostnadene. Maskiner leases fra leverandør via UNN sin avtale.

Satellittdialysestasjonene på Finnsnes

UNN leier lokaler av Lenvik kommune. Innkjøp av alt forbruksmateriell gjøres av UNN. Dialysemaskiner leases av leverandør gjennom UNN. Dialysesykepleierne er ansatt i Lenvik kommune, men UNN refunderer lønnsutgiftene.

5.2 Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset

5.2.1 Dialysebehandling

Dialyseavdelingen i Bodø ble opprettet i 1975. I 1982 ble den første dialyseavdelingen ved et lokalsykehus i Nordland opprettet som satellitt til Bodø. I 1989 var det etablert dialyseavdelinger ved alle sykehusene i Nordland. Ved foretaksreformen i 2002 opphørte sykehuset i Bodø å være sentralsykehus. I brev til Helse Nord fra det samlede nefrologiske miljøet (1), framgår det at fagmiljøene fortsatt ønsket at den nyremedisinske kompetansen i regionen måtte bygges opp rundt de eksisterende nyreseksjonene i Tromsø og Bodø og at hvert av de to sentrene skulle ha det faglige ansvaret for de samme satellittene som tidligere. Daværende administrerende direktør fastslo også dette i brev 23.10.02 (2).

Ved den senere oppløsningen av Hålogalandssykehuset, ble Narvik sykehus, inkludert dialyseavdelingen, innlemmet i UNN.

Nyreavdelingen i Bodø har stillingshjemler for 4 spesialister i nyresykdommer og er godkjent for 18 måneders tjeneste som gruppe II avdeling innenfor spesialiteten nyresykdommer og 6 måneders dialysetjeneste. 3 av de 4 nefrologene som nå er tilsatt er hovedsakelig utdannet i Bodø.

Predialytisk uremiomsorg

Pasienter med kronisk nyresvikt fra andre lokalsykehusområder følges vanligvis av lokal indremedisiner. De pasientene som vurderes som aktuelle for nyreerstattende behandling, henvises til nyreavdelingen i Bodø når de nærmer seg behov for slik behandling. Nefrolog tar stilling til valg av behandlingsmodalitet og henviser til nødvendige forberedeleser eller undersøkelser. Pasienter som er aktuelle for nyreerstattende behandling og deres pårørende, kan henvises til ”nyreskole” på Lærings- og mestringscenteret. De fleste pasientene tilbys også samtale med dialysesykepleier for nærmere gjennomgang av de ulike dialysemodalitetene før endelig stillingtagen til behandlingsmodalitet.

Det er få pasienter som har blitt nyretransplantert før de starter i dialyse sammenlignet med landet for øvrig. Dette kan delvis skyldes at pasienter blir sent henvist til nyreseksjonen både fra lokalsykehus og primærhelsetjenesten. Dårlig bemanning og organisatoriske forhold bidrar nok også i vesentlig grad til den lave andelen predialytiske transplantasjoner.

Hemodialyse (HD)

Alle pasienter som skal etableres i hemodialyse, starter i Bodø og får de første behandlingene der. Det blir planlagt/etablert et dialyseprogram og pasienten registreres og meldes til Norsk nefrologiregister før overflytting til lokalsykehus.

På flere av dialyseavdelingene alt for små lokaler og behov for kveldsskift flere dager i uka samt lørdagsåpent. Man har av den grunn nettopp åpnet ny og større dialyseavdeling i Lofoten og Rana og det planlegges bygging av nye dialyseavdelinger i både Bodø, Vesterålen og Mosjøen i løpet av de nærmeste årene. Det er sentralt vannrenseanlegg på alle sykehusene i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

Alle dialysesatellittene har lokal lege knyttet til seg. Den nyremedisinske kompetansen varierer og legene gis i ulik grad tid og mulighet til å følge opp dialysepasientene.

Ved komplikasjoner til behandling eller problemer med dialysetilgang, vil pasienten vanligvis bli overflyttet til Bodø for utredning og behandling. Legene og sykepleierne ved dialyseavdelinga har daglig telefonveiledning av sykepleiere og leger ved de ulike dialysesatellittene.

Innenfor Nordlandssykehuset, er det siste år forsøkt etablert rutine for mer regelmessig ambulering til dialysesatellittene i Lofoten og Vesterålen. Nefrolog og dialysesykepleier fra Bodø reiser da gjerne sammen. Ved besøkene går det visitt på dialysepasientene, fortrinnsvis sammen med sykepleier og lege fra lokalsykehuset. Ved enkelte av besøkene legges det opp til undervisning av leger og sykepleiere. Ved disse satellittene er det også mulighet for teledialyse som gjennomføres ved behov. På grunn av dårlig bemanning i Bodø må dessverre planlagt ambulering ofte utsettes eller kanselleres.

Ved dialysesatellittene i Helgelandssykehuset har det vært etterspurt regelmessig ambulering. Dette har ikke latt seg gjøre, først og fremst pga legebemanningen i Bodø, men også fordi er uavklart hvordan dette skal organiseres/finansieres. Det er i dag ikke utstyr for teledialyse på Helgelandssykehusene.

Peritonealdialyse (PD)

Bodø er et av de største PD-sentrene i landet. Dette har krevd økt bemanning de siste årene og det i dag 1 sykepleier i 95 % stilling, 2 i 50 % stilling. Oppstart og oppfølging av pasienten skjer i Bodø. PD-sykepleiere reiser hjem til pasientene i forbindelse med oppstart. De står for opplæring av kommunalt hjelpepersonell (hjemmetjeneste/sykehjem) når det er behov for assistert PD.

Ved komplikasjoner til behandlingen eller sykdom som krever sykehusinnleggelse, må pasienten alltid innlegges i Bodø da det kun er her det finnes legekompentanse og sykepleiekompetanse til å ivareta pasientene. Elektive inngrep på andre avdelinger (eks. ortopediske inngrep) som krever innleggelse, må også skje i Bodø da det kun er her disse pasientene kan få gjennomført behandling på intensiv/postop og sengepost.

Hjemmemodialyse

Siden 2006 har vi i Nordland ikke hatt pasienter med slik behandling.

Dialysesatellitter utenfor sykehus

Det er opprettet dialysesatellitter på sykehjemmet på Hamarøy og på sykestua i Brønnøysund. Enheten i Brønnøysund er opprettet som et samarbeid mellom dialyseavdelinga i Bodø og Helgelandssykehuset. Det er dessuten så vidt satt i gang prosesser med å opprette to nye (Andøya og Meløy). Dialyse på satellitt utenfor sykehus er kun å anbefale når reisevegen til nærmeste nyremedisinske avdeling blir så lang og/eller besværlig at det oppveier de fordelene som det er å motta behandling på en avdeling der man har daglig tilstedeværelse og oppfølging av leger og nyresykepleiere, god vannkvalitet med sentralt vannrenseanlegg og mulighet til HDF, samt tilstedeværelse av andre spesialister og helsepersonell hvis akutte komplikasjoner oppstår.

En slik enhet krever spesialopplæring av 3-5 sykepleiere. Helseforetaket dekker nødvendig ombygging av lokalene, opplæring av sykepleiere samt vedlikehold av kompetanse (kursdager, hospitering på avdelingen), personellkostnader, utstyr og forbruksvarer. Kommunen har arbeidsgiveransvar for sykepleierne som utfører behandling, men fakturerer sykehuset for medgåtte arbeidstimer. Kommunen dekker renhold, forsikring, strøm og løpende vedlikehold av lokalene.

Anslagsvis koster opprettelsen av en satellitt 150 000- 200 000 kroner. De årlige utgiftene blir deretter ca 600 000 på satellitter med 1 pasient. Fra 2011 er det egen refusjonsordning for hemodialyse på sykehjem, DRG 3170 dvs 0,089 DRG-poeng (NOK 1316,-)per behandling. Taksten dekker langt fra alle utgiftene til behandlingen, men vanligvis blir bortfallet av transportutgifter så stort at opprettelsen av slikt behandlingstilbud likevel blir økonomisk forsvarlig.

Dialyseavdelinga har en forståelse med kommunehelsetjenesten om at dialyseavdelingen ved Nordlandssykehuset sørger for at personalet og pasienten har et forsvarlig dialyseregime å følge. De vanlige akutte komplikasjoner til dialyse har personellet fått opplæring i å håndtere og det er anbefalt at man umiddelbart tar kontakt med dialyseavdelingen i Bodø og konfererer om tiltak. Dersom det oppstår tegn til akutt sykdom under behandlingen, skal dialysebehandlingen avsluttes og vakthavende lege i kommunen kontaktes. Lokalt helsepersonell (lege og sykepleier) har ansvaret for behandlingen av akutte problemer som oppstår lokalt, men det er alltid dialyselege i vakt tilgjengelig for spørsmål og lav terskel for transport til sykehus. Pasienten tas inn til kontroll en gang per måned på dialyseavdelingen i Bodø. Det er et større forbruk av både sykepleier- og legeressurser for pasientene på disse satellittene. Dette gjelder både på selve satellitten og på det nyremedisinske sentret. De små satellittene er svært sårbare ved for eksempel ferieavvikling og sykefravær, vi må i Bodø da ta pasientene inn til behandling for en kortere eller lengre periode. Spesielt ved ferieavvikling er dette i perioder man i Bodø selv er sårbar mht personell. Det er viktig at man i Bodø har tilstrekkelig antall dialyseplasser og sykepleiere til å håndtere dette.

Det er mange uklarheter vedrørende økonomiske og juridiske aspekter ved opprettelsen og driften av disse satellittene. I den foreslåtte handlingsplan for kronisk nyresykdom som er på høring nå, er det foreslått at det utarbeides prosedyrer, finansieringsmodell og ansvarsbeskrivelse for dialyse utenfor sykehus.

Beredskap for akutt dialyse

Nyreseksjonen i Bodø dekker døgnkontinuerlig dialysevakt/beredskap for akutt dialyse (spesialist i nyresykdommer og dialysesykepleier) alle dager hele året for Nordlandssykehuset og Helgelandsykehuset. Det er til dels store problemer med å dekke opp vaktturnusen for dialysesykepleierne ved ferieavvikling. Det har vært behov for innleie av vikarer både på lege- og sykepleiersiden i ferieavviklingen de siste årene. Intensivpasienter i Nordland med behov for dialyse vil vanligvis overflyttes til Bodø.

5.2.2 Samarbeidende avdelinger i Bodø

Nyreavdelingen har et nært samarbeid med karkirurgisk seksjon for etablering av permanent dialysetilgang (tunnellerte katetre og AV-fistler), gastrokirurgisk seksjon for etablering av peritonealdialysekatetre og radiologisk avdeling for kartlegging av og perkutan intervensjon på AV-fistler. Denne kompetansen finnes ikke ved de øvrige sykehusene i Nordland

Nyretransplanterte

Det er ca 120 nyretransplanterte i Nordland. Nyretransplanterte pasienter har behov for poliklinisk kontroll hver måned det første året etter transplantasjonen, deretter hver tredje måned så lenge de lever eller nyretransplantatet fungerer. Vanligvis vil kontrollene bli utført hos nefrolog i Bodø. Mange av pasienten har svært lang reiseveg til Bodø og enkelte får i stedet oppfølging ved lokalsykehus. Disse kontrollene utføres av dedikert lege ved lokalsykehuset. Kopi av polikliniske epikriser sendes av de fleste til nyreavdelinga i Bodø, som gir tilbakemelding etter behov. Ved problemer, er terskelen lav for kontakt eller henvising/overflytting.

5.2.3 Forskning og universitetsfunksjoner

Legene ved nyreavdelingen deltar i undervisningen av 5. og 6. årsstudentene ved Nordlandssykehuset i Bodø. 2 av avdelingens 4 overleger deltar i forskningsprosjekter og det har de siste årene vært flere publikasjoner i internasjonale tidsskrift.

5.3 Referanser

1. Brev til Helse Nord fra det nefrologiske miljø i Nordland, Troms og Finnmark 26.01.02
2. Brev fra direktøren i Helse Nord til NLSH og UNN vdr nefrologiske tjenester i Helse Nord 23.10.02
3. Organisering av nyremedisinsk virksomhet i Nordland. En rapport utarbeidet av nyreseksjonen, medisinsk avdeling i Bodø. Desember 2005.

6 utfordringer i Helse Nord

6.1 utfordringer felles for hele Norge

Utfordringene for uremiomsorgen i årene som kommer har nær sammenheng med de epidemiologiske utviklingstrekkene. Antallet pasienter vil øke kraftig, samtidig med at disse pasientene blir stadig eldre og har flere andre sykdommer som gjør behandlingen mer komplisert og ressurskrevende. Vi må regne med at en høyere andel av disse pasientene ikke er aktuelle for nyretransplantasjon, og prevalensen av antall pasienter i dialyse vil øke kraftig. Til tross for satsing på både PD og HD som hjemmebehandling og selvdialyse med lavere personellforbruk, må vi regne med en like stor økning i ressursbruken til slik behandling.

I forbindelse med samhandlingsreformen har man fokusert på mulighetene for å redusere incidensen av behov for NEB ved profylaktiske tiltak. Selv om effekten av forskjellige typer behandling mot kronisk nyresykdom har vært undersøkt i kliniske studier på pasientnivå, fins få studier av effekten av å sette disse behandlingene i system på helsetjenestenivå. Det er derfor uvisst om denne typen forebyggende tiltak vil bidra til å redusere incidensen. Ettersom kronisk nyresykdom utvikler seg langsomt, vil det i beste fall gå mange år mellom igangsetting av tiltak og positiv effekt. Fordi tiltakene også vil bidra til å redusere dødeligheten blant nyrepasienter, som så lever til de utvikler NEB-behov, er det også en mulighet for at incidensen kan øke. Det synes derfor rimelig å ta utgangspunkt i at de epidemiologiske utviklingstrekkene i hovedsak vil være de samme de kommende 10 til 15 år.

Den mest kritiske innsatsfaktoren i uremiomsorgen vil være personell. Det tar tid å utdanne både nefrologer (minimum 3 års formalisert spesialisering i tillegg til spesialisering i indremedisin), dialysesykepleiere (4-6 praktisk opplæring i dialyseavdeling) og ingeniører (grunnutdanning som ingeniør og deretter kreves 3 års praksis på medisinsk-teknisk avdeling for nasjonal godkjenning). Det betyr at det må lages prognoser for fremtidige behov slik at tilstrekkelig utdanningskapasitet kan etableres i god tid. Slike prognoser må også lages for arealbehov.

Dersom det likevel skulle oppstå et misforhold mellom kapasitet og allokerte ressurser, er det en risiko for at kvaliteten på NEB kan bli redusert for å klare å gi tilbud til alle. Redusert kvalitet kan føre til økt sykkelighet og dødelighet i pasientgruppen. Til tross for at man har et ganske godt system for å overvåke behandlingskvaliteten ved Norsk uremiregister, vil det kunne være vanskelig å oppdage dette på sykehusnivå før det er gått urimelig lang tid. Det er derfor en utfordring å kunne overvåke behandlingskvaliteten så godt at dette ikke skjer.

6.2 utfordringer felles for hele Nord-Norge

Store avstander og lav befolkningstetthet utgjør en spesiell utfordring for uremiomsorgen i Nord-Norge. Denne utfordringen er antagelig størst i Finnmark, men også deler av Nordland har spredt bosetning på øyer og samferdselsproblemer.

Dersom man tar utgangspunkt i at befolkningen nordpå skal ha et like godt tilbud m.h.t. dialysebehandling som resten av landet, må det tas spesielt hensyn til dette. Først og fremst innebærer det at man må legge vekt på å få gjennomført transplantasjon før det oppstår dialysebehov. Dernest betyr det at alle muligheter for hjemmebehandling med peritoneal og hemodialyse må utnyttes så godt som mulig. Det må også undersøkes om telemedisinske løsninger kan bidra til at flere pasienter kan behandles hjemme.

Høy alder og andre sykdommer vil likevel begrense antallet pasienter som er aktuelle for hjemmebehandling. Samtidig øker andelen NEB-pasienter som ikke er aktuelle for transplantasjon og som derfor må ha livslang dialyse. Vi må derfor regne med et økende antall pasienter i hemodialyse på senter eller satellitt. Tidligere har mange hemodialysepasienter i Nord-Norge hatt svært lang reisevei til behandlingen. I framtiden vil dette antagelig ikke bli akseptert av offentligheten. I Helsedirektoratets handlingsplan for kronisk nyresykdom slås det fast at reiseveien ikke bør overstige en time hver vei. Det vil derfor oppstå behov for satellitt-hemodialyse i et langt større omfang enn tidligere. P.g.a. den lave befolkningstettheten vil mange av disse satellittene ha et svært lavt pasientantall, og p.g.a. tilfeldige variasjoner i pasientantallet vil mange satellitter være midlertidige.

Disse forholdene vil måtte føre til at dialysebehandling i Nord-Norge vil kreve flere ressurser enn lenger sør. Når det gjelder personell, vil et mer desentralisert hemodialysetilbud føre til økt behov for ambulering. Statistikken viser at mange av landets nefrologer nærmer seg pensjonsalder. I en situasjon med mangel på nefrologisk personell på nasjonalt nivå, vil Nord-Norge stå overfor de samme utfordringene som ved knapphet på andre typer helsepersonell. Et mer desentralisert tilbud innebærer også en organisatorisk utfordring som kan føre til endringer i måten uremiomsorgen er organisert på i landsdelen i dag.

6.3 Spesielle utfordringer for Nordland

Helgelandssykehuset er ett av to helseforetak i landet som ikke har tilsatt nefrolog. På grunn av bemanningen ved nyreavdelingen i Bodø, har det ikke vært mulig med ambulering til dialyseavdelingene i Helgelandssykehuset. Man har på nesten alle lokalsykehusene i Nordland vært så heldige at det har vært erfarne indremedisinere med interesse for nyrefaget som har fulgt opp nyresviktpasienter og dialyseavdelingene i samarbeid med nyreavdelingen i Bodø. Flere av disse har de siste årene gått av med pensjon eller over i administrative stillinger og flere vil gå av i løpet av de neste årene. Man trenger å rekruttere nye leger inn i disse posisjonene og sørge for adekvat opplæring. Dette styrker ytterligere behovet for å legge litt fastere rammer og føringer rundt hvordan samarbeidet skal organiseres og arbeidsoppgaver fordeles.

Som det fremgår av kap 5.2 er det flere uklarheter vedrørende dialysesatellitter utenfor sykehus når det gjelder juridiske og finansielle spørsmål. Dette er det viktig å få avklart, spesielt siden det vil være aktuelt å opprett 4-5 nye satellitter i Nordland dersom man skal oppfylle kravene i handlingsplan for kronisk nyresykdom med hensyn til at ingen skal ha mer enn 1 times reiseveg til dialyse. Opprettelse av slike satellitter er dessuten ressurskrevende for de nyremedisinske sentrene og vil kreve økte personalressurser.

Det planlegges nye dialyseavdelinger ved flere av sykehusene i Nordland og ut fra den forventede økningen i antall dialysepasienter kan vi allerede nå si at de fleste av disse avdelingene sannsynligvis vil være for små allerede på det tidspunkt de står ferdige. Selv om man legger opp til flere mindre dialyseenheter utenfor sykehus, må man forvente at flere av disse pasientene i ferieavvikling, ved interkurrent sykdom, ved komplikasjoner etc. vil være avhengig av dialyse på nærmeste dialyseavdeling på sykehus.

6.4 Spesielle utfordringer for Troms

UNN har spesielle forpliktelser overfor den totale uremiomsorgen i landsdelen i kraft av å være universitetsklinikk med ansvar for forskning og undervisning. Et aktivt forskningsmiljø på universitetsnivå er en forutsetning for å kunne opprettholde et tilfredsstillende kvalitetsnivå på pasientbehandlingen. Det gjelder særlig landsdelens evne til å konkurrere om høykvalifisert arbeidskraft m.h.t. både leger, sykepleiere og andre yrkesgrupper. Forskningsmiljøet ved Nyremedisinsk seksjon har igangsatt store prosjekter på grunnlag av Tromsøundersøkelsene og har samlet inn et stort datamateriale. Utfordringen nå er å få utnyttet dette til størst mulig forskningsproduksjon. For å kunne få gjort dette effektivt er det nødvendig at forskere engasjeres i dette arbeidet på heltid, d.v.s. at det stilles midler til rådighet for forskerstillinger. Dette er også nødvendig for å kunne gjennomføre et prosjekt om den høye dødeligheten for NEB-pasienter i Finnmark. Det ligger også utnyttede muligheter i et økt forskningssamarbeid med nefrologene ved Nordlandssykehuset.

6.5 Spesielle utfordringer for Finnmark

Analyse av data fra Norsk uremiregister har på vist en betydelig overdødelighet for NEB-pasienter i Finnmark i forhold til Troms og resten av landet. Selv om fylket også har overdødelighet for andre tilstander, må det antas at årsakene til overdødeligheten for nyrepasienter er tilgjengelige for behandling.

Flere forhold ved dagens uremiomsorg må betegnes som suboptimale og mulige bidragende årsaker. Finnmark er det eneste fylket i landet der det ikke er ansatt noen spesialist i nefrologi. Fylket betjenes av ambulerende nefrolog fra UNN, men p.g.a. kapasitetsproblemer har det vært vanskelig å allokere tilstrekkelig ressurser til dette. Nordland har etablert en ordning der både nefrolog og dialysesykepleier forsøker å ambulere til enkelte av satellittene. UNN har hatt en ordning der dialysesykepleierne er i kontakt med satellittene v.h.a. en telemedisinsk løsning. Denne har vært vanskelig å inkorporere i driften ved dialyseavdelingen ved UNN og har ikke fungert tilfredsstillende.

I Finnmark har ambulerende nefrolog fra UNN hatt hovedansvaret for dialysepasientene mens de lokale indremedisinerne har bidratt ved akutte komplikasjoner, annen sykdom og lignende. I Nordland har man hatt tradisjon for at en indremedisiner evt. lege i spesialisering på hvert lokalsykehus er knyttet til dialyseavdelingene og fungerer som kontaktpersoner for nefrologene i Bodø. Tilsvarende ordning bør etableres også i Finnmark.

7 Tiltak

Behovene for behandling av pasienter med kronisk nyresykdom i fasen før og under nyreerstattende behandling (NEB) vil gradvis øke. I 2020 vil det være 30 % flere pasienter som mottar NEB enn ved årsskiftet 2010/2011. I Helse Nord's ansvarsområde skal denne behandlingen ytes i samsvar med internasjonale og nasjonale retningslinjer.

Uremiomsorgen i Helse Nord skal baseres på følgende prinsipper:

- Det må gjennomføres en **gradvis opptrapping** av ressursene til uremiomsorgen som må gjenspeiles i helseforetakenes budsjetter og virksomhetsplaner. Dette gjelder personell, areal og utstyr. Helseforetakene pålegges å utarbeide planer for en slik opptrapping.
- **Fagråd:** Det opprettes et regionalt fagråd for nyresykdommer.
- **Nefrologisk kompetanse:** Den nefrologiske kompetansen i landsdelen skal baseres på de eksisterende nefrologiske miljøene ved UNN Tromsø og NLSH.
- **Forskning:** Det er påvist betydelige forskjeller i dødelighet blant pasienter NEB innenfor Nord-Norge. Dette er en del av et større problemkompleks som omhandler geografiske forskjeller i NEB mellom fylkene i Norge. Helse Nord vil finansiere et forskningsprosjekt for å undersøke årsakene til disse forskjellene. Et aktivt forskningsmiljø er en forutsetning for å kunne rekruttere nødvendig nyremedisinsk personell med høy kompetanse. Pågående nyremedisinsk forskning i landsdelen må styrkes ved å bevilge midler til en forskerstilling ved UNN og en ved NLSH.
- **Forebyggende tiltak:** Som en del av samhandlingsreformen vil Helse Nord styrke samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og de nefrologiske miljøene i Tromsø og Bodø for iverksette mer effektive forebyggende tiltak mot kronisk nyresykdom. Dette arbeidet baseres på Helsedirektoratets handlingsplan for kronisk nyresykdom.
- **Transplantasjon før dialysebehov oppstår:** UNN har en stilling for sykepleier som koordinerer de nødvendige utredningene før transplantasjon. En lignende stilling opprettes ved Nordlandssykehuset. Helseforetakene pålegges å prioritere transplantasjonsutredningene høyere. Eksisterende ressurser koordineres for å få til mer effektive pasientforløp.
- **Pasientene skal ha avgjørende innflytelse** på valg av egen dialysesform. Tilgjengeligheten for pasientene, inkludert reisevei, skal være like god som i resten av landet. Reisevei til dialysebehandling bør ikke overstige en time.
- **Hjemmedialyse:** Satsningen på peritoneal dialyse opprettholds og styrkes. Pasienter som kan nyttiggjøre seg hjemmemodialyse må kunne få dette tilbudet etablert ved UNN og NLSH.
- **På de sykehus der det planlegges bygging av nye dialyseavdelinger, må utbyggingsavdelingene gjøre nye beregninger på dimensjoneringen av avdelingene og evt. gjøre nødvendige korrigeringer.**
- **Hemodialyse på senter eller satellitt:** Hemodialyse-virksomheten i landsdelen må desentraliseres. Dette må i første rekke baseres på permanente satellittdialysestasjoner på

de stedene der dette allerede har eksistert over tid, d.v.s. ved Kirkenes sykehus, Hammerfest sykehus, Alta helsesenter, Vadsø Helsesenter, Finnsnes distriktsmedisinske senter, Narvik sykehus, Stokmarknes sykehus, Gravdal sykehus, Rana sykehus, Mosjøen sykehus, Sandnessjøen sykehus og sykestua i Brønnøysund. I tillegg vil det være behov for mindre midlertidige satellitter på steder med få pasienter. Disse vil i alminnelighet være tilknyttet helsesentra eller sykehjem. Tilstrekkelig faglig kvalitet på satellittene sikres ved ambulerende og telemedisinsk oppfølging fra nefrolog og dialysesykepleier.

- **Bemanningen ved nyreavdelingen i Bodø må økes, bl.a.** slik at ambulerende til alle satellitter inkludert Helgelandssykehusene kan gjennomføres regelmessig.

Helse Nord erkjenner at uremiomsorgen i Finnmark står overfor særlige utfordringer. Spesielle tiltak for Finnmark:

- Bemanningen ved Nyreseksjonen, UNN Tromsø økes slik den har tilstrekkelig kapasitet til å yte **nefrologiske tjenester** i tilstrekkelig omfang overfor Finnmark.
- Det lages et opplegg for å involvere **indremedisinerne ved sykehusene i Kirkenes og Hammerfest** i den nefrologiske virksomheten i økt grad.
- Det lages et opplæringsprogram m.h.t. kroniske nyresykdommer for **primærhelsetjenesten** i Finnmark.
- **Dødeligheten** blant NEB-pasienter i Finnmark overvåkes spesielt.
- **Helse Finnmark** utreder hvordan foretaket kan ta et mer direkte ansvar for uremiomsorgen i fylket på lengre sikt.

Helse Nord vil igangsette utredning vedrørende den praktiske gjennomføringen av uremibehandlingen i regionen på grunnlag av disse prinsippvedtakene. Helse Nord erkjenner at praksis har vært ulik i ulike deler av regionen og ønsker å bygge på de erfaringene som er gjort for å komme fram til de beste løsningene. Følgende forhold må utredes nærmere:

- Utrede den geografiske og organisatoriske strukturen for satellittdialyse i landsdelen mer i detalj.
- Lage opplegg for samarbeid mellom helseforetak og kommuner for gjennomføring av satellitt-dialyse. Det bør lages et opplegg for mer eller mindre permanente satellitter, og et opplegg for oppretting av midlertidige satellitter når det oppstår behov for slike i mer gravgrendte strøk. Finansieringen av satellittdialyse må avklares.
- Spesifisere hvordan nefrolog og dialysesykepleiere bør gjennomføre ambulant oppfølging av hemodialysepasienter på satellitt m.h.t. frekvens og bruk av telemedisinsk utstyr. Avklare forhold vedrørende finansiering og ansvarsfordeling mellom helseforetak og evt. kommune.

Styresak 52-2011/7 Regional handlingsplan for nyremedisin

Formål/sammendrag

I Helse Nord RHF's oppdragsdokument for 2010 ble det stilt krav til helseforetakene om å delta i utvikling av handlingsplaner innenfor nyresykdommer, inkl nyreerstattende behandling. Det ble nedsatt en faglig arbeidsgruppe fra helseforetakene som startet sitt arbeid i februar 2010 og leverte sin rapport i mars 2011.

I denne saken legges rapporten fram for styret i Helse Nord RHF til orientering, og den vil bli fremmet som vedtakssak i styremøtet i juni 2011.

Sakens betydning i forhold til vår kjerneverdier kvalitet – trygghet – respekt:

Pasienter med behov for nyreerstattende behandling er en høyt prioritert og alvorlig syk pasientgruppe, som også er økende i antall. Faggruppens rapport synliggjør deres situasjon og behandlingsbehov.

Mandat – arbeidsgruppe

Mandatet til arbeidsgruppen ble gitt av Helse Nord RHF's fagdirektør, og det er forankret i oppdragsdokumentet til helseforetakene for 2010. Arbeidsgruppen skal

- beskrive status for den nyreerstattende behandlingen i Helse Nord og fremskrive utviklingen
- beskrive forslag til tiltak for å møte det økte volum

Medlemmer av arbeidsgruppen har vært:

- *Kristine Brevik*, rådgiver i samhandlingsenheten, Helse Finnmark HF (tidl. klinikk sjef, Helse Finnmark Hammerfest)
- *Bjørn Odvar Eriksen*, overlege, nyreseksjonen, Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- *Anne Kristine Fagerheim*, avdelingsoverlege, avdeling for nyresykdommer, Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset HF
- *Tove Mikkelsen*, spesialsykepleier med videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresvikt, satellittstasjonen i Alta
- *Siw Skår*, avdelingsleder poliklinikk og dagbehandling, Medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø
- *Dag Stefansen*, avdelingssjef/overlege, Medisinsk avdeling, Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- *Grete Åsvang*, klinikk sjef Helse Finnmark Kirkenes (nå rådgiver Universitetssykehuset Nord-Norge HF)
- *Joar Julsrud*, overlege, nyreseksjonen, Medisinsk klinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge (har deltatt på møte 24. februar 2010 og med skriftlige innspill)
- *Knut Tjeldnes*, rådgiver, Helse Nord RHF

Bakgrunn/fakta

Om lag 10 % av den norske befolkningen har kronisk nyresykdom. Dette er godt dokumentert og samsvarer med internasjonale befolkningsstudier. Noen av pasientene vil utvikle total nyresvikt og behov for nyreerstattende behandling. Dersom utviklingen fortsetter som nå, vil antallet øke med ca. 30 % fra 2011 til 2020. Behovet for dialysebehandling vil øke mest, ca. 35 %.

Nyreerstattende behandling kan gjennomføres som enten nyretransplantasjon eller dialysebehandling. I Norge vil alle pasienter som ikke er svært gamle eller syke få tilbud om nyretransplantasjon. Dette er den beste behandlingen for pasientene og den billigste for samfunnet. For de fleste pasientene er det nødvendig med en fase med dialysebehandling, før transplantasjon kan gjennomføres. Hver enkel dialysebehandling er å anse som øyeblikkelig hjelp, og man kan i liten grad styre, hvilket behandlingstilbud man skal gi. På grunn av den betydelige økningen i antall dialysepasienter de siste årene, er dialyseavdelingene og de nyremedisinske avdelingene under stort press med hensyn til lokaler og personell.

Arbeidsgruppens viktigste anbefaling er at det lages en plan for gradvis opptrapping av ressurstilgangen til dialyseavdelingene og de nyremedisinske sentrene for å oppnå

- Tilstrekkelig antall stillinger for spesialister i nyresykdommer
- Økt utdanningskapasitet for leger i spesialisering i nyresykdommer
- Tilstrekkelig antall stillinger for dialysesykepleiere og adekvat opplæring og videreutdanning av disse
- Tilstrekkelig store dialyselokaler ved alle sykehus
- Flere dialysesatellitter utenfor sykehus

Det foreslås å rette et spesielt fokus på styrking av den nyremedisinske tjenesten i Helse Finnmark HF, og at dialysepasientene i Helse Nord på tross av store geografiske avstander skal ha et likeverdig tilbud sammenlignet med resten av landet.

Denne planen omfatter først og fremst behandling av pasienter med total kronisk nyresvikt og behov for nyreerstattende behandling. Arbeidsgruppen har ikke i vesentlig grad gått inn på aspekter som oppfølging av pasienter med kronisk nyresvikt i tidligere stadier, utredning med tanke på transplantasjon, oppfølging av nyretransplanterte eller rekruttering/oppfølging av nyredonorer. Planen omfatter heller ikke behandling av akutt nyresvikt eller behandling av intensivpasienter med nyresvikt og behov for dialyse. En person med kronisk nyresykdom vil imidlertid i løpet av sitt sykdomsforløp ofte være innom flere ulike deler av nyreomsorgen, også de delene som ikke omfattes av denne planen.

Videre prosess

Planen er behandlet i møter med helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører, som slutter seg til planen og gir honnør til faggruppen for et grundig og godt utført arbeid. Planen blir lagt fram for direktørmøtet 13. april 2011. Uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg vil foreligge før styrets behandling, den 27. april 2011. Videre vil den bli behandlet i dialogmøte mellom fagavdelingen og KTV/KVO samt høring blant de berørte brukerorganisasjonene, og den fremmes deretter som vedtakssak i styremøtet i juni 2011.

Konklusjon

Arbeidsgruppen har levert en faglig meget god rapport i henhold til gitt mandat. Tiltakene i planen er ikke kostnadsberegnet, og dette vil inngå i oppfølging av rapporten og videre vurdering i budsjett 2012 og langtidsbudsjett. Det tas initiativ til å opprette et fagråd for nyremedisin i 2012, som gis mandat å følge opp arbeidsgruppens rapport.

Trykte vedlegg: Rapport fra faggruppe for nyremedisin

Vedlegget er lagt ut på våre hjemmesider – se:

<http://www.helse-nord.no/article77049-1079.html>

Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord

Februar 2011

INNHALDSFORTEGNELSE

0	ORDLISTE/FORKORTELSER	3
1	INNLEDNING	4
2	SPECIALISTTILBUDET I HELSE NORD	5
3	EPIDEMIOLOGI	8
4	TALL FRA LUNGEAVDELINGENE.....	9
5	TUBERKULOSE.....	10
6	ASTMA	11
7	LUNGEREHABILITERING	12
8	KRONISK RESPIRASJONSSVIKT.....	14
9	LUNGEKIRURGI.....	15
10	HVA KAN SMÅ SYKEHUS GJØRE?	16
11	UTFORDRINGER	18
12	FORSLAG TIL TILTAK.....	23

0 ORDLISTE/FORKORTELSER

NLSH	Nordlandssykehuset
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
HELFO	Helseøkonomiforvaltningen (ytre etat under Helsedirektoratet)

1 Innledning

Bakgrunnen for denne rapporten er et stadig økende misforhold mellom de ressurser de ulike helseforetak har og de utfordringer som bygger seg opp innen lungemedisin

Lungesyke er den nest største sykdomsgruppen som legges inn på en indremedisinsk avdeling etter hjertesyke. Mellom 20 og 25 % av inneliggende indremedisinske pasienter har en lungemedisinsk tilstand enten det dreier seg om KOLS, lungeinfeksjoner, astma eller lungekreft. Den økende fedmeepidemien har i tillegg gitt oss en ny gruppe pasienter med pustesvikt (respirasjonssvikt) som er svært resurskrevende.

Med bakgrunn i en stadig mer travel hverdag med økende behov og krav til utredning og behandling ble det i 2008 og 2009 sendt flere brev til fagdirektørene i flere helseforetak og også til fagdirektøren i Helse Nord. Som et resultat ble det i oppdragsdokumentet for 2010 slått fast at lungemedisin og nyremedisin skulle følges opp tett.

Som en konsekvens ble det fra Helse Nord satt ned en gruppe bestående av:

Avdelingsoverlege Terje Tollåli (Nordlandssykehuset Bodø)
Avdelingsoverlege Ulf Aaebø (Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø)
Overlege Hans Henrik Strøm (Helgelandssykehuset Sandnessjøen)
Overlege Kåre Hansen (Helse Finnmark Kirkenes)
Rådgiver Knut Tjeldnes (Helse Nord RHF)

Gruppen fikk i mandat å lage en rapport som beskriver situasjonen i dag og utfordringer i fremtiden samt å komme med forslag til tiltak.

Gruppen har hatt 5 møter, 3 telefonmøter og 2 heldagsmøter samt en utstrakt e-postkontakt.

Rapporten innledes med en statusbeskrivelse av lungemedisin i Helse Nord. Deretter en epidemiologisk gjennomgang av de viktigste og største arbeidsområdene innen lungemedisin. Rapporten velger også å ta opp enkelte områder særskilt, blant annet lungekirurgi, selv om det strengt tatt ikke er et tema innen denne rapporten. Men lungekirurgi er knyttet så tett opp til utredning og behandling av mange lungesykdommer, deriblant lungekreft, at vi har valgt å belyse det noe, men ikke fullverdig. Rapporten er avgrenset mot pediatri, men samtidig er det også her overlappende fagfelt, blant annet innen kronisk respirasjonssvikt og medfødte sykdommer som Cystisk fibrose. Gruppen har også forsøkt å se lungemedisin fra flere ståsteder som fra små sykehus, fra de større sykehusene og i samhandling med kommunehelsetjenesten

Siste del av rapporten er en gjennomgang av de utfordringer gruppen ser for lungemedisin innen Helse Nord i årene fremover og avsluttes med forslag til konkrete tiltak.

Bodø 23.2.2011

Terje Tollåli

Hans Henrik Strøm

Ulf Aasebø

Kåre Hansen

Knut Tjeldnes

2 Spesialisttilbudet i Helse Nord

Bakgrunnen for denne rapporten er bekymringen lungeleger i Helse Nord har for det faglige tilbudet til lungesyke i Nord-Norge. Som region har Helse Nord den laveste spesialistdekningen for lungefaget i landet.

Status pr. i dag

Pr. i dag er det:

0,5 lungespesialist i Finnmark (fast vikar)

7 lungespesialister i Troms

5 ved UNN Tromsø (5 hjemler,)

1 i Harstad (2 hjemler, 1 ledig)

1 privathjemmel (Tromsø)

5 lungespesialister i Nordland

4 i Bodø (3,5 stilling, 4 (5) hjemler, 1 hjemmel uten lønnsmidler)

1 i Sandnessjøen som jobber ca. 30 % med lungemedisin

0,5 i Lofoten, men som også er avdelingsoverlege

Av disse spesialistene har 3 av 4 spesialister i Tromsø passert 62 år, den 4 er 57 år. I Bodø er 1 av spesialistene 68 år.

Dette gir en spesialist tetthet på:

Finnmark: 0,5 spesialist pr. 73 000

Troms: 1:27 000

Nordland: 1:53 000

Der er ikke lungespesialist i Vesterålen og Ofoten, og kun 1 (0,3) på Helgeland (kun ved 1 av 3 sykehus).

For Nord-Norge som helhet er deknningen: 1:42 000.

I Tromsø er det 1 utdanningskandidat som er snart er ferdig spesialist og i Finnmark er det en utdanningskandidat som planlagt vil søke spesialiteten i 2011. I Nordland vil det komme 1 ferdig spesialist ca januar 2012 (Vesterålen). I Bodø er det pr. i dag 1 utdanningskandidat relativt tidlig i sin spesialisering. Der er 5 utdanningsstillinger i lungesykdommer i Helse Nord (2 gruppe I og 3 gruppe II).

Anbefalt dekning og behovet framover

I Norge er det pr. i dag ikke noen offisielle normtall for hva som er anbefalt lungespesialistdekning.

Norsk forening for lungemedisin og Spesialitetskomiteen i lungesykdommer gav i 1995 og i 2005 ut rapportene "Status Preasens I og II" hvor det ble laget en teoretisk modell for lungespesialistdekning i Norge. Denne modellen bygde på nordiske og europeiske tall samt på utviklingen av sykdomspanoramaet innen lungemedisin (prevalens av store sykdommer som KOLS, Astma og lungekreft, tuberkulose).

Det er senere kommet en rapport fra Spesialitetsrådet i den norske legeforning som har fremskrevet behovet for nye spesialister i de ulike fagområder.

I Status preasens II er det utarbeidet et normtall på 1:25 000 for lungespesialister. I samme rapport korrigeres normtallet i tillegg for Universitetsfunksjon hvor det anbefales en dekning på 1:20 000 for å legge inn behovet for undervisning og forskning. Funksjoner som er sentrale for at lungeavdelingen ved UNN Tromsø skal opprettholde sin status som fullverdig gruppe I utdanningsinstitusjon i lungesykdommer.

Selv om det ikke er definert noen offisielle normtall for antall lungeleger, så er overstående tall såpass offentlige at tidligere helseminister Brustad brukte disse forhåndstallene i Stoltenberg-regjeringens KOLS-plan for ønsket lungelegetekning. Ut fra disse normtallene burde det vært:

Finnmark	3 spesialister
Troms	7 spesialister
Nordland	10 spesialister (inkl Ofoten som skulle hatt vel 1)

Dette er **fulle kliniske stillinger** som jobber med lungemedisin. Antall hjemler må derfor korrigeres opp avhengig av andre oppgaver som administrasjon, undervisning og jobb med generell indremedisin

Utdanning av spesialister - lungemedisin og indremedisin

Å utdanne en grenspesialist i lungesykdommer tar i beste fall 6,5 år etter turnustjeneste. Utdanningskandidaten må både bli spesialist i hovedspesialiteten indremedisin (5,5 år) og i grenspesialiteten lungesykdommer (3 år). I dagens regelverk kan en bruke inntil 2 år av grenspesialiseringen inn i hovedspesialiteten. I dag er det 3 utdanningsavdelinger i Helse Nord. Det er Bodø og Harstad som er såkalt gruppe II avdelinger som har godkjent utdanning for inntil 18 måneder, og Tromsø som er gruppe I avdeling for inntil 36 måneder. Det betyr at alle som begynner utdanningen i Harstad eller Bodø må til en gruppe I avdeling (universitetssykehus) for å gjøre ferdig sin grenutdanning.

Grenutdanningen inneholder spesifikke krav til innhold, som tilgang til opplæring i prosedyrer, mester-svenn læring, internundervisning (90 minutter ved gruppe I-sykehus) og bredde i sykdomspanoramaet.

Når det gjelder hovedspesialiteten indremedisin så er det de samme reglene hvor det kun er Bodø og Tromsø som er godkjente gruppe I sykehus. Det betyr at utdanningskandidater fra alle andre sykehus må ha minimum 18 måneder tjeneste eller mer fra alle andre sykehus i Nord-Norge. I tillegg må en ha såkalt rotasjonstjeneste fra hjerte-, lunge-, nyre- og gastroavdelingene for å kunne søke godkjenning. Deler av gruppe I tjenesten i Indremedisin (12 måneder) kan også telle som grenutdanning.

Bakgrunnen for å ta med en kort oversikt over spesialistutdanningskravene er at disse stiller store krav til de sykehus og de avdelingene/seksjonene som skal utdanne nye spesialister. Det stilles krav til veiledning, til supervisjon, til undervisning og til opplæring og utføring av prosedyrer. Dette er en betydelig økonomisk utfordring for disse utdanningsavdelingene. Eksempelvis vil 1 vanlig bronkoskopi, som det utføres ca. 600 av pr. år i Helse Nord, bli 4 ganger så dyr som om en erfaren spesialist utførte den alene (utdanningskandidat + veileder og den totale tid til undersøkelsen blir doblet). UNN og Nordlandssykehuset Bodø er kjent for utdanne mange spesialister i ulike fag, men som for ofte flytter ut av regionen.

Rekruttering

Rekruttering til lungefaget er en utfordring. Generelt er det færre som søker seg til de store spesialitetene som kirurgiske og indremedisinske fag. I tillegg er andelen kvinner som utdannes stadig stigende og spesialiseringen skjer i den delen av livet hvor også kvinnelige leger får barn, noe som vil gi lengre tid til utdanningskandidater blir ferdige spesialister. Ved store sykehus som Bodø og Tromsø er rekrutteringsproblemer mindre. Men for de små sykehusene er det en betydelig utfordring å rekruttere spesialistkandidater som må reise ut i 3,5 til 5 år (for de minste sykehusene) i en tid hvor evt. barn vokser til og begynner på skole. Utfordringene er flere. Først å rekruttere kandidater som er interessert i generell indremedisin, dernest å få kandidater tilbake til de små sykehus etter så mange år. Også for de mellomstore sykehus som Bodø og Harstad er 18 måneder gruppe I tjeneste en utfordring for å få spesialister hjem igjen. Det å flytte 2 ganger med skolebarn på 2 år hvis du kan slippe (forbli ved et universitetssykehus i Sør-Norge) er mentalt en stor utfordring for familier.

Som i mange andre fag, kan ikke lungemedisin håpe på noe overskudd ved andre sykehus i sør. I "Status preasens II" er det laget et overslag på hvilket utdanningsbehov en trenger pr. år for å opprettholde dagens nivå og for å nå måltallet 1:25000 innbyggere. Antall er stipulert til 13-15 nye lungespesialister pr. år. I de siste 8 år har antall godkjente spesialister pr. år vært på et snitt under 10. Dette er bekymringsfullt da en over hele landet har en stor andel spesialister som er i alder over 60 år. I rapporten fra spesialistrådet er dette tallet enda høyere.

Forskning

I oppdragsdokumentet for sykehusdrift er forskning en av de 4 hovedpilarene. Forskning er viktig for utvikling av faget og av fagmiljøet på de ulike sykehus. I tillegg er det avgjørende at universitetssykehus har en kvalitativ og kvantitativ god forskning. For å opprettholde gruppe I status i en spesialitet (hoved- eller gren) kreves det minimum 2 doktorgrader samt at det er en årlig forskningsproduksjon målt i originalartikler publisert i review baserte tidsskrift, abstracts og posters på internasjonale kongresser. Som beskrevet i innledning er antall studenter ved det medisinske fakultet doblet uten at lungeavdelingen har fått avsatt større ressurser til utdanning, noe som går ut over tid og mulighet til forskning.

Pr. i dag er det noe forskning i gang på Helgelandssykehuset Sandnessjøen, men dette hemmes av for lite tid og ressurser i en region med kun en lungelege.

I Bodø er det lite aktiv forskning ut over små kvalitetssikringsprosjekt da avdelingen er svært presset av den lave lungelegedekningen i Nordland.

Innleie av indremedisiner

Et annet problem er at det ved flere av de mindre sykehusene hvor der er ansatt lungelege så spises spisskompetansen opp av generell indremedisin. Der er tidligere reist forslag om innleie av generell indremedisiner for å frigjøre spisskompetanse uten at dette er blitt realisert. For enespesialister er det antydning at så mye som 70 % av arbeidstiden går bort i andre oppgaver enn lungemedisin. I helseforetak med lav lungelegedekning virker det råflott at spisskompetanse spises opp av arbeid som andre kan utføre. Det vil være en utfordring for mindre sykehus å utnytte grenkompetanse i større grad enn i dag.

Finansiering

Fra lungeavdelingen i Bodø har mangel på lungespesialister vært tatt opp tjenestevei til Helse Nord flere ganger. Ett av tiltakene fra Helse Nord var tideling av én ny hjemmel, men der fulgte ingen lønnsmidler med og ble en skrivebordshjemmel.

3 Epidemiologi

Lungesykdommer har fått en eksplosiv vekst over det siste 10-år og særlig gjelder det 6 områder

1. KOLS har fått nesten epidemiske proporsjoner med en prevalens på over 350 000 tilfeller, og stadig nye tilfeller diagnostiseres daglig. Økningen forventes å fortsette, særlig på grunn av røykeskader hos kvinner som får sykdommen stadig yngre. Sykdommen deles inn i 4 stadier.

Andelen av pasienter i stadium III og IV (alvorlig KOLS) med respirasjonssvikt og ofte behov for langtids oksygenbehandling er økende og kontroll og rehabilitering tar stadig mer ressurser. Mer krevende behandling som kan involvere ikke-invasiv hjemmeventilasjon anbefales internasjonalt i en del tilfeller. Samtidig er dette våre svingdørpasienter som får stadige infeksjoner, som ofte er sammenfallende med eldreproblematikk og multimorbiditet som ikke behandles innen geriatri, men i lungeavdelinger.

Nyre data viser at 25 % av KOLS-pasienter som har vært innlagt dør innen ett år etter sin første innleggelse med forverring. Mye av rehabiliteringen gjøres desentralisert og krever ambulering. Det er ca. 350 000 pasienter med KOLS i Norge, derav 100 000 med alvorlighetsgrad III-IV. Overført til Nord-Norge gir dette 35 000 KOLS syke

2. Lungekreft er den kreftformen hvor det dør flest mennesker, med 85 -90 % døde innen 5 år. I 2008 var det 2500 nye tilfeller i Norge mot bare ca. 2000 nye tilfeller 5 år tilbake. Det forventes en fortsatt økning i nærmeste 10 år med kanskje 3500 nye tilfeller innen 2015.

Behandlingen er svært ressurskrevende med strålebehandling opp mot 7 uker, større operasjoner, eller tung cellegiftbehandling. I og med at 65-70 % av tilfellene er ikke-kurable, er lindrende behandling utbredt i lungeavdelingene, med cellegift, symptomrettet strålebehandling, eller ren lindring i livets slutfase som kan være for krevende for å kunne utføres ved sykehjem.

Ettersom lungekirurgien i Helse Nord sannsynligvis vil øke i takt med bedre utredning vil kanskje opp mot 25 % av pasienter med ikke småcellet lungecancer (den form for lungekreft som kureres med kirurgi) bli forsøkt operert. Det vil i Helse Nord si ca. 80 lungeoperasjoner pr. år for lungekreft. Det vil settes store krav til PET-CT service, (radioaktiv kontrastundersøkelse av organer med samtidig CT undersøkelse) samt lungefysiologiske utredninger, og ikke-invasive utredninger (ultralydveiledet bronkoskopiske undersøkelser; ultralyd integrert i bronkoskop). Det anbefales en utredningstid på maksimum 4 uker, og ventetid på kirurgi på maksimum 2 uker etter at diagnose er stilt. Behandlingsstart for cellegift eller strålebehandling bør skje innen 2 uker.

3. Fedmeepidemien har kommet, nesten som en overraskelse, lynraskt over 4-5 år, i dimensjoner som vi har vært fullstendig uforberedt på. Med 50 % av den voksne befolkningen overvektig og 5 % sykkelig overvektig har dette gitt store utslag på ressursene som brukes da denne behandlingen er svært krevende. Stadig flere har behov for utredning for respirasjonsstøtte om natta (ikke-invasiv maske ventilasjon pustemaskin

på ansikts- eller nesemaske). Utredningen er krevende og betinger høyt kunnskapsnivå hos staben som tar hånd om utredning og maskintilpassing. Dessuten skal alle som søkes til fedmeoperasjon ha tilpasset slik maskebehandling, og bare i Finnmark og Nord Troms er det i øyeblikket over 100 slike søknader. Helse Nord har fra 2011 økt volumet for kjøp av private rehabiliteringsplasser ved Valnesfjord Helseportssenter, som er øremerket for overvektsopererte, og ved Opptreningscenteret i Finnmark og Evjeklinikken i Kristiansand. Det gis også rehabiliteringstilbud i disse avtalene til pasienter med sykkelig overvekt som ikke prioriteres for operasjon.

4. Nevromuskulære sykdommer (f. eks. MS, ALS, Duchenne) er sykdommer som påvirker og svekker nerver eller muskler og fører til gradvis respirasjonssvikt. Dette var pasienter som tidligere tilhørte de nevrologiske avdelinger, men nå er lungepasienter på grunn av mulighetene for kunstig ventilasjon.

Stadig flere kan få bedre livskvalitet og livsforlengende behandling, enten med maske eller med hjemmerespirator etter trakeostomi (hull i luftrøret). Det samme gjelder høye nakkeskader.

Lungeavdelingen har ansvaret for tilpassing av hjemmerespirator og oppfølging av disse. Dette krever ambulering til hjem og sykehjem i Nordland, Finnmark og Troms. Fra trakeostomi til tilpasset respirator går det ofte 14 dager, men tid til mottak i sykehjem eller i hjemmet tar ofte opp mot 3 måneder.

Pleie av disse pasientene i sykehus tar ca 6-7 stillinger (kanskje ennå fler utenfor institusjon). Innleggelser i forbindelse med komplikasjoner og infeksjoner skjer også i lungeavdeling.

5. Flyktningemottak medfører mange kontroller på poliklinikkene på grunn av den høye incidensen av tuberkulose i hjemlandene, men er ulikt fordelt i foretaket. Dette er på mange måter en ny gruppe som kan være vanskelig å håndtere på grunn av behov for tolk og også av kulturelle årsaker.
6. Eldre pasienter blir ofte lagt i lungeavdeling på grunn av at de ofte får lungebetennelse. Det er ofte sammensatte sykdomsbilder som gjør dette til en gruppe pasienter som krever tilsyn fra andre avdelinger, og som ofte ikke kan tilbakeføres til hjemmet da funksjonen forut for innleggelsen var marginal. Det er ikke uvanlig at de blir i sykehus i 1-3 mnd før sykehjemsplass finnes.

4 Tall fra lungeavdelingene

Det finnes bare tall fra Bodø og Tromsø som har egne lungeavdelinger. Tallene viser en betydelig økning av aktivitet de siste årene

I 1995 kontra 2009:

UNN Tromsø

	1995	2009
Innleggelser	466	1280
Polikliniske	3000	3501

NLSH Bodø

	1995	2009
Innleggelser	840	1500
Polikliniske	750	2400
Dagpasienter		160

Det er mange årsaker til denne utviklingen. Det har vært en betydelig økning i antall pasienter (prevalens) i volumsykdommer som KOLS og lungekreft. I tillegg har den medisinske utviklingen medført økte behandlingsmuligheter. Så sent som i 1997 var det ikke noen behandling for langkommet lungekreft (stadium 4). I dag er det tilbud om cellegiftbehandling i flere linjer. I tillegg er både kurativt og lindrende strålebehandling tilkommet til i et langt større omfang enn tidligere. Dette gir flere innleggelser for behandling, men også flere innleggelser pga kalkulerede bivirkninger.

En annen årsak er det økt antall eldre. Dette gir flere innleggelser av sykdommer som lungebetennelser og KOLS forverringer da eldre har lavere toleranse til å tåle slike sykdommer. I den samme perioden har liggetiden gått betydelig ned og er i dag ca 5 dager. Det betyr en større turnover som igjen gir betydelig økt formalarbeid (papirarbeid som innkomstjournal og epikriser).

Større krav til presisjon og nye formalkrav til diagnostikk (HELFOs krav til spirometri for å utstede medikamenter ved blåresept ved astma og KOLS) har også vært medvirkende til økt poliklinikkaktivitet. I tillegg har utredning og kontroll av Mantoux og Quanteferon positive av asylsøkere/flyktninger (spørsmål om tuberkulose) gitt en betydelig poliklinisk aktivitet. (lovpålagt utredning).

Redusert lungelegedekning ved flere sykehus har gitt økt press på Bodø og Tromsø. I 1995 var det flere lungeleger i Harstad, det var lungelege i Narvik og Vesterålen med poliklinikk også på Gravdal (Lofoten sykehus). I dag må disse pasientene reise til Bodø og Tromsø for utredning, behandling og kontroll av lungesykdommer.

Økende krav om spesialistvurdering fra pasienter mot fastleger er ikke en ubetydelig årsak til henvisninger.

5 Tuberkulose

Moderne lungemedisin har sitt utspring i tuberkulosesanatoriene. Og fortsatt i dag er utredning, behandling og kontroll av tuberkulose en naturlig del av lungemedisin, noe som kommer til uttrykk i tuberkuloseforskriften hvor utredning, behandling og kontroll er tillagt spesialister i lungesykdommer sammen med spesialister i infeksjonssykdommer. Dette er naturlig da tuberkulose har sitt utspring i inhalert smitte, og den smittsomme tuberkulosesykdommen er sitt utgangspunkt i lungene.

Tuberkulose var en fryktet sykdom i Norge frem til slutten av 1950 tallet da medisiner gjorde sykdommen kurabel. Før dette døde mer enn 6000 mennesker i Norge hvert år. Tuberkulose hadde en stadig fallende prevalens (antall pasienter med sykdom) frem til starten av 1990 tallet. Etter dette har antall tilfeller med tuberkulose pr. år økt, mye pga at flyktninge- og asylsøkertallet har steget. Først med krisen i gamle Jugoslavia, senere Afghanistan og spesielt Afrika. (Somalia, Etiopia og Eritrea). I tillegg har problemer med kombinasjon av immunkomprimerte pasienter

med utbrudd av tuberkulose økt. Det kan være innvandrere med HIV/AIDS, som globalt er et stort problem, men også etniske nordmenn som får reaktivert tidligere smitte (naturlige omslagere) pga oppstart av immunmodulerende behandling (cellegift, steroider og TNF α -blokkere).

Fortsatt er Norge og Vest-Europa en øy med lav prevalens av tuberkulose. Vi skal ikke lenger unna enn over grensen til Russland før tallet for prevalensen er 10-100 ganger høyere enn i Norge. I høyendemiske områder som Afghanistan og Afrika er prevalensen enda høyere og en regner med at 50 % av populasjonen er smittet med tuberkelbasillen. Det samme gjelder i tidligere sovjetiske stater i Kaukasus, hvor det i perioder kommer store grupper av asylsøkere når uro og terror eskalerer.

Det siste 10 året har langt flere flyktninge-/asylmottak blitt lagt til Nord-Norge og det toppet seg i Nordland i 2008 da det kom nær 2000 til fylket. Alle flyktninger og asylanter skal screenes for tuberkulose. Som beskrevet over vil 50 % få utslag på Mantoux test (prøve som erstatter Pirquet). Disse har spesialisthelsetjenesten (spesialister i lunge og infeksjonsmedisin) i lovs form plikt til å utrede videre for å vurdere om disse har aktiv eller latent sykdom eller bare er smittet. For de fleste betyr det kontroll i 3 år. Kontroller som er tidkrevende pga manglende norsk kunnskaper og bruk av tolk. Oppstår også kulturelle utfordringer som at menn nekter kvinner å bli undersøkt av mannlige leger osv. For de andre betyr det igangsetting av aktiv behandling med 3-5 medikamenter etter DOT prinsippet (direkte observert terapi) hvor spesialisthelsetjenesten er pliktig (tuberkuloseforskriften) å organisere, lære opp og veilede kommunehelsetjenesten til å forstå aktuelle behandling hvor helsepersonell hver eneste dag i 6 måneder skal signere på at de har gitt og sett at pasient tar foreskrevet medisin. Disse pasientene skal følges opp med blodprøver og kontroller.

En økende gruppe med enda større utfordringer er kvoteflyktninger via FN som kommer direkte fra flyktingeleire til en kommune uten å ha vært inntatt transittmottak hvor screening er satt i system. Vi har eksempler i Nordland hvor flere beboere på mottak har blitt smittet av tuberkulose da screening ikke ble gjennomført godt nok og spesialisthelsetjenesten ikke reagerte kjapt nok. Med økende import av tuberkulose øker også risikoen for terapieresistent TBC.

Samlet gir dette en kjempeutfordring i en landsdel med store avstander. Ingen sykehus i Nord-Norge har fått økt bemanning på bakgrunn av overstående. Ei heller er tilgang på luftsmitteisolat økt siste 10 år.

6 Astma

Astma har de siste 20 årene gått fra å være en "spesialistsykdom" til å være en sykdom hvor diagnosen stilles og behandlingen starter og gjennomføres hos fastleger. Astma er en av de store "folkesykdommer" med en prevalens på 7-10 % i norske populasjonsstudier. Prevalensen har økt de siste fire tiårene.

Introduksjon av moderne astmamidler fra tidlig -80 tallet har gitt en betydelig reduksjon i dødelighet og antall innleggelses med akutte astmaanfall. Økende kunnskap og bruk av disse medikamentene har gitt astmatikerne en helt ny hverdag. Samtidig vil spesialisthelsetjenesten være sentral ved mer alvorlig og komplisert astma. Selv om mye er oppnådd så er ikke astmabehandlingen i dag god nok. I felles guidelines fra WHO, ERS og ATS (GINA) er det referert studier hvor så mange som 50 % av astmatikere ikke er velregulert etter internasjonale behandlingsmål. Samtidig er det også studier som viser at de samme behandlingsmålene er

oppnåelige (GOAL-studien). Dette gir en betydelig utfordring i kunnskapsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til 1. linjetjenesten. Spesielt gjelder det utredning av de ulike varianter av astma, bruk og tolkning av spirometer (pusteprøver), og kunnskap om å skreddersy behandling til hvert enkelt.

Flere av sykehusene i Helse Nord har etablert mestringskurs (astmaskole) for denne gruppen. Disse skolene legger vekt på å gi pasienter med astma kunnskap om sin sykdom og trygghet til å leve så normalt som mulig med sin egen sykdom. Disse kursene bør være tverrfaglige med lungelege, sykepleier, fysioterapeut, sosionom og besøk av likemann som sentrale aktører, i tillegg til kunnskapsdeling mellom kursdeltagerne. Studier har vist stor samfunnsøkonomisk nytteverdi av astma- og KOLS-skoler(Gallefoss). Astma har naturlige svingninger og det er viktig at pasientene lærer å regulere medisinerer innenfor gitte rammer slik at sykdomsvariasjonene blir så små som mulig. Et mål for deltagerne er å få utarbeidet en individuell behandlingsplan. I dag er det for dårlig søkning av denne store gruppen pasienter fra fastleger til disse mestringskursene. Disse mestringskursene bør arrangeres etter aldersgrupper med egne barn, ungdom og voksne kurs.

Det bør være et mål at dette tilbudet utvides til alle sykehus i Helse-Nord. Dette fordrer at de ulike sykehus har kunnskap til å gjennomføre slike kurs. Videreutdanning for helsearbeidere i lungesykdommer vil være viktig bidrag til å gi kunnskaps. Pr. i dag er det for dyrt for pasienter å reise langt for å delta på slike kurs.

7 Lungerehabilitering

(Hentet fra American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation 2006.)

Det er ingen internasjonal anerkjent oppskrift på rehabiliteringsprogram for lungepasienter.

Regelen er at lungerehabilitering bør vurderes for alle pasienter med symptomgivende kroniske lungesykdommer. Da tenker vi på symptomer som begrenser aktivitet og livsutfoldelse. Mest erfaring har vi med KOLS, men gevinst er godt dokumentert der pasientene har perifer muskelsvakhet og for pasienter som nylig er lungeoperert. Siden det ikke er klare data som definerer en terskel for funksjonsvekkelse som indikerer gevinst av rehabilitering, har grad av tungpustethet (3-5) ofte vært brukt som indikator.

Vi vet at personer med ortopediske og nevrologiske lidelser som begrenser mobilitet har liten effekt av fysisk trening. Om pasientene samtidig har andre medisinske tilstander som er dårlig kontrollert, spesielt psykiske eller kardiologiske lidelser, så er gevinsten enda dårligere. En naturlig forutsetning er at pasient må være motivert. Ikke bare under selve programmet, men også for at effekten av lungerehabilitering skal bli vedlikeholdt etterpå. Røykere er ikke automatisk ekskludert, men røykere som ikke er motivert for å slutte har liten gevinst.

Noen rehabiliteringsprogram opererer med dropout-rater opp til 20 %, ofte pga. intermitterende (tilbakevendende) sykdommer eller forverringer. Om pasientene er lave i oksygenmetning ved anstrengelse eller i hvile, så er det ingen diskvalifikasjon. Men pasienten bør være i stabil fase av sin sykdom.

Lungerehabilitering har vist seg å være effektiv i en rekke forskjellige program, men det er få sammenliknende studier. Kostnadmessig er poliklinisk rehabilitering det rimeligste, og egner

seg til de minst syke. Lite plagete KOLS pasienter oppfatter seg imidlertid erfaringsmessig ikke som syke. Vi møter dem verken i første linje- og andre linjetjenesten. Disse er derfor vanskelige å rekruttere. Vi ser nesten utelukkende de alvorlig syke KOLS pasientene – de som krever institusjonaliserte opplegg eller dagtilbud der det ligger til rette for det. Ulempen er at dette er dyrt og krever organisering.

Erfaringsmessig varierer fagsammensetning av teamet som leverer rehabiliteringen avhengig av ressurser tilgjengelig. Men det er internasjonal enighet om at det er ønskelig med lungelege, fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut og sosionom. Personalet må være opplært i medisinsk førstehjelp og ha adekvat utstyr. Alle pasienter skal gjennomgå legeundersøkelse ved ankomst, og opplegget skal avstedkomme en plan for bedring gjennom endring i livsstil. Selv om det er dokumentert effekt av selv korte 2 ukers program, er de internasjonalt vanlige oppleggene av 8-12 ukers varighet. Rehabiliteringsprogrammene for lungepasienter i Helse Nord er ved Helgeland Rehabilitering, Valnesfjord Helsesportssenter og Skibotnsenteret. Disse har en varighet på 2-4 uker.

Gode resultater kan oppnås ved enkle programmer, mens mer avansert service gjerne kan tilby mer fleksibilitet i fysisk trening og evne til å håndtere mer komplekse pasienter. De fleste pasienter som går inn i rehabilitering vil profitere, men en bør registrere noen parametre for å monitorere programmet som tilbys. Blant disse er oppfølgings regularitet, oppfølging av fysioterapi på hjemstedet, sykehusinnleggelse, legebesøk og pasienttilfredshet.

Begrensete studier tyder på at gevinsten av lungerehabilitering faller tilbake til utgangspunktet i løpet av 6-12 måneder, men vedvarer bedret i forhold til kontroller etter ett år. Helsereelatert livskvalitet synes å vedvare økt i større grad, noen ganger opp til to år etter. I noen studier vedvarer livskvalitetsøkningen, som om endringen i livsstil også endrer adferd. Kortvarige institusjonaliserte programmer kan resultere i økt fysisk ytelse innen to uker, men det er ikke gjort strenge studier på graden av dose-respons eller varighet av forskjellige regimer i fysisk trening.

Det fins flere strategier for å vedlikeholde effekten av rehabilitering. Å fortsette vedvarende kontinuerlig rehabilitering virker ikke ha stor effekt. Det er heller ingen konsensus med hensyn til spesifikke vedlikeholdsopphold. Gjentatte rehabiliteringsopphold kan gjengi effekt kortvarig, men ikke langvarig.

Ut i fra vår erfaring kan det mest meningsfylte virke være å drive poliklinisk rehabilitering der det er mulig. Noen pasienter har imidlertid behov for et institusjonsopphold for å bryte en uhensiktsmessig livsstil eller intensiv opptrening. Institusjonsrehabilitering slik den har vært tilbudt i Valnesfjord, Helgeland Rehabilitering og Skibotn er best egnet til de som trenger slik endring i livsstil og for pasienter som bor slik til at poliklinisk tilbud ikke kan gis. Optimalt sett bør disse følges opp lokalt med hensyn til fysioterapi, lungefunksjonskontroller og medisinerings etterpåk. Dette bør inngå som ledd i Samhandlingsreformen.

Samhandling

Prioriteringsveilederen for lungesykdommer tjener til å tegne grenser mellom hva er spesialisthelsetjenestens oppgave, og hva som er fastlegenes jobb. De sykdommene som ikke har rett til prioritert helsehjelp, vil i realiteten bli overlatt til fastlegene – for eksempel stabil astma og KOLS grad I og II.

Helgelandssykehuset har utarbeidet et forslag til en "samhandlingsplan" for KOLS med spesifikke anbefalinger med hensyn til fordeling av arbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen vil bringe spesialisthelsetjenesten mer ut av sykehuset. Slik vi tolker dette, vil det bety at legespesialister også skal betjene distriktsmedisinske sentra, delta i LMS-virksomhet og lungerehabilitering.

Distriktsmedisinske sentere bør sannsynligvis ikke lages over en lest, men tilpasses sted og region. Noen steder bør en kunne ha lungesykepleier og tilreisende spesialister, i tillegg til røntgenapparat for undersøkelse av lunger. Plan for slike sentre foreligger i Ørnes, Saltdal, Steigen, og diskuteres også for Vadsø og i Brønnøysund. Men da med forskjellige utforming. I dagens situasjon er det rent praktisk vanskelig å frigjøre lungeleger til å pendle til distriktsmedisinske sentra. I realiteten er det bare ved tre sykehus i Helse Nord, dvs. Nordlandssykehuset Bodø, UNN Tromsø og UNN Harstad at en har lungespesialister fullstendig dedikert til lungepasienter. Ved lokalsykehusene er lungespesialistene først og fremst ansatt som generelle indremedisinere, og lokalsykehus med marginal bemanning rammes derfor hardt ved fravær.

Lungesykepleiere kan ha en rolle i samhandling mellom første og andre linje tjenesten. Diabetesomsorgen bør kunne fungere som en mal, der diabetessykepleiere har en viktig rolle med hensyn til opplæring og oppfølging av pasientene. Lungepasientene er tradisjonelt en ressurs svak gruppe, der vi kan forvente at mer enn 30 % pasientene tar medisinen feil. Lungesykepleierne bør også kunne ha en rolle i lærings- og mestringssentrene undervisningsopplegg.

8 Kronisk respirasjonssvikt

En økende gruppe pasienter som er betydelig resurskrevende både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten er personer som utvikler kronisk respirasjonssvikt og som trenger mekanisk ventilasjon, enten på maske (Non Invasiv Ventilasjon - NIV (Bi-pap/C-pap)) og tracheostomerte (hull på halsen) med hjemmerespirator. Dette er en gruppe pasienter som for 15-20 år siden ikke fikk noe tilbud og som døde unge, men som den tekniske utviklingen nå kan gi et tilbud. Et eksempel er pasienter med den arvelige nevrologiske sykdommen Duchenne, som i lærebøker på midten av 1980 tallet skrev at disse ikke kunne bli mer enn 15 år før de døde. I Nordland er det 4 som nå nærmer seg eller har passert 40 år.

Gruppen av pasienter med nevrologisk grunnsykdom er heterogen fra medfødte alvorlige nevrologiske sykdommer som starter med denne behandlingen i spedbarnsalder, i ungdom eller tidlig voksenalder. Andre nevrologiske sykdommer som debuterer senere i livet som ALS (amylotrofisk lateral sklerose), har en mye raskere progresjon enn de medfødte, og som gir store utfordringer å kunne tilpasse respirasjonsstøtte på riktig tidspunkt. Andre pasienter har senskader etter tidligere sykdommer som poliomyelitt, Deformiteter i skjelettet, senfølger av reumatisk sykdom som Bechtrew, tverrsnittsskader på ryggmarg etter ulykker og ikke minst det voksende antall personer med ekstrem overvekt. Betydelig abdominal fedme kan gi nedsatt pustekapasitet på natt når maven faller opp i brysthulen og fratarr lungene plass for å blåses opp. (Pickwick syndrom)

Felles er at dette ikke er så mange i antall i forhold til for eksempel KOLS pasienter, men hver enkelt krever betydelig oppfølging. Det er en behandling som ofte innebærer grenseoppgang mot etikk, mot ressursbruk hvor den ene blir satt opp mot de mange.

Spesielt gjelder det de pasienter som er tracheostomert med hjemmerespirator. Det tar lang tid å tilpasse og lære opp pasienten, pårørende og kommunalt ansatte mens pasienten er inneliggende. Og disse pasientene må ofte ha 24 t tilsyn ute i kommunene, det vil si at det må bygges team på 8-10 ansatte rundt hver enkelt, som gir en betydelig økonomisk, faglig og personellmessig utfordring i små kommuner.

Maskebehandling (Bi-pap) er enklere, men krever stor innsats å tilpasse og følge opp. Disse pasientene er avhengige av sine maskiner og de må fungere 365 netter i året. Det betyr mye telefonisk veiledning og problemløsning og for enkelte hyppige kontroller.

Cpap er forbeholdt pasienter med pustestopp og snorking på natta (Obstruktivt SøvnApnoeSyndrom- OSAS) og er enklest å utrede, tilpasse og følge opp, men her er antallet svært stort. Det er anslag om at 3-5 % av den voksne befolkning lider av OSAS. I Nord-Norge vil det si mellom 10 000 og 12 000.

Tilpasning og kontroller av tracheostomerte med hjemmerespirator skjer i dag i Bodø og Tromsø hvor det er bygget opp fagmiljø for dette. Men kapasiteten er marginal da disse pasientene sjelden kommer planlagt og ofte blir liggende på sykehus med store pleiebehov av respiratorkyndig personale i 3-5 måneder før tilbakeføring til hjemkommuner.

Utredning, tilpasning, oppstart og kontroll av Bi-pap brukere skjer i dag i Bodø, dels Harstad (kapasitetsproblem pga kun 1 lungelege) og i Tromsø. Det er et stadig økende behov, spesielt i utredning av sykelig overvekt for å avdekke respirasjonssvikt før ev. kirurgisk behandling. Ubehandlet har disse pasientene (Pickwick syndrom) 10 x komplikasjonsrisiko inklusiv død pre, per og postoperativt. Kapasiteten for denne type utredning er strukket pga. for få stillinger og for lite søvnregistreringsutstyr for å monitorere.

OSAS utredes i dag Mosjøen, Bodø, Harstad og Tromsø, dels i samarbeid med øre-, nese- og halsavdelingene. Også for disse pasientene er behandlingsskapasiteten og kontrollkapasiteten strukket langt. Dette er en kronisk behandling som for de fleste er livslang slik at det stadig blir flere og flere som skal kontrolleres. Økende vekt i befolkningen generelt bidrar til økt antall pasienter med OSAS. I dag er det anslagsvis ca. 1000-1500 pasienter som har tilpasset C-pap og som skal følges opp og det tilpasses >200 årlig (sikre tall finnes ikke).

9 Lungekirurgi

I dag utføres lungekirurgi på to steder i Helse Nord, Bodø og Tromsø.

Lungekreftkirurgi

Det utføres omtrent like mange thorakotomier (lungekreftoperasjoner) ved sykehusene i Bodø og Tromsø, et sted mellom 30 og 40. I tillegg utføres mediastinoskopi (undersøkelse av mellomrommet mellom lungene, fortrinnsvis i Bodø, da Tromsø dels har tatt i bruk endoskopisk ultralyd via spiserøret, EUS). I tillegg utføres en rekke andre inngrep på lungenesom thorakoskopier (VATS), Åpne biopsier, bullectomier og rubbinger/dekortiseringer ved residiverende pneumothorax.

Behovet for mediastinoskopi vil minke ytterligere når/hvis Bodø og Tromsø får endobronkoskopisk ultralydutstyr (EBUS) hvor en kan ta prøver via bronkoskopi gjennom veggen i luftrør/bronkier ved hjelp av ultralydprobe på bronkoskopet. Dette fordrer en investering i utstyr på 2,5 millioner kroner (se utstyr). Alternativet vil en måtte søke ca. 100 pasienter ut av landsdelen pr. år for at kvaliteten på lungekreftutredningen skal være etter internasjonale retningslinjer (ERS).

Kvaliteten på kirurgien i Nord-Norge er i landssammenheng god. I flere studier utført lokalt i Bodø og av krefregistret i Oslo er det vist at Nordland kommer bedre ut enn landsgjennomsnittet. (Strøm og Rostad, Alexandersen, Tollåli) UNN Tromsø kom i materialet fra krefregistret ut på landsgjennomsnittet.

En tror at det å ha en faglig kompetent kjede med utredning, diagnosestilling, god patologitjeneste, pre, per og postoperativ behandling, pleie og opptrening og ikke minst faglig dyktige kirurger er nøkkelen til god kvalitet. Et nøkkelord er tverrfaglig samarbeid med ulike fagfelt og ulike yrkesgrupper.

Utfordringene for lungekirurgien i Nord-Norge er flere. Med økende antall påviste lungekrefttilfeller vil også behovet for operative inngrep øke. Målet er at 22-25 % av alle lungekrefttilfeller skal opereres. Bodø ligger i de 2 siste undersøkelsene på dette nivået. En har ikke tall fra Tromsø for det siste 10 året. Om thoraxkirurgien fortsatt skal være delt mellom Tromsø og Bodø eller om den skal samles er spørsmål som Helse Nord sammen med helseforetakene må ta stilling til.

Rekruttering

Pr. i dag er det 1 thoraxkirurg i Bodø som er passert 65 år. I dag er det ingen som er rekruttert inn som erstatter når denne går av for aldersgrensen.

Det er pr. i dag ikke kapasitet i Tromsø til å overta volumet som i dag opereres i Bodø (kirurgi, intensiv postoperativt).

Dette er en alvorlig utfordring for lungekirurgien i Nord-Norge. Ikke bare for lungekreftpasienter, men også i utredning av mer sjeldne lungelidelser hvor diagnosen bygger på histologi i større biopsier enn det en får ved transbronkiale biopsier (TBB). Nord-Norge er nødt til å ha en kirurgikapasitet som møter disse utfordringene for at lungepasienter i Nord-Norge skal ha samme tilbud som ellers i landet.

Hvis lungekirurgi skal sentraliseres vil det stille større krav til tekniske løsninger for felles ukentlige møter mellom Tromsø og Bodø via videokonferanse hvor også røntgenbilder lar seg demonstrere online.

Hvordan disse utfordringene skal løses må Helse Nord avklare sammen med UNN og NLSH. Uansett valg videre vil ha implikasjoner på hvordan utredning av lungepasienter skal skje på alle sykehus i Helse Nord.

10 Hva kan små sykehus gjøre?

Lungepasientene utgjør i dag den nest største gruppen av pasienter som innlegges i sykehusene og hovedandelen av lungepasienter som henvises sykehus har diagnosene KOLS, astma, respirasjonssvikt (pustesvikt) og lungekreft. Dette krever høy kompetanse og nødvendig utstyr

for utredning, før riktig diagnose kan stilles og effektiv behandling iverksettes. Alle sykehusene i Helse Nord bør derfor rustes opp for å kunne utrede, diagnostisere og behandle disse pasientene både i sengeavdeling og poliklinikk. Flere av utredningene stiller krav til spesialutstyr og det bør derfor være et lungelaboratorium på hvert sykehus med et minimum av utstyr.

Følgende utstyr er helt nødvendig: spirometri, utstyr for provokasjonstesting (metacholin/Aridol), gassdiffusjon og bronkoskopi. I tillegg bør hvert helseforetak ha minst et sykehus med mulighet for bodybox (lungevolum måling), måling av O₂-opptak og CT-veiledet biopsi.

For å få en faglig god organisering med kvalitet på tjenesten vil det beste være å ha en tverrfaglig gruppe med lungelege, lungesykepleier og fysioterapeut med kompetanse innenfor lungefaget ved hvert sykehus. Ideelt sett bør alle 11 sykehusene i Helse Nord ha lungelege og lungesykepleier(e), men det viktigste er at Helse Nord organiseres slik at det meste av utredning innenfor lungefaget kan utføres innenfor hvert foretak.

Høy kompetanse i lungemedisin er viktig da kravene til utredning er økende og det blir stadig mer spesialiserte oppgaver både innenfor kreftomsorg og respirasjons-/ventilasjons-området. Det er forventet et økende antall tilfeller med lungekreft og økende antall pas som trenger hjelp til pusting pga fedme. Det bør også derfor stilles krav til sykehusene om økt kompetanse innenfor lungemedisin for andre faggrupper som fysioterapi og sykepleie. Et sykehus uten slik spesialkompetanse vil ikke kunne drive fullverdig utredning og behandling av lungepasientene.

Lokalsykehusene skal ikke stå alene med ansvar for kreftbehandling innenfor lungefeltet. Generelt bør alle pasienter som skal tilbys slik behandling være vurdert ved regionssykehus før oppstart av behandling. Cellegiftbehandling og poliklinisk oppfølging bør gjøres ved lokalsykehusene.

Lokalsykehusene bør kunne tilby kurs til astma- og KOLS-pasienter og gjerne i samhandling med kommunene og det må være tilbud om lungerehabilitering innenfor hvert helseforetak.

Utstyr

I utgangspunktet må det være et mål at man har lungelege på alle 11 sykehusene i Helse Nord. Intensjonen må være å møte utfordringene som økningen i KOLS og lungekreft representerer uten at utstyrmangel skal representere et problem.

Et minstemål for en lungelege uansett størrelse på sykehuset, må være å ha mulighet til å skille astma fra KOLS og interstitielle lungesykdommer. Det betyr at en ved alle sykehus bør ha mulighet til **Metacholintesting**, dvs. å provosere fram fall i lungefunksjonen, ved hjelp av metacholininhalasjoner. I tillegg bør det kunne gjøres **gassdiffusjonstesting**, som gir oss et bilde på hvorvidt lungevevet er ødelagt i en slik grad at evnen til å overføre oksygen til blodet er svekket. Et slikt begrenset lungelaboratorium koster mellom to og tre hundre tusen kroner i innkjøp.

Alle pasienter som utredes for lungekreft skal utredes med **bronkoskopi**. I stor grad vil en kunne få fastsatt diagnosen ved bronkoskopi, dvs. føre en slange ned i luftrøret og ta prøver fra svulstvev i bronkiene. Dette er en enkel undersøkelse, og bronkoskop kan kjøpes tilpasset øvrig skopiutstyr på de fleste poliklinikker. Avhengig av kvalitet og type koster et skop mellom 100 000 og 200 000 kroner. Slikt utstyr bør være på alle sykehus – også lokalsykehus.

I tillegg bør det være et fullt lungelaboratorium i hvert helseforetak. Det vil si at en i tillegg får mulighet til å få uttrykt mer omfattende volummålinger i brystkassen, ved hjelp

kroppspletysmografi, metacholintesting og **oksygenopptak**. På sykehus med operasjonsavdeling bør det også kunne gjøres mer utvidete undersøkelser med hensyn på lungekreft, dvs. **transbronkiale biopsier** (røntgenveiledet prøvetaking av svulster som ikke er synlig med blotte øyet i skopet) og CT-veilede biopsier (røntgenleger stikker biopsinåler veiledet av CT), tilpasset lokal ekspertise.

Thorakoskopi, dvs. å føre rør inn i spalten mellom lungehinnen på utsiden av lungene og innsiden av brystkassa, er ofte nødvendig for å stille diagnosen lungehinnekreft (mesotheliom).

Ultralydveiledet bronkoskopi identifiserer lymfekjertler og svulster ved hjelp av en liten ultralydprobe på framsiden av bronkoskopet. Begge disse to undersøkelsene er såpass krevende og spesialiserte at de bare bør gjøres på større sentra. I Helse Nord bør disse undersøkelsene derfor bare utføres ved UNN og Nordlandssykehuset. Utstyret er ultralydveiledet bronkoskopi er beregnet å koste ca. 1,2 millioner kroner for hvert av sykehusene.

PET-scanning bør kunne gjøres ved minst en lokalisering i Helse Nord. I første omgang er det naturlig at slik undersøkelse legges til UNN. Angitte priser er ut i fra dagens teknologi, og blir objekt for anbud. Innkjøp bør ikke foretas før en har fast lungelege knyttet til sykehuset – av fare for at utstyret blir foreldet. Men utstyrets tilstedeværelse er en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg lungelegene fullt ut.

Foreliggende utstyr:

	Gass-diffusjon	Metacholin-test	Kroppspletysmografi	Oxygenopptak	Bronkoskopi	Thorakoskopi	Ultralydveiledet bronkoskopi	PET
Kirkenes	X	x	x	Ønsket	x			
Hammerfest		x	x		x			
UNN	X	x	x	x	x	x	ønsket	x
Harstad	X	x	x	x	x			
Narvik	X	x	x	x	x			
Stokmarknes	Ønsket	Ønsket			Ønsket			
Lofoten	Ønsket	Ønsket						
NLSH	X	x	x	x	x	x	ønsket	
Rana	Ønsket	Ønsket			Ønsket			
Vefsn	Ønsket	Ønsket			x			
Sandnessjøen	X	x	x	x	x			

X betyr at utstyret foreligger på det angitte sykehuset
 ”Ønsket” betyr at utstyret ikke foreligger nå, (pr. februar 2011).

11 utfordringer

Antall spesialister

I denne rapporten har vi dokumentert en betydelig underdekning sammenlignet med nasjonale måltall og i forhold til aktuell dekning i Norge. I tillegg er det en ujevn dekning av lungespesialister i Nord-Norge, hvor Helgeland, Lofoten, Vesterålen og Finnmark kommer særdeles dårlig ut. Det er ut fra måltall 5 spesialister i lungemedisin for lite i Nord-Norge. Antall hjemler har vært uendret i årtier. I Bodø var det 3 spesialisthjemler i lungemedisin i 1970.

1. Antall stillingshjemler

Der er for få spesialisthjemler ved de ulike sykehus i Helse Nord. Og der hvor det er kommet ekstra hjemmel er det ikke kommet lønnsmidler. Det er behov for å øke antall spesialisthjemler innen lungemedisin med 1 både i Tromsø og Bodø. Der er behov for 3 lungespesialister på Helgeland. Der er behov for lungespesialist både i Lofoten, Vesterålen og i Ofoten, og det er behov for 2 spesialister i Finnmark.

2. Forskning

Det er for lav forskningsaktivitet innen lungemedisin i hele Nord-Norge. Lungeavdelingen på UNN har ikke fått tilført økt akademiske ressurser til tross for en mer enn dobling av antall studenter siste 20 år. I Bodø er der ingen forskning, da tiden ikke strekker til. Der er en mengde områder som roper etter økt forskning og hvor Nord-Norge har unike materialer som bare ligger der.

3. Lungemedisinsk utstyr

Det er en betydelig underdekning av lungemedisinsk undersøkelsesutstyr på de små lokalsykehusene. Det er kun Sandnessjøen, Harstad og Kirkenes som har tilfredsstillende utbygd lungelaboratorium. De andre er utstyrt med dels antikvarisk utstyr som er dårligere enn det fastleger har til disposisjon. Ett minstekrav er en lungelab som kan gjøre spirometri, gassdiffusjon og metacholintest. I tillegg må det være videobronkoskop tilgjengelig for utredning av lungekreft.

På lungeavdelingene i Bodø og Tromsø må det være fullutrustede respirasjonsfysiologiske laborier inkludert Spirometri, Gassdiffusjon, helkroppspletysmografi, NO-måling, utstyr for HAST-test, metacholin, Exercise induced asthma (EIA) test inkludert kuldeprovokasjon, og Ergospirometri (O₂ opptak, arbeids-EKG på tredemølle). I tillegg må det være bronkoskopiutstyr for avansert utredning inkl C-bue (røntgenapparat). I europeiske guidelines er endobronkialt ultralyd (EBUS) kommet inn som en obligat del av lungekreftutredning og dette er utstyr som lang på vei kommer til å erstatte mediastinoskopi. Dette er betydelig mindre resurskrevende undersøkelser som kan gjøres på dagpasienter kontra 3 dagers innleggelse med bruk av hele operasjonsteam. Pr. i dag har verken Bodø eller Tromsø slikt utstyr. Alternativt må ca. 100 pasienter pr. år flyttes ut av landsdelen for å få adekvat state of the art utredning. I dag har vi data som viser at kvaliteten på lungekreftomsorgen i Helse-Nord Norge er svært høy, men skal denne kvaliteten fortsette må avdelingene kunne tilby den utredning som internasjonale guidelines anbefaler som standard. Totalt vil det medføre investeringer på ca. 5 millioner for hele Helse Nord.

Enkel lungelab ca. 300 000 kroner pr. sykehus som ikke har dette (Mo, delvis Mosjøen, Lofoten og Vesterålen).

EBUS 1 200 000 kroner pr. sykehus (Bodø og Tromsø).

Fiberbronkoskop på de sykehus som ikke har dette.

- 4. Et helsepolitisk tema** er om det skal satses på 1 lungelege på hvert sykehus i et helseforetak eller om det skal bygges opp fagmiljø på ett av flere sykehus. Begge modeller har sine fordeler og ulemper. Helgelandssykehuset har blant annet vedtatt at der skal være en lungespesialist på hvert av de 3 sykehusene, men er det realistisk?

5. Høy alder på spesialister

Som tidligere beskrevet er 5 av 10 spesialister innen lungesykdommer >60 år. 1 er 68 år. Det betyr en betydelig utfordring i nyrekruttering til faget. Høy alder er også en nasjonal trend hvor behovet for nye spesialister vil øke dramatisk de neste 10 årene. Det har vært rimelig god rekruttering til lungefaget i Bodø og Tromsø. Men det har samtidig vært lekkasje av ferdige spesialister sørover. Status pr. i dag er at det i Tromsø er nær ferdige spesialister som det i løpet av få år vil være stort behov for som det pr. i dag ikke er spesialisthjemmel for, og hvor risikoen er at disse personene vil søke seg ut av landsdelen er tilstede.

6. Innføring av faste LIS-stillinger

En annen stor utfordring som seiler opp er innføringen av faste stillinger for leger i spesialisering (LIS). Dette vil i mye større grad sette krav til helseforetakene til å lage gode utdanningsforløp for å sikre at LIS bruker så kort tid som mulig for å bli ferdig spesialist. Spesielt vil dette være utfordring for de små lokalsykehusene. Dette vil medføre også en utfordring for dagens gruppe II og gruppe I tjeneste. Hvordan skal utdanningskandidater i lungesykdommer ved gruppe II sykehus (som Bodø) få gruppe I tjeneste når det er kun faste LIS stillinger ved universitetssykehusene? Dette er for øvrig en utfordring ikke bare for lungemedisin, men for alle spesialiteter.

Grenspesialistutdanning i lungesykdommer tar i dag minimum 6.5 år hvis alt går på skinner. For de fleste tar det nærmere 10 pga barselpermisjoner, familiære forhold, vansker med grenstillinger og annet. Det vil være en utfordring for spesielt Bodø og Tromsø å sikre at utdanningskandidater i generell indremedisin får sine pålagte rotasjonstjeneste ved de ulike avdelinger. (pålagt hjerte, lunge og gastro). Ulike antall LIS-hjemler på de ulike seksjonene bidrar til propp i systemet. Pr. i dag er det god søknad til LIS-stillinger ved de ulike sykehus, men antall ferdige spesialister både i hovedspesialiteten indremedisin eller i de ulike grenspesialitetene har ikke økt.

7. Stimuleringstiltak

Stimuleringstiltak for at ferdige grenspesialister flytter hjem igjen etter ferdig gruppe I tjeneste er viktig. For familier i etableringsfasen, dels med barn i skolepliktig alder er det tøft å skulle flytte 2 ganger på 2 år (fra Bodø eller Harstad) eller i verste fall 3 ganger på 4 år for leger fra mindre sykehus. Utdanningsstipend har til nå vært en suksess ved NLSH, men er nå i ferd med å bli lagt ned. Erfaringer ved NLSH har vist at mer enn 90 % av nye spesialister ansatt ved medisinsk avdeling siste 10 år, er blitt rekruttert via tildeling av stipend. Andre regioner har ikke hatt slike stipend med det resultat at ferdige spesialister ikke har kommet tilbake.

8. Mer spesialisert lungemedisin

Lungemedisin har hatt en rivende utvikling de siste 10 årene og står sannsynligvis på terskelen for en enda mer spesialisert tjeneste. Innen lungekreft vil en få nye behandlingsprinsipper hvor en i langt større grad vil kunne skreddersy behandlingen etter hvilken type kreft og hvilke reseptorer (mottakere) kreftcellene har på overflaten. Dette vil sette større krav til utredning som igjen vil være mer resurskrevende. Gevinsten vil være økt overlevelse. Innen KOLS vil behandlingen også i langt større grad bli individualisert etter såkalt fenotype (egenskaper for hver enkelt sin sykdom), som igjen vil sette større krav til utredning i spesialisthelsetjeneste. Første medikament med slike egenskaper ble godkjent i 2010 og det er mange flere på trappene. Slik at ikke bare vil antallet pasienter med lungesykdommer øke, men hver enkelt pasient vil i tillegg trenge større grad utredning av spesialisthelsetjenesten.

9. Samhandling

De store sykdomsgruppene innen lungemedisin fordrer tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. KOLS-gruppen i Nord Norge teller ca 30.000 diagnostiserte og udiagnostiserte. Det er flere store mål for denne gruppen. Som:

- tidligere diagnose (fastlege)
- unngå forverring (bedre opplæring i å ta medisin og andre forebyggende tiltak)
- leve med kronisk pustesvikt osv.

Dette fordrer tett samarbeid i overføring av kunnskap fra spesialisthelsetjenesten til fastlege og av annet helsepersonell rundt pasienten. Her vil videreutdanning av helsepersonell i lungesykdommer være et viktig bidrag. I dag er det slik utdanning (30 vekttall) ved sykepleiehøgskolen i Tromsø og det er planlagt oppstart ved Universitetet i Nordland i samarbeid med fagmedisinske lungemiljøet på NLSH fra høsten 2011. Denne utdanningen tar sikte på å heve kunnskapen rundt kronisk lungesyke og hvordan best tilrettelegge for best mulig livskvalitet. Målgruppen for denne utdanningen er både høgskoleutdannede helse- og omsorgsarbeidere både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten (sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter andre). Etablering og videreutvikling av mestringskurs for de store sykdomsgruppene som astma og KOLS. Etablering og utvikling av sykepleiedrevne KOLS-poliklinikker etter modell fra diabetesomsorgen.

Økt fokus hos hjemmetjenesten på rett medisinbruk, veiledning. Røykesluttkurs. I behandlingsveilederen fra Helsedirektoratet er det lagt opp til at fastleger skal ha ansvaret for KOLS grad I og II og dels grad III. I dag er denne omsorgen svært varierende i de ulike kommuner.

10. Utnytting av eksisterende stillinger

Der er i dag lungespesialister i Sandnessjøen og Kirkenes som i snitt bare jobber 30 % med lungesyke. Resterende går på å dekke opp andre gjøremål. Det er en utfordring å utnytte lungespesialister i så stor grad som til lungespesifikke problemstillinger. Når en leier inn vikarer bør en kanskje leie inn generellspesialister som kan frigjøre grenspesialister.

11. Lungekirurgi

I dag utføres det lungekirurgi i Bodø og Tromsø. Det opereres om lag like mange ved hvert av sykehusene. Gjennomgang av resultater i Bodø de siste 20 år viser svært gode resultater godt over landsgjennomsnittet både i hvor mange pr. 100 nye krefttilfeller som opereres og på 1 og 5 års overlevelse. I dag utføres aktuelle operasjon kun av 1 kirurg i Bodø som har passert 65 år. Det er en utfordring for både det regionale helseforetaket Helse Nord, men også for UNN og NLSH hvordan thoraxkirurgi skal organiseres i fremtiden. Skal kirurgien sentraliseres eller skal det være en aktiv søken etter etterfølger for dagens kirurg før han går av for aldersgrensen. Begge veier vil medføre utfordringer for Tromsø og Bodø.

12. Rehabilitering

I dag er det svært ulikt tilbud til lungerehabilitering i Nord-Norge. Det er rimelig tilbud om institusjonsrehabilitering, men dagrehabilitering i de ulike kommunene er nær fraværende utenfor Tromsø. Økt satsing på samhandling med kommunehelsetjenesten vil

kunne bidra til mindre press på spesialisthelsetjenesten, (eks. KOLS-skole, tilrettelagt fysioterapi, ernæringsintervensjon mv.), men da må spesialisthelsetjenesten ha mulighet til å kunne være med og ikke bare springe etter å slukke branner slik som nå. Det er et klart ønske fra spesialisthelsetjenesten å kunne delta mer i veiledning og oppbygging av kommunale rehabiliteringstiltak, men pr. i dag ikke kapasitet. Det er viktig å bygge opp direkte linjer fra institusjonsopphold til hjemkommunen for å sikre videreføring av den opptrening, kostveiledning mv. som ble startet i et slikt opphold.

13. Prioritering

Prioriteringsveilederen for lungesykdommer fra Helsedirektoratet er i hovedsak god, men har resultert i økt antall rettighetspasienter. Ved flere sykehus har dette gitt økt ventelistebrudd. Igjen er kapasiteten for lav i forhold til behovet. Ett eksempel er i Bodø hvor en har valgt å prioritere utredning og behandling av kreft, men hvor denne prioriteringen går på bekostning av andre rettighetspasienter som ikke har livstruende sykdom, men som kan få forringet helse på grunn av lang ventetid. Slik utviklingen innen lungefaget ser ut de neste 10 året vil gapet mellom hva en får til og hva en burde ut fra nasjonale krav øke. Ved flere av sykehusene i Nord-Norge er en ikke i stand til å holde ventelistegarantien.

12 Forslag til tiltak

- 1) Nye spesialisthjemmel med lønnsmidler
 - 1 i Tromsø (totalt 6 sykehushjemler)
 - 1 i Bodø (totalt 5 sykehushjemler)
 - 3 spesialister i lungesykdommer på Helgeland. (pr. i dag 1)
 - 2 spesialister i lungesykdommer i Finnmark (pr. i dag 0,5)
 - 1 spesialist i lungesykdommer i Vesterålen (kommer ca 1. jan.2012)
- 2) Grenutdanning

For å kunne møte det økte behovet for spesialister må det også satses på utdanning av spesialister. Det må opprettes nye grenstillinger spesielt i Tromsø for at gruppe I tjeneste ikke skal bli en flaskehals.
- 3) Forskning

Økt satsning på eksisterende forskningsmiljøer og muligheter for forskning innen lungefaget både på UNN, men også på de andre sykehusene.
- 4) Innkjøp av adekvat utredningsutstyr på alle sykehus.

EBUS i Bodø og Tromsø.
Spirometri, Gassdiffusjon og Methacolin på alle mindre sykehus.
Full lungelab på minst 1 sykehus i hvert helseforetak.
- 5) Ressurser til samhandling med kommunehelsetjenesten inne rehabilitering og i kronikeromsorg.
- 6) Bidra til etablering i videreutdanning for helsepersonell i lungesykdommer i Bodø og Tromsø.
- 7) Utfordring innen nyrekruttering og utdanning av grenspesialister fra alle deler av Nord-Norge.
 - Stimuleringspakker for å få ferdige spesialister til mindre sykehus.
 - Standardisere utdanningsforløp
- 8) Starte planlegging av thoraxkirurgi i Nord-Norge etter 2012.
- 9) Etablere astma- og KOLS-skoler ved alle sykehus
- 10) Regionalt fagråd

Det bør etableres et regionalt fagråd som en forlengelse av denne fagplanen.

Styresak 52-2011/8 Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord

Formål/sammendrag

Gjennom oppdragsdokumenter til helseforetakene for 2010 ble det tatt initiativ til å utarbeide en regional utredning i lungemedisin. Det ble nedsatt en faglig arbeidsgruppe fra helseforetakene som startet sitt arbeid høsten 2010 og leverte sin rapport 23. februar 2011.

I denne saken legges rapporten fram for styret i Helse Nord RHF til orientering, og den vil bli fremmet som vedtakssak i styremøtet i juni 2011.

Sakens betydning i forhold til vår kjerneverdier kvalitet – trygghet – respekt:

Pasienter med lungesykdommer omfatter mange ulike diagnoser og tilstander, og er den nest største sykdomsgruppen i indremedisinske avdelinger. Faggruppens rapport belyser store faglige utfordringer og foreslår tiltak for en stor og sammensatt pasientgruppe i Helse Nord.

Oppnevning - mandat

Helse Nord nedsatte i august 2010 en gruppe bestående av:

- Avdelingsoverlege Terje Tollåli (Nordlandssykehuset Bodø, utvalgets leder)
- Avdelingsoverlege Ulf Aasebø (Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø)
- Overlege Hans Henrik Strøm (Helgelandssykehuset Sandnessjøen)
- Overlege Kåre Hansen (Helse Finnmark Kirkenes)
- Rådgiver Knut Tjeldnes (Helse Nord RHF)

Mandat gitt fra Helse Nord RHF var at utredningen skal omhandle

- dagens situasjon for pasienter med lungesykdommer i Helse Nord, inkl. barn og unge
- dagens kapasitet og behov for lungeleger i de nærmeste årene
- tiltak for å sikre en tilstrekkelig og stabil legedekning
- tiltak for å sikre en god samhandling mellom lungeavdelingene ved NLSH og UNN og lokalsykehusene i Helse Nord

Foreslåtte tiltak i rapporten

Rapporten dokumenter en underdekning av legespesialister sammenlignet med nasjonale måltall og i forhold til aktuell dekning i Norge. I tillegg er det en ujevn dekning av lungespesialister i Nord-Norge. Plangruppen foreslår å øke antall spesialisthjempler innen lungemedisin med én både i Tromsø og Bodø. Det er behov for tre lungespesialister på Helgeland. Der er behov for lungespesialist både i Lofoten, Vesterålen og i Ofoten, og det er behov for to spesialister i Finnmark. Det lave antall leger bidrar også til for lav forskningsaktivitet innen lungemedisin i hele Nord-Norge.

Det er en betydelig underdekning av lungemedisinsk undersøkelsesutstyr. Arbeidsgruppen har satt opp utstørsbehov i en tabell, ut fra status og hva som bør være tilgjengelig ved lokalsykehus og på de lungemedisinske avdelingene i Bodø og Tromsø.

I dag utføres det lungekirurgi i Bodø og Tromsø. Det opereres om lag like mange ved hvert av sykehusene. I dag utføres aktuelle operasjoner kun av én kirurg i Bodø som har passert 65 år. Det er en utfordring hvordan thoraxkirurgi skal organiseres i fremtiden.

Videreutdanning av helsepersonell i lungesykdommer vil være et viktig bidrag til å styrke samhandling og kommunenes kompetanse. I dag er det slik utdanning (30 vektall) ved sykepleiehøgskolen i Tromsø, og det er planlagt oppstart ved Universitetet i Nordland i samarbeid med fagmedisinske lungemiljøet på Nordlandssykehuset HF fra høsten 2011.

I dag er det svært ulikt tilbud til lungerehabilitering i Nord-Norge. Det er rimelig tilbud om institusjonsrehabilitering, men dagrehabilitering i de ulike kommunene er nesten fraværende utenfor Tromsø. Økt satsing på samhandling med kommunehelsetjenesten vil kunne bidra til mindre press på spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås å etablere et fagråd for lungemedisin, som får i mandat å følge opp rapporten med forslag til prioriteringer av tiltak.

Videre prosess

Rapporten er behandlet i møter med helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører, som slutter seg til planen og uttaler at problemstillinger er grundig belyst, og forslag til tiltak er godt begrunnet. Den legges fram for direktørmøtet 13. april 2011.

Uttalelse fra Regionalt Brukerutvalg vil foreligge før styrets behandling, den 27. april 2011. Videre vil den bli behandlet i dialogmøte mellom fagavdelingen og KTV/KVO samt høring blant de berørte brukerorganisasjonene, Regionalt Brukerutvalg og helseforetakene.

Konklusjon

Rapporten gir en bred og faglig meget god oversikt over utfordringer innen lungemedisin. Tiltak for å iverksette planen vil bli vurdert i budsjett 2012 og i langtidsbudsjett.

Trykte vedlegg: Rapport fra faggruppen, februar 2011

Vedlegget er lagt ut på våre hjemmesider – se:
<http://www.helse-nord.no/article77049-1079.html>