

Oppsummering av fra dialogseminarene feb. 2008 – Helse Sør-Øst - forslag til fordeling av basis-, område og regionfunksjoner for somatiske fagområder

Innhold:	Side:
Indremedisin (9 grupper)	
Endokrinologi	2
Gastroenterologi	3
Geriatrici	3
Nefrologi	4
Infeksjonsmedisin	5
Kardiologi (2)	5
Lungemedisin	6
Hematologi	7
Kirurgi	
Ortopedi (7)	8
Gastrokirurgi (6)	10
Karkirurgi (5)	12
Reuma/reumakirurgi (5)	14
Nevrologi (5)	15
Slag (7)	18
Pediatri (5)	20
Gyn/obstetrikk (6)	23
Urologi (5)	25
Onkologi (8)	26
Anestesi/intensiv (6)	29
Radiologi (6)	30

80 grupper og over 640 deltakere.

Område	Basis	Område	Region	Tilleggsopplysn.
IND. MED.				
Endokrino -logi	<p>Osteoporose –høy risiko eller utviklet manifest sykdom.</p> <p>Diabetes</p> <p>Tyreoidesykdommer – pasienter med hypotyreose</p> <p>Akutte endokrinologiske tilstander.</p> <p>Avhengigheter: Tilgang til bakvaktsystem på områdenivå Radiologi, gen. Indremed., sentrallab med ø.hj. funksjon, lærings- og mestringsentr. og diabetesteam Klinisk kompetanse innen fordøyelses-sykdommer ned på grensspes. nivå</p>	<p>Kompliserte tilfelle (eks. diabetes i svangerskap, insulinpumpe og senkompl.)</p> <p>Primær hyperparatyreoidisme</p> <p>Vanskelig regulerbar diabetes /nyresvikt</p> <p>Mannlig hypogonadisme</p> <p>Veksthormonbehandl.</p> <p>Diagnostikk, første utredn. og oppfølg./kontroll av sjeldnere endokrine sykdommer som svulster i hypofyse og binyrer og mer kompliserte tyreoidesykdommer</p> <p>Avhengigheter: Nukleærmed., radiologi inkl. CT og MR, DEXA-scanning, endokrin kir., karkir. Ortopedi, nefrologi, øyesykdommer, Kardiologi, nevrologi, gyn/obstetikk og pediatri. Bør være endokrinologisk</p>	<p>Hypofysesykdommer</p> <p>Endokrine svulster i binyrene</p> <p>Reoperasjoner for primære hyperparatyreoidisme</p> <p>Behandling av alvorlig hyperkalsemi av ukjent årsak</p> <p>Nevroendokrine tumores</p> <p>Multipel endokrin neoplasi</p> <p>Androgenitalt syndrom</p> <p>Spesialutredninger ved osteoporose og metabolske bensykdommer</p> <p>Spesialtilfeller ved tyreoidesykdommer inkludert malign exophtalmos</p> <p>Spontan hypoglykemi</p>	<p>Forslag til landsfunksjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Transplantasjon av bukspyttkjertel og øyceller ved diabetes. ○ Operativ beh. av hypofysesvulster ○ Behandling av nevroendokrine svulster <p>Basalfunksjonene fordrer godt samarbeid med kommunehelsetjeneste og spesialister utenfor sykehus. Urealistisk at lokalsykehus skal ha endokrinologisk spesialkompetanse – bør etableres nettverk med område/regionsykehus.</p> <p>Arbeidsdelingen mellom AUS, RH og UUS i framtiden. Ikke ønskelig med to separate regionale miljøer – foreslår hurtigarbeidende arbeidsgruppe.</p> <p>Opptaksområde Basis: 75/100- 150 000. kan fungere med mindre (20-30 000). Prakt. Spes. bør kunne brukes mer. Spes : 250-500 000</p> <p>Faglige bidrag: Bedre beh. av diabetes i sykehus – 20 % av pas. Bedre utnyttelse av sykepleie komp.</p> <p>Behov for ny gjennomgang ledet av ekspert</p>

		bakvaktsystem som dekker lokalsykehus (telefonvakt)		utenfra. Hvordan skal fremtidig rollefordeling mellom AUS, UUS og RH være? Ikke behov for to fullstendige og separate miljøer.
Fordøyels. sykdom (gastroenterologi)	<p>Klinisk kompetanse innen fordøyelses-sykdommer ned på grensspes. nivå (må finnes på ethvert sykehus som har akutfunksjon).</p> <p>Avhengigheter/må være samme sted: Kardiologi (infeksjonsmed. og geriatri).</p> <p>Kirurgisk beredskap for akutt gastroenterologi anestesi, kirurgi og onkologi.</p>	<p>Akutfunksjoner for blødninger, evt. ileus (endoskopivakt)</p> <p>Komplett endoskopisk service</p> <p>Kunne behandle alle gastroenterologiske lidelser</p> <p>Undersøkellesmetoder som har volum tilsv. opptaksområde.</p> <p>Avhengigheter: Gastroenterologisk kir., onkologi og med støttefunksjoner.</p>	<p>Second opinion Tarmfysiologi (for hele reg?)</p> <p>Nevroendokrine svulster</p> <p>Generelt ved funksjoner med lavt volum og spes. problemstillinger innen enkelte sykdommer.</p>	<p>Landsfunksjoner: Transplantasjoner</p> <p>Opptaksområde: Basis, 60-100 00. Område: 250 -500 000</p> <p>Akutfunksjonen i indremedisin er dimensjonerende for akutt sykehus nasjonalt pga volumet. Gjelder både struktur og lokalisering.</p> <p>Behov for felles tilnærming til organisering av akutfunksjonen i indremedisin før struktur for lokalsykehus og områdesykehus legges.</p>
Geriatri	<p>Solid basalfunksjon. Alle sykehus med akutt indremed. funksjon bør ha en akutt ger. enhet som tar pasienter direkte fra akuttmottak – 20 % av antall indremed. senger.</p> <p>Avhengigheter: Øvrige med spesialiteter og med.</p>		<p>Avansert demensutredning (spinalvæskeutredninger).</p> <p>Avhengigheter: Nevrofysiologi Nevroradiologi nevropsykologi</p>	<p>Bare behov for 2 nivåer innen geriatri – basis og region.</p> <p>Behov for nært samarbeid med kommunal helsetjeneste og fastlegene, særlig for å lage tilpassede behandlingsforløp ved utskrivning fra akutt opphold.</p> <p>Opptaksområder: Basisfunk. 60/100-250 000. En fullverdig indremed. avd. bør ha 8 grensspes. og derved grunnlag for geriatrik enhet. Dette vi</p>

	støttefunksjoner (rad. lab, anestesi/intensiv).			tilsi 100 000 innbyggere. Spesialfunk. / reg: 2 mill. Geriatrisk metode med systematisk og tverrfaglig tilnærming vil gi kostnadseff. behandlingsforløp.
Nefrologi	<p>Utredn. og oppfølging av akutte og kroniske nyresykdommer.</p> <p>Nefrologisk kompetanse på alle sykehus med akutfunksjon.</p> <p>Akutt dialyse forutsetter vaktberedskap.</p> <p>Elektivt: Oppfølg. av transplanterte og transpl. utredn.</p> <p>Hemodialyse (org. i senter med minst 20 pas.)</p> <p>Avhengigheter: De fleste indremed. gren.spes. pluss med. anestesi og lab., tilstedevakt. Vaktordn. For radiologi – ultralyddiagnostikk.</p>	<p>Plasmaferese</p> <p>Peritoneal dialyse</p>	<p>Se landsfunksjoner</p> <p>Avhengigheter/bør være sammen med: Samme som basis funksj. samt karkir., urologi, gastrokirurgi og intervensjonsradiologi.</p>	<p>Landsfunksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Transplantasjoner ○ Intervensjonsnefrologi, herunder nyrearteriestenose (evt. 2 sentra i regionen) <p>Funksjoner med høyt volum bør ligge desentralisert (dvs. ute hos brukerne). Se på muligheter for å møte økn. generelt og økning av eldre pasienter.</p> <p>Spesialfunksjoner kan sentraliseres både ut fra ressursperspektiv og faghensyn.</p> <p>Ønsker tverrfaglige grupper for videre prosess.</p> <p>Opptaksområde: Basisfunksj.: Ca. 100 000. (ned til 60 000). Akutt dialyse forutsetter vaktberedskap. (200 000)</p> <p>Spesialfunksj. 200-500 000.</p>

	Bør være sammen med et bløtdels kir. miljø			
Infeksjons- medisin	<p>Diagnostikk og behandling av vanlige infeksjonssykdommer.</p> <p>Smittevern</p> <p>Avhengigheter: Tilstrebes bredde i indremed.</p> <p>Akutt kirurgi og med. støttefunksjoner.</p>	<p>HIV/AIDS Hepatitt B/C Tropemed. problemst, Reisemed. poliklinikk Rådgivn.</p> <p>Avhengigheter Kreves infeksjonsmed. bakvakt.</p> <p>Akutt ortopedi, urologi og annen bløtdelskirurgi.</p> <p>Alle indremed. spesialiteter og med. støttefunksjoner (radiologi med MR).</p>	<p>Høyrisiko smitte</p> <p>Multiresistent tuberkolose</p> <p>Tropemed. kompetansesenter</p> <p>Kompliserte infeksjonsmed. probl. for spes. utredn. og evt. akutt høyspesialisert kirurgi</p> <p>Uvanlige immunopathier</p> <p>Avhengigheter: Med. støttefunksjoner – og infeksjonsmed. bakvakt.</p>	<p>Behov for kompetansesenter for antibiotikabruk.</p> <p>Opptaksområde/akutt: Basisfunksj.: 100 000</p> <p>Sykehus med akuttfunksjon bør ha min. 1-2 infeksjonsmedisinere.</p> <p>Spesialfunksjoner : Optimalt 250-300 000 (minste 150 000)</p>
Kardio- logi	<p>Poliklinikk: Belastnings-EKG, transthorakal ekkokardiografi, langtids- EKG-registrering, langtids-blodtrykksregistrering.</p> <p>Diagnostikk og akuttbehandling av hjerteinfarkt</p> <p>Trombolyse dersom ikke primær PCI er tilgjengelig</p>	<p>Transøsofagal ekkokardiografi</p> <p>Stressekkokardiografi</p> <p>PCI og ICD</p> <p>Scintigrafiske undersøkelser</p> <p>CT-coronar angio</p> <p>MR-hjerte</p> <p>Avhengigheter:</p>	<p>Kirurgiplanl. (billeddiagnostikk)</p> <p>Elektrofysiolog/avansert arytmi behandling.</p> <p>Medfødte hjertefeil, intervensjonsbehandling, kirurgi og kontroll.</p> <p>Avhengigheter: Som for basis- og områdefunksjoner – i tillegg barnekardiologi (?)</p>	<p><i>Foreligger innstilling fra 2 grupper med nyanseforskjeller – spesielt til org. Spesial/områdefunksjoner.</i></p> <p>40 % av akutt indremed. har kardiologi som hovedprobl. Ved indremed. avd. vil det vesentlig tilsi akutt tjenester.</p> <p>Landsfunksjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hjertetransplantasjon ○ Elektrode-ekstraksjon og implantasjon av nytt anlegg ved infiserte pacemakere og ICD. <p>Pluss: Percutane hjerteklaffimplantasjoner (på</p>

	<p>Hypotermi og respiratorbehandling etter vellykket rescusering for hjertestans</p> <p>Diagnostikk av stabil iskemisk hjertesykdom (AKG, evt. scintigrafi)</p> <p>Holtermomitorering</p> <p>Preoperativ vurdering før ikke-kardial kirurgi</p> <p>Avhengigheter: Med støttefunksjoner på døgnbasis (røntgen, anestesi/intensiv. Bløtdelskir i fysisk nærhet. Kardiologi og andre spes. med som bakvakt ved områdesykehus)</p>	<p>Med støttefunksjoner, Thoraxkirurgi ("store områder")</p>	<p>på regionnivå.</p>	<p>forsøksstadium) Alkoholinjeksjon i septum</p> <p>Evt. annen utprøvende behandling.</p> <p>Basisfunksjoner – vesentlig poliklinisk – grunnlag ned i 20 000 – optimalt 30 000. Akutt kard: 50-150 000.</p> <p>Spesialfunksj. : 200 -500 000.</p> <p>Reg. kardiologutvalg videreført.</p> <p>Foreslår to typer sentre for spesialfunksjoner 2-3 sentre med opptaksområde på 1 000 000 og mindre område for ca 250 - 400 000. – Primær PCI i reg. nordområde?</p> <p>Invasiv kardiologi krever døgnkontinuerlig vaktberedskap – dvs. min. 5 kardiologer i vaktordningen.</p> <p>Ved funksjonsendr. Må konsekvenser for andre fagområder vurderes.</p>
Lungemed	<p>BiPaP-behandling ved akutt respirasjonssvikt</p> <p>Tuberkolose</p> <p>Generell allergiutredning</p> <p>Bronskopi på dagtid</p> <p>Lungefunksjonstester</p>	<p>Hjemmerespirator ved kronisk svikt</p> <p>EBUS – sentrale glandler og sentrale/perifere svulster</p> <p>Atypiske mykobakterier</p> <p>Mesoteliom? (uenighet)</p>	<p>Stent – og laserbehandling (kan evt. desentraliseres avh. av erfaring)</p> <p>Brachyterapi ved okkluderende tumor</p> <p>Multiresistent tuberkulose</p> <p>Mesoteliom? (utredning og vanlig behandling -</p>	<p>Landsfunksjon: Lungetransplantasjon</p> <p>Opptaksområde: Basisfunksjoner: Elektivt 50- 200 0000, akutt _: 80 – 200 000</p> <p>Spesialfunksjoner: 250-500 000.</p> <p>CT- kapasiteten kan utnyttes bedre. Behov for standardisering av</p>

	<p>Arbeidsbelastning/ergospirometri</p> <p>Utredning lungecancer</p> <p>Palliativ behandling av lungecancer</p> <p>Obstruktiv søvnapne – tilpasning CPAP</p> <p>Avhengigheter: Ved akutfunksjon behov for med.støttefunksjoner.</p>	<p>Allergiutredning</p> <p>Avhengigheter: Samme som for basisfunksjoner og i tillegg: Patologi, nevrologisk og infeksjonsmed. service. I tillegg tilgang på mikrobiologi og onkologi.</p>	<p>dissens)</p> <p>Allergiutredning – spesielle substanser</p> <p>Cystisk fibrose</p> <p>Avhengigheter: Tilsvarende som for basis +spesial</p>	<p>undersøkelser/protokoller – foregår dobbeltarbeid i dag.</p>
Hemato- logi	<p>Diagnostikk og behandling av ukomplisert venøs tromboembolisme</p> <p>Diagnostikk og behandling av anemi</p> <p>Palliativ behandling ved hematologiske sykdommer</p> <p>Avhengigheter/må være samme sted: Radiologi, klinisk kjemisk service og bred indremed. komp.</p>	<p>Konsolideringsbehandling for akutt leukemi for kurativt siktemål</p> <p>Behandling av myelomatose</p> <p>Oppfølging av pasienter etter allogen stamcelletransplantasjon og HMAS</p> <p>Planlegging av behandling, fordeling av ansvar for behandlingssløpet ved kronisk leukemi</p> <p>Behandling av akutt leukemi hvorav kurasjon</p>	<p>Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte (HMAS) med myelomatose (50-60 pas. Pr. år)</p> <p>Akutt leukemi, kurativt siktemål (60 pasienter pr. år)</p> <p>Komplisert venøs tromboembolisme (kateterbasert trombolyse) – 50 pas/år.</p> <p>Sjeldne sykdommer (aplastisk anemi, hemoglobinopati, cytopenier immunhematologi)</p>	<p>Lands/ flerregional funksjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elektiv kir. behandling av alvorlig blødersykdom (60-70 inngrep/prosedyrer pr. år. ○ Allogen stamcelletransplantasjon (antatt min. 70-80 pas. Pr. år. <p>Opptaksområde:</p> <p>250 – 4/ 500 000 for områdefunksjoner</p> <p>Pasientomfanget er lite til å drive full hematologisk virksomhet basert på opptaksområde med 250 000, men lar seg gjennomføre om lymfombehandling kommer i tillegg.</p> <p>Forslag til org/bedre ressursutnyttelse:</p>

		<p>ikke er siktemålet.</p> <p>Behandling av venøs tromboembolisme som ikke kan håndteres på sykehus med basisfunksjon</p> <p>Annen ikke-malign hematologi (ITP, AIHA osv).</p> <p>Avhengigheter: Blodbankservice, mikrobio/infeksjonsmed. Intensiv/anestesi og radiologi. Bred indremed. komp. Kirurgisk komp. Stråleterapi</p>	<p>Diagnostikk og rådgivning/planlegging av behandlingsstrategier ved kronisk leukemi, myelodysplasi osv.</p> <p>Avansert diagnostikk ved hemostaseforstyrrelser (blødning og trombose) Oppfølging av antikoagulasjon i spesialsituasjoner.</p> <p>ADL av ABC-kompetansesenter (lokalisert UUS)</p> <p>Avhengigheter Som spesialfunksj. – i tillegg diagnostikk (patologi, cytogenetikk og molekylærpatologi kan samles regionalt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - samlet regionavdeling - ett sykehus med spesialfunksjoner i hvert sykehus-område - samlet hemapatologisk diagnostikk for hele regionen. <p>Ny utvikling innen molekylær diagnostikk for leukemi vil kreve sentralisering. Leveutsikter forbedres og behandlingstid forlenges. Svært kostbare nye medikamenter.</p> <p>Ønsker tverrfaglig åpen prosess videre.</p>
KIR.				
Ortopedi	<p>All basal fractur</p> <p>Barneortopedi – allmenn traumatologi, barnefrakturer?</p> <p>Generell traumekirurgi</p> <p>Generell protesekirurgi</p>	<p>Avansert protesekirurgi</p> <p>Avansert idrettsrelatert kne/skulder,</p> <p>Avansert artroskopisk kirurgi</p> <p>Ryggkirurgi</p>	<p>Multitraumekirurgi (sentralisert til ett stort senter i hovedstadsområdet)</p> <p>Avansert ryggkir (En reg. enhet)</p> <p>Onkologi –osteosarkomer</p>	<p>7 grupper har gitt innspill innen ortopedi.</p> <p>Stor grad av enighet om delelinjene, men ulikt spesifikasjonsnivå. Opplistingen foran er i sum det som kommer fram fra gruppene.</p> <p>Gruppe 4 har prinsipielt annet syn på basis/lokalsykehusfunksj. Mener at basis ortopedi krever befolkn.</p>

	<p>Kne /hofte: primære proteser og enkle revisjoner.</p> <p>Artroskopisk kirurgi, sportstraumatologi, ryggkirurgi – prolaps, fot og ankel, enkle diabetessår</p> <p>Håndkir. – carpal tunnel, triggerfinger, ganglion ekstensorseneskader, fingerbrudd.</p> <p>Avhengigheter/må være samme sted: Anestesi Røntgen Lab. Indremedisin Blodbank</p>	<p>(Nukleusprolaps og spinal stenose kirurgi, avstivningsoperasjoner) - Instrumentell ryggfiksasjon</p> <p>Revmakirurgi</p> <p>Onkologi – initial utredning?</p> <p>Øvrig artroskopisk virksomhet</p> <p>Vanlig barneortopedi</p> <p>Håndkirurgi (brudd i håndrot, bruddsekvele).</p> <p><i>Multitraume (minus hode/thorax) – (gruppe 3)</i></p> <p>Avhengigheter/må være samme sted: Som basis, pluss: Gen kir. Neurologi Barneavd. Fysioterapi Karkir. Patologi Beinbank Rehabilitering Intensiv Infeksjonsmed.</p>	<p>og bløtdelssarkomer.</p> <p>Sjelden barneortopedi, medfødte misdannelser, Skoliose, nevroortopedi, spesielle syndromer, klumpfot (Ett sentralt senter).</p> <p>Kompetansesenter spesiell knekirurgi – kneluksasjoner, laterale instabiliteter. Knevisjoner, revisjoner ved stort beintap</p> <p>Avansert ankel og fottraumer,</p> <p>Ankelproteser (? , usikre)</p> <p>Reinplantasjoner</p> <p>Revisjoner skulder og albuer.</p> <p>Avansert håndkirurgi</p> <p>Bekkenkirurgi (korrigerende bekkenosteotomier)</p> <p>Avhengigheter/må være samme sted: Som basis og spes. pluss:</p>	<p>på 200 000 og at lokalsykehus ikke bør ha ortopedi.</p> <p>Lokal/basis bør drive indremed./skadestue/distriktsmed senter.</p> <p>At 69 sykehus i dag driver protese kir. Ikke hensiktsmessig ut fra volum/kvalitesvurd.</p> <p>Foreslår atskilte behandlingslinjer for ø-hjelp og elektiv kirurgi.</p> <p>For øvrig er delingslinjene sammenfallende med øvrige grupper – men funksjonene forutsatt utført på færre antall sykehus.</p> <p>Faglige avhengigheter: ref. til dansk modell.</p> <p>Opptaksområde: Basis: Gruppe 1: 100 -300 000. Gruppe 2 foreslår 200 - 400 000 . Gruppe 3: 100-200 000 Gruppe 4: 200 000 +/-, geografi kan tilsi mindre områder. Gruppe 5: 150 -300 000 Gruppe 6: 100 000</p> <p>Spesialfunksj.: Gruppe 1: 270-400 000 Gruppe 3: 400-800 000 Gruppe 4: 350-400 000 Gruppe 5: 300 -500 000</p>
--	---	--	---	---

			<p>Mikrokir. Nevrokir. Gastrokir. Thorax intervensjonsradiologi</p>	<p>Gruppe 6: 250-300 000 Gruppe 7: 300 – 400 000 (min. 100 000 ved elektivt)</p> <p>Ønsker eget ortopedisk fagråd i den totale prosessen. Ønske om ivaretagelse av velfungerende lokale miljøer.</p> <p>Ønsker utredet rehabiliteringens rolle i ortopedien</p>
Gastrokirurgi	<p>Generelt for avd.: Akuttfunksjon og elektiv virksomhet.</p> <p>Deler av virksomheten kan funksjonsfordeles og enkelte funksjoner kan gjennomføres uten akuttfunksjon.</p> <p>Akuttfunksjoner: Utredn/observ. Av abdominalsmerter</p> <p>Akutt appendisitt</p> <p>Ileus, evt. sirkulasjonsforstyrrelser</p> <p>Inneklemte brokk</p> <p>Mage/tarm perforasjoner</p>	<p>Leverkirurgi (utvalgt) Galleveiscancer</p> <p>Pankreaskirurgi</p> <p>Ventrikkcancer Spes. anallidelser</p> <p>Transanal endoskopisk mikrokir.</p> <p>Overvektskirurgi IBD (resevoir-kir)</p> <p>Avanserte endoskopiske prosedyrer, mucosa reseksjoner</p> <p>Avhengigheter: Samme som for akuttfunksjoner – Røntgen avd. med intervensjon, døgnvakt, nukleær avd. og PET/CT</p>	<p>Medfødte misdannelser</p> <p>Kirurgi øsofagus cancer</p> <p>Avansert kirurgisk kreftbehandling (peritoneum reseksjon, avansert bekkenkirurgi</p> <p>Multitraume</p> <p>Avhengigheter/ behov ved:</p> <p>Kan være isolert fra annen gastrokirurgi og ikke behov for å ha basisfunksjoner</p> <p>Annen kir. Ekspertise (urologi, kar og ortopedi).6</p>	<p>6 grupper. Syn på grunnstruktur synes sammenfallende:</p> <p>Landsfunksjon: Transplantasjonskir</p> <p>Opptaksområde: Basis: Gruppe 1: 200 -300 000 Gruppe 2: 100- 300 000 avh. Av lokale forhold. Gruppe 3: min 50 og optimalt 150 000 (2 akutte operasjoner per døgn), men uten å dele mellom elektiv tog akutt. Flere sykehus i Norge driver på denne måten. 300 000 gir for store sykehus. Gruppe 4: 200-300 000 Gruppe 5: 50-100 000. Gruppe 6: 200-300 000 (dissens fra 150)</p> <p>Spesialfunksjon: Gruppe 1: 300 -800 000 (nærmere spes. på</p>

	<p>Akutte betennelser (galle, pankreas, diverticulitt)</p> <p>Blødninger</p> <p>Fremmedlegemer – endoskopi</p> <p>Beredskap</p> <p>Akutte anallidelser</p> <p>Skader</p> <p>Avhengigheter /behov ved akutt Akuttmottak og observasjons-Senger</p> <p>Døgnvakt for : Lab, røntgen, operasjon, gastro lab, med avd., urologi og gyn.</p> <p>Spesialistbakkvakt Anestesi m/observasjon/intensiv senger</p> <p>Elektiv virksomhet Colo(rectal) cancer Tarmkir. Galleveislidelser</p>	<p>(HSØ-observasjon: Kan synes som om basis/spesial –elektivt og akutt har samme bortimot samme avhengigheter og krav til beredskap)</p>		<p>områder /sykdommer) Gruppe 2 : 400-500 000 Gruppe 4: 400-800 000 Gruppe 5: 250-350 000 Gruppe 6: 300- 500 000, dissens foreslår 700 000.</p> <p>Synspunkter: Ved stort volum, vil akutt dominere og gå ut over elektiv funksjon.</p> <p>Sentralisering vil gi bedre ressursutnyttelse</p> <p>Ikke lage for store ø-hjelpssykehus i Oslo.</p> <p>Vedtak må følges lojalt evt. sanksjoneres med DRG-trekk.</p> <p><i>Regionfunksjoner bør være for et begrenset pasientvolum høyspesialisert kir. Og utstyr – fortinnsvis regiondekkende og mulig landsfunksjoner.</i></p> <p><i>Elektive behandlingslinjer ønskelig –</i> LEON, ”fast track kir. og lapraskopi.</p> <p>Ønsker oppnevnt faglig reg. referansegruppe.</p> <p>Videre involvering i prosessen. Ønskelig med konsekvens vurderinger.</p> <p>Dissenser: Uenighet om hvorvidt cancerkir. på</p>
--	--	--	--	--

	<p>Refluxkir. Rectumprolaps Anale lidelser Brokk –kir Gastrolab. Funksjoner IBD Ventrikkel kirurgi</p> <p>Avhengigheter/ behov ved elektiv: Sengepost og operasjonsstue</p> <p>Anestesi og overvåkings/ intensiv avd.</p> <p>Røntgen med CT og MR</p> <p>Gastrolab med terapeutisk endoskopi</p> <p>Med avd.poliklin.,dagkir,</p> <p>Tilgang på bakteriologisk, patologisk og onkologisk service.</p>			<p>pancreas og lever bør være spesialfunksjon eller regionfunksjon.</p> <p>Noen mener at colonrectalcancer mm kan være basisfunksjoner med støttefunksjon/opptaks område på 200-300 000. Færre vaktteam – dissens: ingen ressursbesparelse – dårlig beredskap.</p>
Karkirurgi	<p>Ingen funksj. (gr. 2). Finnes kun som satellitt i regi av områdesykehus – poliklin.</p>	<p>Store kirurgiske akuttisykehus bør ha karkirurgi – 24 timers vaktberedskap m/ intervensjonsradiologi</p>	<p>Som spesialavdeling, men med lavvolum og spes. prosedyrer i tillegg. Sirkulasjons-</p>	<p>5 grupper med stor grad av samstemthet.</p> <p>Opptaksområder: Spes/område:</p>

	<p>Kontroll-poliklinikk v/sykepleier</p> <p>Evt. enkelte karkir. Oppgaver (elektive ?) – for eksempel fistler og Varicer, rehab.</p> <p>Akutt – kun stabilisering</p> <p>Evt. behov for andre: Akutfunksjon innen kir. og indremedisin. Utstyr ihht til delegerte oppgaver.</p>	<p>Eksempel på funksjoner:</p> <p>Karsykdom i infrarenal aorta (EVAR er fortsatt i utvikling).</p> <p>Karsykdom i ekstremiteter/bekkenkar (kirurgi, endovaskulær, trombolyse)</p> <p>Venekirurgi Dialysefistler</p> <p>Øyeblikkelig hjelp</p> <p>All elektiv virksomhet ?</p> <p>Sirkulasjonsfysiologisk service</p> <p>Inngrep med flere enn 30-50 pr. mill.</p> <p>Avhengigheter/ må være samme sted: Utstyr til non-invasiv utredning som doppler og duplex. Plasseres på store allsidige sykehus med døgnkontinuerlig service.</p> <p>Tverrfaglig miljø som kan</p>	<p>fysiologisk avd.</p> <p>Regionfunksjon kun for få inngrep – mindre enn 30-50 pr. mill. – EKS: Thorakolapaeatomi Dyp venekirurgi, AV-malformasjoner, lymfeødem og utprøvende kir.</p> <p>Avhengigheter (nødvendige støttefunksjoner for regionfunksjon): Som område pluss: Thoraxkirurgi Nevroradiologi inkl. intervensjon Nevrologi/kir Kardiologi Lungemed. Hematologi/dialyseavd. Gastromed/kir. Nukleærmed. Infeksjon/mikrobiol. Pediatri Revmatologi Med. genetik.</p>	<p>Gruppe 1:400 – 800-1 000 000. Gruppe 2: 400-600 000. Gruppe 3: 400 000 (dissens: 400- 1 mill) Gruppe 4 : 400 000 som absolutt minimum – ønskelig med 600+ Gruppe 5. 250 000 tiltrekkelig (adekvat sysselsetting for 4-5 spesialister, 3 kan greie det).</p> <p>Regionfunksj: Gruppe 2: Dobbelte av spesfunksj. – 800-1,2 mill. Gruppe 3:Evt. regionsenter: 2,6 mill.</p> <p>Hindre fragmentering av faget – def.min. volum. spes.sykepleie utvikles som egen spes.</p> <p>Volum-kvalitet i karkirurgi er godt dokumentert – spes. aorta og carotis. Redusere antall sykehus med kar.kir. vaktfunksjon – sikre LEON systematisere utprøving av ny teknologi.</p> <p>Ønskelig med felles journaltilgjengelighet (inkl. ALT) i reg.</p> <p>Karkir. kompetanse inn i for eksempel referansegruppe for videre planlegging og implementering.</p> <p>Sentralisering – større opptaksområder og etablering av områdesykehus. Utvikle gode samarbeidsformer med primærhelsetjenesten og brukergrupper –</p>
--	--	--	--	--

		<p>ivareta pasientgruppen.</p> <p>Alle spesialiteter som trengs for å behandle den multimorbide karsyke pasient.</p> <p>Spesifisert avhengighet: Radiologi (ultralyd, CT, MR, angiografi, intervensjon (inkl. vakt) Biokjemi Anestesi, intensiv, dialysemulighet</p>		<p>eks. geriater og kardiolog.</p> <p>Regionfunksjon å være pådriver og initiere forskning.</p> <p>Regionfunksj. I karkir. – 1-2 avd. bør inkluderes i prosessen mellom UUS (OVS), RH.</p> <p>Dissenser: Regionfunksj. ikke nødvendig – gruppe 3.</p> <p>Uenighet i gruppe 4 vedr. reg. funksj. – tilstrekkelig med spes. /områdefunksjoner. Uenighet i gruppe 5 om hvor nyrearteriestenoser skal behandles.</p>
Reuma /kirurgi	<p>Def. Revmatologi: <i>Et fag som spenner fra akutt intensivmedisin til rehabilitering.</i> <i>Inkluderer inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer, systemiske bindevevssykdommer og vaskulitter, barnerevmatologiske sykdommer, degenerative muskel-skjelettsykdommer, bløtdelsrevmatisme og osteoporose.</i> <i>Kontinuerlig rehabilitering inngår som en integrert del av</i></p>	<p>Avansert ortopedisk kirurgi/revmakirurgi</p> <p>Kompleks rehabilitering Ryggklinik for systematisk spesialistutredn tilknyttet andre avd. (2-3 sentra) i regionen.</p> <p>Avhengigheter: Basis pluss: nevrologi, ØNH, øye, nefrologi, lunge, infeksjon, kardiologi, hematologi, hud og obstetrikk</p>	<p>Barne-revmatologiske sykdommer og systemiske bindevevssykdommer og vaskulitter med indre organaffeksjon.</p> <p>Sjeldne tilstander som:</p> <p>Idiopatiske inflammatoriske myopatii Systemisk sklerose Takayasu arteritt</p> <p>Behandlingsresistente og inflammatoriske leddsykdommer og revmakirurgi</p> <p>Nakkekirurgi ved</p>	<p>5 grupper Samstemmighet – fremkommer ikke tydelige dissenser.</p> <p>Landsfunksjon: Barnerevmakirurgi</p> <p>Opptaksområder: Basis: Gruppe 1: 200-300 000 Gruppe 2: 500 000 (mer enn 10 prosedyrer pr. år – obs. geografi) Gruppe 3: 200-500 000 Gruppe 4: 150-300 000 Gruppe 5: 200 – 500 000</p> <p>Område: Gruppe 1,2 og 5: - 800 000/1 mill. (mer enn 10 prosedyrer pr. år) Gruppe 5: 800 – 1-2-mill.</p>

	<p><i>majoriteten i all pasientbehandling og kan ikke i sin helhet tas ut som en egen virksomhet.</i></p> <p>Grunnleggende behandling på området (bløtdelsrevma, artrose, osteoporose, ryggglidelser, inflammatoriske leddsykdommer, systemiske bindevevsykdommer)</p> <p>Rehabilitering.</p> <p>Adm. av biologiske legemidler og vurdere indikasjon for behandling som igangsettes av avtalespesialister.</p> <p>Hyppig forekommende etablert revmakirurgi</p> <p>Avhengigheter/ sammen med: Indremed, kir/ortopedi, røntgen, lab, anestesi fysioterapi/sosionom/ ergoterapi</p>		<p>revmatiske sykdommer</p> <p>Vurdere indikasjon for biologiske legemidler hvor gen. Indikasjon ikke er etablert.</p> <p>Utvikle prosedyrer for enhetlig utredning og behandling.</p> <p>Kompetanseoppbygging i regionen.</p> <p>Avhengigheter: Som foran.</p> <p>I tillegg: tann/kjeve ,nevrokir for å dekke comorbiditet.,</p> <p>Ernæringsfysiolog Ortopedi -ingeniør</p>	<p>(barnerevma fra 500 000)</p> <p>Regionfunksj: 2,5 mill.</p> <p>Ønskelig med nasjonale registre. Lokalisering av avd. og hensiktsmessig beredskap må drøftes med fagmiljøene.</p> <p>Fra 15.4.2004 er region- og universitetsoppgaver delt mellom RH (bindevevsykdommer, barnerevmakir, og nakkekir. Og Diakonhjemmet sykehus (leddsykdommer og rehabilitering)</p> <p>Vaktsamarbeid?</p> <p>Kompetanseoverføring fra regionavd. Til basis/utd. Tiltak for alle profesjoner.</p> <p>Ønske om involvering, bred repr. i videre prosess tverrfaglig repr.</p> <p>TTT – skynde seg langsomt</p>
Nevrologi	<u>Ingen –</u>	Utrede alle hovedgrupper	Kompliserte	5 grupper – stor grad av sammenfall i def.

<p>(det konkluderes med bare to nivåer. Områdeavdelinger kan ved behov styre ambulant aktivitet og/eller telemed. tjenester ved lokalsykehusene. Akutte tilstander direkte til nev.avd. (område/ akuttsykehus)).</p> <p>Nyansering: Tilsynstjenste som forutsettes utført ved Avtalespesialister og DMS.</p> <p>Alternativt forslag gr. 4: Basis/lokalsykehus må ha akutt mottaksfunksjon for pas. med neurolog. symptomer og snarest konf. med områdesykehus/nevro og videresende pasienten når det er nødvendig. Det forutsettes ikke neurologisk spesialistkomp lokalisert på basisnivå (gruppe 4)</p>	<p>av neurologiske tilstander – pas. Med hjerneslag, epilepsi, kognitiv svikt og demens.</p> <p>Alle akutte innleggelser inkludert slag</p> <p>Slagenhet – org ved nevro avd. uavhengig av pas. alder.</p> <p>Nevrohabiliteringsenheter (bl.a. førekortvurderinger)</p> <p>Elektive innleggelser for utredn av alle typer neurologiske sykdommer og innleggelse som ikke krever regionnivå</p> <p>Avheng./må være samme sted:</p> <p>Radiologi 24 t M/CT – eller MR-angiografi og Lab. service. Indremedisin. Kir/ortopedi. Psykiatri. Tverrfaglig smerteteam. Onkologi.</p>	<p>cerebrovaskulære sykdommer med akutt og elektiv endovaskulær behandling og nevrokir. Intervensjon.</p> <p>Spes. kompliserte bevegelsesforstyrrelser som skal vurderes for <u>nevrokirurgisk behandling</u></p> <p>Som ovenfor også for epilepsi</p> <p>Kompliserte nevrologiske sykdommer med krav til neurofysiologisk utredning.</p> <p>Dårlige pas. Som trenger neurointensiv overvåkning og nevrokir. beredskap.</p> <p>Second opinion ved kompliserte og vanskelig diagnostiserbare tilstander.</p> <p>Neurofysiologisk utredning av hypersomnier bør være regionalisert, men behøver ikke å være lokalisert på regionnivå.</p> <p>2-3 søvnlab (iflg. Gr. 2)</p> <p>Avheng/samme sted Om område og i tillegg:</p>	<p>av funksjoner/nivåinndeling. Flere ref. til Hovedstadsrapp. I København og noen til Muusmann-rapport om nevrofagene i Oslo-området.</p> <p>Gen betraktninger (gruppe 1): Oslo og Akershus har 1060 innbyggere og 3 neurologiske avd. : RH, UUS og Ahus. Med ref- til Københavnrapp. Som anses relevant for norske forhold. Her foreslås "hovedfunksjoner", områdefunksjoner bestående av akutte innleggelser, reinnleggelser og mangeårig ambulant oppfølging, samt nevrorehabilitering under innleggelse og en sentralisert regionfunksjon med opptaksområde 800 000-1, 6 mill. I tillegg en høyt spesialisert funksjon som dekker 2-5 mill innbyggere (landsfunksjon?) Apoplexi må sentraliseres på samme måte som øvrige akutte neurologiske funksjoner. Konkluderes med tre avdelinger i Oslo og Akershus med 100 senger hver. Regionfunksjonene lagt til en av dem eller et "senter".</p> <p>Utenom Oslo og Akershus må det tas hensyn til avstander/ transporttid og det antydes at man trenger de avd. man i dag har på området.</p> <p>Foreslår 3 hovedsoner for opptaksområde: nord, midt og sør (gruppe 2)</p> <p>Landsfunksjoner: De beskrevne regionfunksjoner må oppfattes dels som</p>
---	---	--	--

			<p>Nevrokir. nevrerad., nevroanestesi, pediatri, genetikk og thorax/karkir.</p>	<p>flerregionale og dels som landsfunksjon.</p> <p>Opptaksområder: Område: Gruppe 1: Gruppe 1: 300 - 400 000 i storby, mindre i distrikt. Gruppe 2: 200-400 000 Gruppe 3: 250-400 000 Gruppe 4: 250-400 000 Gruppe 5: 300-400 000</p> <p>Faglige bidrag: Oppskalere nev. senger (jf. dansk norm) Standardisere- bemanningsnormer. Øke poliklin. kapasitet- Samle slag pas. til nevro.avd. Bedre nevrohabilitering for slagpas. m/fl. Styrke nevrofys. Service. Styrke tverrfaglige tilbud – kompetanseheving – flere fagsykepleiere til avd.</p> <p>Tverrfaglige poliklinikker – rygg og nakke.</p> <p>Ta avtalespesialister med i planlegging av tjenestene.</p> <p>Bedre samordning av pediatri/nevrologi ved overgang fra barn til voksen.</p> <p>Metodebøker</p> <p>Brukerundersøkelser.</p> <p>1 fagrepr. pr. dagens avd. bør involveres i videre arbeid.</p>
--	--	--	---	--

				<p>Etablere fagråd – nevroavd. pluss avtalespes.</p> <p>Fag- og brukermiljø ønsker påvirkningsmulighet før styremøte 19. april. Ønskelig med konsekvensanalyser.</p> <p>Dissenser – nyansering av forslag: Det er ikke synliggjort dissenser i gruppene, men det registreres noen meningsforskjeller mellom gruppene:</p> <p>Søvnlab – ett eller flere steder?</p> <p>Landsfunksjoner foreslås som nasjonale kompetansesentre (gruppe 4). Ulik beskrivelse av lokalsykehusansvar Opptaksområder: Farget av by /land forskjeller – tilsynelatende ikke uenighet om fordeling i hovedstadsområdet.</p>
Slag				
	<p>Ingen – unntatt tiltak innen rehabilitering Alle pasienter med akutte prob. bør behandles på spesial/områdenivå. (Gruppe 1)</p> <p>Slagenhet med diagnostikk/behandling av pasienter som er</p>	<p>”Primært slagsenter” Mottak og diagnostikk (“triage”)</p> <p>Alle pasienter med symptom på hjerneslag.</p> <p>Akutt trombolytisk behandling. Rehabilitering og behandlingsskjede mot førstelinjetjenesten.</p>	<p>Regionsenter – ett sted i regionen:</p> <p>Endovaskulær behandling (intra-arteriell trombolyse, mekanisk uthenting av embolier)</p> <p>Mottak av subakutte slagpasienter for vurdering av endovaskulær behandling etter triage ved områdesykehus.</p>	<p>7 grupper Generelt: I Helse Sør Øst – befolkning på 2,5 mill. vil det være 12 000 slagtilfeller hvert år. Prognosen avgjøres i første timer etter symptomstart. Rask diagnostikk og riktig multidisiplinær behandling gjør at flere pasienter overlever hjerneslag og at en større del av de som overlever blir selvhjulpne i dagliglivet. Evidens: European guidelines 2003, American Stroke Assosiation 2007 og Sykehusprossessen København. Cochrane review. Div. publ.</p>

<p>gått ut av tidsvinduet for trombolysse og spesialisert tverrfaglig behandling. Etiologisk behandling. Poliklinisk oppfølging. (Gruppe 2)</p> <p>Pasienter kan tenkes best behandlet på lokalt nivå hvis ikke mulig å nyttiggjøre seg spes. behandlingsskjede (Gruppe 6)</p> <p>Subakutt – tilbud til pasienter som har vært igjennom utredning og diagnostikk/akutt behandling. (Gruppe 4 – ikke enige)</p> <p>Akuttvurdering skal foregå på sykehus med områdefunksjon. Enhver stopp ødelegger hjernevev - pas direkte til områdefunksjon. Akutt behandling bør foregå på høyere nivå enn i dag – til hjerneredningsteam. Der avstand tilsier det, kan slagenhet med</p>	<p>System for tiltak i forhold til sekundær profylakse.</p> <p>Avhengigheter: Vaktteam med komp. Og utstyr til klinisk og radiologisk differensialdiagnostikk hele døgnet , hele uken.</p> <p>Vaktord for anestesi/intensiv, indremedisin og laboratoriefunksjoner. Spesialisert overvåkingssenhet. Mulighet for rask oppstart av rehabilitering.</p> <p>Tverrfaglig team inkl. geriatri, sosionom, ernæring nevropsyk. og logoped.</p> <p><i>Ovennevnte behov gjelder også basis/lokalsykehus om akutt/behandling legges dit.</i></p>	<p>Ansvar for enkelte elektive prosedyrer</p> <p>Nevrokirurgi: Hemikraniektomi, evakuering av blødninger, shunting mv.</p> <p>Rådgivning og teleradiologisk kontakt med områdesykehus, oppdatering av prosedyrer mv.</p> <p>Ansvar for avansert behandling av pasienter under 60 år med symptomer på hjerneslag – etter primærvurdering og evt. intavenøs trombolysse.</p>	<p>SITS-MOST. Intravenøs trombolysse.</p> <p>Opptaksområde: Spes: Gruppe 1: 3-400 000, men ned til 125 000 ved lange distanser Gruppe 2: 300-400 000 (storby), tilpasn. til geografi. Gruppe 3: 300 -400 000 Gruppe 4: 200-400 000 avh. Geografi Gruppe 5: 300-500 000 i hovedstad, 200-400 000 ellers avh.. innbringningstid. Gruppe 6: 300-400 000 , m/ geografisk tilpasn. Gruppe : 300-500 000 storby, 150-300 000 utenfor.:</p> <p>Det er evidens for rundt 300 000,. Lite evidens for transporthensyn som gjelder akutt – må være tilgjengelig i rimelig nærhet til bosted. Forslår utbygging av transporttilbud – maks 2 timer til reg. sykehus.</p> <p>Om man unngår dublering av høyspes. funksjoner, samt samler kompetanse i område/spesialsykehus, kan ressursutnyttelse og kvalitet forbedres.</p> <p>Entydige rutiner for henvisning av pasienter med hjerneslagsymptomer som er godt kommunisert med primærhelsetjenesten, prehospitale tjenester og øvrig spesialisthelsetjeneste.</p>
--	---	--	---

	<p>hovedsiktemål langtidsrehabilitering legges på basisnivå.(Gruppe 5).</p> <p>Avhengigheter: Evt. akuttmottak krever tilgang på umiddelbar CT/CT-angiografi og kompetanse på nevrologisk vurdering.</p>			<p>Pasientens faktiske tilhørighet på tidspunkt for symptomdebut, ikke pasientens bostedsadresse, skal være grunnlaget for valg av mottakssykehus.</p> <p>Retningslinjer for hvilke pasienter som må gå til akuttbehandling og hvilke som bør gå til akutt behandling ved regionsykehus, områdesykehus og evt. enhet for slagrehabilitering lokalt. Anbefales et bredt sammensatt fagråd for videre prosess.</p> <p>Sengebehov for akutt og senger i slagenheter må avklares.</p> <p>Dissenser: Gruppe 4 – uenighet om hvorvidt lokal/alle lokalsykehus bør ha slagenhet – rehabilitering.</p> <p>Primært slagsenter – uenighet om krav til tilstedevakt nevrologi eller "nevrologisk kompetanse". Gruppe 6.</p>
Pediatri	<p>Pediatri er sammensatt og meget bredt.</p> <p>Nærhet til hjemmemiljø og familie er viktig – for eksempel ved infeksjoner, mage-tarmsykdom, astma-allergi, epilepsi, diabetes med mer</p>	<p>I liten grad definert i regionen</p> <p>Forslag:</p> <p>Seksuelle overgrep og mishandling</p> <p>Nyfødtintensiv barn med GA<26-28 uker, avhengig</p>	<p>Hjertekirurgi</p> <p>Vanskelig hjertearytmi</p> <p>Transplantasjoner (beinmarg, lever, nyre, hjerte)- landsfunksjon?</p> <p>Medfødt misdannelse</p>	<p>5 grupper</p> <p>Hovedanbefalingen går på en to-deling av området. basis og region, men basis ses neppe identisk med lokalsykehus.</p> <p>Gruppene 2-5 har likevel beskrevet en 3-deling. Gruppe 3 og 5 har de mest detaljerte oppstillinger.</p> <p>Generelt:</p>

	<p>Habilitering av barn og unge</p> <p>Funksjonsfordeling mellom regionsykehus og lokalsykehus forutsetter en viss grad av spesialisert kompetanse på lokalsykehus.</p> <p>Avhengighet/må være samme sted: Føde-nyfødttintensiv, Anestesi/intensiv, Klinkjemi, mikrobiologi og røntgen MR med narkosemulighet. ØNH, øyeavd., kirurgi, ortopedi, BUP, nevrofysiologi, Barnekardiolog med erfaring fra ekkokardiografi. Patologi.</p> <p>HSØ- observasjon: De omtalte avhengigheter/tilganger tilsier egentlig spesial/regionnivå.</p>	<p>av fødselsgrunnlag.</p> <p>Ekstrem overvekt og anoreksi</p> <p>Gastroskopi/colonskopi?</p> <p>Intensiv trening/habilitering</p> <p>Tidlig trening av barn og unge med hodeskader.</p> <p>Spesialfunksjoner/forstått som lokalisert på noen få enheter:</p> <p>Neontaologi over 28 uker</p> <p>Seksuelle overgrep - mishandling</p> <p>For øvrig vesentlig definert som undersøkelse og oppfølgingsoppgaver under de samme spesialiteter som er definert på region.:</p>	<p>Diagnostikk og primærbehandl. av malign sykdom.</p> <p>Sjeldne sykdommer/syndromer</p> <p>Hemofili, sjeldne stoffskiftesykdommer.</p> <p>Kompliserte tilfelle innen hvert organområde</p> <p>Def. avgrensning i forhold til andre spes.:</p> <p>Nevrologi/habilitering: nevrodegenerative lidelser, muskelsykdommer, rehabilitering av hodeskader, vaskulære katastrofer i CnS. Utredning av vanskelig epilepsi. Syndromdiagnostikk.</p> <p>Nyfødt - GA<26 uker. ROP beh. Laserbeh. Av retinopathi.</p> <p>Tung barneintensiv – multiorgansvikt. Traumebehandling.</p> <p>Hematologi/onkologi:</p>	<p>Oppdeling i sub-regionale funksjoner vil være problematisk i forhold til pasientgrunnlag. Praktiserende pediater og pediater i sykehus uten barneavdeling bør integreres i et helhetlig behandlingstilbud i samarbeid med tilhørende barneavdeling.</p> <p>Opptaksområde: Basis: Gruppe 1: 40-50 barnbef. Gruppe 2: 30-50 000 barn <15/18 år ??</p> <p>Spesial/region: Gruppe 2: 300 -500 000 Gruppe 5:Region/spesialfunksjon: 400-500 000 barn – tilsvarer befolkningsgrunnlaget i hele regionen.</p> <p>Faglige innspill: Fødselsmed. og nyfødt henger sammen.</p> <p>6000 fødsler i HSØ har i dag ikke barnelege i beredskap i sykehuset. Nyfødtmed. beredskap bør forbedres for disse.</p> <p>Volum – kontra nærhet – små avdelinger vil rekrutterer dårlig.</p> <p>Forslag om felles barneklinnk i Oslo.</p> <p>Vurdere samordning av habilitering, BUP og barnemed. (adolescens med.)</p> <p>Aldersgrensen for barneavdelingene utvides til 18 år.</p>
--	--	--	--	--

			<p>igangsetting av leukemibehandling og benmargssvikt. Utredn. og behandl. Av solide svulster.</p> <p>Endokrinologi: utredning av genitale anomalier. Sjeldne skjelettsykdommer.</p> <p>Kardiologi: Diagnostikk og behandling. Kateterisering</p> <p>Astma/allergi komplisert fødemiddelallergi, alvorlig kronisk lungesykdom, cystisk fibrose</p> <p>Immunologi/infeksjonssykdommer: Utredn av medfødt immunsvikt.</p> <p>BUP: Sammensatte psykosomatiske tilstander, dissosiative/konvensjonslidelser, nevrologisk hypersensitivitet, refleksdystrofi, utmattelsestilstander. Genitale anomalier/transsex.</p> <p>Ny/utprøvende behandling</p>	<p>Bedre utnyttelse av private spesialister. Ambulerende tjeneste fra region til lokal/spesial.</p> <p>Forslag om pediatrik faggruppe, ledelsesbasert for hvert HF.</p> <p>Etablere faggruppe med samme sammensetning som dialogkonf men med færre personer.</p> <p>Dissenser: Uenighet om delelinjen for nyfødt. Ahus og SSHF har nyfødt over 26 uker mens øvrige ikke-regionsykehus har grense ved 28 uker. Det foreslås at spesialfunksjon ned til 26 uker på noen sykehus på områdenivå. Funksjonen vil kreve neonatologisk vaktkompetanse. Andre sykehus beholder felles grense på 28 uker i forhold til regionnivå. Det er også forslag (dissens i gruppe 5) om at regionsykehus får alle fra 28 uker.</p>
--	--	--	--	---

<p>Gyn / obstetrikk</p>	<p>Obstetrikk; keisersnitt, tang og vacuum hele døgnet. Spesialist på vakt.</p> <p>Fødsel fra 30 uker? Selektoring av fødende.</p> <p>Neonatal overvåking/pediatrik tjeneste.</p> <p>Generell gynekologi: Akutt beredskap.</p> <p>Basal bekkenbunnskirurgi, kvinner med ren stressinkontinens Generell gynekolog Palliativ onkologi Lapraskopi Generelle blødningsforstyrrelser</p> <p>Noen steder jordmorstyrte enheter – ta hensyn til lokale forhold.</p> <p>Gruppe 2: Anser at alle avd. skal utføre basisfunksjoner</p>	<p>Fødsel fra 28 uker</p> <p>Infertilitetsbehandling/sædbank</p> <p>Urodynamisk lab. Spesialisert bekkenbunnskirurgi</p> <p>Vulvodyn og bekkensmerter</p> <p>Embolisering ved myomer og postpartumbledninger</p> <p>Oppfølging gravide rusmisbrukere.</p> <p>Psyk. problematikk</p> <p>Graviditet etter gynekologisk cancer.</p> <p>Prenatal genetisk veiledning.</p>	<p>Generelt: Tilstander som er sjeldne, krever kostbart utstyr og/eller avansert tverrfaglighet.</p> <p>Spesiell cancerbehandling</p> <p>Genitale misdannelser</p> <p>Kjønnskonvertering</p> <p>Avansert endometriose</p> <p>Spesielle sykdommer hos mor i svangerskapet</p> <p>Forventede misdannelser hos barn</p> <p>Fødsel før uke 26 (28?)</p> <p>Fistler Spesiell smertebehandling Hjertesyke gravide</p> <p>Transplanterte gravide</p> <p>Komplekse autoimmunt syke gravide.</p> <p>Avansert ultralyddiagnostikk(foster). Invasiv fosterdiagnostikk. Nevrourologisk lab.</p>	<p>6 grupper.</p> <p>Landsfunksjon: Medfødte misdannelser</p> <p>Kategoriseringen mellom områdefunksjon og regionfunksjon varierer gruppene imellom og avspeiler ulik definering av regionfunksjoner, samtidig som det ikke fremkommer dissenser internt fra gruppene. Dette avspeiler dels ulik definering av regionfunksjoner og forskjellig tenkning i forhold til basis/områdesykehus (om for eksempel "basissykehus" skal ha føde/gyn. avd.)</p> <p>Opptaksområde: Basis: Gruppe 1 og 3: 150- 250/300 000 (150 000 gir ca. 1500 fødsler) Gruppe 2: 150-250 000</p> <p>Gruppe 6: 200 000 (for å få min. 2000 fødsler).</p> <p>For øvrig at det er nødvendig å ta geografiske hensyn ved vurdering av antall fødsler.</p> <p>Område: Gruppe 1: 300-500 000 Gruppe 2: 350-450 000 Gruppe 3: 250-300/400 000 Gruppe 4: 300-400 000</p>
--------------------------------	--	---	---	---

	<p>Avhengighet:</p> <p>Nødvendig med kir. Kompetanse. Jo høyere spesialiseringsnivå, jo mer behov.</p> <p>Anestesi/intensiv Klinisk laboratorium Radiologi Med. avd.</p> <p>Bør være samme sted:</p> <p>Gastrokir., urolog, MR og pediatri med basis i neonatal, patolog.</p>		<p>Gruppe 5: 300 000 (3000 fødsler). Gruppe 6: 500-600 000</p> <p>Faglige råd:</p> <p>Skape store robuste enheter, enhetlige veiledere og prosedyrer. Antall fødsler bør ligge på 1500 til 3000.</p> <p>Fødeavdeling bør ha gynekologisk avdeling samme sted – men ikke nødvendigvis omvendt.</p> <p>Områdefunksj. bør ha totalsykehus!</p> <p>Utvikle praksiskonsulenttjenesten videre.</p> <p>Bedre organisert følgetjeneste/ambulanseservice for fødende. Samme eier av helsetjeneste – spes. Innen obstetikk.</p> <p>I videre prosess: designe områder man ikke selv er del av og bidra til implementering. (fagfolk uten egeninteresse innen hvert område. Viktig med medvirkning fra tillitsvalgte.</p> <p>Følg fagfolkenes råd!</p> <p>Forslag om oppfølgende og konkluderende dialogkonferanse før vedtak.</p> <p>Dissenser: Gruppe 2, Flere mener at lavrisiko fødetilbud</p>
--	---	--	--

				(fødeenheter uten barneavdeling) skal være tilknyttet kvinneklinikk. Ellers ulik oppfatning om nyfødtgrense – 26 eller 28 uker.
Urologi	<p>Urologisk poliklinikk med adekvat utstyr for cystoscopi/transrektal ultralyd/basal urodynamikk</p> <p>Enkel penil og skrotal kirurgi Transurethral kirurgi Den mest vanlige endourologi /eks beh. av distale urethersteiner) Palliativ behandling av urologisk kreft (eks. strålebehandling)</p> <p>Avhengigheter: Anestesi/postoperativ oppvåkning</p> <p>Radiolog, klin. Biokjemi, mikrobiologi, gen. Indremed. Kir. Vaktordning.</p>	<p>Operativ behandling av organlokalisert nyrekreft (min. 20 opr pr. år)</p> <p>Radikal cystektomi med Bricker deviasjon (min. 20 opr pr. år)</p> <p>Radikal prostatektomi (min. 50 pr. årpr. team)</p> <p>Avansert endourologi</p> <p>Multidisiplinære team innen kreftbehandling.</p> <p>Avhengigheter/må være samme sted:</p> <p>Forutsetter at områdesykehuset fullverdige akutt sykehus</p>	<p>Testikkelkreft, retroperitonealt glandeltoilette, organsparende kirurgi</p> <p>Peniskreft</p> <p>Operativ beh. av avansert nyrekreft med cavatrombe/ Metastasekirurgi</p> <p>Operativ steinbehandling av barn Rekonstruktiv kirurgi for benigne lidelser</p> <p>Avansert nerourologi Multitraume som involverer urinveiene Enkelte inngrep med forekomst < 25 pr. mill.</p> <p>Enkelte medfødte lidelser</p> <p>Avhengigheter: Onkologi Avansert radiologi og intervensjonsradiologi Nukleærmed.</p>	<p>5 grupper Stor grad av konsensus om nivåinndeling innen faget, men uklart om det er tenkt i relasjon til sykehusnivåer – jf. stort sprik i forhold til å definere opptaksområder.</p> <p>Opptaksområde: Basis: Gruppe 1: 250 000 Gruppe 2: 100-250 000 Gruppe 3: 70-140 000 Gruppe 4: > 150 000 Gruppe 5: 50 000</p> <p>Område/spesial: Gruppe 1: 300 000 – 2,6 mill. Gruppe 2: 250-400 000 Gruppe 3: 300-500 000 Gruppe 4: >500 000 Gruppe 5: 250-400 000</p> <p>Regionfunksjon: Gruppe 1: 2,6 mill (Ett senter i HSØ)</p> <p>Komm. gruppe 4 : Problemer med begrepene sykehusområde/opptaksområde. Valgt å oppfatte regionnivå som ett sykehus i regionen mens ellers oppgavene deles på to nivåer - basis og spesial.</p>

			Spesialisert patologi og cytologi Karkirurgi Gynekologisk og gastroenterologisk kirurgi Thorax kirurgi Nevrologi Multitraume kirurgi	<p>Faglige innspill: Samle urologisk miljø og hindre fragmentering – en regional enhet i universitetssykehus. Hvor alle typer urologiske lidelser kan behandles.</p> <p>Øke antall hjemler for avtalespes. Som stimuleres til deltakelse i utdanning.</p> <p>Anbefales to referansegrupper med deltakere fra aktuelle foretak – En for Oslo, Akershus, Østfold og Buskerud og en for resterende HSØ.</p> <p>Behov for fagråd for urologi og uro-onkologi som legger føringer for implementering av nasjonale føringer.</p> <p>Bruk rådene reelt – gi rom for omforent organisering innen hvert sykehusområde.</p> <p>Dissenser: Gruppe 2 . Uenighet om organsparende kirurgi og ortotop blæresubstitutt bør være region eller spes. funksjon. Uenighet om hvorvidt spesialfunksjon behøver å inkludere karkir.</p>
Onkologi	Rutinepreget kjemoterapi Ord. palliativ behandling – støttefunksjon til primærhelsetjenesten	Mamma og endokrin cancer: kirurgi Strålebehandling. Avansert strålebeh. (foreslås 2 steder, standardisert 4	Lymfomer Allogene transplantasjoner ØNH-kreft Sarkomer	8 Grupper Flere henviser til Samordningsrapporten og anbefale å bygge på forslagene der. For øvrig vanskelig å vurdere om det er meningsforskjeller når det gjelder reg/spesial.

	<p>Med. –onkologisk basisbehandling. Endoskopi med stenting. (gruppe 2)</p> <p>Diagnostikk og utredning av kreft inngår ikke (gruppe 7)</p> <p>Onkologiske poliklinikker og grunnleggende palliativt tilbud. Kan gi onkologisk kurativ behandling i samarbeid med områdesykehus (gruppe 5).</p> <p>Avhengigheter: Forutsetter onkologisk kompetanse og onkologisk sykepleier.</p> <p>For øvrig/samme sted: Anestesi, kirurgi, med. og lab/røntgen.</p>	<p>steder)</p> <p>Initiering av kompleks multimodal kurativ behandling med multidisiplinære team – eks. lymfombehandling</p> <p>Behandling av lever og pancreascancer foreslås to steder).</p> <p>Testiscancer- onkologisk behandling (foreslås to steder)</p> <p>Kurativ lungekreftbehandling (foreslås to til tre steder)</p> <p>Avhengighet/må være samme sted:</p> <p>Kreftkir. For aktuelle område, med støttefunksjoner, sosialmed. Komp., ernæringsfysiologi, lymfødemkompetanse, psyk/psykologi /sosionom.</p>	<p>Avansert thyreodeacancer</p> <p>GYN cancer – avanserte kri inngrep, strålebeh., avansert multimodal behandling</p> <p>CNS-svulster</p> <p>Mammacancer: Inflammatorisk cancer</p> <p>GI-cancer: Oesophaguskirurgi, levertranspl. Vurdering av HPB-kir.</p> <p>Urologi: Ca testis: Retroperitonealt glandeltoilette. HMAS</p> <p>Platepichelcarcinom penis</p> <p>Brachyterapi</p> <p>Avansert palliativ behandling – kompetansesenter</p> <p>Enkelte sjeldne hud Tumores</p> <p>Maligne melanomer: ekstremitetslokalisererte</p>	<p>Ulike oppfatninger om funksjoner til basisnivå – og det henger også sammen med om man anser basis identisk med ”lokalsykehus” og dernest hvilken akuttberedsak og bredde i kompetanse et lokalsykehus forventes å få.</p> <p>Opptaksområde Basis: Gruppe 1 og 2: 50-100 000 /250 000 Gruppe 3: 70-200 000 Gruppe 4: 150-250 000. Gruppe 6: 100-150 000 Gruppe 7: - Gruppe 8: 100-150 000</p> <p>Område/spes: Gruppe 1:250-400 000 Gruppe 2: 200-2/300 000 Gruppe 3: 250-4/500 000 Gruppe 4: 250-500 000 Gruppe 5: 250 -4/500 000 Gruppe 6: 350-500 000 Gruppe 7 :ca.300 000 Gruppe 8: 150-3/400 000</p> <p>Faglige innspill: Referanse til Samordningsrapporten for kreft. Multidisiplinære team Forløpsansvarlig lege Standardisere behandlingsforløp Øke kapasiteten på utdanning – onkologer</p>
--	---	---	--	--

			<p>residiver</p> <p>Overordnet ansvar for eksperimentell behandling.</p> <p>(Akutt onkologi – krever dir. datatilgang fra forutgående beh. Jf. guppe 1)</p> <p>Avhengigheter: Regionsykehus må være "komplett sykehus"</p>	<p>og kreftsykepleiere</p> <p>Ønske om faglig referansegruppe for styresaksforberedelse.</p> <p>Hvorfor ikke ett regionsykehus i HSØ? Vektlegges at prosessen bør føre til dette.</p> <p>Områdesykehusene skal ha tilbud til ca. 90 % av kreftpasientene.</p> <p>Ønskelig med ref. gruppe med repr. både innen og utenfor hovedstadsområder / i vurderingene ta utgangspunkt i samordningsrapporten</p> <p>Dissenser: Gruppe 1: to konklusjoner for urologi: cystectomi er regionansvar og prostatectomi er spesialsykehusfunksjon. Akuttberedskap som basisfunksjon- de som ønsker det forutsetter befolkning på 100-150 000. Ikke akuttberedskap med befolkning ned mot 50 000.: I gruppe 2 uenighet om hvorvidt coloncancer kan være basisfunksjon.</p> <p>Uenighet mellom gruppene avspeiler seg spesielt i forhold til basisfunksjonene. De fleste foreslår "enkel" kurativ oppfølging og behandling, ikke diagnostikk og utredning. Til dette trengs kir. Indremed og onkologisk service .</p>
--	--	--	---	---

				Også uenighet om plassering av palliativt team. De som forutsetter flere funksjoner på basis forutsetter også palliativt tema plassert der.
Anestesi / Intensiv	<p>Både elektiv og akutt kirurgi og indremedisin</p> <p>Anestesi knyttet til kirurgiske inngrep som utføres ved det aktuelle sykehuset. Postoperativovervåking /behandling. Postoperativ respirator behandling.</p> <p>Noninvasiv (BIPAP/CRAP) og invasiv ventilasjonsstøtte.</p> <p>Stabilisering av pas. før transport til sykehus på høyere nivå.</p> <p>Enkelte basissykehus skal kunne håndtere tilbakeførte intensivpas. fra høyere nivå.</p> <p>Supplement til behandling av akutt syke nyfødte.</p>	<p>Akutt smertebehandling og intensiv følger indremed. og kirurgiske spesialfunksjoner.</p> <p>Barneanestesi for småkirurgi bør legges til sykehus mer enn ett sted i regionen (minimumsvolum).</p> <p>Intensivbehandling av organsvikt i enhet på 6-12-senger, inkl. dialyse.</p> <p>Intensivtransport?</p> <p>Ansvar for intensivbehandling av pas. i eget opptaksområde samt tidlig mottak fra regionsykehus</p> <p>Spesialoppgaver: Hjemmerespirator, kontinuerlig nyerstøttende behandling til intensivpasienter</p>	<p>Høyspesialisert behandling med lite volumknyttet til spissfunksjoner – eks. ECMO/kritisk lungesvikt, hyperbar medisin, oscillator, akutt multitraumatologi, nevroanestesi og nevrintensiv.</p> <p>Avansert prosedyrebaseret smertebehandling på region (eller spesialnivå)</p> <p>Barneanestesi defineres som regional (eller spesialfunksjon) Eks.barn 1-2 år <10 kg og større barn med komorbiditet, eks. hjertefeil</p> <p>Avhengighet/behov: Vaktberedskap, spesialist i tilstedvakt, grenspes. tilgjengelig</p>	<p>6 grupper.</p> <p>Stor grad av sammenfall med hensyn til def. av funksjoner.</p> <p>Generelt/påstand gruppe 1: Premissene for å anbefale at en funksjon skal regionaliseres/spes. nivå kan enten være kirurgisk, indremedisinsk eller anesthesiologisk begrunnet</p> <p>Opptaksområde Ikke selvstendig definert – avhenger av funksjonsfordeling.</p> <p>Gruppe 4 foreslår: Basis: 50 000 ev. justert for geografi, evt. satellitt underlagt modersykehus. Spesial:150 - 300 000, justert for geografi. Gruppe 5: basis 100 000 og spesial oppover fra 100 000.</p> <p>Faglige bidrag/synspunkt: Anestesilegen utgjør i økende grad "generalisten" i et sykehus der så vel kirurger som indremedisinere blir stadig mer gren-delte.</p> <p>Styrke intermedisærtilbudet, preoperativ poliklinikk, standardiserte behandlingsforløp. Fast track.</p>

	<p>Traumatologi i initialfase.</p> <p>Smerteteam, palliasjon</p> <p>Behov/samme sted: Vaktberedskap /anestesilege til stede på kort varsel. Røntgen, lab, tilgang på blod, kirurg, indremed.</p>	<p>Tverrfaglig poliklinisk smertebehandling av kronisk ikke-malign smerte.</p> <p>Brannskader – behov for rolleavklaring med Haukeland</p> <p>Avh./behov: Spesialist i tilstedevakt.</p> <p>Må være samme sted: Kir og indremed. spesialiteter, og øvrige støttefunksjoner.</p>		<p>Optimalisere størrelse og organisering av intensivavdeling. Mer fleksibel utnyttelse av kapasitet mellom sykehus.</p> <p>Kvalitetsindikatorer for anestesi/intensiv med.</p> <p>Ønsker etablert regionale fagråd til sykehusområdene. Ønsker å delta når kir. Grensesp. fordeles, store konsekvenser for fagene.</p> <p>Sentralisering vil øke behovet for intensivambulanser – ta høyde for geografi og værforhold – dvs. ikke overdreven tro på lufttransport mellom sykehus.</p>
Radiologi	<p>Vanlig radiologi/radiografi (thorax, abdomen, skjelett) ultralyd, CT, MR og enkle intervensjonsprosedyrer (enkle biopsier, drenasjer)</p>	<p>I tillegg til basisfunksjoner – mammografi, donorutredning, transplantasjonsutredn. barneradiologi, mer avansert intervensjon (CT-veiledete biopsier, karintervensjon perifere kar og abdominalkar. Aortagraft under nyrearterienivå. PCT abscessdrenasjer, nefrostomi) med et visst volum</p> <p>Avhengigheter: Skal henge sammen med de kliniske avdelinger og lokal kompetanse.</p>	<p>Høyspesialiserte funksjoner innen alle modaliteter og subspecialiteter</p> <p>Radiologisk intervensjon – karintervensjon (aorta stentgraft over nyrearterienivå), nevrintervensjon, karintervensjon på barn,</p>	<p>6 grupper Ref. til hovedstadsprosessen i Køb: Radiologi må være basert på øvrige spesialiteter og kliniske funksjoners nærvær og kompetanse.</p> <p>Opptaksområde: Funksjon av øvrige kliniske spesialiteter.</p> <p>(Gruppe 1) foreslår intervensjonslaboratorium – ett regionalt senter (HØ) og to samarbeidende sentre (HS)</p> <p>Landsfunksjon: Transplantasjonsvirksomhet, hægangioma, AVM, multitraumatologi.</p> <p>Faglige innspill:</p>

		I tillegg strålevern, fysikerkompetanse		<p>Felles protokoller for CT og MR Riktig modalitet for hvert sykdomsbilde – unngå overforbruk. Radiologi samme sted og helst samme dag som klinisk undersøkelse. RIS/PACS og teleradiologisk samarbeid. Vaktsamarbeid. Sykehus med akuttfunksjon må ha radiolog i vakt.</p> <p>Sammenslåing av sykehus nødvendig for å få gevinstrealisering.</p> <p>Tverrfaglig dialogkonferanse i videre prosess. Habilitet er viktig!</p>
--	--	--	--	---