

Arkivreferanse: 2025/133
Ansvarleg direktør: Olav Lødemel
Saksbehandlar: Olav Lødemel

SAKSFRAMLEGG

Saksnummer	Møtedato	Utval
28/25	12.03.2025	Styret i Helse Møre og Romsdal HF

Vurdering av protesekirurgi som dagbehandling ved SNR Kristiansund

Vedlegg

- 1 ROS dagkirurgisk protesekirurgi SNR
- 2 Sak 83-24 - Vedl 3 - Juridisk notat - Vurdering av ansvarsovergang mellom HMR og kommune ved utskrivning av pasienter
- 3 Spesialisthelsetjeneste og kommune - Helsedirektoratets vurderinger. Datert 14.02.25
- 4 Statement dagkirurgi - Henrik Kehlet. Datert 25.02.25
- 5 Møte 13.11.24 sak 83-24 - Vedlegg 2 - Prosjektrapport - Proteseprosjektet 2021-2024. 02.05.24
- 6 Drøftingsprotokoll styresak 28-25. Proteseskirurgi som dagbehandling ved SNR Kristiansund

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Møre og Romsdal er opptatt av at pasienttilbudet må innrettes på en slik måte at det sikrer økonomisk bærekraft og god og effektiv bruk av ressurser og personell.

Sammenslåing av to sjukehus til et felles sjukehus på Hjelset fra våren 2025 skal være med å sikre bærekraft i hele helseforetaket. Det må velges løsninger som sikrer rekruttering og etablering av robuste fagmiljø på lang sikt.
2. Styret for Helse Møre og Romsdal viser til foretaksprotokoll av 19.12.24 og vurderer at oppdraget svares ut gjennom denne styresaken (ST 28/2025).
3. Styret har særlig vektlagt risikoen for økt belastning for pasient knyttet til transport og mulige konsekvenser for befolkningen knyttet til samlet ambulanseberedskap.
4. Styret for Helse Møre og Romsdal vedtar ut fra en totalvurdering å videreføre pilotering av protesekirurgi som mulig dagbehandling ved akuttstjukehuset på Hjelset, av hensyn til pasientsikkerhet og HMR sitt ansvar for denne sikkerheten.

Ålesund, 06.03.25
Olav Lødemel
adm. direktør

Formål med saken

I foretaksmøtet mellom Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal 19. desember 2024 ble HMR bedt om å vurdere hvordan pilotering av protesekirurgi kan gjennomføres ved SNR Kristiansund etter ibruktakelse av SNR Hjelset, innen faglig forsvarlige rammer som ivaretar hensynet til pasientsikkerhet: "Vurderingen skal inkludere en risikovurdering og klargjøring av ansvarsforhold, inkludert eventuelle aktiviteter som kan støtte opp om en slik utprøving. I dette inngår et eventuelt samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten."

Denne saken er ment å svare ut foretaksprotokollen fra 19. desember 2024.

Bakgrunn

Styret for Helse Møre og Romsdal har tidligere vedtatt tilbudet i Kristiansund. Det er planlagt med et bredt elektivt poliklinisk tilbud, dagbehandling og dagkirurgi. I statsbudsjettet for 2024 fikk HMR bevilget varige øremerkede midler for tiltak i Kristiansund. Styret vedtok i sak 94/24 at 75 MNOK av de øremerkede midlene til DMS Kristiansund skulle bidra til å realisere ombygging slik at poliklinikk for psykisk helsevern voksne får plass i bygget, da dette vil bidra til å gi samhandlingseffekter som også den kommunale helsetjenesten har etterlyst og ønsket seg. Det skal ikke være somatiske døgnseger eller vaktordninger for spesialisthelsetjenesten i Kristiansund. Forutsetningen for tilbudet er at det skal være helt skjermet for øyeblikkelig hjelp slik at det kan driftes på en forutsigbar og effektiv måte. Når SNR Kristiansund tas i bruk skal alle planlagt ortopediske operasjoner kunne gjennomføres som dagkirurgi. Volumet innenfor området er derfor avhengig av hvilke operasjoner som kan utføres som dagkirurgi, samt tilgangen på personell.

I sak 88/20 Justert innhold i SNR Kristiansund anbefales det et justert og oppdatert innhold i SNR Kristiansund, som tar høyde for relevant medisinsk utvikling. Et pasienttilbud i endring var bakgrunnen for at administrerende direktør i HMR i 2020 la fram en orienteringssak med en vurdering av behovet for å endre og utvide spesialisthelsetjenester i Kristiansund. Deriblant et utvidet ortopedisk tilbud med hovedvekt på dagkirurgiske proteser. Forutsetningen for denne saken var en vurdering av at et utvidet somatisk tilbud i mindre grad ville utløse behov for mer areal, utstyr og ombygginger. Videre skulle ikke den økonomiske investeringsramma knyttet til SNR Kristiansund bli økt som en konsekvens av et utvidet somatisk tilbud. Styret i HMR tok orienteringen om justert innhold knyttet til de somatiske spesialisthelsetjenestene i SNR Kristiansund til vitende (Møteprotokoll styremøte HMR 13.-14.10.2020).

I Norge er det flere sykehus som har operert dagkirurgiske proteser i flere år, Sykehuset Innlandet, Elverum, er de med størst volum og lengst erfaring. Siden 2020 har ortopedimiljøet i Kristiansund arbeidet med mål om å etablere protesekirurgi innen kne og hofte som en del av det dagkirurgiske tilbudet ved SNR Kristiansund. Høsten 2023 ga adm.dir. ortopedimiljøet ved SNR i oppdrag å utarbeide en anbefaling til hvordan det dagkirurgiske tilbudet kunne løses ved SNR. I mai 2024 overleverte de prosjektbeskrivelsen "Proteseprosjektet i Kristiansund" (vedlegg) til fagdirektør i HMR, hvor miljøet anbefaler at en skal utføre noe protesekirurgi som dagkirurgi ved SNR Kristiansund. Våren 2024 startet en også opp med å operere pilotpasienter i Kristiansund.

I styremøtet 13.11.24 behandlet styret saken (83/24) om det fremtidige protesetilbudet i SNR, og hvordan det skal organiseres. Adm. dir gikk inn for å samle den elektive protesekirurgien til Hjelset og pekte på uklare ansvarsforhold rundt den postoperative behandlingen og at oppfølgingen av protesepasienter som ikke kan sendes hjem samme dag ikke er pasientsikkert. I SNR Kristiansund skal det ikke være bemannede døgnseger i HMR sin regi. Adm. dir vurderte det derfor som faglig uforsvarlig å overlate den post-operative behandlingen og oppfølgingen til kommunen, og at elektiv protesekirurgi er inngrep spesialisthelsetjenesten har et totalansvar for. Styret i Helse Møre og Romsdal vedtok i sak 83/24 å samle all protesekirurgi til SNR Hjelset våren 2025, og at styret skulle få fremlagt en evaluering og ny vurdering av protesekirurgitilbudet ved SNR i løpet av våren 2027.

Status pilotprosjekt – empiri fra pilotprosjektet i Kristiansund

Antallet pasienter som er operert med primærprotese i kne, hofte og skulder i Kristiansund og Molde har vært fallende de siste år. Toppåret var 2022 med 515 pasienter, da det ble operert flere pasienter for St Olavs hospital grunnet pandemien. I 2023 var det 432 pasienter og i 2024 376 pasienter.

Antall og % økning YOY i antall primære proteseoperasjoner
Molde og Kristiansund
2021-2024

År Sykehus	2021			2022			2023			2024		
	Antall Opphold	Antall Opphold forrige år	% økning i Opphold fra forrige år	Antall Opphold	Antall Opphold forrige år	% økning i Opphold fra forrige år	Antall Opphold	Antall Opphold forrige år	% økning i Opphold fra forrige år	Antall Opphold	Antall Opphold forrige år	% økning i Opphold fra forrige år
Kristiansund	432	325	32.9 %	458	432	6.0 %	383	458	-16.4 %	345	383	-9.9 %
Hofte	254	194	30.9 %	278	254	9.4 %	217	278	-21.9 %	191	217	-12.0 %
Kne	166	127	30.7 %	169	166	1.8 %	138	169	-18.3 %	132	138	-4.3 %
Skulder	12	4	200.0 %	11	12	-8.3 %	28	11	154.5 %	22	28	-21.4 %
Molde	29	43	-32.6 %	57	29	96.6 %	49	57	-14.0 %	31	49	-36.7 %
Totalt	461	368	25.3 %	515	461	11.7 %	432	515	-16.1 %	376	432	-13.0 %

Figuren over viser utviklingen i antall primære proteseoperasjoner fra 2021 og til og med 2024 ved Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus.

Fagmiljøet innen ortopedi i SNR Kristiansund har utviklet et pasientforløp for proteser på én dag i tilknytning til sykehussenger som beskrevet (vedlagt i sak 83/24). Siden oppstart og per februar 2025 er det utført 63 proteseoperasjoner planlagt som dagkirurgi. Av disse er 55 pasienter skrevet ut operasjonsdagen mens det er 8 pasienter (13%) som ikke har kunnet blitt skrevet ut fra sykehuset operasjonsdagen. Det har vært én alvorlig komplikasjon hos en (1) pasient. De andre (7) har hatt mindre alvorlige komplikasjoner. Alle pasienter har vært fulgt opp i etterkant.

Protese dagkirurgi SNR Kristiansund 19.08.2024-26.02.2025				
Gjennomførte proteser dagkirurgi (n)	Median alder	Kvinne/mann (n)	Median ASA	Eligible (n opererte proteser)
60 (21.8%)	60	40/20	2	275

Figuren over viser antall planlagte proteser for dagkirurgi, alder, kjønn og “risiko ved anestesi” målt i ASA (1-5) der ASA 1 er helt uten sykdom mens ASA 5 er døende. Eligible proteser refererer til det totale antallet proteseoperasjoner i samme tidsrom. Man vet ikke hvor mange av de 275 som er screenet og spurt om de vil opereres dagkirurgisk.

Status oppdatert kunnskapsgrunnlag

Helsevesenet er under press grunnet en økt aldrende befolkning og færre ressurser, som gjør at det er behov for kostnadseffektive behandlingsformer. Tidligere var det bare enkle inngrep som var egnet for dagkirurgi. Utviklingen av bedre anestesi, minimalt invasive operasjonsteknikker og bedre behandling av pasienten før, under og etter operasjon, alt dette kalt ERAS-prinsippet (early recovery after surgery) har muliggjort dagkirurgi for større inngrep. Professor Henrik Kehlet og hans gruppe ved Rigshospitalet i København er de ledende forskerne og klinikerne i verden innen optimalisering av dagkirurgi gjennom utvikling av ERAS-prinsippet for mange kirurgiske fagområder. Denne utviklingen har gitt grunnlag for en økende interesse i å øke andelen pasienter som kan skrives ut til hjemmet samme dag som de er operert med protesekirurgi i kne eller hofte.

Protesekirurgi er stor kirurgi som i dag utføres "overalt" etter "fast-track"-metodikk der ERAS-prinsippene gjør at pasientene er innlagt til dagen etter. Store internasjonale fler-senterstudier i det offentlige helsevesen publisert siste år viser at det i dag er realistisk å skrive ut om lag 25% av alle pasientene på operasjonsdagen. De som ender som inneliggende er ofte eldre, sykere, mer skrøpelige og pasienter som har behov for mer hjelp før operasjon. De fleste inneliggende er i "fast-track"-forløp med ett døgn opphold. Studiene viser ingen store forskjeller i resultat mellom dagpasienter og "fast-track"-pasientene, men dagpasientene har noe færre reinnleggelser innen 30 dager. Det er også gjort mindre studier hvor man har oppnådd vesentlig høyere andel pasienter utskrevet operasjonsdagen. Disse er utført på svært nøye selekterte pasientgrupper. Disse funn gjør at det pågår flere studier som ser hvordan man kan øke andelen pasienter som kan opereres dagkirurgisk. Gevinsten for pasienten ved dagkirurgi ligger i man kommer seg ut av sykehuset samme dag, mens forekomst av komplikasjoner og behov for opptrening er lik.

Den store utfordringen er å selektene riktig pasient for dagkirurgi. Det innebærer å forsøke å kartlegge hvilke pasienter som ikke får problemer under og etter operasjonen, og intensivt forebygge årsaker til det som kan resultere i manglende utskrivelse samme dag. Dette kan være tilstander som smerter, kvalme, manglende evne til å stå opp fra senga og forflytte seg med krykker kort tid etter operasjon. Det kan også i mer sjeldne tilfeller (0,5-0,7%) oppstå mer alvorlige komplikasjoner fra hjerte, lunger, nyrer, nervesystemet, blødning og andre komplikasjoner relatert til bedøvelsen som medfører forlenget innleggelse og behov for ytterligere behandling. Kunnskapsgrunnlaget vedrørende dagkirurgiske proteser har utviklet seg det siste året. Fra Danmark, som er sammenlignbart med norske forhold, er det nylig kommet to store fler-senterstudier, de største i verden til nå, hvor det ved syv senter ble etablert kunnskapsbaserte pasientforløp for protesepasienter. Studiene ble ledet fra Center for Fast-track Hip and Knee Replacement som er et samarbeid mellom mange universitetssykehus i Danmark. Det ble satt klare kriterier for hvem som kunne få utført dagkirurgi, med bredere inklusjonskriterier enn de som brukes i SNR Kristiansund, og kriteriet for å erklære pasienten utskrivningsklar er tilsvarende som vi bruker i Norge.

Den første studien med 2756 pasienter ble publisert i mai 2024. Der konkluderte man med at det er mulig å utføre dagkirurgisk hofte- og kneprotese-operasjon hos 21% av pasientene i regi av offentlig helsevesen. Sannsynligvis kan denne andelen økes ved ytterligere erfaring ved sykehusene. I november 2024 kom en enda større studie fra samme gruppe i Danmark. Neste store studie ble publisert i november 2024. Av 6142 pasienter i alderen 18 til 80 år som skulle opereres og få primær hofte- eller kne-protese fant man at 34% av hofteprotesene, 34% av de totale kneprotesene og 52% av uni-kneprotesene kunne selekteres for dagkirurgi. Av disse kunne 59% av hofteprotesene, 61% av de totale kne-protesene og 72% uni-kneprotesene utskrives samme dag. Studien viste at 35-50% av alle pasientene egner seg for dagkirurgi, og av disse må det påregnes at 30-40% innlegges i sykehus natten etter operasjon. Dette er en stor andel, og studien underbygger utfordringen med å forutse hvem som kan skrives ut samme dag basert på dagens seleksjonskriterier.

Danskene har prospektivt samlet data fra over 10 000 pasienter. Det pågår nå derfor nå store studier som blant annet bruker kunstig intelligens for å utvikle bedre seleksjonskriterier.

I tillegg til omfattende litteraturgjennomgang og diskusjon med norske sykehus som opererer dagkirurgiske proteser, har foretaket konsultert professor Henrik Kehlet ved Rigshospitalet i København, leder av Center

for Fast-track Hip and Knee Replacement. Kehlet er sentral i overnevnte studier og i en uttalelse skriver han følgende «Fra vores multicenter samarbejde anbefaler vi derfor indtil videre dokumentation foreligger omkring seleksjonskriterier, sikkerhed, behov for overnatning etc. at udføre operationerne på et hospital, hvor der er vagt og døgnsege.» (brev vedlagt). Han anbefaler altså å utføre prosjektet med dagkirurgiske proteser på et sykehus med vaktordning og døgnseger inntil mer dokumentasjon foreligger omkring seleksjonskriterier, pasientsikkerhet ved dagkirurgiske proteseoperasjoner, behov for overnatting, etc.

Juridisk vurdering

I vedlegg 3 til styresak 83-24 ble det redegjort for helseforetakets juridiske vurderinger av handlingsrommet for å samarbeide med kommunen om utskriving av nyopererte pasienter. Vurderingen er også vedlagt her og innholdet gjentas derfor ikke i sin helhet i denne saken. I anbefalingen til styret ble det påpekt at helseforetaket er fullt ut ansvarlig for pasientforløpet frem til pasienten ikke lenger har behov for døgnopphold ved sykehus og dermed er "utskrivningsklar" i lovens forstand. Det ble videre sagt at et samarbeid med kommunen om nyopererte pasienter forutsetter at pasienten regnes som utskrivningsklar, og at det kommunale tilbud er innrettet for målgruppen i samråd med spesialisthelsetjenesten.

Et forslag fremmet i styremøtet gikk på å be om en ekstern juridisk vurdering fra Helsedirektoratet. Endelig vedtak ble å ikke be om en slik vurdering, men man har fulgt mindretallets forslag om å sende over en anmodning til Helsedirektoratet. Helsedirektoratets rettsavdeling er derfor blitt konsultert. De har gjennomgått helseforetakets skriftlige vurderinger og har gitt innspill i brev av 14.2.2025 (vedlagt).

De gir i sitt skriv uttrykk for at et samarbeid «reiser flere spørsmål om ansvarsforhold og forsvarlighet i tilbudet»:

«For pasienter som ikke er utskrivningsklare vil kommunen i så fall måtte påta seg å yte forsvarlige tjenester på vegne av spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve at personell som ivaretar pasientene kan postoperativ observasjon og vet hva som er viktig å følge med på for denne pasientgruppen. Spesialisthelsetjenesten vil på sin side være ansvarlig for tjenestene som ytes i tilbudet, og for at det er bemannet med personell som er nødvendig for å ivareta pasientenes behov på en god måte.»

Direktoratet gir her uttrykk for at kommunen vil måtte yte tjenester «på vegne av» spesialisthelsetjenesten, og bemanne med personell som «kan» postoperativ observasjon. De viser også til at det er spesialisthelsetjenesten som er «ansvarlig for tjenestene som ytes i tilbudet», herunder tilstrekkelig bemanning.

Når det gjelder KAD-ordningen og muligheten for å bruke kommunale senger som «etterbehandling» etter operasjon i sykehus, viser direktoratet til at formålet med KAD-ordningen ikke har vært «at kommunene skulle overta ansvar for å yte spesialisthelsetjenester i forlengelsen av opphold» i sykehus. Rammene for ordningen er da "ikke direkte overførbare for de pasienter som ikke er utskrivningsklare". Direktoratet er «i tvil» om det vil være rettslig farbart å henvise pasienter som ikke er utskrivningsklare til kommunale senger.

Foretaket oppfatter direktoratet dithen at de ikke utelukker muligheten for et samarbeid mellom helseforetak og kommune om nyopererte pasienter, forutsatt at det inngås samarbeidsavtale med kommunen om det. Men de viser også til at spesialisthelsetjenesten fremdeles sitter med ansvar for bemanning og forsvarlighet dersom pasienter overføres til kommunal tjeneste før de egentlig er utskrivningsklare. De sier også at kommunene står fritt til å velge hvordan de vil organisere sitt KAD-tilbud, men at det i utgangspunktet er i strid med formålet for KAD-ordningen å overføre pasienter som ikke er utskrivningsklare til slik tilbud.

Etter HMR sin vurdering er Helsedirektoratets uttalelse på linje med helseforetakets tidligere vurderinger i saken. Utfordringer knyttet til lovens ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, eksisterende samarbeidsavtale, instruksjonsmulighet over kommunalt personell, kommunens faktiske mulighet til å stille med spesialiserte tjenester, mv. taler imot å overføre pasienter til kommunalt tilbud som skissert.

Dette er samtidig ikke til hinder for at kommunen tilbyr kommunale tjenester som ivaretar pasienter når de har blitt erklært utskrivningsklare, og at partene samarbeider om et mest mulig enhetlig pasientforløp på vanlig måte og i tråd med eksisterende samarbeidsavtale.

Risiko og sårbarhetsanalyse

Metode

Utgangspunkt er rammeverk for risikostyring i Helse-Midt Norge, Risikostyring Rammeverk HMR, samt Norsk Standard NS 5814:2021 krav til risikostyring. For kriterier for sannsynlighet- og konsekvensvurdering er tabellene fra regionalt rammeverk benyttet.

Valg av risikoområder

Arbeid med ROS-analysen har tatt utgangspunkt i risiko knyttet til pasientsikkerhet, fag- og arbeidsmiljø og konsekvens for prehospital tjeneste.

Premiss for vurderingen

Slik driften er vedtatt og planlagt foreligger det ikke døgnenger i SNR Kristiansund. Det foreligger heller ikke en avtale om bruk av kommunale døgnenger. Etablering av en slik avtale innebærer en krevende juridisk og avtalemessig prosess og er ikke et aktuelt alternativ nå. I gruppen var det ulik forståelse av dette, men vurderingene som er gjort baserer seg på premisset om at pasienter som har behov for døgnopphold må overflyttes med ambulanse til SNR Hjelset.

Gjennomføring av analysen

På forhånd var sløyfediagrammene som beskriver de ulike risikoområdene sendt ut til deltakerne. Erfaringer fra dagkirurgiske pasientforløp viser at et antall pasienter ikke vil kunne skrives ut fra sykehus operasjonsdagen, men må få tilbud om ytterligere overvåkning og/eller behandling. Dette innebærer konvertering av pasientforløpet fra dagbehandling til innleggelse i sykehus i døgnbehandling. Hvor mange pasienter dette gjelder avhenger av hvor gode seleksjonskriterier som foreligger, egenskaper hos pasienten og andre forhold, gjerne knyttet til anestesirelaterte problemstillinger. Til grunn for vurdering av både sannsynlighet for ikke å bli dagkirurgisk pasient som planlagt, og konsekvens av pasientskade i denne analysen, kan man bruke data fra pilotprosjektet i Kristiansund og data fra store studier i Danmark. I denne ROS-analysen er erfaringer fra proteseprojektet i Kristiansund lagt til grunn, der 13 % av pasientene av ulike årsaker fikk forlenget sitt opphold. I henhold til opptrappingsplan skissert i proteseprojektet vil antall pasienter som får protesekirurgi som dagkirurgi over en 3-års periode være 350-400 pasienter og det er påregnelig å regne med at 45-55 av disse av ulike årsaker må konverteres til døgn. Dette må regnes som et svært konservativt anslag da store internasjonale studier viser at 30-40 % av de planlagte dagkirurgiske inngrepene ender med innleggelse. Av totalpopulasjonen er det om lag 20-25% som blir dagkirurgiske pasienter. Det var uttalt uenighet i gruppen siden data fra få pasienter i Kristiansund ble lagt til grunn for vurderingen, og ikke tallene fra de store internasjonale studiene.

I første møte klarte gruppen å slutføre analysen for området knyttet til pasientsikkerhet. Før avsluttende møte valgte tillitsvalgte for legene og tre ansatte å trekke seg fra videre arbeid med analysen, da de blant annet ikke var enige i noen av forutsetningene lagt til grunn for ROS-analysen samt premissene for de juridiske vurderingene i saken og at brevet fra Kehlet ble formidlet 2 dager etter mottak.

Risikomatrise

ID	Tittel	Samlet risiko	Pasient-sikkerhet	Arbeids- miljø/ HMS	Merarbeid	Drift/ tjeneste	Tillit	Straff og sanksjoner	Forskning	Utdanning
108741	Protesekirurgi SNR KSU - Pasientsikkerhet									
108742	Protesekirurgi SNR Hjelset - Pasientsikkerhet									
108747	Protesekirurgi SNR Hjelset - Fag og arbeidsmiljø									
108748	Protesekirurgi SNR KSU - Fag og arbeidsmiljø									
108751	Protesekirurgi SNR KSU - Transport og prehospital tjeneste									
108752	Protesekirurgi SNR Hjelset - Transport og prehospital tjeneste									

Viser 6 av 6 risikoelementer.

Det er over tid etablert et solid fagmiljø innen ortopedi i Kristiansund, og utviklingen av dagkirurgisk protesekirurgi er et godt eksempel på framtidssretta utvikling av fagområdet som har sitt utspring i dette miljøet. ROS-analysen viser at ved å beholde den dagkirurgiske protesekirurgien i SNR Kristiansund vil man i større grad være i stand til å beholde og utvikle dette miljøet videre sett i forhold til om man flytter dette miljøet til en ny lokasjon. Dette handler både om utfordringen knyttet til å endre lokasjon for arbeidet, men også det faktum at det foreligger en risiko for at sentrale fagpersoner ikke blir med på flyttingen. Dette gjelder i første rekke kliniske spesialister, men også sykepleiere og andre som utgjør gruppen som jobber med utviklingsprosjektene i dag.

En annen viktig faktor som styrker en lokalisering av tjenesten til SNR Kristiansund er at virksomheten her vil kunne drives som skjermet elektiv virksomhet uten forstyrrelser fra akuttkirurgi som en vil kunne oppleve ved SNR Hjelset.

Videre vil dagkirurgisk protesekirurgi ved SNR Kristiansund gi et større samlet dagkirurgisk tjenestetilbud i i Kristiansund sammenlignet med om deler av virksomheten flyttes til SNR Hjelset.

Ulempen knyttet til å videreføre det tilbudet om protesekirurgi i Kristiansund knytter seg i første rekke til at det ikke finnes tilgjengelig hverken postoperativt eller akuttmedisinsk døgntilbud ved SNR Kristiansund etter innflytting i SNR Hjelset. Dette innebærer at pasienter som av ulike årsaker må konverteres fra dagkirurgi til døgnopphold må transporteres til SNR Hjelset. Dette vil i første rekke være en ulempe for de pasientene det gjelder, men en opptar også transportkapasitet som igjen kan føre til samtidighetskonflikter i prehospital tjeneste. Samtidighetskonflikter utløst av transport av protesepasienter fra Kristiansund til Hjelset kan medføre at det ikke er akuttberedskap til å takle alvorlige tidskritiske hendelser i Kristiansund. En har ikke på det nåværende tidspunkt oversikt over grad av ressursknapphet i denne tjenesten i forbindelse med flytting inn i nytt akuttisykehus ved SNR Hjelset, men det er bred enighet om at denne tjenesten vil være under betydelig press i forbindelse med endring i sykehusstrukturen i SNR. Erfaringene fra de til nå 63 operasjonene som er gjort i dagkirurgiprojektet i Kristiansund har vist at 13% av pasientene har ikke blitt skrevet ut operasjonsdagen, og at for kun en av de 63 pasientene oppstod det symptomer av alvorlig grad, som i ettertid ikke var så alvorlig som først antatt. Internasjonale studier viser at en kan forvente at mer alvorlige symptomer kan opptre i 0,5 – 0,75% av de pasientene som tilbys dagkirurgi. Dette innebærer 1-3 individer pr 200 opererte pasienter. Dette innebærer at det er behov for å ha tilgjengelig akuttmedisinsk beredskap for denne pasientgruppen. Denne beredskapen vil være bedre og mer tilgjengelig ved SNR Hjelset enn ved SNR Kristiansund.

Det er i plan for SNR lagt opp til sammenslåing og tett samhandling mellom ortopedimiljøene i Molde og Kristiansund. En samling av protesekirurgien til SNR Hjelset vil være en viktig driver for å styrke det fremtidige fag- og forskningsområdet innenfor ortopedi i SNR.

Økonomiske konsekvenser

I styremøte den 5. februar 2025 behandlet styret i Helse Møre og Romsdal HF sak 18/25 Gevinstrealisering SNR. Styret gjorde følgende vedtak i saken:

- 1. Styret for Helse Møre og Romsdal tar saksfremlegget om økonomisk gevinstrealisering SNR til orientering.*
- 2. Styret for Helse Møre og Romsdal ber administrerende direktør sikre at økonomiske gevinster knyttet til nytt akuttsjukehus på Hjelset blir realisert og at den elektive driften i Kristiansund planlegges kostnadseffektivt*
- 3. Det skal innen 1. april bli utarbeid en gevinstrealiseringsplan som beskriver mer eksakte tall på gevinster og hvordan og når gevinstene skal realiseres. Det skal samtidig bli sett på rammer for drift og vedlikehold for ny bygningsmasse og arealene i Kristiansund*

I Oppdrag og bestilling 2025 for Helse Møre og Romsdal HF er dette også formulert som et eget oppdrag:

Det vises til utredning og analyse av bæreevne for SNR i tilknytning til konseptfasen. Helseforetaket skal innen 1. april 2025 legge frem en plan for hvordan gevinster av sammenslåingen av to sykehus skal realiseres.

Det vil bli lagt fram en sak for styret i Helse Møre og Romsdal til behandling i styremøte 9. april 2025 som svarer ut vedtaket i styresaken og oppdraget i oppdragsdokumentet.

Det er krevende å beregne de eksakte økonomiske konsekvensene av å videreføre dagkirurgiske proteser ved SNR Kristiansund etter at alle akuttfunksjoner og vaktberedskap i SNR flyttes fra Molde og Kristiansund til Hjelset. I utgangspunktet er SNR Hjelset planlagt med en kapasitet for å kunne ta imot alle pasienter som tidligere er behandlet som døgnpasienter, inkludert alle protese pasienter. For å få til en effektiv drift i Kristiansund er det viktig at pasientvolumet ikke planlegges høyere enn helseforetaket har pasienttilgang for. En vil ikke ha samme fleksibiliteten knyttet til alternativ utnyttelse av personell i Kristiansund som på Hjelset, som skal ha et langt bredere tilbud. Det forutsettes derfor at det samlede tilbudet ved SNR Kristiansund planlegges kostnadseffektivt og at kapasiteten/ressursbruken tilpasses det aktivitetsnivået som er lagt til grunn for driften.

I bærekraftanalysen for SNR fra 2016, oppdatert i 2017, er det forutsatt at det ikke skal være merkostnader knyttet til å ha tilbud både ved SNR Hjelset og SNR Kristiansund. Dette legges til grunn for denne saken, og de økonomiske konsekvensene vi løfter frem her er derfor begrenset til to forhold; transport og driftskonsept.

Transport – transportrelaterte kostnader

Det vises til omtale av konsekvenser for prehospitale tjenester. Den samlede transporten av pasienter vil øke som følge etablering av SNR Hjelset. Omfanget av protese pasienter som vil måtte overflyttes fra Kristiansund til Hjelset vil utgjøre en liten del av denne økningen. All transport påvirker likevel totalberedskapen og kostnader knyttet til denne.

Driftskonsept

Det er lagt til grunn et driftskonsept for aktiviteten ved SNR Kristiansund knyttet til forutsetninger om åpningstid og vakt. Aktiviteten skal i hovedsak være innenfor normal arbeidstid fra kl. 08-16. Unntaket for normal arbeidstid er dagkirurgisk overvåkning frem til kl 18. Dersom pasienter ikke kan sendes hjem som planlagt av ulike årsaker, og pasientene ikke er prioriterte oppdrag for ambulansetjenesten, vil dette føre til økte lønnskostnader som følge av at personell må arbeide ut over avtalt arbeidstid, samt eventuelt nødvendig tilsyn fra anestesilege.

Forutsetning for videre drift av pilotprosjektet «proteser på én dag» i Kristiansund

Døgnsenger

Fagmiljøet i Kristiansund har i stor grad lyktes med å skrive ut majoriteten av protesepasientene i pilotprosjektet samme dag. Samtidig understreker piloten så langt at det er behov for døgnsenger i beredskap, da 8 pasienter (13 %) har hatt behov for post-operativ behandling. Som nevnt i kapittelet om "Kunnskapsgrunnlag" viser større internasjonale studier at når volumet av pasienter øker og inklusjonskriteriene blir bredere, vil flere pasienter ha behov for post-operativ døgnsenger (ca 30-40 %).

Det er enighet internt i HMR om behovet for døgnsenger, men det er ulikt syn på hvorvidt pasientene kan skrives ut til kommunal omsorg eller om de trenger spesialisert post-operativ behandling.

I forbindelse med styresak 83/24 foretok HMR en juridisk vurdering av hvorvidt pasientene som ikke kan skrives ut samme dag, kan skrives ut til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det juridiske notatet er vedlagt denne saken, og avdekker at post-operativ behandling i kommunen krever et omfattende og avklart samarbeid med kommunen med tilgang på spesialisert kompetanse. Helsedirektoratets rettsavdeling har også blitt konsultert, og direktoratet peker på de samme utfordringene knyttet til lovens ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, samarbeidsavtaler, instruksjonsmyndighet og kommunens mulighet til å stille med spesialiserte helsetjenester. HMR vurderer at kompleksiteten knyttet til et slikt samarbeid vil være omfattende og tidkrevende, og ikke realiserbart å prioritere i den situasjonen foretaket står i nå.

Transport til døgnseng

Det vil være behov for døgnsenger i beredskap om protesekirurgi skal videreføres i Kristiansund, også etter at akuttsjukehuset på Hjelset tas i bruk.

Et alternativ da er å transportere post-operative pasienter med behov for døgnsenger til nærmeste spesialiserte døgnseng, som vil være på Hjelset. Dette var også premisset for ROS-analysen som ble foretatt.

Innflyttingen på det nye akuttsjukehuset på Hjelset vil påvirke ambulansetransporten fra Kristiansund. I foreliggende rapport fra Prehospitale fellestjenester i Helse Midt-Norge (lenke) er det beskrevet konsekvens for antall kjørte timer og kilometer, men rapporten synliggjør at det er vanskelig å forutsi hvordan ambulansetjenesten vil bli påvirket med tanke på responstid. Transport av postoperative protesepasienter vil i stor grad forekomme på ettermiddag, men det er vanskelig å forutsi hvor hyppig det vil bli behov for det. Økte transportoppdrag vil påvirke totalberedskapen i nedslagsfeltet, og ROS-analysen peker også på dette området som en risikodriver for både pasientsikkerhet og merarbeid knyttet til pasienttransporter. I tillegg vil slike pasienttransporter være kostnadsdrivende.

Medvirkning

Fagdirektør har gjennom høsten 2024 hatt dialog og møter med ortopedimiljøet i Kristiansund i forbindelse med pilotprosjektet og diskutert protokoll og avklart destinasjonskriterier som definerer hvilke pasienter som ikke kan skrives ut operasjonsdag, men som må behandles i sykehusseng og hvem som må innlegges i overvåkningsavdeling. Det har og vært direkte dialog mellom fagdirektør og ortopedimiljøet samt hospitering i Kristiansund.

I forbindelse med saksbehandlingen og forberedelse av grunnlaget for styresaken har tillitsvalgte og hovedverneombud blitt involvert i både fag- og dialogmøter. Det har vært avholdt fagmøte 17. februar, medvirkningsmøte 24. februar og drøftingsmøte 3. mars. Som følge av at ROS-analysen ble forsinket og sendt ut kun kort tid før drøftingsmøtet 3. mars, ble det også avholdt drøftingsmøte 4. mars og 6. mars. Tillitsvalgte og verneombudstjenesten var deltagere i første del av ROS-analysen, men hvor tillitsvalgte trakk seg fra ROS underveis i prosessen av grunner beskrevet over.

Administrerende direktør sin vurdering

I likhet med andre helseforetak i Norge, går også Helse Møre og Romsdal en krevende tid i møte med mangel på helsepersonell som kanskje den største utfordringenⁱ, i tillegg til å tilpasse tjenestetilbudet i fylket til økonomiske rammer. For HMR er sammenslåingen av to akuttstjukehus i nordfylket et sentralt strategisk virkemiddel for å møte framtidens utfordringer.

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal skal bidra til mer robuste fagmiljøer og effektiv ressursutnyttelse i tidsriktige og moderne lokaliteter. Et topp moderne akuttstjukehus på Hjelset skal, sammen med det brede elektive tilbudet ved SNR Kristiansund, gjøre foretaket bedre i stand til å møte pasientenes behov og forventninger.

På akuttstjukehuset vil det være et omfattende spesialisthelsetjenestetilbud med vaktlinjer 24/7. I Kristiansund skal det være et bredt elektivt spesialisthelsetjenestetilbud blant annet i form av omfattende poliklinikkvirksomhet innenfor ulike fagområder som dekker behovene til det brede lag av befolkningen.

Antallet dagkirurgiske proteser utgjør her en svært liten del av det samlede volumet av antall pasientkontakter ved SNR Kristiansund. Virksomheten i Kristiansund skal ikke innbefatte døgnaktivitet eller øyeblikkelig hjelp for å kunne driftes på en effektiv og forutsigbar måte hvor personellressursene tilpasses den planlagte aktiviteten. Det er avgjørende at foretaket får hentet ut gevinstene med redusert bemanning og vaktberedskap knyttet til det å gå fra to til ett felles sjukehus. I styresak 18/25 er dette forventet å ligge på rundt 130 MNOK, og i lys av helseforetakets økonomiske situasjon er det helt avgjørende å få realisert denne effektiviseringen.

Da styresaken om det dagkirurgiske tilbudet innen protesekirurgi ved Sjukehuset Nordmøre og Romsdal ble behandlet i styremøtet 13. november, var adm.dir sin anbefaling å samle tilbudet på Hjelset.

I tråd med oppdraget har foretaket gjort en ny vurdering basert på oppdatert kunnskap, en juridisk vurdering av ansvarsforholdene, ROS-analyse, hensynet til pasientsikkerhet og pasientens beste. Det oppdaterte beslutningsgrunnlaget har ikke endret anbefalingen i saken. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget som eksisterer per mars 2025, framlagt av anerkjente forskere innen fast track og dagkirurgi, underbygger vurderingen i saken. For å komme opp i et volum pasienter som er faglig og økonomisk bærekraftig, viser studier nevnt tidligere i saken, at en større andel pasienter vil konverteres fra dagkirurgi til døgnkirurgi. Gitt større volum og bredere inklusjonskriterier er det grunn til å forvente at andelen dagkirurgiske protesepasienter som vil få behov for postoperativt tilsyn i døgnseng vil øke og nærme seg andelen observert i de danske studiene - også i Kristiansund. Pasienten er da helseforetaket sitt ansvar fram til vedkommende er utskrivningsklar.

Som adm.dir har man ansvaret for pasientsikkerheten - et ansvar som ikke kan delegeres til et lavere forvaltningsnivå. Foretakets juridiske vurdering tilsier at pasienten ikke kan skrives ut til en kommunal seng. Det ortopediske fagmiljøet i Kristiansund er uenige i dette. I kjølvannet av forrige styrebehandling av denne saken, valgte HMR å konsultere rettsavdelingen i Helsedirektoratet, som støtter opp under vurderingen gjort av HMR i november. HMR har derfor ikke gått videre og diskutert problemstillingen med kommunen, men har orientert styringsgruppen for DMS om saksgangen med blant annet den juridiske vurderingen og nytt kunnskapsgrunnlag som hovedtema.

I tråd med foretaksprotokollen har HMR vurdert hvordan pilotprosjektet kan videreføres i Kristiansund. Adm.dir vurderer at det er behov for døgnplasser og at det ikke er aktuelt å bruke kommunen sine døgnplasser. Pasienter som det av medisinske hensyn ikke er forsvarlig å sende hjem, må dermed transporteres til nærmeste spesialiserte døgnseng, som er på akuttstjukehuset på Hjelset. Selv om pasientvolumet per nå er lite, vil det måtte øke for å kunne opprettholde effektiv drift ved SNR Kristiansund. Adm.dir sin vurdering er at det representerer en vesentlig ulempe med postoperativ transport for pasientene det gjelder, i tillegg til at det bidrar til å svekke en allerede belastet ambulanseberedskap for

ⁱ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

befolkningen i nedslagsfeltet. Adm.dir vurderer derfor at det ut fra et pasientperspektiv er tryggere for en pasient å reise inn til et sjukehus med et høyere beredskapsnivå og tilgang på flere spesialister i bakhånd for å få utført et omfattende inngrep som en proteseoperasjon tross alt innebærer.

ROS-analysen viser at det er en risiko for at sentrale fagpersoner som ønsker å videreutvikle pilotprosjektet ved sjukehuset i Kristiansund, velger å slutte. Likefullt vurderer adm.dir at hensynet til pasienten veier tyngst. Samtidig representerer det nye akuttsjukehuset på Hjelset en mulighet for å samle og rekruttere til et kompetent fagmiljø i attraktive fasiliteter hvor det i stor grad vil bli lagt til rette for kunnskapsutveksling med andre fagmiljøer, forskningsaktiviteter og faglig utvikling.