

Hovedstadsprosessen

Delprosjekt 3:

Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene

Sammenstilling og sammendrag av hovedkonklusjoner
fra de tre arbeidsgrupperapportene innen delprosjekt 3:

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Psykisk helsevern
- Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene (somatikk)

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	1
ARBEIDSGRUPPENES MANDATER, SAMMENSETNING OG ARBEID:	1
<i>Mandater</i>	1
<i>Arbeidsgruppenes sammensetning og arbeid</i>	3
SAMMENSTILLING AV HOVEDKONKLUSJONER FRA DE TRE RAPPORTENE	3
GEVINSTREALISERING	5
RISIKOVURDERINGER	7
FAGLIG	7
ØKONOMISK	7
OMDØMMEMESSIG	7
JURIDISK	7
SAMMENDRAG AV ARBEIDSGRUPPENES HOVEDKONKLUSJONER	8
RUS.....	8
PSYKISK HELSE	9
LOKALSYKEHUS OG SAMHANDLING MED KOMMUNENE (SOMATIKK)	13

Innledning

Styresak 68/2007, Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst, legger til grunn at det i april 2008 skal legges frem for styret en sak om blant annet:

- Utvikling av lokalbaserede tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere
- Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet

Disse to punktene i vedtaket utgjør ett delprosjekt (delprosjekt 3), som er delt i tre parallelle løp ved at det ble etablert tre arbeidsgrupper med egne mandat. En arbeidsgruppe fikk i mandat å utrede somatiske lokalbaserede funksjoner og samhandling med kommunene, en å utrede særskilte problemstillinger knyttet til psykisk helse og en å utrede særskilte problemstillinger knyttet til rus.

Det regionale helseforetaket har angitt at ett av formålene med å utrede etablering av større sykehusområder er bedre samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus. Det ble allikevel vedtatt å etablere tre arbeidsgrupper innenfor delprosjekt 3. Det er to hovedbegrunnelser for dette:

- Særskilte forhold knyttet til rus og psykisk helsevern: Disse fagfeltene håndteres ikke innenfor delprosjekt 2. Derfor inngår vurderinger knyttet til spesialiserte og regionale funksjoner i mandatet til gruppene innen psykisk helsevern og rus. I tillegg kommer at nasjonale politiske rammebetingelser er klare definert, gjennom bl.a. opptrappingsplaner innenfor disse fagområdene enn i somatikken.
- Ønsket om å løfte frem rus og psykiatri.

Mandatene for de tre arbeidsgruppene overlapper når det gjelder organisering av akuttfunksjoner, anbefalinger om hvilke tjenester som skal være lokalbaserede og hvordan man skal sikre god samhandling (med primærhelsetjenesten, avtalespesialister og andre deler av spesialisthelsetjenesten) (se avsnitt 2.1.1).

Formålet med denne rapporten er å gi en kort sammenstilling av hva de tre arbeidsgrupperapportene samlet anbefaler på de områdene arbeidsgruppene har overlappet. I vedlegget gjengis alle hovedkonklusjoner fra de tre arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppene s mandat, sammensetning og arbeid:

Mandater

Rus:

Arbeidsgruppa skal, med utgangspunkt i de overordnede mål og prinsipper, utarbeide forslag til utvikling av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere med særlig fokus på hovedstadsområdet.

- Beskriv dagens organisering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Sør-Øst og oppgavefordeling mellom kommunale tjenester og TSB/spesialisthelsetjenesten.
- Vurder hva som er en hensiktsmessig størrelse på opptaksområde for og organisering av akutt/avrusning/utredning innen TSB.
- Vurder behovet for å samle/utvikle enkelte funksjoner innenfor TSB på regionalt nivå.
- Beskriv tiltak for å sikre en hensiktsmessig samordning med psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester og for å sikre et godt samarbeid med de private tverrfaglige spesialiserte rustilbudene.
- Vurder behov for en regional strategi for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Somatikk:

Arbeidsgruppa skal, med utgangspunkt i de overordnede mål og prinsipper, utarbeide forslag til prinsipper for organisering og fordeling av lokalbaserte funksjoner innenfor et sykehusområde og for samhandling med kommunen, med særlig fokus på hovedstadsområdet.

- Hvilke prinsipper bør legges til grunn for vurderinger av om en funksjon bør være lokalbasert?
- Hvilke prinsipper bør legges til grunn ved fordeling av akuttfunksjoner innenfor et sykehusområde?
- Hvilke prinsipper og modeller for samhandling med fastleger og kommuner/bydeler bør etableres, slik at pasienter som trenger tett oppfølging opplever god tilgjengelighet, helhetlige behandlingsforløp og unngår unødvendige opphold i spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke prinsipper bør ligge til grunn for samhandlingen med den kommunale legevaktstjenesten, for å sikre befolkningen en oversiktlig og lett tilgjengelig akuttjeneste med rask avklaring og evt. behandling av somatiske, psykiske og rusrelaterte tilstander?
- Hvilke prinsipper bør ligge til grunn for faglig og annet samarbeid innenfor et sykehusområde, herunder prinsipper for ambulering, hospitering, felles (bak)vaktsordninger mv.?
- Hvilke prinsipper bør legges til grunn for å sikre en god arbeidsdeling og samhandling mellom avtalespesialistene, det enkelte sykehusområde og fastlegene?
- Hvilke tiltak er nødvendig for å styrke forskningen og sikre riktig og oppdatert kompetanse og god fagutvikling hos medarbeiderne, som understøtter utviklingen av både av lokalbaserte og områdebaserte sykehusfunksjoner av høy kvalitet (Dette punktet er utsatt til april).

Psykisk helsevern:

Følgende områder skal beskrives:

- Regionale og nasjonale funksjoner. Sentralisering versus desentralisering av funksjoner. Hvilke regionale og nasjonale funksjoner har man i hovedstadsområdet og i helseregionen? Hvilke regionale kliniske funksjoner/henvisningskompetansesenter skal man ha og hvilke bør være i hovedstadsområdet? Eks Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri – (RSA) og Regional avdeling for spiseforstyrrelser, -(RASP).
- Kartlegging av behandlingsskapasitet og ressursbruk
 - Total behandlingsskapasitet og ressursbruk på sentralsykehusfunksjoner i hovedstaden når det gjelder antall døgnplasser, type døgnplasser samt ambulant og poliklinisk behandlingsskapasitet med type beskrivelse.
 - Total behandlingsskapasitet og ressursbruk DPS i hovedstaden innen døgnbehandling, samt poliklinisk og ambulant behandlingsskapasitet
 - Total behandlingsskapasitet og ressursbruk i hovedstaden innen BUP - sentralsykehusfunksjoner og DPS funksjoner
 - Total behandlingsskapasitet avtalespesialister i regionen og i hovedstaden

Det skal i tillegg gis vurderinger og anbefalinger på følgende områder:

- Vurderinger av kapasitet og fordeling, med forslag til endring i henhold til førende dokumenter.
 - Dagens kapasitet sett i henhold til DPS veileder og Nasjonal strategi for Psykisk helse innen psykisk helsevern barn og unge, samt psykisk helsevern voksne.
 - Vurdere fordeling av dagens kapasitet og foreslå endringer av dagens ressursbruk og kapasitet innen døgnbehandling/poliklinikk/ambulant virksomhet innen psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne i henhold DPS veileder og Nasjonal strategi for Psykisk helse.
- Størrelse og opptaksområder
 - Hvor store DPS opptaksområder og sentralsykehus opptaksområder bør det være i hovedstadsområdet?

- Hvor store opptaksområder bør det være i hovedstadsområdet for akuttpsykiatri?
- Samarbeid, samhandling og gode behandlingsforløp
 - En godt fungerende lokalsykehus og DPS struktur betinger forpliktende og god samhandling med førstelinjetjenesten som en helt sentral aktør, samt med de øvrige funksjonene i spesialisthelsetjenesten.
 - Beskriv hvordan man sikrer gode behandlingsforløp med forpliktende samarbeid og samhandling med førstelinjetjenesten og DPS, og foreslå nødvendige samspills -regler med sentralsykehusfunksjoner med spesielt fokus på akutt og sikkerhetspsykiatri.

Arbeidsgruppenes sammensetning og arbeid

Alle tre arbeidsgrupper innenfor delprosjekt 3 har vært bredt sammensatt med deltagere fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører. Til sammen har det vært ca. 30 personer i hver av gruppene, som har hatt 3-4 møter. Arbeidsgruppa for rus har vært ledet av Kari Ringstad, avdelingssjef ved Sykehuset Asker og Bærum HF, arbeidsgruppen for somatikk av Endre Sandvik, direktør ved Legevakten i Oslo, og arbeidsgruppe for psykisk helsevern av Stein Are Agledal, direktør ved Psykiatrien i Vestfold.

Alle tre arbeidsgrupper har arrangert møter med eksterne, som brukerorganisasjoner, private aktører, fagforeninger mv. Spesielt for rusarbeidsgruppa er at ett av deres møter ble gjennomført som en utvidet dialogkonferanse. Gruppa innenfor psykisk helsevern organiserte sitt arbeid med et arbeidsutvalg som forberedte gruppemøtene og i tillegg hadde møter med brukerorganisasjoner. For detaljer i arbeidet vises til enkeltrapportene.

Sammenstilling av hovedkonklusjoner fra de tre rapportene

Alle tre arbeidsgrupper angir en rekke tjenester som de mener skal være lokalbasert. Gruppene mener at disse tjenestene bør samordnes, og at det ideelle ville være at lokalsykehus, DPS og de lokalbaserte rustjenestene ble samlokalisert. De mener imidlertid at samlokalisering ikke er en nødvendighet, og at gitt de faktiske forhold er det lite realistisk å få til en samlokalisering på kort sikt.

Gruppens anbefalinger når det gjelder lokalbaserte tjenester kan oppsummeres slik:

- Helseforetakene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på riktig sted (laveste effektive omsorgsnivå). Tjenestene skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester for å sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, høy faglig kvalitet i både lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester og god samhandling og ressursutnyttelse. Til sammen skal sykehusområdet dekke 80-90 % av populasjonens behov for tjenester, noe som innebærer at de fleste spesialiserte tjenester i årene fremover ytes desentralt, dvs. i alle regionens sykehusområder.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal betjene flertallet av pasientene i opptaksområdet (60-70 %).
- Distriktpsykiatriske sentra (DPS) er å anse som psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og fortrinnsvis, men ikke nødvendigvis, samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner. DPS skal ivareta befolkningens allmenne behov for tjenester innen psykisk helsevern og fungere som porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten. DPS skal ha akuttjenester på sitt nivå, jamfør det utvidede akuttbegrep i nasjonale dokumenter. For dette må DPS ha tilstrekkelig spesialistdekning, hastetimer, vaktordning, krise/avlastningssenger og ambulante akuttjenester med utvidet åpningstid som dekker kvelder/helger/høytidsdager.
- Lokalsykehus med akutfunksjoner skal ha breddekompetansebasert akuttberedskap på døgnbasis innen indremedisin, anestesiserive som gir beredskap for akuttsituasjoner som også krever intubasjon og stabilisering før transport og en tilpasset minimums akutfunksjon innen kirurgi.
- I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen bør det inngå et bredt spekter av polikliniske og elektive tjenester. Pasienter med kroniske lidelser skal kunne få oppfølging ved sitt lokalsykehus, og alle hyppige tilstander skal kunne utredes og følges opp lokalt. Elektive og polikliniske tjenester ved

lokalsykehuset kan ytes av egne leger, gjennom forpliktende avtaler med avtalespesialister eller ved ambulerende spesialister fra områdesykehus innenfor sykehusområdet. Områdesykehus har et samlet ansvar for å sikre bemanning av polikliniske, elektive og akutte tjenester ved lokalsykehus, og skal gjennom kompetanse- og personellutveksling sikre et bredt og sterkt faglig tilbud på lokalt nivå.

- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal inkludere geriatrikisk døgn- og dagtilbud, lærings- og mestringssentre som må tilby opplæring av pasienter og pårørende i et samarbeid med kommunehelsetjenesten og pasientorganisasjonene og spesialiserte rehabiliteringstjenester til sykehusets pasientpopulasjon, og da spesielt til pasienter som ikke er selvhjulpne, pasienter som samtidig trenger medisinsk oppfølging, og pasientgrupper som trenger/ønsker et spesialisthelsetjenestebasert rehabiliteringstilbud nær hjemmet. Ambulante rehabiliteringstjenester inngår som en del av lokalsykehusfunksjonen.
- Ved lokalsykehus og som del av lokalsykehusfunksjonen utvikles følgende funksjoner innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling: vurderingskompetanse, ruspoliklinikk, ambulante rustjenester, utredningskompetanse, avgiftning etter akutfasen, døgnstøtte (krise, skjerming, stabilisering) døgnbehandling og lærings- og mestringstilbud.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus må ha tilstrekkelig andel personale med breddekompetanse og organisere virksomheten på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser. Dette gjelder både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus bør organiseres separat fra de mer spesialiserte oppgavene innen somatikken.
- Lokale forhold må hensyntas ved utforming av akutte og elektive funksjoner ved lokalsykehus. Dette gjelder blant annet reisetid til mer spesialisert sykehus, tilgjengelighet til ambulansetransport (vei og luft), størrelse på opptaksområdet, befolkningens sammensetning, lokal risiko- og sårbarhetsanalyse og ressurser i øvrige ledd i behandlingsskjeden.

Som når det gjelder lokalbaserte tjenester, anbefaler alle tre arbeidsgrupper at akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør samordnes innenfor hvert sykehusområde. Mer spesifikt mener rusgruppen prinsipielt at det er viktig at akutttilbud/avrusning og utredning innen tverrfaglig spesialisert behandling organiseres på samme måte som somatiske og psykiatriske akuttmottak, og at det gjøres i nært samarbeid med legevakten. Til tross for dette mener gruppen at det i dag, for å etablere faglig forsvarlige tilbud med tilstrekkelig bemanning, er nødvendig at det enkelte sykehusområdet bestemmer hvordan akutttilbudet innen tverrfaglig spesialisert behandling utformes og organiseres. For Oslo anbefaler gruppa at ansvaret for akutt avgiftning, jamfør spesialisthelsetjeneste lovens § 3-1, legges til ett lokalsykehus i Oslo.

Når det gjelder akutfunksjoner ut over de som skal finnes lokalbasert innen psykisk helsevern, gjelder det de funksjoner som er definert som sentralsykehusfunksjoner (akuttmottak). Psykisk helseverngruppen mener det bør tilstrebes at akuttmottakene samlokaliseres med sykehus som har en tilfredsstillende vaktberedskap, men mener at en endring i dagens struktur når det gjelder de rene akuttpsykiatriske mottak ikke bør gjøres uten en mer helhetlig vurdering, og at dette ikke må sees løsrevet fra en utvikling av øvrig akuttpsykiatri. Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet og behandlingens karakter innen akutt og subakutt sykehusbehandling, anbefaler arbeidsgruppen ikke et felles akuttmottak for hovedstaden. Gruppa sier ikke hva "tilfredsstillende vaktberedskap" ved det somatiske sykehuset er, dvs. om dette kan være et lokalsykehus med begrensede kirurgiske akutfunksjoner, eller om det må være et mer spesialisert sykehus. I dag finnes psykiatriske sentralsykehusfunksjoner ved lokalsykehus, herunder lokalsykehus uten kirurgiske akutfunksjoner (Lovisenberg).

Oppsummert er gruppenes anbefalinger når det gjelder akutfunksjoner (ut over de lokalbaserte) følgende:

- Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør samordnes innenfor et sykehusområde.
- Akutttilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og akuttmottak innen psykisk helsevern utformes og organiseres på den måten som anses mest hensiktsmessig innenfor det enkelte sykehusområde. Det må vurderes om ansvaret for akutt avgiftning legges til ett sykehus i Oslo.

- Et områdesykehus innenfor et sykehusområde skal ha det organisatoriske og faglige ansvaret for den akuttkirurgiske tjenesten. I den grad lokale forhold nødvendiggjør at denne tjenesten også er lokalbasert, organiseres den i et samarbeid mellom områdesykehuset og lokalsykehuset. Den kirurgiske tjenesten innen et sykehusområde må organiseres slik at alle kirurger i området opprettholder nødvendig kompetanse innen både akutt og elektiv kirurgi, og må sees i sammenheng.
- Et områdesykehus innenfor et sykehusområde skal ha hovedansvaret for akutfunksjoner innen indremedisinske grenspesialiteter og andre somatiske spesialiteter som ikke dekkes av lokalsykehuset, herunder alle pediatriske akutfunksjoner.
- Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial diagnostikk, triage, prioritering, behandling og pasientflyt.

Det er bred enighet arbeidsgruppene imellom når det gjelder de grunnleggende verdiene samhandling må baseres på, og også når det gjelder prinsippene og tiltakene for å styrke samhandling. Generelt mener gruppene at etablering av sterke lokalbaserte tjenester vil legge bedre til rette for god samhandling. Behovet for å styrke samordningen *innenfor* spesialisthelsetjenesten fremheves i alle rapporter. Mobilitet av personalet anses som et viktig tiltak i så måte. Også viktigheten av å sikre pasienter som har behov for det individuell plan, fremheves i alle rapporter. For øvrig kan følgende tiltak trekkes frem:

- Innen psykisk helsevern skal overføringsklare pasienter fra sykehusnivå som hovedregel overføres til DPS uten opphold, og vise versa, dvs. samme eller senest neste virkedag. DPS skal stå fritt til å vurdere hvilket behandlingsnivå pasienten skal ha.
- Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner for innleggelse, behandling og utskrivning (og faglig konferering) og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette. Det kan skje ved at det etableres områdebaserte fagråd der både fastlegene, avtalespesialistene og sykehuslegene er representert. Slike fagråd må forankres i overordnede samarbeidsavtaler.
- Helseforetakene og kommunene bør samarbeide om et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedisæravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger mv.

I tillegg mener arbeidsgruppa innen psykisk helsevern at det er avgjørende, både for å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp, og for å oppnå den ønskede omstillingseffekt som ligger i mandatet, at psykisk helsevern organiseres på en slik måte at det er *ett* ledelsesmessig grep innen samme helseforetak på hele behandlingsskjeden.

Gevinstrealisering

Implementering av gruppenes anbefalinger vil innebære omstillinger. Disse vil ha både kvalitative og økonomiske konsekvenser. Det er et mål at gevinsten ved omstillingene skal være større enn kostnadene ved gjennomføringen.

Gruppenes anbefalinger har som mål at kvalitet på tjenestene skal styrkes ved at:

- Styrking av breddekompetanse i lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner vil gjøre tjenestene mer virkningsfulle.
- Bedre organisering og samordning av akutfunksjoner vil gjøre disse mer virkningsfulle og trygge.
- Styrking av samhandlingen skal gjøre tjenestene tryggere (reducere uheldige hendelser og feil), mer preget av kontinuitet og redusere dobbeltarbeid.
- Lokalbaserte tjenester tilpasset behovene til brukere med vanlige, kroniske og sammensatte lidelser skal gi bedre tilgjengelighet, kontinuitet og sikre brukerne mer involvering og innflytelse.
- Sterkere DPS og bedre tilgjengelighet til lokalbaserte tjenester innenfor psykisk helsevern gir færre akuttinnleggelser og mindre bruk av tvang.
- Etablering av sykehusområder som er tilnærmet like store og tydeligere oppgavefordeling mellom lokalsykehus, områdesykehus og regionsfunksjoner vil gi bedre oversikt over tjenestetilbudet, muligheter for mer likeverdige og tilgjengelige tjenester og vil også legge til rette for bedre

samarbeid innen spesialisthelsetjenesten (somatikk, psykisk helse og rus) og i forhold til kommunene.

Målet er også at ressursene skal utnyttes bedre:

- Koordinerte og samordnede vaktordninger innen et sykehusområde gir bedre utnyttelse av personellressursene.
- Flere kontroller hos fastleger og avtalespesialister (behandling på laveste effektive omsorgsnivå) gir effektiv ressursutnyttelse.
- Forbedrede behandlingsrutiner og større tillit mellom nivåene reduserer antallet dobbeltundersøkelser.
- Bruk av observasjonsposter prehospitalt reduserer antallet innleggelser.
- Mer poliklinisk og dagbasert behandling kan gi færre sykehusinnleggelser, spesielt innen kirurgi.
- Ved god breddekompetanse lokalt kan antallet spesialister en kroniker trenger å møte reduseres, noe som gir bedre kontinuitet.
- Rene elektive kirurgiske funksjoner i lokalsykehus vil gjøre disse tjenestene mer effektive

Mens kvalitative gevinster alltid kommer pasientene til gode, vil det kunne variere hvilket ledd i behandlingsskjeden som tar ut økonomiske gevinsten. Det kan ofte være vanskeligere å gjennomføre omstillinger der andre tar ut gevinsten.

Det blir viktig å kunne evaluere om gevinstene faktisk blir større enn omkostningene. For dette formål trengs indikatorer som kan måles før og etter omstillingene gjennomføres. Det er flere mulige indikatorer. Arbeidsgruppene foreslår følgende:

- Pasienttilfredshets-/brukerundersøkelser
- Livskvalitet hos sentrale brukergrupper ved lokalsykehus
- Overlevelse for pasienter der lokalsykehus står for hovedoppfølgingen, for eksempel pasienter med kroniske hjerte- og lungelidelser
- Eventuelt forekomst av ulike komplikasjoner ved diabetes, for eksempel amputasjoner
- Antall innleggelser og liggedøgn pr. 10 000 innbyggere innenfor ulike fag (aldersjustert?).
- Ventetider innen indremedisin – utvalgte diagnoser?
- Epikrisetid
- Antallet uplanlagte reinnleggelser innen 30 dager
- Antallet utskrivningsklare pasienter i sykehus
- Antallet vaktsjikt for definerte funksjoner innenfor somatikken
- Antallet inngåtte samhandlingsavtaler
- Antallet pasienter som får individuell plan
- Ressursbruk i DPS
- Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern
- Antallet akuttinnleggelser i psykisk helsevern
- Prosent pasienter innen psykisk helsevern innlagt på feil nivå
- Antallet overliggere på sentralsykehusnivå innen psykisk helsevern som skulle vært utskrevet etter samspillsreglene
- Arbeidsmiljøundersøkelser

Risikovurderinger

Faglig

Samling av kirurgiske akuttfunksjoner vil kunne medføre faglig motstand og påstand om at dette er faglig uforsvarlig. Det angis faglige avhengigheter mellom gastrokirurgien og en rekke andre spesialiteter. Sykehus med kun indremedisinske akuttfunksjoner er forsøkt mange steder, herunder ved Lovisenberg, men det finnes ikke sikker kunnskap om hva som er betingelsene for at dette skal være en faglig forsvarlig løsning, for eksempel hvor stor avstand det kan være til sykehus med kirurgiske akuttfunksjoner. Det synes imidlertid som sentralt at disse sykehusene har god anestesivberedskap.

Den utvikling som anbefales, med styrking av lokalbaserte tjenester, forutsetter etablering av breddekompetanse hos personellet (i tillegg til organisatorisk). Dette er i stor grad en kompetanse som i dag ikke finnes. Det må derfor kompetansehevede tiltak til, noe som vil innebære kostnader. Dersom man ikke får etablert denne kompetansen, kan tjenestenes faglige innhold bli svakere enn ønsket (faglig risiko). I dag har breddekompetansen svakere faglig status enn spisskompetansen, noe som tilsier at det må gjøres spesielle tiltak for å sikre etablering av ønsket kompetanse.

Det er en særskilt utfordring innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling å rekruttere spesialister, både leger, psykologer, sykepleiere og sosialfaglig personell med spesialkompetanse innen rusbehandling. Uten tiltak for å bedre rekrutteringen kan den opptrappingen som ønskes innen rusfeltet, bli vanskelig.

Selv om alle forslagene angående psykisk helse er i tråd med nasjonal politikk på området, vil det være risiko knyttet til at enkelte vil være uenige i omstilling av ressurser fra sykehusfunksjoner og døgnbehandling til DPS og poliklinisk innsats, og vil bruke faglige argumenter mot dette. Slike forhold er i noen grad ivare tatt ved at gruppa anbefaler at det må tas hensyn til at befolkningssammensetting og andre forhold som påvirker sykkelighet, fordi dette kan bidra til endrede forutsetninger.

Økonomisk

Omstillinger vil alltid koste penger, tillegg til andre typer ressurser. For alle tre fagfelt gjelder blant annet at det kan oppstå et behov for endringer i bygg/ombygginger/nybygg, og dermed investeringer, som følge av endringer i funksjoner. Det er et mål at gevinstene ved omstillingene skal være større enn kostnadene ved gjennomføringen (se avsnitt om gevinstrealisering). Når man oppnår det, må kostnadene ved gjennomføringen anses som investeringer i fremtiden.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsdokumentet de siste årene forutsatt at veksten i rus og psykisk helsevern er større en somatikk. Ved store omstillingsutfordringer i somatikken kan dette i praksis være krevende å realisere. Dette krever særskilt oppmerksomhet fra RHF og det enkelte HF.

Omdømmemessig

Det må forventes motstand i lokalpolitiske miljøer mot endringer i akuttfunksjoner ved dagens lokalsykehus. Endringer i akuttfunksjoner oppfattes ofte som et første skritt på veien mot nedleggelse.

Psykisk helseverngruppa synliggjør og tallfester i rapporten et stort potensiale for omstilling av ressurser fra sykehusfunksjoner og døgnbehandling til DPS og poliklinisk innsats. Det kan skapes et inntrykk at man ved slik omstilling er med på å bygge ned et tilbud. Også for de andre fagfeltene gjelder at målet om mer vekt på polikliniske, ambulante og dagbaserte tjenester kan oppfattes som tiltak som vil kunne medføre at de dårligste ikke får et tilstrekkelig tilbud, og at ansvar og kostnader skyves over på kommunene.

Juridisk

Anbefalingene forutsetter mobilitet hos de ansatte, spesielt spesialister. Dette vil kreve endringene i arbeidsvilkår. Dersom slike endringer skal baseres på frivillighet, vil de kunne bli kostbare, og slik sett innebære en økonomisk risiko.

Sammendrag av arbeidsgruppens hovedkonklusjoner

Rus

1. Prinsipielt mener arbeidsgruppen at det er viktig at tilbud om akutt/avrusning/utredning innen TSB organiseres på samme måte som somatiske og psykiatriske akuttmottak, og at det gjøres i nært samarbeid med legevakten. På denne måten sikres alle pasienter en dør inn i det lokalsykehuset. Den ideelle organisatoriske løsningen på lokalsykehusnivå er derfor et felles mottak hvor behandling av somatikk, psykisk helsevern, og rus er likeverdige. For å få full samordningseffekt bør det felles mottaket samlokaliseres. På denne måten kan en bygge opp rusfaglig kompetanse i alle lokalsykehusområder samtidig som en unngår å bygge opp parallell kompetanse og alle pasienter sikres faglig forsvarlig vurdering av akutte behov – uansett om problemet er somatikk, psykisk helse eller rus.

Vi må imidlertid sikre at enhetene har en størrelse som gir tilstrekkelig faglig kompetanse og mulighet for en kostnadseffektiv drift.

Den eksisterende organiseringen av avgiftningstilbudet innen TSB er preget av ulike løsninger i regionen. Hvordan akutttilbudet utformes og organiseres må derfor bestemmes i det enkelte sykehusområdet.

Oslo har særskilte utfordringer, dels fordi rusfeltet tradisjonelt har vært organisert på en noe annerledes måte enn landet for øvrig, men viktigst fordi at det her er en opphopning av pasienter spesielt med misbruk av illegale rusmidler. Arbeidsgruppen vurderer det derfor som hensiktsmessig at ansvaret for akutt avgiftning legges til ett lokalsykehus i Oslo. Dette er viktig for å ivareta særskilte storbyutfordringene på en god måte.

2. Arbeidsgruppen mener at det er grunnleggende at lokalsykehusene yter lokalbefolkningen utredning og behandling får både somatiske-, psykiske-, og ruslidelser.

For å sikre gode lokalbaserede tiltak innen tverrfaglig spesialisert behandling er det viktig at det utvikles noen basisfunksjoner i det enkelte lokalsykehus.

Dette er:

- Vurderingskompetanse
- Ruspoliklinikk
- Ambulante tjenester
- Utredningskompetanse
- Avgiftning etter akuttfasen
- Døgnstøtte (krise, skjerming, stabilisering) og døgnbehandling
- Lærings- og mestringstilbud

3. Rusfeltet har i dag et mangfoldig døgnbehandlingstilbud. Det er viktig at det differensierte behandlingstilbudet innenfor TSB videreutvikles innenfor sykehusområdene. Arbeidsgruppen påpeker at det er avgjørende at det gjøres en konkret analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet.

Arbeidsgruppen mener at det er spesielt viktig at følgende døgnbehandlingstilbud regionaliseres til få steder:

- Tvang §§ 6-2 og 6-2 a
- Gravide

4. Følgende funksjoner regionaliseres

- Koordinering av enkelt plasser etter nivå og frist i forhold til alle døgnbehandlingssteder som har en regional funksjon. Fritt sykehusvalg krever informasjon til pasient og kompetanse om matchingen – bidra til kvalitetsheving av henvisninger og matching av behandlingstilbud. Det er spesielt viktig at tilbudet til tvang og gravide koordineres.
- Analysere og følge pasientstrømmen inn i døgnbehandling (inn og ut)
- Overvåke ventelistesituasjonen og bidra til behovsanalyser

5. De viktigste tiltakene for samordning er foruten etablering av felles akuttmottak somatikk, psykisk helse og rus; forpliktende samhandlingsavtaler, felles inntaksteam med psykisk helsevern og TSB,

samløkalisering, oppbygging av ambulante tjenester, individuell plan, myndiggjøring av medarbeidere og finansieringsordninger/takstsystemer som stimulerer til samhandling.

6. Det anbefales ikke at det iverksettes et omfattende strategiarbeid, men at det er behov for konkrete handlingsplaner med spesielt fokus på følgende oppgaver: implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, samordne arbeidet overfor NAV, utvikle samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, etablere fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/møteplasser.

Psykisk helse

Organisering

Arbeidsgruppen har valgt å tolke organisering som strukturering av tjenestetilbudet i retning som ligger nært de nasjonale føringene, med hovedfokus på ressursfordeling, struktur – lokalbaserte tjenester, intern samhandling og samhandling med førstelinjen.

Temaet om organisering av psykisk helsevern for hele eller deler av hovedstadsområdet som et eget foretak (evt. for en periode) kan imidlertid være et effektivt virkemiddel for raskere å nå målene. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det gis mulighet for å diskutere dette seinere. I så fall må nødvendig samhandling med de øvrige tjenestene ivaretas, slik at brukerne opplever tjenestene samlet som sømløse.

For å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp og oppnå den ønskede omstillingseffekt som ligger i mandatet, er det avgjørende at psykisk helsevern organiseres på en slik måte at det er *ett* ledelsesmessig grep innen samme helseforetak på hele behandlingsskjeden. Dette vil sikre samhandlingen mellom 1.linjetjensten, DPS, akuttmottak og intermedisær/subakutt behandling og andre spesialiserte sykehusfunksjoner som inkluderer alderspsykiatri, psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri.

Sykehusområder

På bakgrunn av analyse i arbeidsgruppens rapport s 18, og de framlagte modellene, anbefaler arbeidsgruppens flertall følgende sykehusområder:

- Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud - 460.000 innbyggere. Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til hvorvidt Ringerike sykehus og hele eller deler av Blefjell sykehus skal være del av dette sykehusområdet, da dette ligger utenfor gruppens mandat
- Akershus universitetssykehus og Aker universitetssykehus: – 475.000 innbyggere. Follo og Romerike, bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)
- Ullevål universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus: - 425.000 innbyggere Oslo, unntatt bydel 9 (Bjerke), 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)

I følge flertallet vil en annen løsningsmodell innebære betydelige utfordringer for psykisk helsevern med store omstillingskostnader.

Innenfor hvert sykehusområde må det vurderes:

- Antall akuttmottak og lokalisering av disse
- Om akuttmottak bør samlokaliseres med somatikken
- Kapasitet akutfunksjoner og øvrige sykehusfunksjoner
- DPS struktur som ivaretar befolkningens behov
- DPS- opptaksområder på ca.75- 100.000 innb for å ivareta muligheten for differensiering av behandlingstilbudet og faglig robusthet.

Dissens fra Aker universitetssykehus:

"I anbefalingen er AUS satt sammen med AHUS i et felles sykehusområde med ansvar for Follo, Romerike, Bjerke, Grorud, Stovner og Alna. Aker US kan ikke gi sin tilslutning til denne anbefalingen fra arbeidsgruppen. AUS kan imidlertid støtte at AHUS får ansvaret for Follo. Dette ligger i begge de to

presenterte alternativene. Men når AHUS får ansvaret for Follo, kan de ressurser som AUS disponeres brukes godt både sammen med AHUS og med Ullevål/Lovisenberg/Diakonhjemmet.”

Lokalbaserte tjenester

DPS ansees som psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon lokalisert så tett opp mot befolkningen som mulig og fortrinnsvis, men ikke nødvendigvis samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner. Et DPS kan i tillegg ytterligere desentralisere sine tjenester med lokalisering av poliklinikker og ambulante tjenester til enda mer desentrale lokasjoner.

DPS skal ivareta befolkningens allmenne behov for tjenester innen psykisk helsevern og skal være bærebjelken i det psykiske helsevernet. Det bør være et etablert prinsipp at DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten, og at DPS som hovedregel skal være spesialisthelsetjenestens sentrale samhandlingsmotor.

Både i tidligere Helse Sør og Helse Øst er det etablert ruspoliklinikker integrert i DPS strukturen. Arbeidsgruppen mener denne integreringen er viktig å opprettholde. Videre anbefaler arbeidsgruppen en samorganisering av de to fagfeltene.

Et robust og velfungerende DPS anbefales å ha et opptaksområde med over 75.000 innbyggere. Størrelsen på opptaksområdet må sees i sammenheng med geografi og reiseavstander.

DPS skal ha akuttjenester på sitt nivå. Akuttpsykiatriske tjenester er et vidt begrep. Faglige føringer og behandlingsmetodikk gir et viktig utvidet akuttbegrep, der et akuttpsykiatrisk tilbud omfatter både akuttilbud i sentralsykehusfunksjon og DPS. Redusert bruk av behandling hjemlet med tvang er en nasjonal føring.

Sentrale elementer ved siden av selve akutteneheten er: Kompetente fagpersoner, Individuell plan, Tilbakefallsforebygging (Varselsignaler), Sammenhengende behandlingsskjede, Samarbeid 1.-linje/ambulante tjenester, Hastetimer ved DPS, Akutteam og Krise/avlastningssenger.

Akuttpsykiatriske mottak - Psykisk helsevern voksne

Det er ikke tatt stilling til størrelse på opptaksområde for akuttpsykiatriske mottak. Dette er å betrakte som sentralsykehusfunksjon innen psykisk helsevern og det bør tilstrebes å samlokalisere mottakene med sykehus som har en tilfredsstillende vaktberedskap.

Arbeidsgruppens vurdering er at en endring i dagens struktur når det gjelder de rene akuttpsykiatriske mottak ikke bør gjøres uten en mer helhetlig vurdering, og at dette ikke må sees løst fra en utvikling av øvrig akuttpsykiatri.

- Ut i fra omfanget av tjenestene, sykdomsbildet og behandlingens karakter innen akutt og subakutt sykehusbehandling, anbefaler arbeidsgruppen ikke et felles akuttmottak for hovedstaden.
- Den mener kvaliteten på behandlingen og god ressursutnyttelse løses bedre med en modell der man baserer seg på ett eller flere akuttmottak innen hvert sykehusområde og / eller helseforetak.
- For å yte kvalitativt gode tjenester med helhetlige behandlingsforløp, trenger man ett ledelsesmessig grep på hele behandlingsskjeden, som sikrer samhandlingen mellom førstelinjetjenesten, DPS, akuttmottak og intermedieær-/subakuttavdelinger og andre spesialiserte sykehusfunksjoner. Tilgang til akuttpsykiatriske tjenester til rett tid, er essensielt for alle ledd i tjenesten.
- Det anbefales at hvert sykehusområde og områdesykehus vurderer hvor hensiktsmessig egen akuttfunksjon er, og evt. vurderer egne funksjonsfordelinger, som for eksempel rene akuttfunksjoner og subakutte funksjoner

Regionale funksjoner

Den korte fristen for arbeidet og det omfattende mandatet arbeidsgruppen har hatt, har ført til at tematikken rundt nasjonale og regionale kompetansesenter er behandlet kort. Flere av kompetansesentrene er etablert etter initiativ fra nasjonale myndigheter eller regionalt helseforetak og arbeidsgruppen har ingen grunn til å mene at dette fortsatt ikke skulle være berettiget. Det er enkelte funksjoner av ren klinisk karakter arbeidsgruppen ser som sentrale i forhold til den samlede tjenesten. Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri (RSA) er slike eksempler.

Det anbefales at den nye helseregion i fortsettelsen tar en samlet gjennomgang av kompetansesentrene og de regionale og funksjonene, gjerne i regi av en egen prosjektgruppe nedsatt av Helse Sør Øst. Et slikt arbeid kan i større grad svare på formueringene som ligger i vårt mandat på dette området.

Regional sikkerhetsavdeling

Arbeidsgruppen er kjent med at man nå i 2008 har utfordringer knyttet til for liten pasientflyt og stor pågang på de regionale plasser for sikkerhetspsykiatri. Regional avdeling for sikkerhetspsykiatri er for hele helseregionen, og det er avgjørende for de øvrige deler av sykehus tjenesten at pasientflyten er god og at plassene utnyttes optimalt, slik at pasienter raskest mulig kan overføres til et lavere nivå eller vise vers.

Det anbefales derfor at det gjøres en gjennomgang av kapasitet, struktur og finansieringsform for RSA, slik at man sikrer kapasitet i henhold til nasjonale føringer. Det forventes videre at alle helseforetak /sykehus sikrer tilstrekkelig kapasitet i egen virksomhet på sikkerhetspsykiatri nivå 2.

Avtalespesialister

Det anbefales at det etableres en overordnet strategi for fordeling av avtalehjemler og for å etablere et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å øke tilgjengeligheten av avtalespesialistene i henhold til føringene i Oppdragsdokumentet 2008 for Helse Sør-Øst RHF.

Omstillingsutfordringer knyttet til resursfordeling

VOP

For å nå målet om en fordeling på 50 % til sykehus og 50 % til DPS, er det behov for omstilling av ca kr. 309 mill. fra sykehus til DPS. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslos særegne stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet. Fordelingen ville kunne medføre en mulig omstilling av personale fra sykehusavdelinger til DPS.

Det er store forskjeller i mellom helseforetakene/sykehusene når det gjelder sengekapasitet på sykehusnivå, og samlet ligger kapasiteten betydelig over for eksempel Vestfold når det gjelder senger pr. innbygger. Behovsvurdering er komplisert, og det anbefales at Helse Sør-Øst RHF i fortsettelsen gjør en samlet gjennomgang og vurdering som sikrer at man i større grad når intensjonene i målsettingen om likeverdige tjenester og lik tilgjengelighet. En omstilling av sykehussenger til poliklinisk og ambulant virksomhet vil ytterligere øke omstillingspotensialet, uten at dette er kvantifisert.

Samlet sett vil omstilling av sykehussenger til poliklinisk og ambulante tjenester, samt omstilling av ressurser fra sykehusnivå til lokalbasebaserte tjenester, gi en ønsket vridningseffekt i forhold til målene i Opptrappingsplanen.

Det bør vurderes nærmere i hvor stor grad en slik omstilling skal gjennomføres, og om dette er mulig å oppnå. Gruppen presiserer behovet for brukerperspektivet og viktigheten i all omstilling av at ingen ting må bygges ned før andre tjenester er etablert.

Gruppen presiserer behovet for brukerperspektivet og viktigheten i all omstilling av at ingen ting må bygges ned før andre tjenester er etablert.

BUP

Målet om en fordeling i form av 20 % til BUP og 80 % til VOP medfører et behov for omstilling av ca kr. 65 mill. fra VOP til BUP. Det må vurderes om denne fordelingsnøkkelen er riktig i forhold til Oslos særegen stilling med storbyproblematikk og økt sykkelighet. Tiltaksplanen til Helse Øst sier at dekningsgraden for BUP skal være 5,5 % i Oslo. Dette bør få konsekvenser for fordelingsnøkkelen.

Investeringsstrategi

Det bør gjøres en særskilt vurdering av bygningsmassen, fordi deler av dagens bygningsmasse, og manglende tilgang på investeringsmidler, kan sette en stopper for videre utvikling og omstilling.

For å kunne omstille voksenpsykiatrien i hovedstadsområdet i en tidsperiode på 5 – 10 år mener arbeidsgruppen at det må utvikles en egen finansierings- og utbyggingsplan. Denne planen må bl.a. anskueliggjøre følgende:

- Hvilke økonomiske ressurser som må stilles til disposisjon for en nødvendig omstilling og hvordan finansieringen kan løses gjennom nybygg og mulig innleie av lokaler.
- Hvilke muligheter og begrensninger som er knyttet til mulig salg/videreutvikling og avhending av hele eller delere av eiendommene på Lier, Dikemark og Gaustad.
- Hvilket økonomisk potensial som ligger i eiendommene Lier, Dikemark og Gaustad ved et eventuelt videresalg/videreutvikling (foredling) av eiendommene.

For arbeidsgruppen er det viktig å understreke at en omstilling av døgntilbudet til desentrale løsninger og etableringen av nye behandlingstilbud i Oslo, forutsetter at en finansieringsplan foreligger før et slikt omstillingsarbeid starter.

I en overgangsperiode kan også slik omstilling foretas ved å flytte ut kapasitet til leide lokaler.

Det gjenstår investeringsmidler knyttet til Opptappingsplanen til DPS/BUP utbygging i hovedstadsområdet.

Samhandling

Samhandling med førstelinjetjenesten

Arbeidsgruppen mener at den viktigste forutsetningen for god intern samhandling er at det er en sammenhengende behandlingsskjed under en og samme ledelse.

- Samhandling må springe ut i fra et klart og opplevd behov, og ta utgangspunkt i noe konkret
- Samhandlingen må understøtte hovedmålet om å utvikle gode tjenester til befolkningen i opptaksområdet
- Samhandlingen må være tuftet på likeverdighet og tillitt
- Samhandlingen må være tuftet på felles forståelse og kunnskap om hverandre
- Godt samarbeid er tuftet på gjensidig respekt
- Håndtering av uenighet
 - Etablere forståelse for at det er greit å være uenige om de viktige tingene, men ugreit å være uenig om bagateller
 - Uenighet kan håndteres av et rådgivende utvalg eller en oppmannsordning.
 - Det vil uansett være et ledelsesansvar å sørge for å bli enige
- Viktige forutsetninger for at samhandlingen kan lykkes
 - At den er organisert på en forpliktende og fornuftig måte
 - At organiseringen er forutsigbar, men smidig
 - At organiseringen er transparent og kjent av samarbeidspartnerne
 - At organiseringen i størst mulig grad er pasientnær
 - At organiseringen er lite sårbar for turnover blant ansatte
- Det betyr at samhandlingen må
 - Nedfelles i regler og skriftlige avtaler som tydeliggjør ansvarsforhold og som regulerer plikter og rettigheter
 - Forankres i virksomhetenes topp-ledelse
 - Vies oppmerksomhet og utstyres med autoritet i det daglige arbeidet
 - At deltakerne har nødvendige fullmakter til å finne gode løsninger
 - Finne sted i egnede fora som møtes regelmessig

Samhandling internt i kjeden som sikrer gode pasientforløp

- Det bør være et etablert prinsipp at DPS skal være porten inn og ut av spesialisthelsetjenesten, unntatt der hvor det er åpenbart at det vil føre til unødig forsinkelse, byråkratisering når det foreligger kriterier for at pasienter skal legges rett inn på sykehusnivå, eller skrives ut derfra.
- DPS bør som hovedregel være spesialisthelsetjenestens sentrale samhandlingsmotor

- DPS bør få informasjon om hvilke pasienter fra sitt opptaksområde som er innlagt på akutt/sykehusnivå første virkedag etter innleggelse
- Hvert DPS bør ha en sentral fagperson som mottar informasjon og som har fullmakt til å fatte beslutninger om overtakelse av behandlingsansvar
- Overføringsklare pasienter fra sykehusnivå skal som hovedregel overføres til DPS uten opphold, og vise versa, dvs samme eller senest neste virkedag.
- DPS skal stå fritt til å vurdere hvilket behandlingsnivå pasienten skal ha
- DPS må arbeide innen et "utvidet" akuttbegrep med
 - hastetimer ved poliklinikkene hvor legevakt og lignende kan tildele time umiddelbart
 - hvert DPS bør ha ambulante akuttjenester med utvidet åpningstid som dekker kvelder/helger/høytidsdager
- Det er en forutsetning av det finnes robuste DPS'er, både økonomisk og ift spesialistdekning
- Det bør forefinnes en vaktordning for DPS

Lokalsykehus og samhandling med kommunene (somatikk)

Arbeidsgruppa foreslår følgende prinsipper:

Generelle prinsipper lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner

Gruppa vil presisere at den mener en grunnleggende premisse for endringer i sykehusenes funksjoner er at disse blir tilstrekkelig konsekvensutredet før de gjennomføres, og at alle endringer evalueres for å avklare om ønskede gevinster realiseres.

- Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner som til annen spesialisthelsetjeneste.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved større sykehus må ha tilstrekkelig andel personale med breddekompetanse og organisere virksomheten på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser.
- Lokalsykehusfunksjonene ved et områdesykehus bør organiseres separat fra de mer spesialiserte oppgavene.
- Det bør beskrives hvilken kompetanse som et minimum skal være på lokalsykehus.
- Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial diagnostikk, triage, prioritering, behandling og pasientflyt.
- Lokalsykehus og øvrige sykehus innenfor et sykehusområde bør organiseres slik at de får klare roller som gir gode pasientforløp. Til sammen bør sykehusområdet dekke 80-90 % av populasjonens behov for spesialisthelsetjenester.
- Innenfor hvert sykehusområde skal det defineres et områdesykehus og funksjoner som skal ivaretas der.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal betjene flertallet av pasientene i opptaksområdet (60-70 %). Områdesykehus skal bistå lokalsykehus, og skal gjennom kompetanse- og personellutveksling sikre et bredt og sterkt faglig tilbud på lokalt nivå.
- Helseforetakenes brukerutvalg skal aktivt medvirke ved planlegging og utforming av tjenestetilbudet.

Prinsipper for elektive og polikliniske funksjoner

- I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen bør det inngå et bredt spekter av polikliniske og elektive tjenester. Pasienter med kroniske lidelser skal kunne få oppfølging ved sitt lokalsykehus, og alle hyppige tilstander skal kunne utredes og følges opp lokalt.

- Elektive og polikliniske tjenester ved lokalsykehuset kan ytes av egne leger, gjennom forpliktende avtaler med avtalespesialister eller ved ambulerende spesialister fra områdesykehus innenfor sykehusområdet.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal inkludere geriatrisk døgn- og dagtilbud. Det må sikres tilstrekkelig geriatrisk kompetanse hos personellet gjennom kompetansekrav og kompetansehevede tiltak.
- Lokalsykehus bør inkludere spesialiserte rehabiliteringstjenester til sykehusets pasientpopulasjon, og da spesielt til pasienter som ikke er selvhjulpne, pasienter som samtidig trenger medisinsk oppfølging, og pasientgrupper som trenger/ønsker et spesialisthelsetjenestebasert rehabiliteringstilbud nær hjemmet. Ambulante rehabiliteringstjenester inngår som en del av lokalsykehusfunksjonen
- Lokalsykehusene skal inneholde lærings- og mestringssentre (LMS) som må tilby opplæring av pasienter og pårørende i et samarbeid med kommunehelsetjenesten og pasientorganisasjonene.

Prinsipper for fordeling av akuttfunksjoner

Gruppas flertall foreslår følgende:

- Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal ha breddekompetansebasert akuttberedskap på døgnbasis innen indremedisin. Det bør være anestesistjeneste som gir beredskap for akuttsituasjoner som også krever intubasjon og stabilisering før transport.
- Lokalsykehus med akuttfunksjoner bør ha en tilpasset minimums akuttfunksjon innen kirurgi. Det innebærer for eksempel kompetanse til å vurdere akutt abdomen, utføre nærmere definerte akuttkirurgiske prosedyrer og stabilisere kritisk syke/skadde pasienter for videre transport.

Dissens fra Akademikernes representant, Terje Keyn:

Undertegnede vil med dette (se begrunnelse i teksten, pkt. 3.1.3.1) på vegne av Akademikerne markere dissens i forhold til gruppeflertallets formuleringer. Vi foreslår de to omstridte kulepunktene erstattet med ett kulepunkt:

- *Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal ha breddekompetansebasert akuttberedskap på døgnbasis i form av vaktbærende indremedisiner og kirurg. Det skal være anesthesiologiske tjenester tilgjengelig i form av vaktbærende anestesilege og -sykepleier. Det skal være tilgang til radiologiske og klinisk-kjemiske tjenester på stedet.*

Gruppen samlet foreslår i tillegg følgende prinsipper for fordeling av akuttfunksjoner

- Lokale forhold må hensyntas ved utforming av akuttfunksjoner ved lokalsykehus. Dette gjelder blant annet reisetid til mer spesialisert sykehus, tilgjengelighet til ambulansetransport (vei og luft), størrelse på opptaksområdet, befolkningens sammensetning, lokal risiko- og sårbarhetsanalyse og ressurser i øvrige ledd i behandlingsskjeden.
- Et områdesykehus innenfor et sykehusområde skal ha det organisatoriske og faglige ansvaret for den akuttkirurgiske tjenesten. I den grad lokale forhold nødvendiggjør at denne tjenesten også er lokalbasert, organiseres den i et samarbeid mellom områdesykehus og lokalsykehus. Den kirurgiske tjenesten innen et sykehusområde må organiseres slik at alle kirurger opprettholder nødvendig kompetanse innen både akutt og elektiv kirurgi og må sees i sammenheng.
- Et områdesykehus innenfor et sykehusområde skal ha hovedansvaret for akuttfunksjoner innen indremedisinske grenspesialiteter og andre spesialiteter som ikke dekkes av lokalsykehuset, herunder alle pediatriske akuttfunksjoner.
- Akuttfunksjoner for somatikk, psykiatri og rus bør samordnes innenfor et sykehusområde og over tid helst samlokaliseres.
- Det må være tilstrekkelig utstyr, kapasitet og kompetanse i de prehospitalene tjenester, også for transport av intensivpasienter. Konsekvenser for pasientreiser og ambulansetransport med henblikk på reiseavstand, tid og mengde må utredes før endringer i akuttfunksjoner gjennomføres.

- Lokalsykehusenes og kommunenes akuttberedskap må koordineres for å skape sammenhengende akuttmedisinske behandlingsskjeder. Det bør etableres lokale akuttmedisinske team og faste arenaer for samhandling.
- Endringer i akutfunksjoner bør skje koordinert. Tjenester må ikke nedlegges før de er etablert på nytt sted. Det må fastsettes en klar tidsplan for gjennomføringen.

Generelle prinsipper for samhandling

- Samhandling må baseres på bred medvirkning og felles verdier i form av likeverdighet, tillit, respekt og kunnskap om og kjennskap til hverandres ansvarsområder. Det må tilstrebes felles forståelse av behandlingsmål, og pasienten må alltid stå i sentrum.
- Samhandling må være målrettet i forhold til å oppnå forbedring av tjenestene, god ressursutnyttelse og praktisk nytte for pasientene/brukerne.
- Primærhelsetjenesten må ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å sikre riktig behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå). Spesialisthelsetjenesten må yte nødvendige spesialisthelsetjenester i lokalmiljøet.
- Samhandlingsavtaler må sikre gjensidig informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Det må etableres IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prinsipper for samhandling på administrativt og strategisk nivå

- Helse Sør-Øst RHF må inngå en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis Kommunenes sentralforbund og Oslo kommune, i samsvar med den nasjonale rammeavtalen.
- Helseforetakene må inngå overordnede strategiske samarbeidsavtaler med kommunene i sitt opptaksområde.
- Det etableres overordnede administrative samarbeidsutvalg der partene, som forvalter samarbeidsavtalene, er likeverdig representert. Disse må gis tilstrekkelig myndighet.
- Deltakelse i samarbeidsprosesser forplikter i forhold til de beslutninger som fattes.
- Det må legges til rette for langsiktig samarbeid.

Prinsipper for samhandling med fastleger

- Innenfor et sykehusområde må det etableres ordninger som sikrer fastlegene i området god tilgjengelighet til kompetent faglig konferering.
- Mal og innhold for elektronisk henvisning bør defineres i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentene har her en sentral rolle.
- Det må legges til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Fastlegene må få epikrisen i rett tid i forhold til behovet for oppfølging. Fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle faglige retningslinjer for oppfølging av ulike pasientgrupper, avtale hvordan de sammen kan sikres deltakelse i utarbeidelse av individuell plan for pasienter som vil ha nytte av dette, hvordan planen skal følges opp, samt hvordan svikt i samarbeidet om oppfølgingen av enkeltpasienter kan identifiseres, og hvilke tiltak som da skal iverksettes. For å oppnå dette bør det innenfor sykehusområdene etableres fagråd der både fastlegene, avtalespesialistene og sykehuslegene er representert.
- Det må etableres entydige retningslinjer for hvilke lokalsykehus pasienter tilhører.
- Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner for innleggelse, behandling og utskrivning.

- Det bør etableres flere observasjonssenger/-poster utenfor sykehus med sykepleier- og legekompetanse, helst i kombinasjon med legevakt.
- Sykehusene må ha en oppdatert nettportal, slik at brukere og fastleger kan se hvilket tilbud sykehuset har. I nettportalen bør avtalespesialisttilbudet som finnes i lokalsykehusområdet være beskrevet.
- Det må sikres god kommunikasjon mellom prehospitale tjenester og allmennlege for å hindre vekst i antallet direkte innleggelse uten legevurdering. Alle parter må sikres tilgang til nødnettet.
- Laboratorieundersøkelser og andre prøver som er gjort i primærhelsetjenesten bør ikke dobbeltsjekkes. Det er sløsing med ressurser og tegn på manglende tillit.

Prinsipper for samhandling med kommunale pleie- og omsorgstjenester

- "Utskrivingen starter ved innleggelse." Sykehuset må kontakte kommunen første virkedag for å starte planlegging og kartlegging av de hjelpebehov pasienten har i kommunen.
- Helseforetakene og kommunene bør ha et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedieavdeling, forsterkede sykehjemsavdelinger/samdrift mv.
- Innsatsen for å trygge pasienter med hjelpebehov i eget hjem må styrkes i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan skje gjennom lærings- og mestringstjenester, god tilgjengelighet til helsepersonell og nødvendige hjelpemidler (trygghetsalarmer).
- Det er behov for en tydeligere rolle for primærlegene i forhold til syke eldre både hjemme og i kommunale institusjoner.

Prinsipper for faglig rådgivning/veiledning

- Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal organisere sin virksomhet slik at gjensidig utveksling av kompetanse finner sted. De skal sammen etablere systemer for kontinuerlig kompetanseutveksling. Dette må nedfelles i forpliktende avtaler.
- Kompetansen i primærhelsetjenesten er avgjørende for hvordan pasientforløp utvikler seg. For å styrke denne bør det etableres ambulante team tilpasset behovene lokalt.

Prinsipper for samhandling fastleger – avtalespesialister – sykehus

- Fastleger, avtalespesialister og sykehus bør ha tilgang til nødvendig informasjon om pasienter som trenger tjenester fra flere aktører. Dette må sikres gjennom meldingsbaserte systemer og for fremtiden gjennom tilgangsbaserte informasjonssystemer.
- Avtalespesialistene kan brukes bedre, for eksempel til å ivareta et visst antall øyeblikkelig hjelpkonsultasjoner og som faglige rådgivere for fastlegene. Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp bør kunne gjøres av avtalespesialister i nært samarbeid med sykehus.
- Gjennom dialog mellom brukerne og primærhelsetjenesten bør spesialisthelsetjenesten søke å etablere bedre systemer for tildeling av timer ved sykehusenes poliklinikker, slik at antallet timer som ikke benyttes reduseres.
- Det må sikres kontinuitet ved poliklinisk oppfølging, dvs. at pasienter i størst mulig grad treffer samme lege hver gang.

Prinsipper for samhandling mellom sykehus innen et sykehusområde

- Områdesykehus har et samlet ansvar for å sikre bemanning av polikliniske, elektive og akutte tjenester ved lokalsykehus.
- For å sikre et mest mulig helhetlig poliklinisk tilbud ved lokalsykehus bør det etableres regelmessig ambulerende leger fra sykehus med spesialiteter/grensespesialiteter som ikke lokalsykehuset eller avtalespesialister det samarbeider med dekker.
- I lokalsykehusområder hvor lokalsykehuset ikke dekker et nødvendig spesialisttilbud, men hvor pasientgrunnlaget er tilstede, bør det søkes opprettet hjemmel for avtalespesialist.

- Gjensidig hospitering bør gjennomføres mellom "søsteravdelinger" innenfor samme sykehusområde.
- Spesialister ved områdesykehus skal kunne inngå i vaktordninger ved og fungere som bakvakt for lokalsykehus. Spesialister ved lokalsykehus skal kunne inngå i vaktordninger ved områdesykehus.

Prinsipper angående finansieringsordninger og samhandling

- Finansieringsordninger må stimulere, ikke hindre samhandling, og revideres i takt med utviklingen i medisinske metoder til det beste for pasientene. Dagens finansieringsordninger understøtter ikke gode samhandlingsløsninger.
- Å delta i samhandling koster penger (men kan gi mer effektiv ressursbruk). Samhandlingstiltak må ha en naturlig plass på alle aktørers budsjetter.
- Alle samhandlingsprosjekter må evalueres.