

Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen

**Rapport fra arbeidsgruppe
Helse Sør-Øst RHF
Delprosjekt 3 Hovedstadsprosessen
Mars 2008**

1. SAMMENDRAG.....	1
2. INTRODUKSJON.....	6
2.1. INNLEDNING.....	6
2.1.1. Mandatet.....	6
2.1.1.1. Avgrensning av mandatet.....	7
2.1.1.2. Gruppas definisjoner av sentrale begreper.....	7
2.1.2. Gruppas sammensetning.....	7
2.1.3. Gruppas arbeidsform.....	8
2.1.3.1. Møter med eksterne.....	9
2.1.4. Innspill mottatt.....	10
2.1.5. Metode/grunnlaget for anbefalingene.....	10
2.2. RAMMEBETINGELSER FOR ARBEIDET.....	10
2.2.1. Nasjonal politikk.....	10
2.2.1.1. Nasjonal helseplan (2007-2010).....	10
2.2.1.2. Nasjonal rammeavtale om samhandling.....	11
2.2.1.3. St. prp. nr. 44 (2006-2007).....	11
2.2.1.4. Årets oppdragsdokument.....	12
2.2.1.5. Juridiske rammer for samhandling.....	12
2.2.2. Rammer for samarbeid med fastleger og avtalespesialister.....	13
2.2.2.1. Rammer for samarbeidet med fastlegene.....	13
2.2.2.2. Rammer for samarbeidet med avtalespesialistene.....	13
2.2.3. Styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak.....	14
2.2.4. Andre delprosjekter i Hovedstadsprosessen.....	15
2.2.4.1. Delprosjekt 1: Sykehusområder.....	15
2.2.4.2. Delprosjekt 2: Spesialiserte funksjoner.....	16
2.2.4.3. Delprosjekt 3: Rus og psykisk helsevern.....	19
2.2.4.4. Fremtidens storbylegevakt.....	19
2.3. NÅVÆRENDE OG FREMTIDIGE BEHOV FOR TJENESTER.....	20
2.3.1. Fordeling av øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten.....	20
2.3.2. Behovet for senger.....	21
2.3.3. Store pasientgrupper ved lokalsykehus.....	21
2.3.4. Hvilke pasientgrupper vil vokse i årene som kommer?.....	22
2.3.5. Hovedstaden.....	23
2.3.6. Oppsummering.....	23
2.4. UTVIKLING I FAG OG TEKNOLOG.....	24
2.5. DAGENS SITUASJON.....	24
2.6. ETABLERTE ARENAER FOR SAMHANDLING – NOEN EKSEMPLER.....	25
2.6.1. Helsedialog.....	25
2.6.2. Praksiskonsulentordning.....	26
2.6.3. Lærings- og mestringssentra.....	26
2.6.4. Gjensidige hospiteringsordninger.....	27
3. GRUPPAS VURDERINGER OG KONKLUSJONER.....	28
3.1. LOKALSYKEHUS OG LOKALSYKEHUSFUNKSJONER.....	28
3.1.1. Generelle forhold.....	28
3.1.1.1. Pasientenes behov.....	28
3.1.1.1.1. Brukernes syn og ønsker.....	29
3.1.1.2. Kvalitet i lokalbaserte tjenester og i akuttfunksjoner.....	30
3.1.1.2.1. Breddekompetanse versus spisskompetanse.....	30
3.1.1.2.2. Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder.....	31
3.1.1.2.3. Behovet for lokale tilpasninger.....	32
3.1.1.2.4. Basisfunksjoner, befolkningsgrunnlag og faglige avhengigheter.....	32
3.1.1.2.5. Rekruttering.....	33
3.1.1.3. Prinsipper.....	33
3.1.2. Elektive og polikliniske funksjoner.....	34
3.1.2.1. Prinsipper.....	34
3.1.3. Akuttfunksjoner.....	35
3.1.3.1. Prinsipper.....	35
3.2. SAMHANDLING.....	37
3.2.1. Innledning.....	37

3.2.1.1.	Prinsipper.....	38
3.2.2.	<i>Samhandling på administrativt og strategisk nivå</i>	38
3.2.2.1.	Prinsipper.....	38
3.2.3.	<i>Kommuner</i>	38
3.2.3.1.	Fastleger.....	39
3.2.3.1.1.	Rutiner for faglig konferering.....	39
3.2.3.1.2.	Gode henvisninger (og innleggelsesskriv).....	39
3.2.3.1.3.	Kjøreregler/retningslinjer.....	39
3.2.3.1.4.	Organisatoriske/strukturelle tiltak for rask avklaring av pasienten.....	40
3.2.3.1.5.	Strukturerte utskrivinger fra sykehus til fastleger.....	40
3.2.3.1.6.	Prinsipper.....	41
3.2.3.2.	Hjemmebaserte tjenester og sykehjem.....	41
3.2.3.2.1.	Pasienter med hjelpebehov etter utskriving.....	42
3.2.3.2.2.	Prinsipper.....	42
3.2.3.3.	Faglig rådgivning/veiledning.....	43
3.2.3.3.1.	Ambulante team.....	43
3.2.3.3.2.	Rådgivningstelefoner.....	43
3.2.3.3.3.	Felles kurs – felles øving/trening.....	43
3.2.3.3.4.	Faglige nettverk.....	43
3.2.3.3.5.	Prinsipper.....	44
3.2.3.4.	Samhandling fastleger-avtalespesialister-lokalsykehus.....	44
3.2.3.4.1.	Prinsipper.....	44
3.2.3.5.	Samhandling mellom sykehus innen et sykehusområde.....	45
3.2.3.5.1.	Prinsipper.....	45
3.2.4.	<i>Finansierungsordninger og samhandling</i>	46
3.2.4.1.	Kostnadseffektiv samhandling.....	46
3.2.4.2.	Prinsipper.....	47
3.3.	GEVINSTREALISERING.....	47
4.	VEDLEGG	49
4.1.	BAKGRUNNSDOKUMENTER.....	49
4.1.1.	<i>Traumerapporten</i>	49
4.1.2.	<i>Eriksteinrapporten</i>	50
4.1.3.	<i>Innstilling om akuttberedskapen ved sykehusene i hovedstadsområdet fra 2002</i>	53
4.2.	ANNEN AKT UELL LITTERATUR.....	53
4.2.1.	<i>Aktuell litteratur om lokalsykehus og akutfunksjoner</i>	53
4.2.2.	<i>Aktuell litteratur om samhandling</i>	56

1. Sammendrag

Arbeidsgruppas mandat har vært å foreslå prinsipper for lokalbaserte funksjoner innen spesialisthelsetjenesten, fordelingen av akuttfunksjoner og samhandling med kommunehelsetjenesten, fastleger, avtalespesialister og mellom sykehus innenfor et sykehusområde. Nedenfor gjengis de prinsipper gruppa har formulert. Gruppa står samlet om samtlige prinsipper, med unntak av to prinsipper knyttet til akuttfunksjoner, der Akademikernes representant har en dissens.

Generelle prinsipper lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner

Gruppa vil presisere at den mener en grunnleggende premiss 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.

- Innenfor hvert sykehusområde skal det defineres et områdesykehus og funksjoner som skal ivaretas der
- Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus 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.
- Det bør utarbeides en plan for hvilken kompetanse som et minimum skal være på lokalsykehus
- Lokalsykehusfunksjonene ved et områdesykehus bør organiseres separat fra de mer spesialiserte oppgavene..
- 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..
- 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 kompetansehevende 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 anestesistjenester tilgjengelig i form av vaktbærende anestesilege og -sykepleier. Det skal være tilgang til radiologiske og klinisk-kjemiske tjenester på stedet.*

Gruppas medlem, Jacob Mosvold, har særmerknader til de samme to kulepunkter, jamfør fotnote 23 og 24 (s. 35).

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 akutfunksjoner innen indremedisinske grenspesialiteter og andre spesialiteter som ikke dekkes av lokalsykehuset, herunder alle pediatriiske akutfunksjoner.
- Akutfunksjoner 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 prehospitaltjenester, også for transport av intensivpasienter. Konsekvenser for pasientreiser og ambulansetransport med henblikk på reiseavstand, tid og mengde må utredes før endringer i akutfunksjoner 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 KS 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 søker til.
- 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 prehospitaltjenester 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 intermedieæravdeling, 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 kompetansen 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 pasientgrunnet 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 å 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.
- Samhandling koster penger (men kan gi mer effektiv ressursbruk). Samhandlingstiltak må ha en naturlig plass på alle aktørers budsjetter.
- Alle samhandlingsprosjekter må evalueres.

2. Introduksjon

2.1. 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:

1. Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere
2. Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
3. Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus
4. Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
5. Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen
6. Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester.

Det er etablert flere parallelle prosesser for å utvikle beslutningsgrunnlaget til styremøtet i april. Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere, utgjør ett delprosjekt. Dette delprosjektet er delt i tre parallelle løp. En arbeidsgruppe er etablert for å utrede somatiske lokalbaserte funksjoner og samhandling med kommunene. Det er denne arbeidsgruppa som her leverer sin første delrapport. Særskilte problemstillinger knyttet til psykisk helse og rus blir håndtert i egne prosesser, av egne arbeidsgrupper.

2.1.1. Mandatet

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.

Prinsipper for lokalbaserte funksjoner:

- 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?

Prinsipper for samhandling:

- 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?

Kompetanse

- 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

2.1.1.1. Avgrensning av mandatet

Mandatene for de tre arbeidsgruppene innenfor delprosjekt 3 i Hovedstadsprosessen overlapper (se avsnitt 3.4.3). Alle tre grupper skal angi prinsipper for lokalbaserte tjenester, akuttfunksjoner og samhandling med primærhelsetjenesten, avtalespesialister og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Når styret i Helse Sør-Øst samtidig ønsker bedre samordning av rus, psykiatri og somatikk, er det ønskelig at de tre delprosessene innenfor delprosjekt 3 koordineres. Somatikkgruppa har imidlertid i liten grad gått inn i spørsmål knyttet til rus og psykisk helsevern. Samordningen av de tre fagfeltene vil derfor måtte skje med utgangspunkt i gruppens rapporter. For å bidra til koordinering er det imidlertid avholdt fellesmøter for ledere og sekretærer for de tre delprosjektene.

Sykehusområder ble tatt opp av flere på første møte. Selv om spørsmålet om etablering av sykehusområder og områdenes sammensetning ikke er temaer som inngår i mandatet for denne arbeidsgruppa, er det relevant for gruppa å diskutere hvilken betydning etablering av sykehusområder har for lokalbaserte spesialisthelsetjenester og akuttfunksjoner. Dette valgte arbeidsgruppa å gjøre.

2.1.1.2. Gruppas definisjoner av sentrale begreper

Gruppe forstår i denne rapporten bkalsykehus som sykehus som i hovedsak har lokalbaserte funksjoner/lokalsykehusfunksjoner. Dette er funksjoner der sykehuset tar imot pasienter direkte fra primærhelsetjenesten i et definert opptaksområde innen sykehusets nærområde.

Med områdesykehus forstår gruppa et sykehus med mer spesialiserte funksjoner innenfor et sykehusområde. Også områdesykehus kan ha lokalsykehusfunksjoner.

Her bør også legges inn definisjoner av opptaksområder, sykehusområder mv., jamfør ønske fra gruppa.

2.1.2. Gruppas sammensetning

Endre Sandvik, direktør ved Legevakten i Oslo har ledet arbeidsgruppa. Maren Skaset, prosjektleder i Helse Sør-Øst, har vært gruppas sekretær.

Medlemmer av gruppa: Lena Gjevert klinikkssjef Aker universitetssykehus HF, Arne Lie stabssjef Akershus universitetssykehus HF, Torkel Rud avtalespesialist, Kjell A. Dalby avtalespesialist, Ivar Dahl ass. direktør Blefjell sykehus HF, Jacob Mosvold sjeflege Diakonhjemmet sykehus AS, Vegard Høgli medisinsk fagsjef Helse Sør-Øst RHF, John Martinsen brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Signe Ramberg brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Asger Bentzen KTV, Bjørn W. Knudsen, KTV Fagforbundet Helse Sør-Øst RHF, Kirsten Brubakk KTV Sykepleierforbundet Helse Sør-Øst RHF, Terje Keyn KTV Akademikerne Helse Sør-Øst RHF, Siri Cathrine Rølland KTV San Helse Sør-Øst RHF, Tommy Johansen konsernverneombud Helse Sør-Øst RHF, Pål Lorentzen Rådmann Eidsvoll kommune, Ingerd Saasen Backe rådgiver KS, Bjørn Holm viseadm. direktør/sjeflege Lovisenberg Diakonale Sykehus, Peter Martin medisinsk fagsjef Oslo kommune, Solveig Nyhamar pleie og omsorgssjef Oslo kommune, Finn Bovim bydelsoverlege Oslo kommune, Katja Urwitz Iversen fagsjef Ringerike sykehus HF, Ole Tjomsland medisinsk fagdirektør Sykehuset Asker og Bærum HF, Einar Husebye klinikkssjef Sykehuset Buskerud, Morten

Bækkevar avd. overlege Sykehuset i Vestfold HF, Grethe G. Fossum divisjonsdirektør Sykehuset Innlandet HF, Grunde Grimsrud seksjonsleder Sykehuset Telemark HF, Per G. Weydahl divisjonsdirektør Sykehuset Østfold HF, Per Kristian Hyldmo klinikkisjef Sørlandet sykehus HF og Just Ebbesen divisjonsdirektør Ullevål universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst hadde ønsket å ha en representant for allmenn-/fastlegene i arbeidsgruppa. På møtene 29. februar lyktes dette, ved at Giske Roksund fra Norsk forening for allmennmedisin møtte på vegne av fastlegene. På det siste møtet 12. mars møtte Marte Walstad, fastlege i Trondheim og sentralstyremedlem i Legeforeningen, på vegne av fastlegene.

Det var også et ønske fra Helse Sør-Øst om representasjon fra kommunene i helseregionen (andre enn Oslo). Rådgiver i KS, Ingerd Saasen Backe, deltok på alle møtene. I tillegg møtte Pål Lorentzen, Rådmann Eidsvoll kommune, på møtet 29. februar.

Arild Slettebakken møtte i stedet for Signe Ramberg på møtene 29. februar og 12. mars. Odd Warholm møtte for Katja Urwitz Iversen på møtet 11. februar. Vibeke Schou Jensen møtte for Just Ebbesen 29. februar og 12. mars. Eli Hansen møtte for Vegard Høgli, Gunn Karin Slaaen Rørvik møtte for Ivar Dahl og Arne O. Ellingsson møtte for Kjell Dalby i møtet 29. mars.

2.1.3. Gruppas arbeidsform

Gruppa har hatt fire møter i 2008 før denne første delrapporten ble levert: 21. januar, 11. februar, 29. februar og 12. mars.

Møtet 21. februar var et felles oppstartsmøte med de to andre arbeidsgruppene innen delprosjekt 3. De tre arbeidsgruppene var samlet første del av dagen (kl. 10-12). Det ble da gitt informasjon om hovedstadsprosessen. Gruppene hadde deretter egne oppstartsmøter annen del (etter kl. 12-14). Her var temaet mandatet og det ble laget en plan for gruppens arbeid.

I møtet 11. februar var temaet prinsipper for lokalbaserte funksjoner og akuttfunksjoner. Møtet ble innledet med to foredrag:

- Suksessfaktorer for lokalbaserte tjenester – erfaringer fra Lovisenberg diakonale sykehus, v/ Bjørn Holm, viseadm. direktør/sjeflege
- Hva sier litteraturen om organisering/fordeling av lokalbaserte sykehusfunksjoner og akuttfunksjoner? v/ Einar Husebye, klinikkisjef, Sykehuset Buskerud HF

Gruppa var deretter delt i tre grupper som diskuterte følgende spørsmål:

Gruppe I:

Hvilke prinsipper bør legges til grunn for vurderinger av hvilke funksjoner som bør være lokalbasert?

Gruppe II:

Hvilke prinsipper bør legges til grunn ved fordeling av akuttfunksjoner innenfor et sykehusområde?

Gruppe III:

Hvilken betydning har etablering av sykehusområder for lokalbaserte spesialisthelsetjenester og akuttfunksjoner?

Møtet ble avsluttet med en presentasjon av konklusjonene/oppsummeringene til hver gruppe og en fellesdiskusjon.

I møtet 29. februar var temaet samhandling. Møtet ble innledet med to forelesninger:

- Sykehuset Østfolds samarbeid med omliggende kommuner, v/ Per Weydahl, divisjonsdirektør SØ HF og Svein Rønsen, kommuneoverlege i Fredrikstad
- Helse Ring prosjektet ved Ringerike sykehus, v/ prosjektleder Dikka Wibe, Ringerike sykehus HF

Arbeidsgruppa ble også denne gang delt i tre grupper som diskuterte følgende spørsmål:

Gruppe I:

Hva er de største hindringene for god samhandling og helhetlige pasientforløp i dag?

Det er forsøkt ulike metoder for å utvikle gode pasientforløp. Hvordan kan man systematisk sikre at pasientene får riktig behandling på riktig sted til riktig tid og at tjenestene er godt koordinert?

Hvilke samhandlingstiltak vil være kostnadseffektive?

Gruppe II:

Hvilke strukturer og organisasjon på sykehus skal til for å få en god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, ved innleggelse av pasienter og ved utskrivning av pasienter?

Hvordan bør lokalsykehus og områdesykehus/regionssykehus organiseres og personellet brukes for å sikre god samhandling og at pasienten behandles på det mest effektive omsorgsnivå?

Gruppe III:

Hvordan bør det polikliniske arbeidet organiseres innenfor et sykehusområde? Hva vil sikre en god arbeidsfordeling mellom fastleger, avtalespesialister og sykehuspoliklinikker?

Hvilke fellesarenaer bør primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten søke å skape i fellesskap for å bedre samarbeidet og kvaliteten i tjenestene?

Hvilke forventninger bør sykehusene ha til kommunenes organisering ut fra målet om god samhandling?

Det var sendt ut underlagsmateriale til møtene 11. og 29. februar der de aktuelle temaene ble beskrevet. Til møtene ble det også sendt ut oversikter over aktuell litteratur.

I møtet 12. mars diskuterte gruppa utkast til sluttrapport med leveringsfrist uke 11.

Gruppa besluttet på første møte at siste punkt i mandatet skulle utsettes til etter påske.

- 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.

Gruppa skal derfor gjennomføre et møte i april 2008, og leverer så annen delrapport.

2.1.3.1. Møter med eksterne

KS hadde invitert prosjektledelsen i Helse Sør-Øst til møte med KS og representanter fra kommunene i Østfold, Akershus, Buskerud, Telemark og Vestfold 7. februar 2008. Her deltok også leder og sekretær for denne arbeidsgruppa.

Leder og sekretær for arbeidsgruppa hadde møte med brukerorganisasjonene 26. februar 2008. I møtet deltok representanter fra Kreftforeningen, Norsk pensjonistforbund, Norsk

diabetesforbund, Norsk revmatikerforbund, og Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (Safo).

Leder og sekretær for arbeidsgruppa hadde et møte professor Ivar Sønbo Kristiansen 25. februar, med forbundsledelsen i Sykepleierforbundet 4. mars 2008 og et informasjonsmøte med Samarbeidsutvalget mellom PSL/Legeforeningen og Helse Sør-Øst RHF den 15. februar .

Legeforeningen, Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i NAVO (SAN) og Fagforbundet ble også invitert til møter med arbeidsgruppa. Det lot seg imidlertid ikke gjøre å finne tid til disse møtene, i løpet av de få ukene som stod til disposisjon.

2.1.4. Innspill mottatt

Det er kommet en rekke innspill fra medlemmer av arbeidsgruppa, enten som enkeltpersoner eller som representanter for miljøer. Noen av innspillene ble mottatt før utkast til rapport ble sendt ut 10. mars, mens andre er kommet som innspill til utkastet til sluttrapport. Innspillene gjenspeiles i sluttrapporten i større og mindre grad. Der arbeidsgruppa er enig, er det ikke presisert hvilke innspill som er benyttet, ettersom det som er formulert i rapporten da representerer synet til gruppa som helhet. Kun der hvor det er uenighet i gruppa vil det fremkomme enkeltpersoners/enkeltmiljøers innspill/synspunkter.

2.1.5. Metode/grunnlaget for anbefalingene

Det er i mandatet lagt til grunn at arbeidsgruppa skal ta utgangspunkt i eksisterende utredninger med relevans for temaet. Det finnes mange dokumenter og utredninger som er relevante for gruppas arbeid. I vedlegget gis en oversikt over noe av den aktuelle litteraturen.

Gruppas anbefalinger bygger på de diskusjoner som har funnet sted i gruppemøtene. Gruppa ble i sitt arbeid bedt om å forsøke å være prinsipielle og å unngå diskusjoner og synspunkter med utgangspunkt i lokale forhold og interesser. Som beskrevet i avsnitt 7 ble det lagt til grunn at arbeidet i gruppa skulle bygge på eksisterende utredninger med relevans for temaet. Det underlagsmaterialet som er blitt sendt gruppa før møtene tar utgangspunkt i et utvalg av disse utredningene/rapportene. Disse rapportene utgjør ikke vitenskapelige arbeider, noe som innebærer at gruppas konklusjoner (anbefalte prinsipper) ikke er tuftet på vitenskapelig kunnskap, men er uttrykk for arbeidsgruppas samlede vurderinger.

2.2. *Rammebetingelser for arbeidet*

2.2.1. Nasjonal politikk

2.2.1.1. Nasjonal helseplan (2007-2010)

I Nasjonal helseplan skriver regjeringen at for å møte utfordringene i årene fremover, vil regjeringen i planen vektlegge seks bærebjelker som skal prege alle typer helsetjenester: helhet og samhandling, demokrati og legitimitet, nærhet og trygghet, sterkere brukerrolle, faglighet og kvalitet, og arbeid og helse. Flere av disse vil være viktige for arbeidet med lokalbaserte funksjoner. I tilknytning til bærebjelken nærhet og trygghet sies blant annet følgende om lokalsykehusene:

Lokalsykehustjenestene skal konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, om pasienter som trenger tett oppfølging, og om behandling som krever en generell tilnærming, ikke utpreget spisskompetanse. Dette gjelder blant annet tjenester til pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre med sammensatte lidelser.

Videre står det i Nasjonal helseplan om samhandling at:

Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester kanskje er den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for pasientgrupper med behov for sammensatte tjenester over lang tid.

2.2.1.2. Nasjonal rammeavtale om samhandling

Det ble i 2007 undertegnet en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.¹ Avtalen er forankret i St.prp.nr.1 (2006-2007), Del III Nasjonal helseplan (2007-2010), St. meld. nr 25 Meistring, muligheter og mening, og i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Den skal ses i sammenheng med avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom Regjeringen og KS, som gjelder frem til september 2010.

Ett av hovedformålene med avtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og å danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. I foretaksmøtet 30. mai 2007 ble Helse Sør-Øst RHF pålagt å følge opp at foretakenes samarbeid med kommunene skjer innenfor avtalens rammer.

I avtalen fremgår det at partene mener det er viktig at kommunene og helseforetakene etablerer nødvendige arenaer og prosesser for samhandling. Videre står det:

”Slike arenaer og prosesser må baseres på likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse. Dette innebærer også en vilje til å legge mindre vekt på egne organisatoriske interesser og mer vekt på pasientenes beste. For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, er det avgjørende at begge parter deltar i samarbeidet også etter at pasienten er henholdsvis inn- og utskrevet.”

Partene er videre enige om at utfordringene må møtes lokalt og ut i fra lokale variasjoner og behov. De mener det likevel er grunn til å trekke fram noen områder der det er behov for samhandling. Disse er psykisk helse, rusmiddelområdet, rehabilitering og habilitering, herunder kravene til koordinering i habiliterings- og rehabiliteringsforskriften, helsetjenester til eldre, helsetjenester til barn og unge, helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer, svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg, forebyggende helsetjenester og utskrivnings- og innskrivningspraksis.

Det understrekes i avtalen at følgende kriterier er viktige for god samhandling:

- Tett dialog og regelmessige møter
- Kontinuerlig drøfting og utvikling av samarbeidet
- Planlegging av helhetlige behandlings- og omsorgskjeder
- Forankring på høyt ledernivå – både i kommunene og helseforetakene
- Forankring og involvering også på fagnivå, ikke minst blant linjeledere på mellomnivå
- Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene

Avtalepartene har sammen utarbeidet en veileder for å understøtte kommuner og helseforetak i arbeidet med lokale samarbeidsavtaler.² Veilederen redegjør for hvordan avtaler bør forankres, og hvilke arenaer, prosesser og organisatoriske tiltak som bør opprettes.

2.2.1.3. St. prp. nr. 44 (2006-2007)

16. februar 2007 ble St. prp. nr. 44 (2006-2007) godkjent i statsråd. I Stortingsproposisjonen foreslo regjeringen blant annet å slå sammen Helse Sør og Helse Øst, og det sammenslåtte

¹ <http://www.ks.no/upload/97309/Rammeavtale.doc>

² <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf>

regionale helseforetaket ble gitt et klart omstillingsoppdrag. Det går i proposisjonen frem at mål for omstillingsarbeidet er:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordning på fag og styrking av forskning
- Økonomiske resultatkrav
- Sikre et fortsatt desentralisert tilbud
- Ta ut stordriftsfordeler
- Komme hele nasjonen til gode
- Bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv

2.2.1.4. Årets oppdragsdokument

I årets oppdragsdokument skriver Helse- og omsorgsdepartementet, under avsnittet om lokalsykehus (3.5.1.) (utdrag):

”Det er et mål at befolkningen skal tilbys et helhetlig og desentralisert sykehustilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Dette innebærer at lokalsykehusenes funksjoner må tilpasses i forhold til behandlingsskjedene.

- Arbeidet med en bedre funksjonsdeling mellom sykehus, som fremmer kvalitet i pasientbehandlingen, skal videreføres. Helse Sør-Øst må påse at kreftkirurgi som primærbehandling skjer ved sykehus med tilfredsstillende pasientvolum og kompetanse
- Helse Sør-Øst skal påse at lokalsykehusfunksjonene, også ved de store sykehusene, innrettes og organiseres ut fra behovene i de store sykdomsgruppene, og de pasientgruppene som trenger tett oppfølging (som syke eldre og kronisk syke).”

Under avsnittet om habilitering og rehabilitering ((3.5.4.) trekkes frem lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden – og det presiseres at ambulante rehabiliteringstjenester skal ivaretas som en del av lokalsykehusfunksjonen.

Et eget avsnitt i oppdragsdokumentet for 2008 er viet helhetlige og sammenhengende tjenester (3.2.4). Det vises til dette avsnittet.

2.2.1.5. Juridiske rammer for samhandling

Gjennom regelverket for helse- og omsorgstjenestene er det gitt bestemmelser som har betydning for samarbeidet mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten. Eksempler på slike bestemmelser er forskriftene om individuell plan, pasientansvarlig lege og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, samt rehabiliteringsforskriften som stiller krav om koordinerende enhet på tvers av tjenestegrenser. I tillegg kan det nevnes at spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor kommunene, jamfør spesialisthelsetjenesteloven. Dette er utdypet § 6-3 i helseforetakenes vedtekter:

”RHF’ene skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud.”

I vedtektene for helseforetakene (ny § 18 i 2007) fremgår også at:

”Helse Sør-Øst RHF skal som et minimum ha faste kontaktmøter med fylkeskommunene i regionen to ganger per år. Tilsvarende møter bør også holdes med øvrige relevante interessenter i regionen. Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at det etableres lignende ordninger med kommunene mv. i underliggende helseforetak.”

2.2.2. Rammer for samarbeid med fastleger og avtalespesialister

Både fastlegene og avtalespesialistene er driver privat avtalebasert praksis med henholdsvis kommunen og det regionale helseforetaket. Samarbeide med disse aktørene må derfor skje innenfor rammene av de avtalene som er inngått. Slike avtaler finnes på to nivåer, i form av sentrale rammeavtaler og individuelle avtaler. For fastlegene er det en rammeavtale mellom Legeforeningen og Oslo kommune og en mellom Legeforeningen og KS.

2.2.2.1. Rammer for samarbeidet med fastlegene

I følge rammeavtalene skal det finnes et samarbeidsutvalg med like mange medlemmer fra allmennlegene som bydelsadministrasjonen/kommunen. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom bydelsadministrasjonen/kommunen og allmennlegene.

Det vises for øvrig til avtalene som finnes på Legeforeningens nettsider.

I 2005 ble det inngått en rammeavtale mellom alle RHF-ene og Legeforeningen om en praksiskonsulentordning.³ Praksiskonsulentordningen skal bidra til å styrke samhandlingen mellom fastlegene og helseforetakene. (Se nærmere beskrivelse nedenfor.)

2.2.2.2. Rammer for samarbeidet med avtalespesialistene

I følge gjeldende rammeavtale mellom avtalespesialistene og RHFene (punkt 12.2) skal det være et samarbeidsutvalg mellom legespesialistene og det regionale helseforetak i regionen. Samarbeidsutvalget skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom det regionale helseforetak og legespesialistene i regionen. Utvalget skal ha like mange representanter fra hver av partene. De regionale parter organiserer selv sammensetning og ledelse av samarbeidsutvalget. Samarbeidsutvalget fremmer forslag til mandat som skal godkjennes av Legeforeningen og RHF. Det samme gjelder endring av mandat.

RHF skal lage en regional plan for prioriteringer og aktivitet for legene. Denne planen og andre planer som har betydning for drift av avtalepraksis skal legges fram for samarbeidsutvalget til uttalelse.

Dersom det oppstår utfordringer knyttet til hensiktsmessig fordeling av oppgaver innen regionen skal samarbeidsutvalget drøfte om profilene i legenes praksis ivaretar nasjonale og regionale mål for prioriteringer med sikte på forslag på justeringer.

Legene skal holde samarbeidsutvalget orientert om forhold av betydning knyttet til drift av avtalepraksis.

Rammeavtalen sier også at:

7.2: Legen skal, på oppfordring fra lokalt HF, delta i faglig utvikling og samspill med det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet i den grad RHF finner det hensiktsmessig i forhold til spesialistpraksisen. Legen skal på forespørsel gis adgang til faglige bibliotek, samt mulighet til å delta i opplæringsvirksomhet så som kurs, seminarer o.l.

7.3: Partene skal samarbeide om å legge forholdene til rette for at legen kan drive opplæring og veiledning av helsepersonell i egen praksis. Slike ordninger skal, når de er avtalt, tas inn i den individuelle avtalen.

I handlingsplan for organisering og lokalisering av avtalepraksis i Helse Øst, fra 2006, inngår en rekke tiltak for å bedre samarbeidet med avtalespesialistene:

³ <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=63266&subid=0>

- Det arrangeres et årlig felles kontaktmøte for avtalespesialistene og RHF for gjensidig utveksling av informasjon, drøftinger og faglige innslag. Helseforetakene/sykehusenes praksiskoordinatorer/ konsulenter inviteres også til å delta. Dette gjennomføres fra 2007. Opplegg utarbeides i samråd med samarbeidsutvalgene
- Det etableres arena for bedre systemmessig samhandling mellom avtalespesialister og helseforetak. Det forutsettes at helseforetaket/sykehuset vurderer praksiskoordinatorene/konsulentenes rolle og medvirkning på denne arena. Det holdes etableringsmøter mellom helseforetakene og avtalespesialistene innenfor samtlige av de relevante spesialiteter innen 2010. RHF utarbeider en kjøreplan i samråd med samarbeidsutvalgene
- Helseforetakene/de private sykehusene med driftsavtale gis ansvar for å inkludere avtalespesialistene i opptaksområdet i aktiviteter knyttet til faglige nettverk innen de relevante spesialiteter. Forpliktelsen innarbeides og følges opp i driftsavtalene med HF/sykehus fra 2006.
- Avtalespesialistene inviteres (i større grad enn i dag) til relevante faglige møter, seminarer, prosjektarbeid etc. som er foretaksovergrepene.

Myndighetene har varslet igangsettelse av et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialister. Arbeidet er forankret i Nasjonal helseplan. På Helse- og omsorgsdepartementets nettsider fremgår at:

”Private avtalespesialister utgjør en vesentlig og viktig del av spesialisthelsetjenesten og er dermed en viktig del av helsetjenesten. Det er en overordnet målsetning at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak skal bidra til å oppfylle ”sørge for”-ansvaret. Departementet vil derfor sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar. Det legges til grunn at ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister skal videreføres.”

Legeforeningen har nylig utarbeidet et policynotat om avtalepraksis, som følge av at myndighetene har varslet arbeidet med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialister.⁴ I notatet beskriver Legeforeningen sitt syn på avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet. Legeforeningen mener bl.a.:

- At avtalespesialister bør bli en integrert del av systemet for helseforetakenes prioritering, herunder fristfestsetting for rettighetspasienter, iht. pasientrettighetsloven § 2-1.
- At dokumentasjon viser at behovet for poliklinisk behandling vil øke med 35-50 % de nærmeste årene
- At avtalepraksis er en effektiv tjeneste som bør utvikles og benyttes i større grad enn i dag
- At rammeavtalen mellom RHF og Legeforeningen fra 2005/2006, som er prolongert ut 2008, er fremtidsrettet og representerer et nytt og bedre grunnlag for utvikling av avtalepraksis
- At konstruktiv samhandling mellom avtalespesialistene og de regionale helseforetak kan bidra til bedre utnyttelse av dette tjenestetilbudet
- At en viktig målsetning for avtalespesialistene er en god og effektiv samhandling og kommunikasjon med førstelinjetjenesten
- At det bør arbeides for rask behandling av henvisninger for å sikre akseptabel ventetid for nyhenviste pasienter
- At det er en målsetning at avtalespesialistene skal ha større fokus på forskning og bidra med utdanning av leger i spesialisering.

2.2.3. Styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak

Styret for Helse Sør-Øst vedtok blant annet følgende ved behandling av sak 068-2007, samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst:

⁴ http://www.legeforeningen.no/asset/36970/1/36970_1.pdf

Styret slutter seg til at det iverksettes et samlet program for utvikling og omstilling som skal sikre en bærekraftig utvikling av helseforetaksgruppa i Helse Sør-Øst. Målet med programmet er i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi, som forutsetter at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Styret slutter seg til den overordnede beskrivelse av mål og aktiviteter for hovedstadsprosessen og ber om at det til møtet i april 2008 legges frem beslutningsgrunnlag for:

- Utvikling av lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunehelsetjenesten inkludert somatiske tjenester, tilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmisbrukere
- Samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen
- Samling av spesialiserte funksjoner til færre sykehus
- Samordning av akuttberedskapen med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet
- Nødvendige endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i hele regionen
- Kapasitetsfordeling basert på forventet utvikling i behov for spesialisthelsetjenester

2.2.4. Andre delprosjekter i Hovedstadsprosessen

2.2.4.1. Delprosjekt 1: Sykehusområder

I omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst utredes etablering av sykehusområder med et befolkningsgrunnlag på 3-500 000. Formålet er å se spesialisthelsetjenesten i en større sammenheng. Mer spesifikt skal nye sykehusområder bidra til:

- Helhetlige og desentraliserte tjenester
- Trygghet og nærhet: Én dør inn
- Riktig behandlingsnivå
- Differensierte tjenester
- Samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenesten
- Samhandling med regionale nivå
- Mer helhetlige behandlingsskjeder og samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus
- Bedre grunnlag for tjenester med små volum, kostbar investering, høy kompetanse
- Økte mulighet for samhandling mellom små og store sykehus

Videre skal samarbeid innenfor større sykehusområder bidra til at befolkningen innenfor et sykehusområde tilbys et mest mulig helhetlig tilbud. De fleste pasientene (80-90 %) skal kunne ferdigbehandles innenfor sykehusområdet. Innenfor hvert sykehusområde skal det skje en differensiering i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Dette skal sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, tjenester av høy kvalitet og god samlet ressursutnyttelse. En stor andel av pasientene skal kunne ferdigbehandles på lokalsykehusnivå (LEON-prinsippet). Organiseringen og fordelingen av tjenestene skal gi oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne, helhetlige behandlingsskjeder og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene.

Etablering av større opptaksområder (3-500 000) kan være gunstig for spesialiserte funksjoner med behov for store opptaksområder. Basisfunksjoner har imidlertid ikke behov for like store opptaksområder. Dette aktualiserer spørsmålet om forholdet mellom sykehusområdets og lokalsykehusenes opptaksområde.

Selv om det ikke inngår eksplisitt i mandatet, valgte arbeidsgruppa å diskutere hvilken betydning etablering av sykehusområder vil ha for lokalbaserte spesialisthelsetjenester og akuttfunksjoner. I denne diskusjonen kom det frem at gruppa mener sykehusområder kan bidra til etablering av gode lokalsykehus, som gir nærhet og god service til primærhelsetjenesten. Det kan videre bidra til samling av små fagmiljøer (ved samling av spesialiserte funksjoner), til å styrke faglig forsvarlighet og kanskje til bedre ressursutnyttelse ved at det blir mulig å rendyrke arbeidsprosesser (skille elektive og akutte funksjoner).

Gruppa påpekte imidlertid at ved funksjonsfordeling må funksjonene henge sammen, og at det vil være behov for gode støttefunksjoner. Den stilte spørsmål ved om områdeinndelingen passer for rus og psykiatri, uten at svar ble gitt. Gruppa var videre bekymret for at dagens finansieringsordning gir skjevheter, ved at sykehus som i hovedsak håndterer rehabilitering og indremedisin mv., får dårlig ”økonomisk uttelling” med dagens finansieringsordning. Det ble også påpekt at funksjonsdeling innenfor sykehusområder har den risiko at ansvar kan pulveriseres, og at pasientene ender som kasteballer, dvs. det motsatte av det som er målet.

Av negative sider ved sykehusområdeorganisering, viste gruppa til at funksjonsfordeling kan gi mye støy mellom helseforetakene, og muligheten for utvikling av større ulikheter mellom områdene, blant annet som følge av skjev rekruttering mv. Det ble påpekt at det vil ta lang tid (flere år) å omstille helsetjenestene innen hvert område til å klare målet om å håndtere 80-90 % av pasientene innenfor sykehusområdet.

2.2.4.2. Delprosjekt 2: Spesialiserte funksjoner

Innenfor delprosjektet om spesialiserte funksjoner er det gjennomført 14 dialogseminarer for følgende fagfelt: Indremedisin (alle fagets 8 grenspesialiteter dekket), gastrokirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi, radiologi, nevrologi, gynekologi, revmatologi/revmakirurgi, pediatri, anestesi/intensiv, samt de mer tverrgående feltene kreft, slag og rehabilitering. På seminarene er de mer enn 700 deltagerne bedt om å uttale seg blant annet om følgende:

- Hvilke funksjoner innen faget bør være henholdsvis a) basisfunksjon som alle avdelinger innen fagområdet bør ha, b) spesialfunksjoner som bør samles på få steder og c) regionfunksjon som bør samles på ett sted?
- Hvilket befolkningsgrunnlag må en basisfunksjon og spesialfunksjon(er) innen faget ha som grunnlag for å oppebære en bærekraftig og fremtidsrettet funksjon?
- Hvilke andre fagområder, eventuelt hvilke andre spesifikke funksjoner fra andre fagområder, må finnes samme sted som henholdsvis basisfunksjon og spesialfunksjon?

Faggruppene ble bedt om å bygge sine anbefalinger på internasjonal litteratur.

Nedenfor beskrives kort og skissemessig noen anbefalinger fra dialogseminarene om opptaksområder, basisfunksjoner og faglige avhengigheter. Dette er ikke en fullstendig oppsummering av anbefalingene, men gir et innblikk i tenkningen som ble presentert, med et spesielt blikk på basisfunksjonene. Et viktig poeng er at gruppene i stor grad presiserte at anbefalingene ikke var tuftet på internasjonal litteratur/faglig evidens.

Endokrinologi: Som basisfunksjoner angis osteoporose (pasienter med høy risiko for, eller utviklet manifest benskjørhet), diabetes, thyroideasykdommer/pasienter med hypotyreose, akutte endokrinologiske tilstander. For å dekke fagets basalfunksjoner er et godt og nært samarbeid med primærhelsetjenesten og spesialister utenfor sykehuset helt avgjørende. I dagens situasjon er det urealistisk at alle lokalsykehus i området skal ha leger med endokrinologisk spesialistkompetanse. Det må være tilgang til bakvaktssystem på områdenivå. Sykehus som mangler spesialister bør inngå i et nettverk med regulære endokrinologiske avdelinger ved områdesykehus/regionssykehus.

Fordøyelsessykdommer: Det ble sagt at grenspesialister innen fordøyelsessykdommer må finnes på ethvert sykehus som har akuttfunksjon.

Geriatrici: Alle sykehus med akutt indremedisinsk funksjon bør ha en akutt geriatrisk enhet som tar pasienter direkte fra akuttmottak. Geriatriske senger bør utgjøre 20 % av de indremedisinske sengene.

Nefrologi: Basisfunksjoner er utredning/oppfølging av akutte og kroniske nyresykdommer, herunder funksjon som nefrologisk tilsyn ved andre avdelinger (kir/ort m.m.). Viktig med nefrologisk kompetanse på alle lokalsykehus med akuttfunksjon. Fagkvalitet og fagutvikling i små miljøer må sikres ved å inngå et strukturert og forpliktende faglig samarbeid i større sykehusområder. Det er obligatorisk med nefrologisk kompetanse i en generell indremedisinsk avdeling, uavhengig av befolkningsgrunnlaget. Det kan skje ved at nefrologer ansatt på sykehuset, men også ved regelmessig besøk av nefrolog fra en større nærliggende avdeling. På mindre sykehus (befolkningsgrunnlag < 100 000 – 150 000) anbefaler gruppa at en definerer et sykehusområde der en inngår et strukturert og forpliktende faglig samarbeid/forum for å sikre fagkvaliteten og oppdateringen i de mindre enhetene. Et slikt sykehusområde kan også samorganiseres i en felles nefrologisk vaktordning.

Det anbefales et mest mulig desentralisert dialysetilbud, og påpekes at det er viktig å utvikle nye tilbud innen dialyse i takt med den kraftige volumøkningen i dialysepopulasjonen/gamle pasienter i dialyse (hjemmehemodialyse, sykehjemdialyse, "outsourcing" av hemodialyse).

Infeksjonsmedisin: Diagnostikk og behandling av vanlige infeksjonssykdommer, samt smittevern, er basisfunksjoner. Sykehus med akuttfunksjon bør ha minst en infeksjonsmedisiner.

Kardiologi: Kardiologiske problemstillinger utgjør den klart største gruppa pasienter som akuttinnlegges i indremedisinsk avdeling (ca. 40 %). Diagnostikk og akuttbehandling av hjerteinfarkt er sentrale basisfunksjoner. Alle lokalsykehus med akuttfunksjon må ha minst 2 kardiologer. I tillegg må indremedisinere med vaktberedskap ha kunnskap som muliggjør diagnostikk og behandling i akuttsituasjoner, inklusive orienterende ekkokardiografi.

Lungemedisin: Basisfunksjoner er blant annet BiPaP-behandling ved akutt respirasjonssvikt, diagnostikk og behandling av tuberkulose, generell allergiutredning, bronkoskopi på dagtid, lungefunksjonstester, arbeidsbelastning/ergospirometri, utredning lungecancer, palliativ behandling av lungecancer. For dette trengs lungemedisinsk kompetanse på dagtid, men ikke nødvendigvis vaktordning.

Slag: I hovedsak anbefales at alle akutte slagpasienter behandles på spesial-/områdenivå, men at rehabiliteringstjenester kan ytes på lokalsykehus (slagenhet med diagnostikk/behandling av pasienter som er gått ut av tidsvinduet for trombolyse og subakutt tilbud for pasienter som har vært gjennom utredning og diagnostikk/akutt behandling/tidligrehabilitering på mer spesialisert sykehus). Gruppene er delt i spørsmålet om alle sykehus med akuttmottak bør kunne tilby intravenøs trombolyse. Akuttmottak nødvendiggjør tilgang på umiddelbar CT/CTangiografi og kompetanse til nevrologisk vurdering. Det presiseres at slagenhet må tilfredsstillende definerte kriterier i publiserte konsensus rapporter.

Onkologi: Onkologiske poliklinikker som driver utredning og grunnleggende palliativt tilbud ved palliativt team og palliative senger i generelle avdelinger. Onkologisk sykepleier. Kan gi onkologisk kurativ behandling (cytostatikabehandling) i samarbeid med område funksjon. Generelt presiseres at tilbudet drives i samarbeid med områdesykehus.

Gastrokirurgi: Som optimalt opptaksområder angis fra 150 000 til 300 000, men flertallet mener det optimale er 250-300 000. Det var bred enighet om at akutt og elektiv virksomhet

bør være samlet. Kun enkelte spesielle (elektive) funksjoner kan foregå ved avdeling uten akuttfunksjon. Fagfolkene er åpne for økt funksjonsfordeling, men var klare på at dette forutsetter tettere samarbeid mellom sykehus enn i dag.

Ortopedi: Som basisfunksjoner ble oppgitt all basal bruddkirurgi, generell traumekirurgi, generell protesekirurgi, artroskopisk kirurgi, sportstraumatologi, ryggkirurgi, prolaps, allmenn fot- og ankelkirurgi.

Diskusjonen i ortopediseminaret var preget av enighet på noen områder og uenighet på andre. Det var bred enighet om at det er behov for å fordele funksjoner og samle avansert behandling på færre steder enn i dag. Det var diskusjon om lokalsykehus bør ha øyeblikkelig hjelpfunksjon i ortopedi eller om dette bør samles på områdesykehus. En av gruppene mente at ikke alle små sykehus skal drive med ortopedi, fordi basissykehusfunksjonen krever et opptaksområde på minimum 200000. Gruppen anbefalte en til to større akutenheter innen hvert sykehusområde, som også burde drive elektiv kirurgi, fordi så mange subspecialiteter driver med akuttkirurgi. Det ble også diskutert om elektiv og akutt ortopedi bør skilles i større grad enn i dag (dvs. atskilte behandlingslinjer for akutt og elektiv kirurgi.) Et tredje diskusjonstema var hvorvidt det er behov for indremedisinsk spesialistkompetanse på sykehus som skal drive ortopedisk behandling.

Karkirurgi: Basisfunksjoner er poliklinisk utredning, kontroll og medisinsk behandling av karsykdom. Poliklinikkene knyttes opp til og betjenes av spesialenheter. Det kan drives noe elektiv virksomhet, for eksempel operasjon av åreknuter.

Nevrologi: Blant deltakerne på dette seminaret var det bred enighet om at det er nødvendig med en viss størrelse på avdelinger for å sikre faglig utvikling og god kvalitet. Derfor anbefales at nevrologiske avdelinger ligge på områdesykehus og regionsykehus. Utredning av nevrologiske pasienter utenfor komplette nevrologiske avdelinger bør begrenses til poliklinisk satelittvirksomhet i regi av spesialist i nevrologi.

Urologi: Som basisfunksjoner angis palliativ behandling, urologisk poliklinikk med urodynamisk utredning, transuretral urologi, dagkirurgi/enklere kirurgisk behandling.

Revmatologi/revmakirurgi: Deltakerne mente revmatologi og revmakirurgi i utgangspunktet burde ligge på regionsykehus og områdesykehus og ikke på lokalsykehus. Det ble imidlertid også foreslått at utredning og behandling av revmatiske sykdommer (bløtdelsrevmatisme, artrose, osteoporose, ryggglidelser, inflammatoriske leddsykdommer, systemiske bindevevssykdommer). Administrering av biologiske legemidler og vurdere indikasjon for behandling som skal iverksettes av avtalespesialister, rehabilitering og LMS.

Pediatri: Noen av gruppene mener at pediatrien bare har to nivåer, basis og region. For basisfunksjoner angis generelt et opptaksområde på 30-50 000 barn under 15/18 år (dvs. minst 200 000?). Det påpekes at nærhet til hjemmemiljø og familie er et viktig element i behandling av barn og unge. To problemstillinger som trekkes frem er (1) bør man vurdere en samordning av habilitering og barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud organisert sammen med barnemedisinen. (2) Praktiserende spesialister bør i sees i sammenheng med tilhørende barneavdelings aktivitet og samordne aktivitet med denne.

Rehabilitering: Det var bred enighet om at en stor andel av rehabiliteringstjenestene er å anse som basisfunksjoner (opp til 80 %). Som basisfunksjoner trakk de fleste gruppene frem geriatrisk rehabilitering (funksjonssvikt, fall), ortopedisk rehabilitering, oppfølgende hjerte og lungerehabilitering, samt rehabilitering av pasienter med sammensatte problemer (somatikk og rus/psykiatri). I tillegg ble helsepedagogiske tilbud/lærings- og mestringssentre trukket frem. Det ble påpekt at det er behov for en diskusjon om skillet mellom forvaltningsnivåene, dvs. hvilken rehabilitering som bør skje i spesialisthelsetjenesten og hva som bør skje i

kommunen, samt at funksjonsfordelingen av de enkelte diagnosegruppene er faseavhengig, dvs. at noen av diagnosegruppene vil endre nivå avhengig av rehabiliteringsfase.

Avhengigheter mellom fagene: Nesten samtlige fag angir å være avhengig av røntgen, anestesi/intensiv og laboratoriefag. Mange indremedisinske fag angir også avhengighet til kirurgiske fag, fremfor alt gastrokirurgi.

Oppsummert kan man si at dialogkonferansene viser at det finnes en ingen absolutt faglig enighet om hva som er basisfunksjoner innenfor det enkelte fag og heller ikke om opptaksområder. Det er heller ikke slik at basisfunksjoner automatisk betyr lokalbaserte tjenester. Generelt angis relativt store opptaksområder som optimalt (200-400 000), og også de minimums opptaksområder som angis blir store dersom man tar hensyn til de avhengigheter som angis til andre fag. Det er ikke mulig med utgangspunkt i dette å tegne ut et lokalsykehus, men det gis viktige innspill. Blant annet synes det å være bred enighet om at mange av de indremedisinske grenspesialitetene bør være tilstede. Flere av disse angis å kunne dekkes ved dagtjeneste, og enkelte kan dekkes ved ambulerende spesialister fra og/eller bakvaksordninger ved mer spesialisert enhet. Det er god støtte for tankegangen om at mange tjenester kan ytes på lokalt nivå på denne måten. I tillegg fremheves rehabilitering og helsepedagogiske tilbud som viktige tjenester for lokalsykehus. Når det gjelder de store kirurgiske spesialitetene, dvs. gastrokirurgi og ortopedi, angis mange basisfunksjoner, men uten at dette betyr at disse funksjonene skal finnes lokalt. Snarer taler blant annet størrelsen på opptaksområdene for det motsatte. Mange av de indremedisinske fagene angir imidlertid å være avhengig av gastrokirurgien. Med unntak av anestesi/intensiv, laboratoriefag og røntgen, er det den spesialiteten flest fagområder føler avhengighet til. Dette er et velkjent dilemma, som dialogseminarene ikke gir et svar på hvordan skal løses.

2.2.4.3. Delprosjekt 3: Rus og psykisk helsevern

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. På tross av dette målet er det vedtatt å etablere tre arbeidsgrupper innenfor delprosjekt 3 om lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen: en for somatikk (lokalsykehus), en for psykisk helsevern og en for rus. Det er to hovedbegrunnelser for dette:

1. Særskilte forhold knyttet til rus og psykisk helsevern: Disse fagfeltene håndteres ikke innenfor dialogkonferansene. Derfor er definering av regionale del av mandatet til gruppene innen psykiatri og rus. I tillegg kommer at nasjonale politiske rammebetingelser klare definert, gjennom bla. opptrappingsplaner innenfor disse fagområdene enn i somatikken.
2. Ønsket om å løfte frem rus og psykiatri.

Mandatene for de tre arbeidsgruppene overlapper når det gjelder akuttfunksjoner, lokalbaserte tjenester og samhandling (med primærhelsetjenesten, avtalespesialister og andre deler av spesialisthelsetjenesten) (se avsnitt 2.1.1). Alle arbeidsgrupper vil levere sine rapporter innen utgangen av uke 11.

2.2.4.4. Fremtidens storbylegevakt

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune er blitt enige om i fellesskap å utrede fremtidens storbylegevakt. Utredningsarbeidet er delt i to faser. Det skal først, i perioden frem til 10. april 2008, gjennomføres et forprosjekt. Målet for forprosjektet er å utrede ønsket innhold i og omfang av fremtidens storbylegevakt. I forprosjektet skal også utredes organisering og fremdrift for neste fase i arbeidet, hovedfasen, der formålet vil være å utrede fremtidig ansvars- og oppgavedeling, samt finansiering og mulig lokalisering.

Mandat for forprosjektet:

- Beskrive dagens innhold i og organisering av legevaktstjenestene i Oslo og gi en overordnet vurdering av styrker og svakheter ved dagens ordning.
- Beskrive dagens behov for legevakts-/akuttjenester i Oslo og fremtidig behov i et femårsperspektiv, samt for perioden frem mot 2020.
- Beskrive forventede endringer i medisinsk kunnskap og teknologi som vil kunne få betydning for akuttjenestenes innhold og organisering.
- Beskrive ulike måter å organisere legevakts-/akuttjenester i Norge og andre land, og hva som er erfaringene med de ulike modellene.
- Med utgangspunkt i beskrivelsene, vurdere hva som vil være en ønskelig og visjonær organisering og dimensjonering av en fremtidig storbylegevakt i Oslo, gitt målene for arbeidet, slik de fremkommer foran i mandatet.
- Fremme forslag om organisering av og fremdrift for neste fase i arbeidet, hovedfasen, der fremtidig ansvars- og oppgavedeling, lokalisering og finansiering skal utredes.

Dette utredningsarbeidet må sees i sammenheng med omstillingsarbeidet i hovedstaden, herunder arbeidet i delprosjekt 3..

2.3. Nåværende og fremtidige behov for tjenester

Hvilke pasientgrupper utgjør i dag og årene fremover de som i følge nasjonale føringer skal ha et tilbud lokalt, dvs. store sykdomsgrupper, de som trenger tett oppfølging og de som trenger behandling som krever en generell tilnærming, ikke utpreget spisskompetanse? Skiller utviklingen i hovedstaden seg på viktige områder fra resten av landet?

2.3.1. Fordeling av øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med arbeidet i Resept 2006 i Helse Sør ble det samlet inn data om aktivitet knyttet til akutfunksjon brutt ned på sykehus, sykehusavdelinger, tider på døgnet, samt korteste reisevei til sykehus med akutfunksjon.⁵ Her fant man at 45,3 % av alle akuttinnleggelser var indremedisin, 22 % generell kirurgi, 10,3 % føde, 7 % ortopedi, 8,1 % pediatri og de siste 2 % fordelte seg på øre-nese-hals, øye og revmatologi. Det viser at antallet øyeblikkelig hjelpinnleggelser innen indremedisin er det dobbelte av antallet innen kirurgi.

Man fant videre at det i gjennomsnitt ble lagt inn 468 pasienter som øyeblikkelig hjelp pr. 10000 innbyggere ved medisinske avdelinger pr år i Helse Sør. Til sammenlikning ble det lagt inn i gjennomsnitt 195 pasienter inn øyeblikkelig hjelp pr. 10000 innbyggere ved generelle kirurgiske avdelinger pr. år.

I årene etter denne studien ble gjennomført, har antallet øyeblikkelig hjelp opphold i norske sykehus økt, og veksten kom innenfor indremedisinen. I årene 2001 til 2005 økte antallet øyeblikkelig hjelpopphold med ca. 46 000 (9,5 %).⁶ Antallet slike opphold for kirurgiske DRGer sank med 0,5 % i året 2004-2005, mens det samme år var en økning på 3,4 % for medisinske DRGer. Denne utviklingen har fortsatt. I året 2005-2006 økte antallet øyeblikkelig hjelpopphold pr. 1000 innbyggere for medisinske DRG-er fra 95 til 97 på landsbasis, mens

⁵ Notat om Akutfunksjon ved sykehusene i Helse Sør. En analyse basert på data som beskriver aktivitet i relasjon til befolkningsgrunnlag og reiseavstand, av Einar Husebye, Strategigruppe P1, Resept 2006, Helse Sør

⁶ Jørgenvåg, R. (red): SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005, SINTEF Helse

antallet øyeblikkelig hjelpopphold pr. 1000 innbyggere for kirurgiske DRG-er var stabil på 18 (kjønns- og aldersstandardiserte rater).⁷

Det er også innen indremedisin at andelen øyeblikkelig hjelp er størst. Mellom 85 og 95 % av alle innleggelser ved medisinske avdelinger er øyeblikkelig hjelp. Andelen er langt mindre innenfor kirurgi og ortopedi, der mer av aktiviteten er planlagt (elektivt).

2.3.2. Behovet for senger

I tillegg til at det er vekst i øyeblikkelig hjelpopphold innenfor indremedisin, øker også de elektive opphold. Fra 2005-2006 økte antallet slike opphold pr. 1000 innbyggere fra 98 til 108, mens antallet elektive opphold for kirurgiske DRG-er gikk ned fra 71 til 67 pr. 1000 innbyggere (kjønns- og aldersstandardiserte rater).⁸ Mens antallet liggedøgn i spesialisthelsetjenesten totalt sett går ned (for alle opphold gikk antall opphold pr. 1000 innbyggere ned fra 1054-1049 i året 2005-2006), øker antallet liggedøgn for øyeblikkelig hjelpopphold. Det betyr at hele reduksjonen i liggedøgn kommer for elektive opphold, og at reduksjonen her kompenseres for veksten i liggedøgn knyttet til øyeblikkelig hjelp. Siden veksten i øyeblikkelig hjelp skjer innenfor indremedisin, øker behovet for senger innenfor dette fagfeltet, mens det reduseres innenfor de kirurgiske fagfeltene.

Ser man på fordelingen av senger, finner man følgende:⁹

Somatiske fagområder	Helse Sør-Øst RHF	Norge	Sverige	Danmark
Antall senger per 100 000 innbyggere	252	281	244	286
- herav kirurgi	110	132	89	119
- herav medisin	142	149	155	167

Dette viser at Helse Sør-Øst og norsk spesialisthelsetjeneste totalt sett ligger lavt når det gjelder indremedisinske senger. Når det gjelder kirurgiske senger ligger vi høyt sammenliknet med Sverige.

2.3.3. Store pasientgrupper ved lokalsykehus

Rapporten "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingkjede" viser at ved to "lokalsykehelseforetak", Blefjell sykehus HF og Helgelandssykehuset HF, var de hyppigste årsakene til innleggelser som øyeblikkelig hjelp ved foretakene samlet (hvis man ser bort fra føde/gynekologi): hjerte-karsykdom (14,4 %), skader, brudd og kutt (13,6 %), og infeksjoner i luftveiene/kols (10,8 %). Dersom man delte i kirurgi/ortopedi og indremedisin fant man at vanligste årsaker til øyeblikkelig hjelpinnleggelse innenfor kirurgi/ortopedi var skader/brudd (39,3 %), gastro (17,1 %) og akutte symptomer (9,5 %). På indremedisin var vanligste innleggelsesårsaker hjerte-kar (23,3 %), lunge/kols (17,6 %) og akutte symptomer (9,4 %). Fordelingen er annerledes når man ser på elektive innleggelser. Da utgjør rehabilitering og dialyse nesten 40 % for avdelingene samlet. Det elektive volumet vil i stor grad påvirkes av tilbudet lokalt.

⁷ Kjell Solstad (red): SAMDATA Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten 2006, SINTEF Helse

⁸ Som over.

⁹ Kilde: SAMDATA 2006, NOMESCO og NPR

Ved et lokalsykehus i Oslo, Diakonhjemmet sykehus, er det gjort en registreringsstudie der alvorlighetsgrad av sykdom/skade ved innleggelser på sykehuset er blitt kartlagt.¹⁰ Resultatene viser at det akuttinnlegges mange eldre pasienter, og at en stor andel av disse har alvorlig og akutt sykdom. Over 20 % av de over 80 år hadde forstyrret bevissthet. En stor andel av pasientene over 80 år (60 %) hadde kommunale omsorgstjenester, noe som betyr at de hadde funksjonssvikt og var skrøpelige før innleggelse. Over 60 % av pasientene som ble innlagt med funksjonssvikt hadde høy APS skår, noe som indikerer akutt alvorlig sykdom, og over 30 % hadde forstyrret bevissthet. Innleggelser fra sykehjem utgjorde vel 8 % av totalinnleggelsene. Av disse var 1/3 hoftebrudd.

Funnene tilsier at andelen unødvendige innleggelser av eldre ikke er høy, heller ikke fra sykehjem. Videre tilsier de at pasienter som innlegges med funksjonssvikt, må prioriteres i akuttmottaket, raskt vurderes i forhold til alvorlighetsgrad (triage) og grundig undersøkes med tanke på akutt sykdom. Ved akutt sykdom hos skrøpelige eldre er det vist at innleggelse i en geriatrisk enhet med akutfunksjon reduserer mortalitet og bevarer funksjon.¹¹ Gitt den høye andelen eldre med akutt alvorlig sykdom blant de innlagte pasientene, bør alle sykehus som mottar øyeblikkelig hjelpinnleggelser, ha geriatriske enheter tilpasset pasientvolumet.

2.3.4. Hvilke pasientgrupper vil vokse i årene som kommer?

Kort oppsummert kan sies at blant annet følgende grupper forventes å øke:¹²

Det blir flere eldre. For menn vil antall eldre over 67 år øke fra 250 000 til 333 000 i perioden 2007-17. For kvinner vil vi få over 50 000 flere eldre over 67 år i samme periode. Dette tilsvarer en økning på 33 og 15 prosent for henholdsvis menn og kvinner. Flere eldre medfører vekst i en rekke sykdomsgrupper, ettersom risikoen for sykdom øker med alderen. Mange av de eldste lever med kroniske lidelser og sykdommer som demens, depresjon, diabetes, kreft, og hjerte- og karsykdommer. Beregninger viser blant annet at om 30 år vil dobbelt så mange ha en demenssykdom som idag (anslag for 2005 viste at det var om lag 66 000 med demens.) Eldre er også mer utsatt for infeksjoner, for eksempel influensa.

I fremtiden vil flere få kreft, og flere vil også dø av kreft sammenlignet med i dag. Økt levealder er den viktigste grunnen fordi risikoen for alle kreftformer øker med alderen. Beregninger gjort av Folkehelseinstituttet viser at kreft vil utgjøre om lag en fjerdedel av alle dødsfall i 2020. I tillegg er det langt flere som overlever med kreft i dag enn for 50 år siden.

Det har vært en nedgang i dødeligheten av hjerte-karsykdommer siden 1980-tallet og fram til i dag, og det er fortsatt nedgang. I fremtiden vil imidlertid nedgangen i hjerte- og kardødeligheten blant de yngre aldersgruppene veies opp ved at det blir flere eldre. Beregninger viser at hjerte-karsykdommer vil utgjøre 38 prosent av alle dødsfall 2020, samme andel som i 2004.

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og av disse har mer enn halvparten diagnosen uten å vite om det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. En venter at KOLS vil fortsette å øke i befolkningen, særlig blant kvinner.

Sannsynligvis har ca. 90 000 - 120 000 mennesker diagnostisert diabetes i Norge. Nesten like mange kan tenkes å ha uoppdaget diabetes. Antallet med diabetes, særlig blant menn, har økt

¹⁰ Anette Høyen Ranhoff: Registrering av alvorlighetsgrad ved akutt innleggelse i sykehus Rapport, Diakonhjemmets sykehus 30.05.07

¹¹ Saltvedt I, Mo ES, Fayers P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002;50:792-798.

¹² Dette avsnittet bygger i stor grad på dokumenter fra Folkehelseinstituttet.

mye, og flere enn tidligere får diabetes i yngre alder. Risikoen for diabetes øker med alderen. Undersøkelser fra Oslo viser dessuten at innvandrere fra det sub-indiske kontinent og Nord-Afrika har betydelig høyere forekomst av diabetes enn andre.

Norge skiller seg ikke fra andre land når det gjelder psykiske lidelser. Undersøkelser viser at depresjon er en svært vanlig psykisk lidelse blant voksne europeere i yrkesaktiv alder. WHO anslår at en av fire som oppsøker helsevesenet også har et psykisk, atferds- eller nevrologisk problem, og at andelen med psykiske problemer vil øke i årene framover.

I hele den vestlige verden ser man i dag en utvikling som beskrives som en epidemi av overvekt og fedme. Denne epidemien synes også å ha nådd Norge. Overvekt er assosiert med økt risiko for utvikling av diabetes, hjerte- og karsykdom og muskelskjelettsykdommer. Fedme kan derfor få stor betydning for fremtidig helsetjenestebehov.

2.3.5. Hovedstaden

Gjennomsnittlig levealder i Oslo i 2001-2005 ligger i underkant av ett år under landsgjennomsnittet, til tross for høy forventet levealder på vestkanten i Oslo.¹³ Dette reflekterer at det er betydelige forskjeller i helse etter sosioøkonomisk bakgrunn i Oslo, målt både i forhold til inntekt, utdanningsnivå, yrke og bosted. Dette har gyldighet for de fleste mål på helse. Forskning på området viser at de sosiale forskjellene i helse danner en gradient der forskjellene kan gjenfinnes mellom hver sosioøkonomisk gruppe i hierarkiet, noe som sier at dette ikke bare er et fattigdomsproblem. Helseforskjellene er blitt større, ikke mindre, over tid.

31,5 prosent av innvandrerbefolkningen i Norge bor i Oslo og 12,7 prosent i Akershus. Hver fjerde Oslo-borger har innvandrerbakgrunn (131 000 personer).¹⁴ Andelen forventes å øke i årene fremover. I en studie med data fra innvandrer-HUBRO viste store forskjeller mellom nordmenn og pakistanere på selvrapportert helse, diabetes og mental helse (Syed og medarbeidere, 2006). 55 % av pakistanerne rapporterte dårlig helse, mens 22 % av etnisk norske nordmenn gjorde det, noe som er statistisk signifikant. Diabetes var vanligere blant pakistanere, 14 % og 3 % for henholdsvis pakistanere og nordmenn. For symptomer på psykiske problemer var tallene 22 % og 10 % for henholdsvis pakistanere og nordmenn. Man fant at sosioøkonomisk status var inverst assosiert med selvrapportert helse, diabetes og mental helse for etnisk norske nordmenn. Dette var ikke tilfelle for pakistanere, noe som betyr at sosioøkonomisk status bare delvis kan forklare forskjellene i helse. Faktorer relatert til genetikk og livsstil, samt og psykososiale faktorer relatert til migrasjon, slik som sosial støtte, samfunnsdeltakelse, diskriminering og integrering kan ha bidratt til funnene.

2.3.6. Oppsummering

Ca. 50 % av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser i sykehus skjer ved indremedisinske avdelinger, og andelen øker. Mellom 85 og 95 % av alle innleggelser ved medisinske avdelinger er øyeblikkelig hjelp. Mens antallet liggedøgn i spesialisthelsetjenesten går ned, øker liggedøgnene knyttet til øyeblikkelig hjelp. Dette tilsier et økt behov for indremedisinske senger i årene fremover, på tross av et redusert behov for senger totalt sett, noe som tilsier at det vil bli behov for å omgjøre kirurgiske senger til indremedisinske senger. Stadig mer kirurgi kan ivaretas gjennom planlagte opphold og dagkirurgi.

¹³ Beskrivelse av helsesituasjonen og helseforskjellene i Oslo. Bidrag til en ny hovedstadsmelding. Redaktør: Bjørn Heine Strand, Bidragsyttere: Anne Johanne Søgaard, Sidsel Graff-Iversen, Liv Grøtvedt, Kari Alvær, Jørgen Meisfjord, Bjørn Heine Strand.

¹⁴ <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>

Store pasientgrupper, kronisk syke og syke eldre er overlappende begreper, men viktige grupper som inngår her er pasienter med hjerte-karsykdommer (herunder hjertesvikt og hjerneslag), kroniske lungesykdommer, muskelskjelettlidelser, diabetes (som bidrar til økt forekomst av nyresvikt), kreft, demens, eldre med uklare funksjonsnedsettelse og ikke minst pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser. Mange eldre og gamle pasienter har flere av disse vanligste kroniske lidelsene samtidig. Det forventes vekst i nesten samtlige av disse gruppene. Flere av disse pasientgruppene vil ha behov for tett oppfølging. Kronisk syke har også behov for opplæring, for å lære å leve med og mestre sin sykdom.

Alt i alt taler dette for at lokalsykehus først og fremst trenger et døgntilbud, dvs. senger og heldøgns akuttfunksjoner, innenfor indremedisin. For å ivareta den store andelen skrøpelige eldre som innlegges i indremedisinske avdelinger, bør det indremedisinske tilbudet inkludere geriatrike enheter. Ulikheter i befolkningens sammensetning (andelen eldre, innvandrere mv) og i dødelighet/sykkelighet mellom bydelene, og også mellom befolkningsgruppene i Oslo, tilsier at det vil være behov for å tilpasse de lokalbaserte spesialisthelsetjenestene etter lokale behov.

2.4. *Utvikling i fag og teknolog*

Den faglige og teknologiske utviklingen innenfor helsetjenesten går raskt. Dette skaper nye muligheter, men også utfordringer. Ny teknologi vil i mange tilfeller bety behov for å sentralisere tjenester i en innledningsfase, spesielt når teknologien er kostnads- og kompetansekrevene. Den teknologiske utviklingen skaper imidlertid også muligheter for å desentralisere tjenester. Dette kan være et resultat av at det utvikles mindre og enklere modeller av tidligere store og komplekse maskiner, som følge av nye telemedisinske muligheter og som følge av kompetanseoppbygging og -spredning. Et eksempel på slik desentralisering er at dialysebehandling nå i stadig større grad tilbys på lokalsykehus i samarbeid med mer spesialisert sykehus (ofte ved hjelp av telemedisinske løsninger).

Ny teknologi er ofte (i hvert fall i en periode) dyrere enn den etablerte. Den teknologiske utviklingen representerer derfor en utfordring i forhold til kostnadsvekst. Dette i seg selv kan tale for sentralisering av teknologien, for å sikre kostnadseffektiv bruk. En desentralisering av teknologi kan medføre lavere indikasjonsgrenser, blant annet fordi helsepersonellet ønsker og trenger trening og erfaring i å bruke det nye utstyret/den nye metoden.

2.5. *Dagens situasjon*

Lokalsykehus er et godt innarbeidet begrep i norsk helsevesen og i befolkningen. Det er gjort flere utredninger rundt disse sykehusenes betydning og ansvarsområde. Befolkningen har mange steder et tett og nært forhold til lokalsykehuset, mens andre steder har lokalsykehuset forsvunnet i diskusjoner rundt funksjonsfordeling, spisskompetanse og universitetsfunksjoner. Spesielt er dette tydelig i de større byene med flere sykehus og universitetsfunksjoner. I Helse Sør-Øst har hovedstadsområdet pekt seg ut som et område hvor lokalsykehusbegrepet er blitt vanskelig å definere. Enkelte familier i hovedstadsområdet må i dag forholde seg til opptil 6 forskjellige sykehus, avhengig av hvilken lidelse de har. Dette er lite tilfredsstillende sett fra et kvalitetssikringssynspunkt. Hvem ivaretar helheten? Hvordan kan pasientene få en nærhet til sitt lokalsykehus, når funksjonene er så spredt? For helsepersonell i de bydeler og kommuner dette gjelder, vil det da være vanskelig å oppnå den kjennskap og kunnskap om sykehuset og dets ansatte som er ønskelig. Dette er en trussel for kvalitetsutviklingsarbeidet. Situasjonen likner noe i Mjøsa-regionen. Her har henvisende leger og befolkningen fire lokalsykehus med delvis delte, delvis sammenfallende funksjoner å forholde seg til.

Videre ser man at rutinene er forskjellige fra sykehus til sykehus. Dette gjelder alt fra henvisningsrutiner, tilhørighet, konfereringsrutiner, behandlingsrutiner og utskrivningsrutiner. Ulike rutiner gjør blant annet at mange primærleger, spesielt på legevakt, må bruke mye unødvendig tid på å finne frem i systemet og sette seg inn i de enkelte sykehus interne rutiner. Dette er lite effektivt, og kan i noen tilfeller gå utover pasientbehandlingen. For sykehusleger som skifter arbeidsgiver ville det også være en fordel at rutinene var mer samordnede og at man hadde samme elektroniske pasientjournalssystem.

Mange sykehus i hovedstadsområde har akuttberedskap innenfor samme fagområder som for eksempel innen karkirurgi og urologi. Dette medfører relativt dyre beredskaps- og bakvaksordninger, samt at pasientgrunnet ikke alltid er tilstrekkelig for å gjøre en kvalitativt god behandling. I noen tilfeller er fagene blitt så subspecialisert at det blir vanskelig både for primærleger og andre prehospitaltjenester å vite tjenester hvor pasienten skal legges inn.

Utfordringene i Oslo og hovedstadsområde er spesielle sammenlignet med andre områder. Befolkningstettheten er stor og folketallet øker sterkt, avstandene små, de sosioøkonomiske forhold meget variable, og ikke minst er det en høy andel innbyggere med ikke-vestlig bakgrunn. Det er derfor viktig med et godt organisert helsevesen som det er lett å finne frem i, og løsningene kan trolig være noe annerledes enn i resten av landet.

Der iverksettes i dag mange tiltak for å forbedre samhandlingen innenfor helsetjenesten. Mange kommuner og helseforetak har inngått samarbeidsavtaler som har gitt et bedre grunnlag for samhandling enn tidligere. Imidlertid er det gjort lite forskning på hvilke samhandlingsmetoder som er kostnadseffektive. Samhandlingens hovedmål må være kvalitativt bedre og mer kostnadseffektive pasientforløp. Noen ganger kan nok samhandling medføre mindre "handling". Tillit og kunnskap om hverandres arbeidsområder og arbeidsmetoder er nøkkelfaktorer i samhandling. Ofte oppleves i dag manglende kunnskap og tillit. For eksempel brukes det i geriatrien mye tid på å kontrollere hverandre, ved at bestillerkontorer revurderer innleggende pasienter på sykehus. Trolig kunne man bruke disse ressursene mer effektivt ved å utarbeide samhandlingsrutiner som gjorde dobbeltvurderinger unødvendig. Det ville frigjøre ressurser til utøvende tjenester i kommunene.

Det er mye som tyder på at med dagens teknologi har et stort potensial i forhold til å gi mer effektiv samhandling. Primærlegetjenesten har kommet langt innen IKT, mens sykehus, spesielt de kliniske tjenester, og også kommunene, har hengt etter. Dette er en stor utfordring.

2.6. Etablerte arenaer for samhandling – noen eksempler

2.6.1. Helsedialog

Helsedialog er et strategisk, langsiktig program for systematisk å styrke samhandling mellom helseforetak og kommuner, som er utviklet av tidligere Helse Sør RHF og KS i regionen. Programmet ble styrebehandlet i samtlige KS fylkesstyrene i regionen og i styret for Helse Sør RHF desember 2005.

Det er etablert et programstyre og et sekretariat, lokalisert i RHF-et som er planlagt evaluert etter 3 år. Erfaringer og gode eksempler som identifiseres spres på nettstedet www.helsedialog.no, der en også kan finne mer utførlig presentasjon av programmet og av satsningsområdene. I 2007 satte Helse Sør RHF av 15 millioner til formålet. Om lag halvparten til regional finansiering av praksiskonsulentordningen (se nedenfor), 5 millioner til tilskudd til spredning og styrking av gode samhandlingstiltak, og resten til forsøk med

regionale takster for samhandling, samt dialogkonferanser for videreutvikling av gode eksempler innenfor satsningsområdene.

Programmet har følgende kjennetegn:

- Samhandling skal være fundert på likeverdighet, respekt og tillit mellom partene
- Samhandlingen er basert på avtaler og samarbeidsfora som er forankret på alle nivåer: Individnivået, der tjenesten ytes, på tjenestenivået, der tjenesten organiseres og det legges til rette for god samhandling, og på styringsnivået som sikrer ressurser, etterspør resultater og oppmuntrer til samhandling fundert på de nevnte verdiene
- Brukermedvirkning og bred involvering av ledere og medarbeidere på alle nivåer
- Ved analyse og forbedring av samhandling tas det utgangspunkt i å identifisere, anerkjenne, styrke og utbre den aller beste samhandlingspraksis som finnes i regionen eller som man er kjent med fra andre steder.

Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ overfor nåværende programstyret i Helsedialog med siktemål å videreutvikle Helsedialog som samhandlingskonsept for helse helseregionen.

2.6.2. Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen (PKO) innebærer at erfarne allmennleger er ansatt i deltidsstilling ved en sykehusavdeling. Ordningen omfatter både funksjonen praksiskoordinator og praksiskonsulent. *Praksiskoordinatoren* har ansvar for å drive praksiskonsulentordningen for helseforetaket, og skal bl.a. delta i utvelgelse av og gi veiledning til praksiskonsulenter, samt være rådgiver for foretaksledelsen. *Praksiskonsulentenes* primæroppgave er å bidra til utvikling av et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det omfatter bl.a. tiltak som kan forbedre helheten i pasientforløpet, som å utvikle retningslinjer for god henvisnings- og utskrivingspraksis, og for skriving av gode epikriser. Praksiskonsulenten skal også bidra til at informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket blir bedre, bl.a. ved å etablere og veilede om rutiner for samhandling og legge til rette for gjensidig hospitering. Fordi praksiskonsulenten både er rådgiver for ledelsen ved sykehusavdelingen og samtidig har kontakt med allmennlegene i sykehusets nedslagsfelt, bidrar ordningen til dialog og møter mellom allmennleger og sykehusleger og annet helsepersonell. Dette er viktig for å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

Selv om det altså er lite empiri på hvordan ordningen fungerer i Norge, vil utvalget anbefale at ordningen videreutvikles. Praksiskonsulentordningen har hittil i hovedsak omfattet leger.

Noen helseforetak, bl.a. alle sykehusene i Oslo, har etablert ("sektorkoordinatorer"), som kontaktpunkt for kommuner/bydeler som i hovedsak har samarbeidet med kommunenes/bydelenes pleie- og omsorgstjenester om utskrivningsklare pasienter.

2.6.3. Lærings- og mestringssentra

Det er etablert lærings- og mestringssentra (LMS) ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Etablering og drift skjer i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunene. Kommuner og Helseforetak støtter opp om likemannsarbeid som drives av frivillige organisasjoner. Et nasjonalt kompetansesenter for LMS finnes ved Aker US. Et regionalt ressurscenter for LMS er etablert ved Sørlandet Sykehus HF.

Mestring foregår i kommunene. Kommunene må sterkere inn i lærings- og mestringsarbeidet og ivareta samsonen mellom nivåene. En mulighet er at LMS utvikles i felles drift mellom helseforetak og kommunen(e).

2.6.4. Gjensidige hospiteringsordninger

Det er enkelte steder utviklet modeller for gjensidig hospiteringsordninger, som er forankret i lokale samarbeidsavtaler. Dette gir kjennskap til øvrige deler av systemet og fremmer daglig samhandling. Eksempler er Sandefjord/Sykehuset i Vestfold og Helse Fonna.

3. Gruppas vurderinger og konklusjoner

3.1. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner

3.1.1. Generelle forhold

Det er flere mulige innfallsporter til en vurdering av hvilke tjenester som bør være lokalbaserte:

- Hva er pasientenes behov og ønsker?
- Kvalitet: Hva er fagenes basisfunksjoner og gjensidige avhengigheter, og hva er optimalt befolkningsgrunnlag for å sikre medisinskfaglig kvalitet og god ressursutnyttelse?

3.1.1.1. Pasientenes behov

Store pasientgrupper, kronisk syke og syke eldre overlappende begreper. Viktige grupper som inngår her er pasienter med hjerte-karsykdommer (herunder hjertesvikt og hjerneslag), kroniske lungesykdommer, muskelskjelettlidelser, diabetes (som bidrar til økt forekomst av nyresvikt og hjerte/karsykdommer), kreft, demens, eldre med uklare og multiple funksjonsnedsettelse (mange eldre og gamle pasienter har flere av disse vanligste kroniske lidelsene samtidig). Disse sykdommene, som alle forventes å øke, tilhører i hovedsak det indremedisinske fagfeltet. I tillegg kommer pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser. Flere av disse pasientgruppene vil ha behov for tett oppfølging og derfor nærhet til, samt helhet og kontinuitet i tilbudet. Det vil eksempelvis si at for mange lokalsykehus bør man ha generelle indremedisinske avdelinger, geriatriske avdelinger, psykiatri og rus.

Flertallet av pasientgrupper som vil være viktige for lokalsykehusfunksjonen, har behov for rehabilitering og for opplæring, for å lære å leve med og mestre sin sykdom. Et viktig spørsmål er om rehabiliteringstjenester skal ytes i private rehabiliteringsinstitusjoner eller som del av lokalsykehusfunksjonen. Behovet for nærhet til hjemmet, samt behovet for samtidig medisinsk behandling taler for at tjenestene bør gis i lokalsykehuset i nært samarbeid med kommunenes rehabiliteringstilbud. Videre tilsier en fagutvikling i retning av færre døgnopphold og mer bruk av dagopphold, tverrfaglige polikliniske tilbud og ambulante tjenester at lokalsykehusene bør ha en sentral rolle. Dette fordi slike tilbud forutsetter at tjenestene befinner seg nærmere pasienten enn ved døgntilbud.

For eldre pasienter, som ikke er selvhjulpne, er spørsmålet oftest om opptreningen/rehabiliteringen skal finne sted i lokalsykehuset eller i kommunene.¹⁵ Trolig bør størstedelen av de geriatriske tjenestene til eldre, herunder rehabilitering, ytes i kommunene. Dette krever en sterkere satsning på rehabiliteringstjenester i kommunene, og en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder i samarbeid med kommunene. God tilgang på ambulante geriatri-/rehabiliteringstjenester forutsetter oppbygging av dette tilbudet som en del av lokalsykehusfunksjonen. Dette er i samsvar med krav i årets oppdragsdokument til de regionale helseforetak.

I rapporten "Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Helse Øst" fra 2006, angis at mange pasientgrupper har behov for tverrfaglige polikliniske tilbud og dagtilbud. Her foreslås at alle sykehus skal ha et slikt tilbud til blant annet hjertepasienter og lungepasienter. Rapporten

¹⁵ Undersøkelser har vist at over 10 % av alle akuttinnlagte ved norske indremedisinske sykehusavdelinger var preget av multiple lidelser og kronisk funksjonssvikt. (Pettersen, R. og T. G. Wyller: Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom, Tidssk Nor Lægeforen 2007; 127: 6000-3)

konkluderer ikke med hensyn til rehabiliteringsbehovet til eldre pasienter med sammensatte lidelser og/eller varig funksjonsnedsettelse.

3.1.1.1.1. *Brukernes syn og ønsker*

Arbeidsgruppa har mottatt et innspill fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst. I sitt møte 31.01.08 trakk brukerutvalget frem følgende tjenester i forbindelse med arbeidet med lokalt baserte tjenester: LMS, geriatri (geriatriisk kompetanse) og rehabilitering. I tillegg ble behovet for å tilrettelegge tilbudet til ikke-etniske nordmenn ble påpekt.

I møtet med brukerorganisasjonene 26. februar, var disse særlig opptatt av følgende temaer:

- De mente at klarere definerte oppgaver for lokalsykehusene var ønskelig, blant annet fordi det ville gjøre koblingen mot /samhandlingen med primærhelsetjenesten lettere.
- Behov for å styrke den tjenesten flest pasienter/brukere har behov for. Organisasjonene tok til orde for at det er viktig å legge til rette for lokalsykehus med vekt på annet enn akuttfunksjoner. Det ble påpekt at debatt om føde og akuttkirurgi har en tendens til å skygge for alt annet. Hvis man skal løse hovedutfordringene fremover må man dimensjonere tjenestene etter behovet. Det vil bli flere eldre. Må da lage de tjenestene de trenger. Må rette fokus mot de store sykdomsgruppene.
- Det ble understreket at like viktig som å styrke lokalt baserte spesialisthelsetjenestene, er å styrke primærhelsetjenesten, som i dag får for lite politisk oppmerksomhet.
- Behovet for å bygge relasjoner mellom lokalsykehus og fastleger. Praksiskonsulentordningen er viktig i så måte.
- Behovet for geriatriisk kompetanse og breddekompetanse, herunder geriatriiske team. Det ble påpekt at det ofte er for lite slik kompetanse i primærhelsetjenesten.
- Viktigheten av gode journalsystemer/IKT-løsninger.
- Behovet for å styrke samarbeidet med interesse-/pasientorganisasjonene. Disse utfører et viktig likemannsarbeid, som ikke får nok anerkjennelse og som det ikke informeres godt nok om. Dette arbeidet blir viktigere som følge av kortere behandlingstid i sykehus, noe som innebærer mindre tid til oppfølging, særlig med hensyn til mestringsbehovet. Det ble påpekt at likemannsarbeidet gir store psykososiale og samfunnsøkonomiske gevinster. Samarbeid med interesse-/pasientorganisasjonene, særlig med tanke på lokale rehabiliteringstiltak og/eller arenaer for rehabilitering/mestring må derfor prioriteres.
- Det forebyggende aspektet i pasientopplæring er undervurdert. God pasientopplæring kan redusere akuttinnleggelser, og er særlig viktig for kronikere. Det ble tatt til orde for at dette kanskje kan bli lettere med lokalsykehus.
- Betydningen av kompetanseoverføring etter sykehusopphold. At spesialisthelsetjenesten følger opp etter utskrivning. I denne sammenheng ble det vist til at det ikke bare er behov for ambulante team som kommer ut til kommunene, men også for at kommunehelsetjenestens ansatte får anledning til å hospitere i spesialisthelsetjenesten.
- Behovet for rehabiliteringstjenester lokalt.
- At kronikere, blant annet diabetespasienter, har behov for et godt samarbeid innenfor spesialisthelsetjenesten.

I brukerkonferansen i regi av Helse Sør-Øst 5. mars var noen av hovedkonklusjonene at brukerne ønsker at alt av oppfølging skal skje på lokalsykehuset. I tillegg ønsker de rehabilitering lokalt. Videre ble det uttrykt et ønske om "en dør inn" for rus, psykiatri og somatikk, etablering av pasientansvarlig lege og sykepleier og mer bruk av individuell plan og ambulante team. Brukerne fremhevet også at utskrivningen må starte ved innleggelse, i den forstand at det må lages en plan for oppfølging og rehabilitering. De la stor vekt på behovet for bedre samarbeid med, og en styrking av, kommunehelsetjenesten. Fastlegenes sentrale

rolle ble påpekt og det ble fremhevet et behov for å knytte fastlegene tettere opp mot lokalsykehusene.

3.1.1.2. Kvalitet i lokalbaserte tjenester og i akutfunksjoner

Sentrale målene med å styrke de lokalbaserte tjenester er bedre samordning og kontinuitet, samt å sikre nærhet og tilgjengelighet. Kontinuitet kan legge til rette for mer innflytelse for brukerne. Ved at pasienter behandles på riktig omsorgsnivå, legges det også til rette for bedre utnyttelse av ressursene. Alt i alt er det dermed flere faktorer som tilsier høyere kvalitet ved utvikling av lokalbaserte tjenester, jamfør Nasjonal kvalitetsstrategi. Likevel har enkelte uttrykt en frykt for at sykehus som omstillinger i retning av mer lokalbaserte funksjoner blir ”avanserte sykehjem” eller ”B-sykehus”. Et sentralt spørsmål er derfor hva som skal til for at lokalbaserte tjenester, herunder akutfunksjoner, skal ha god kvalitet.

3.1.1.2.1. Breddekompetanse versus spisskompetanse

Det er bred enighet i medisinskfaglige miljøer om at ikke alle pasienter får det beste tilbudet på et spesialisert sykehus. Dette gjelder spesielt pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser, som har behov for leger med bred kunnskap, både for å avklare hva som feiler dem, og for helhetlige vurderinger i oppfølgingen. Mange av disse pasientene har opplevd å bli sendt fra en lege til en annen, og fra en poliklinikk/avdeling på et sykehus til et annet. Dette på tross av at hver av lidelsene pasienten har, ofte er vanlige. I enkelte tilfeller innebærer dette bare praktisk ulempe for pasienten, som må forholde seg til mange, mens behandlingen faglig sett er god. Ofte blir imidlertid også behandlingen faglig sett suboptimal, fordi hver enkelt lege kun forholder seg til den lidelsen som er hans/hennes spesialitet og ikke til helheten.

Legeforeningen fremhever behovet for breddekompetanse i sin rapport om lokalsykehus.¹⁶ Foreningen mener man de senere årene i for stor grad har vektlagt spisskompetansen på bekostning av breddekompetansen, og skriver:

”Med breddekompetanse forstås evnen til å vurdere helheten ut fra et bredt faglig perspektiv, og den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta pasienter med uavklarte og sammensatte problemstillinger.”

Legeforeningen beskriver breddekompetanse på individnivå (leger med kompetanse og erfaring i å se helhet og utrede bredt, evne og mulighet til å møte pasienter med uavklarte og sammensatte problemer på en helhetlig måte), på avdelingsnivå (avdeling med uselektert inntak som møter pasientene med en bred tilnærming), og på sykehusnivå (som foreningen mener i stor grad handler om organisering av mottak og pasientflyt, som sikrer ivaretagelse av pasienter med uavklarte lidelser).

I Eriksteinrapporten skrives følgende om dette temaet:

”Arbeidsgruppa mener at både pasientpopulasjonen og den medisinskfaglige tilnærmingen ved lokalsykehus er annerledes enn pasientpopulasjonen og den høyt spesialiserte medisinen som utøves på større sykehus. Dog er også større sykehus lokalsykehus. De mindre lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen ved større sykehus krever breddekompetanse, mens den høyt spesialiserte medisinen krever spisskompetanse. Den ene typen medisin er ikke mer faglig utfordrende eller viktigere enn den andre. Snarere utfyller de hverandre og er avhengig av hverandre. Mens den høyt spesialiserte medisinen i mange år har stått i sentrum innenfor medisinen, har mindre prestisje og oppmerksomhet vært rettet mot lokalsykehusfunksjonen og den spesialiserte breddekompetansen. Å fullt ut beskrive denne funksjonen og dette medisinske feltet ligger utenfor denne arbeidsgruppas mandat. Arbeidsgruppa anbefaler imidlertid at det arbeides videre med å spesifisere det faglige innholdet i den spesialiserte breddekompetansebaserte lokalsykehusfunksjonen i både små og store sykehus.”

¹⁶ Lokalsykehusenes fremtidige rolle, av Den norske lægeforening 2006.

Dette tilsier at en forutsetning for at den medisinskfaglige kvaliteten på lokalbaserte tjenester skal bli høy, er at man sikrer breddekompetanse både på individ- og organisasjonsnivå. Begge deler er sentrale utfordringer for en spesialisthelsetjeneste som blir stadig mer spesialisert.

3.1.1.2.2. Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder

Helsetilsynet har nylig lagt frem sine konklusjoner etter et landsomfattende tilsyn med akuttmottak i den somatiske spesialisthelsetjenesten.¹⁷ Helsetilsynets hovedkonklusjon er at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene, noe som til tider gir uforsvarlig pasientbehandling. Helsetilsynet trekker frem følgende faktorer som sentrale for å sikre faglig forsvarlig virksomhet:

- At pasientene blir observert og fulgt opp mens de venter, dvs. at det er et forsvarlig system for å prioritere pasientene, slik at hensiktsmessige tiltak blir satt i gang i tide.
- At personal- og kompetanseressursene styres slik at personellet har relevant kompetanse. Hvis nye leger med varierende kompetanse og erfaring er første lege som møter pasienten, må virksomheten sikre kompetansen ved systematisk opplæring i oppgaver og rutiner i akuttmottaket, og ved å ha fleksible og robuste ordninger med lav terskel for å tilkalle mer erfarne leger. Det må også være klart for alle hvem som skal tilkalle ekstra og nødvendig personell ved aktivitetstopper og hverdagskriser.
- Ledelsen må ha oversikt over driften i akuttmottakene (benytte aktivitetstall og systematiske oversikter over pasientstrømmer og ventetider) og gjøre systematiske risikovurderinger for å sikre forsvarlig planlegging og styring av medisinskfaglig og sykepleiefaglig bemanning i akuttmottaket og for å avdekke kritiske trinn i arbeidsprosessene og oppgaveløsningen, i pasientflyt og behandlingsforløp.
- Velfungerende avviksbehandlingssystem.

Helsetilsynet fant mangler ved alle disse forholdene. Alt i alt er tilsynet vurdering at det er for mye tilfældigheter og ad hoc løsninger snarere enn systematisk styring.

Behovet for systematisk styring for å sikre kvalitet er også fremhevet i rapporten "Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem", fra en arbeidsgruppe nedsatt av de regionale helseforetakene (se avsnitt 7.1).¹⁸ Det fremgår i rapporten at det innen traumatologien ikke er dokumentert at pasientvolum påvirker kvalitet. Det er imidlertid påvist sammenheng mellom etablering av traumesystemer og kvalitet.¹⁹

Alt i alt taler dette for at det trengs et ledelsesmessig fokus på akuttmottak og på akuttmedisinske behandlingsskjeder. Å sikre kvalitet handler ikke bare om personalets

¹⁷ "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008, Februar 2008

¹⁸ Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006/ Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene, inkludert vurdering etter høringsrunde 09. oktober 2007

¹⁹ Isaksen, M. I., T. Wisborg og G. Brattebø: Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år, Tidssk Nor Lægeforen 2006; 126: 145-7. Tiltak som påvirker kvaliteten av traumebehandlingen er: Å ha et definert tverrfaglig traumeteam; Øyeblikkelige tilgjengelige ressurser som trent tverrfaglig traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og mulighet for røntgenundersøkelse av thorax; Klare kriterier for aktivisering av traumeteam og for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå; Traumemanual; Tilpasset registreringsskjema; Utdanning av personell involvert i traumebehandling; Etablert program for å forbedre traumebehandlingen.

kompetanse enkeltvis, selv om det også trekkes frem som en svakhet at det ofte er de minst erfarne legene som først undersøker pasientene. Det er imidlertid like viktig at det etableres systemer, dvs. at virksomheten organiseres systematisk for å sikre kvalitet.

3.1.1.2.3. Behovet for lokale tilpasninger

Ved utforming av prinsipper, slik denne gruppa har i sitt mandat å gjøre, ligger det implisitt en forventning om at disse skal være noen grad av allmenngyldige. I motsetning til dette kan (også som et prinsipp) fastholdes at det er behov for lokale tilpasninger/å utforme tilbudet (behandlingsskjeder) ut fra de lokale behov. Eriksteinrapporten la stor vekt på behovet for lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og sykehus, for å utnytte lokale ressurser best mulig. I innspillene til rapporten støttet et flertall både utvikling av (nasjonale) standarder og behovet for lokale tilpasninger. Dette ble begrunnet med at Norge er så mangfoldig, at det som passer et sted, ikke nødvendigvis er egnet et annet sted.

I St. prp. nr 1 (2007-2008) skriver HOD at:

Med utgangspunkt i forslagene fra utvalget (dvs. arbeidsgruppa nevnt over), vil departementet følge opp arbeidet for å etablere tilpassede behandlingsskjeder der lokalsykehusene i større grad tilpasses lokale forhold.

Dette innebærer at det ligger en nasjonal politisk føring om lokal tilpasning av lokalsykehus og behandlingsskjeder.

3.1.1.2.4. Basisfunksjoner, befolkningsgrunnlag og faglige avhengigheter

Det pågår en internasjonal diskusjon om hvor stort opptaksområde et sykehus bør ha, knyttet til ulike funksjoner, for å sikre høyest mulig faglig kvalitet og best mulig ressursutnyttelse. I Helse Sør sin rapport om lokalsykehustjenester angis at et opptaksområde på 60-90 000 innbyggere anses optimalt for akutte indremedisinske avdelinger. Den danske legeföreningen la i 2006 frem sitt forslag til hvordan tjenestene til akutt syke pasienter bør organiseres. Den mente akuttsykehus bør ha et opptaksområde på 250 000 innbyggere.²⁰ Allmenne driftsoverveielser skal ligge til grunn for at det anbefales et opptaksområde på fra 200 000 – 300 000 og opp til 500 000 for kirurgiske avdelinger med akuttmottak.²¹

Ser man på den faktiske organiseringen i ulike land, finner man at det er store forskjeller.²² Det er fra land til land forskjeller i sykehusenes størrelse, hvilke tilbud som finnes på sykehusene, hvilke pasientgrupper som behandles og på samhandlingen mellom nivåene. Forklaringen som gis er at organiseringen av tilbudet må tilpasses lokale forhold.

Som beskrevet tidligere er det innenfor delprosjektet om spesialiserte funksjoner i Hovedstadsprosessen arrangert dialogkonferanser der deltakerne er bed om å uttale seg om hvilke funksjoner innen faget som bør være henholdsvis basisfunksjon som alle avdelinger innen fagområdet bør ha, spesialfunksjoner som bør samles på få steder og regionfunksjon som bør samles på ett sted, hvilket befolkningsgrunnlag basis- og spesialfunksjon(er) innen faget må ha som grunnlag for å oppbevare en bærekraftig og fremtidsrettet funksjon, og hvilke

²⁰ Ved akut sykdom. Lægeföreningens forslag til en styrket indsats for akutte pasienter. http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/POLITIK/POLITIKPAPIRER/POLITIKPAPIRER_LAEGEFÖRENINGEN/ved_akut_sygdom

²¹ Kehlet, H. og S. Laurberg: Gastrointestinal kirurgi – hvorfor spesialisering? Ugeskr Læger 168/15-16, s. 1519-21. 10. april 2006.

²² van der Steeg, Dr. H.J og Prof. Dr. A.J.P. Schrijvers: Small hospitals outside the Netherlands and their orientation towards specific tasks and target groups. UMC Utrecht Julius Center for Health Science and Primary Care. Utrecht, june 2005

andre fagområder, eventuelt hvilke andre spesifikke funksjoner fra andre fagområder, som må finnes samme sted som henholdsvis basisfunksjon og spesialfunksjon.

I følge dialogkonferansene har flere av de indremedisinske grenspesialiteter basisfunksjoner som bør finnes på lokalsykehusnivå. Noen av disse angis å kunne dekkes ved polikliniske tjenester, og enkelte kan dekkes ved ambulerende spesialister fra og/eller bakvaksordninger ved mer spesialisert enhet. Når det gjelder de store kirurgiske spesialitetene, dvs. gastrokirurgi og ortopedi, angis mange basisfunksjoner. Størrelsen på opptaksområdene taler imidlertid for at disse skal være lokalisert på større enheter. Det angis imidlertid elektive basisfunksjoner som kan plasseres på sykehus uten akuttfunksjoner innenfor samme fag, dog kommer det også frem at både gastrokirurgene og ortopedene i stor grad mener elektive og akutte funksjoner bør samlokaliseres.

Et sentralt temaer når det gjelder lokalsykehusfunksjoner, er om kirurgi er en nødvendig del av tilbudet for å sikre forsvarlige indremedisinske tjenester (som følge av faglige avhengigheter). Denne debatten er tett forbundet med spørsmålet om akuttfunksjoner. Som beskrevet tidligere gir dialogkonferansene ikke svar på disse spørsmålene. Nært forbundet med dette spørsmålet er spørsmålet om hvilket nivå på intensiv-/anestesitjenester som er nødvendig for et sykehus med indremedisinske akuttfunksjoner. At disse spørsmålene henger sammen, har blant annet med at dersom man skal ha en kostnadseffektiv anestesitjeneste, forutsettes noe kirurgisk aktivitet.

3.1.1.2.5. Rekruttering

Små lokalsykehus i Norge har tradisjonelt slitt med rekruttering av spesialister. De som frykter at sykehus som omstillinger i retning av lokalbaserte funksjoner blir ”avanserte sykehjem” eller ”B-sykehus”, mener også at en slik utvikling vil føre til svikt i legerekrutteringen. Slik sett henger faglig status og god rekruttering tett sammen. Å beholde og rekruttere dyktige fagfolk (unngå vikarbyråer/stafetter) er selvfølgelig viktig for å sikre god kvalitet på tjenestene. Det betyr at det blir viktig å heve statusen til breddekompetansen, og også på andre måter å gjøre lokalsykehus til attraktive arbeidsplasser. Viktige elementer i dette er antagelig å legge til rette for utdanning og forskning ved lokalsykehusene.

3.1.1.3. Prinsipper

Arbeidsgruppa har, som beskrevet innledningsvis, vedtatt at siste punkt i mandatet, angående tiltak ”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” utsettes til etter påske. I det følgende angir derfor arbeidsgruppa generelle og organisatoriske prinsipper for å sikre kvalitet i tjenestene. Gruppa vil presisere at den mener en grunnleggende premiss 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.

- Innenfor hvert sykehusområde skal det defineres et områdesykehus og funksjoner som skal ivaretas der
- Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus 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.

- Det bør utarbeides en plan for hvilken kompetanse som et minimum skal være på lokalsykehus
- Lokalsykehusfunksjonene ved et områdesykehus bør organiseres separat fra de mer spesialiserte oppgavene..
- 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..
- 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.

3.1.2. Elektive og polikliniske funksjoner

Ser man bort fra problemstillingen knyttet til kirurgiske akutfunksjoner, mener arbeidsgruppa det synes å være bred enighet om mange aspekter ved lokalsykehusfunksjoner. Vurdert både ut fra pasientenes behov og ønsker (og nasjonale føringer om hvilke pasientgrupper som skal ha et tilbud lokalt), og hensynet til kvalitet i tjenestene, er det enighet om at indremedisin utgjøre en sentral del av lokalsykehusfunksjonen. For indremedisin gjelder at det skal være både dag- og døgntilbud. Noen av tjenestene skal dekkes av egne leger, mens andre kan dekkes ved ambulerende spesialister. I tillegg er det enighet om at det bør være et bredt spekter av polikliniske og dagbaserte tjenester innenfor kirurgiske fag. Hvilke tjenester det gjelder må tilpasses lokale forhold. Videre skal det være et rehabiliteringstilbud og LMS. Med dette som utgangspunkt foreslår arbeidsgruppa følgende prinsipper:

3.1.2.1. Prinsipper

- 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 kompetansehe vende 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 LMS som må tilby opplæring av pasienter og pårørende i et samarbeid med kommunehelsetjenesten og pasientorganisasjonene.

3.1.3. Akutfunksjoner

Det er fastslått i Soria Moria-erklæringen at det skal være nærhet til akutfunksjoner. Ut over dette finnes ingen nasjonale standarder eller entydig nasjonal politikk når det gjelder akutfunksjoner.

Grappa tar som utgangspunkt at styret har fastsatt som prinsipp/mål at akutfunksjoner skal samordnes, med særlig vekt på det akuttkirurgiske tilbudet. Grappa oppfatter dette som et mål på sikt, dvs. noe som skal gjennomføres over tid.

Dette ønsket om samordning av kirurgisk akuttberedskap, og også etablering av "en dør inn" kan tale for etablering av ett større (felles) akuttmottak innenfor et sykehusområde på et helseforetak med bredde i akuttilbudet. Trygghet og nærhet tilsier imidlertid at pasienter med kroniske og vanlige lidelser og skader bør ha et tilbud i nærheten. Med dette som utgangspunkt er gruppa enig om at "en dør inn" ikke fungerer for mange fagfelt innenfor sykehusområder på 300-500 000 mennesker. Begrepet "en dør inn" kan slik sett skape både forvirring og feil forventninger. Det som er viktig er at man skaper forutsigbarhet for hvor pasienten skal innlegges i ulike situasjoner.

Grappa har diskutert om det er ønskelig med etablering av felles akuttmottak ved lokalsykehus, dvs. at legevakten, ambulansestasjonen og eventuelt en skadestue er samlokalisert med sykehusets akuttmottak. Grappa viser til at det her finnes ulike erfaringer, og mener derfor at man må avvente kommende evalueringer, blant annet av felles akuttmottak på Sykehuset Asker og Bærum HF, før det trekkes konklusjoner i dette spørsmålet.

Grappa har lagt forslaget om å etablere sykehusområder med ca. 300-500 000 innbyggere til grunn, og foreslår følgende prinsipper for organisering av akutfunksjoner innenfor områdene:

3.1.3.1. Prinsipper

- Lokalsykehus med akutfunksjoner skal ha breddekompetansebasert akuttberedskap på døgnbasis innen indremedisin. Det bør være anestesistervice som gir beredskap for akuttsituasjoner som også krever intubasjon og stabilisering før transport.²³
- Lokalsykehus med akutfunksjoner bør ha en tilpasset minimums akutfunksjon 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.²⁴
- Lokale forhold må hensyntas ved utforming av akutfunksjoner 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

²³ Jacob Mosvold ønsker følgende formulering av punktet: Lokalsykehus med akutfunksjoner skal ha breddekompetansebasert akuttberedskap på døgnbasis innen indremedisin. Det bør være anestesistervice med anestesilege i tilstedevakt og mulighet for overvåking og behandling som sikrer god kvalitet på behandlingen.

²⁴ Jacob Mosvold ønsker følgende formulering av punktet: Lokalsykehus med akutfunksjoner bør ha en tilpasset akutfunksjon innen kirurgi.

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 pediatrike 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 prehospitaltjenester, 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 akuttfunksjoner bør skje koordinert. Tjenester må ikke nedlegges før de er etablert på nytt sted. Det må fastsettes en klar tidsplan for gjennomføringen.

Dissens fra Akademikernes representant, Terje Keyn:

Undertegnede viser til de to kulepunktene:

- 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.

Videre vises det til Legeforeningens statusrapport om lokalsykehus, som er inkludert i litteraturlisten til denne delrapporten. Legeforeningen har konkludert med at et akuttmottak skal ha indremedisiner, kirurg og anestesilege i vakt. I tillegg skal det være tilgang til radiologiske og klinisk-kjemiske tjenester på stedet. Dette anser vi for å være minimumsbetingelsene for å drive et akuttmottak.

I henhold til ovenstående kan vi ikke slutte oss til de to første kulepunktene slik de står. Det nevnes ikke hva slags personell som skal besørge den beredskapen man her omtaler. Fram til 1960-70-tallet var det eksempelvis vanlig med anestesisykepleier som besørget anestetjenestene under kirurgens ansvar. Etter framvekst av anesthesiologien som eget fag vil ikke en kirurg være kvalifisert til å stå ansvarlig for anestetjenesten og formuleringer som kan åpne for slike løsninger, kan ikke aksepteres.

I kulepunkt 2 skriver man at lokalsykehus med akuttfunksjoner **bør** ha en tilpasset minimums akuttfunksjon inne kirurgi. Det er vår klare holdning at slike akuttmottak **skal** ha kirurg i vakt. Det eneste tenkbare muligheten for et begrenset (dvs. indremedisinsk) akuttmottak er der hvor lokalsykehuset ligger så nært områdesykehusets fullverdige akuttmottak, at pasienter som trenger kirurgisk tilsyn ikke blir skadelidende.

Undertegnede vil med dette på vegne av Akademikerne markere dissens i forhold til gruppeflertallets formuleringer. Vi foreslår følgelig de to omstridte kulepunktene erstattet med ett kulepunkt:

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

3.2. Samhandling

3.2.1. Innledning

Målet for all samhandling i helsetjenesten er å bidra til tjenester av høy kvalitet. God samhandling er viktig for å sikre at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet, noe som er sentralt for å oppnå høy pasientsikkerhet. Å bedre samhandlingen har stått på dagsordenen i flere år. Mye er sagt og skrevet om dette. Man har allikevel ikke ”kommet i mål” på det praktiske plan. Arbeidsgruppa har diskutert hva som i dag er de største hindringene for god samhandling, og kommet frem til at blant annet følgende er viktig:

- Feil og uheldige holdninger: Aktørene har for dårlig kunnskap om og kjennskap til hverandre, noe som bidrar til for liten tillit. Dette skyldes blant annet manglende samarbeidsarenaer. Arbeidsgruppa mener tillit er en nøkkel til god samhandling.
- Lovverket: Blant annet trekkes frem at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten. Denne plikten må være gjensidig.
- Relativ dimensjonering av primær- og spesialisthelsetjenesten: Stor vekst i legestillinger i sykehusene (flere enn det er hjemler for). Sykehusene vokser hvert år like mye som hele fastlegeordningen kostet. I samme tidsrom har det vært liten vekst i antallet hjemler for avtalespesialister og fastleger. Er dette riktig fordeling av ressursene? Flere leger i primærhelsetjenesten vil være viktig for at pasienter skal kunne behandles på riktig sted/riktig omsorgsnivå. LEON-prinsippet skal ligge til grunn.
- Finansieringsordninger som ikke understøtter de gode løsningene: Når man får til gode samarbeidsordninger finner man ad hoc løsninger, som ofte ikke blir videreført.
- IKT-løsninger: Her gjenstår mye. En nasjonal strategi på dette området er viktig. I tillegg må Helse Sør-Øst rydde i sitt IKT-system
- Rolleavklaring mellom forvaltningsnivåene: Målet er ikke sømløst men skreddersøm, dvs. å klarere definere ansvarsfordelingen.

I alle dokumenter om samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vektlegges de verdier og holdninger som må ligge til grunn for å få dette til. I følge rammeavtalen skal arenaer og prosesser for samhandling baseres på *likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse*. I tillegg vektlegges ofte behovet for tillit, gjensidig kunnskap om hverandre, samt at det er ønskelig med en løsningsorientert tilnærming. Andre faktorer som trekkes frem, er behovet for brukermedvirkning og lederforankring.

Samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Østfold og kommunene i opptaksområdet legger til grunn følgende verdier og formål:

”Samhandling mellom Sykehuset Østfold og kommunene bygger på et helhetlig syn på tjenester til den enkelte pasient/bruker og til Østfolds befolkning. Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom *likeverdighet og gjensidighet*, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene/brukerne.

God samhandling er viktig ikke bare for å sikre god koordinering av det enkelte pasientforløp, men også fordi den gjensidige avhengigheten mellom nivåene i helsetjenesten er stor. Endringer den ene part gjør vil alltid få konsekvenser for den andre (alle øvrige ledd i behandlingskjeden). For eksempel vil kortere liggetid i sykehus få betydning for kommunene.

Slike endringer kan oppleves som at den ene part forsøker ”å skyve kostnader og ansvar over på den andre”.

3.2.1.1. Prinsipper

- Samhandling må baseres på bred medvirking 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.

3.2.2. Samhandling på administrativt og strategisk nivå

Utgangspunktet for inngåelsen av den nasjonale rammeavtalen, er behovet for at samhandling forankres i avtaler mellom partene på flere nivåer. Avtalen har som formål å legge til rette for dette. Det overordnede, strategiske samarbeidet må ha tilstrekkelig overordnet lederforankring og være gjensidig forpliktende. Regelmessig og strukturert dialog og oppfølging av avtaler som dokumenteres, er sentralt. Mer løpende og operativt samarbeid må følges opp på administrativt nivå.

3.2.2.1. Prinsipper

- Helse Sør-Øst RHF må inngå en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis KS 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.

3.2.3. Kommuner

Kommunen vil være den største og viktigste samhandlingspartner for et lokalsykehus. Avtaler på administrativt og strategisk mellom lokalsykehuset og de kommuner dette yter tjenester til nivå vil være grunnmuren i samarbeidet. Den viktigste samhandlingen skjer imidlertid på tjeneste- og individnivå. Her vil det være ulike samhandlingsarena som må videreutvikles.

3.2.3.1. Fastleger

Fastlegene har behov for god tilgjengelighet til spesialister ved lokalsykehuset (evt. annet sykehus), både for å få et faglig råd/second opinion, for ved behov å kunne henvise til en poliklinikk eller for å legge pasient inn for videre undersøkelser og behandling. I samhandlingen mellom fastlegene og sykehusene er følgende sentralt:

- God tilgang til faglig konferering
- Gode henvisninger (og innleggelsesskriv)
- Strukturelle tiltak som bidrar til raskest mulig avklaring av pasientens behov for innleggelse
- Samordnede innleggelsesrutiner, prosedyrer og retningslinjer ved ulike sykehus
- Raske og strukturerte tilbakemeldinger (epikriser) fra sykehus til fastleger ved utskrivelser

3.2.3.1.1. *Rutiner for faglig konferering*

Fra fastlegenes/legevakslegenes side er det ønskelig at det er avklart hvor de skal ringe når de trenger faglige råd om en pasient, og at denne personen er tilgjengelig. Når en erfaren allmennlege søker faglige råd, er det trolig at legen som gir råd bør være spesialist (eller en erfaren assistentlege). God tilgang til faglig konferering vil trolig kunne forhindre henvisninger og innleggelser. Behovet for faglig konferering er gjensidig, dvs. at sykehus også har behov for å konferere med fastleger (eller andre deler av kommunehelsetjenesten). Dette kan være viktig for å sikre riktig behandling av pasienten mens han/hun er innlagt (se avsnitt 10.3.3). Også her bør det søkes ordninger som sikrer god tilgjengelighet.

3.2.3.1.2. *Gode henvisninger (og innleggelsesskriv)*

Dersom de riktige undersøkelser er gjort før henvisning sendes, vil pasientens behov (og rettighetsstatus) bedre kunne vurderes med utgangspunkt i henvisningen. Hva det konkret innebærer kan avtales/nedfelles i retningslinjer utformet i samarbeid mellom partene. En plan for hvilke undersøkelser som skal utføres, kan trolig også bidra til at disse i større grad koordineres for pasienten (gjøres samme dag – før innleggelse). Det kan spare både liggedøgn og transporttid/-utgifter.

3.2.3.1.3. *Kjøreregler/retningslinjer*

For legene som skal henvise/legge inn pasienter, og særlig for legevakt/ved akuttinnleggelse, er det viktig at det er entydig hvor pasienten skal. I Oslo og Follo er det i dag, som følge av sektoriseringen og oppgavefordeling mellom sykehusene, av og til flere tolkningsmuligheter for tilhørighet til lokalsykehus. Dette kan føre til diskusjoner mellom sykehusene og innleggende lege, noe som kan ta tid.

Det som i mange år har vært styrende for innleggelser er "Veiviser for henvisning og innleggelse av Oslo-pasienter". Denne kan imidlertid gi opphav til uklarheter som følge av formuleringer som "tidligere boadresse", "tilknytning via nær familie" og "midlertidig adresse". En tilnærming for å redusere dette problemet er å oppdatere "Veiviseren", markedsføre denne i relevante sammenhenger og å gjennomføre en prosess for å oppnå mest mulig lik tolkning hos sykehusene, Legevakten og andre aktuelle.

En annen mulig løsning er å bruke følgende kriterier for tilhørighet til lokalsykehus:

1. Folkeregisteradresse i Oslo/Akershus
2. For de som ikke har folkeregisteradresse i de to fylkene, tildeles lokalsykehus etter fødselsdato. Dette sikrer at pendlere og andre besøkende fra inn- og utland, studenter, besøkende og personer uten fast bopel vil komme til samme lokalsykehus hver gang.

Fordeling etter fødselsdato benyttes allerede for gruppa Uten fast bopel (UFB). Prinsippet benyttes også av sosialkontorene i Oslo kommune, og fordelingsnøkkelen er sammenfallende med sykehusenes UFB-fordeling.

3. Unntak fra ovenstående punkter formaliseres når enkeltpasienter søker om bytte av lokalsykehus (som i dag). Slike sektorbytter rapporteres til AMK-sentralen, som registrerer dette i sitt journalsystem. Sykehusene må ha god oversikt over hvem disse pasientene er.

I tillegg til at det er viktig for fastlegene/legevakslegene at det er entydig hvor pasienten skal, er det viktig med like innleggelsesrutiner, prosedyrer og retningslinjer ved de ulike sykehus. Dette letter arbeidet for fastlegene, kan bidra til å heve kvaliteten på innleggelser ved blant annet å hindre misforståelser, og kan også bidra til at sykehus legenes arbeid kvalitetssikres.

3.2.3.1.4. Organisatoriske/strukturelle tiltak for rask avklaring av pasienten

Ut i fra LEON-prinsippet er det ønskelig at pasientene avklares på laveste effektive omsorgsnivå. Flere pasienter kunne trolig avklares av legevakslegene, dersom de har gode diagnostiske muligheter på vakt (tilgang til lab og radiologiske tjenester) og mulighet for å observere pasientene. Observasjonsposter utenfor sykehus kan inngå som del av sykehusenes akuttinntak i samarbeid med kommunene. Observasjonsposten ved Legevakten i Oslo og Ål Sjukestugu er eksempler på slik tiltak. Et annet strukturelt tiltak for å bedre muligheten for å avklare pasienter, er samlokalisering av legevakt/akuttinntak for somatikk, psykiatri og rus.

3.2.3.1.5. Strukturerte utskrivinger fra sykehus til fastleger

Tiltak for å bedre oppfølgingen etter og samhandling i forbindelse med utskriving/overføring av pasienter har fått mye oppmerksomhet de senere år. Eksempelvis har epikrisetid i flere år vært en nasjonal kvalitetsindikator. Det er nå et nasjonalt styringskrav at minst 80 % av epikriser skal sendes innen syv dager.

Pasienter uten hjelpebehov

Epikrisen er et viktig virkemiddel for å sikre riktig oppfølging av pasienter uten hjelpebehov som skrives ut fra sykehus. Mange av disse pasientene skal følges opp av fastlegen, og en større andel av pasientene kunne antagelig vært fulgt opp av fastlegene i stedet for i spesialisthelsetjenesten dersom samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten hadde vært tettere. Et slikt samarbeid kunne ha som mål å utvikle felles faglige retningslinjer (evt. retningslinjer for samhandling/arbeidsdeling) for oppfølging av ulike pasienter.

Ofte er det ikke bare et spørsmål om pasienten bør følges opp hos fastlegen eller ved sykehusets poliklinikk, men også om dette kan og bør skje hos en privat avtalespesialist. Det bør derfor etableres samarbeidsarenaer for å sikre en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom sykehusene, fastlegene og avtalespesialistene.

Pasienter uten hjelpebehov men store samhandlingsbehov

Noen pasienter har et særlig behov for tett oppfølging og god samhandling. Disse er i målgruppa for individuell plan, som har som hovedformålet å sørge for at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester får nødvendig helhet og sammenheng i tjenestetilbudet. Mange pasienter med rett til å få en individuell plan, får i dag ikke dette. Forklaringene som gis på dette er mange.

I rapporten Samhandling og Desentralisering – forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene, foreslås men enkle forhold (indikatorer) for å fange opp dårlig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten:

- Mer enn tre ikke planlagte innleggelser for samme lidelse i løpet av et år.
- Kortere tid enn 30 dager til ny ikke planlagt innleggelse.
- Pasienten møter ikke opp til kontrolltimer og oppfølgingsinnleggelser.
- Maksimalt tre henvisninger til poliklinikk (samme eller forskjellige) for samme medisinske problem.

3.2.3.1.6. Prinsipper

- 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 sokner til.
- Sykehus innenfor et sykehusområde må etablere felles rutiner for innleggelse, behandling og utskrivning.
- Det bør etableres flere observasjonssenger/-poster utenfor sykehus med sykepleier- og legekompentanse, helst i kombinasjon med lege vakt.
- 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 prehospitaltjenester og allmennlege for å hindre vekst i antallet direkte innleggelse uten legevurdering. Alle parter må sikres tilgang til nødnett.
- Laboratorieundersøkelser og andre prøver som er gjort i primærhelsetjenesten bør ikke dobbeltsjekkes. Det er sløsing med ressurser og tegn på manglende tillit.

3.2.3.2. Hjemme baserte tjenester og sykehjem

Hjemmebaserte tjenester og sykehjem utgjør en betydelig del av kommunehelsetjenestens aktivitet og utgifter. De pasientene som kommunen yter tjenester til, har et hjelpebehov som ofte skyldes flere og sammensatte lidelser. Disse pasientene belegger også en stor andel av indremedisinske sykehussenger, og de fleste innlegges som øyeblikkelig hjelp.

De siste årene har et økende antall kommuner innført en bestiller-utførermodell. Modellen er først og fremst benyttet i store kommuner, og i løpet av 2005 hadde alle kommuner over 50.000 innbyggere skilt forvaltning og drift av pleie- og omsorgstjenestene etter modellen.

Antall institusjonsplasser i Norge har endret seg lite de siste årene og har ligget på rundt 40 000. En kartlegging fra 2003 viser at gjennomsnittlig oppholdstid i sykehjemmet var 2,9 år.²⁵ 73 prosent av sykehjemsbeboerne var kvinner og gjennomsnittsalderen var 84 år. 92 prosent av sykehjemspatientene hadde permanente opphold, mens 8 prosent hadde et midlertidig opphold for rehabilitering, avlastning for pårørende eller lignende. Sykehjemmene synes i stor grad å bli brukt til permanent pleie og omsorg for eldre med omfattende tjenestebehov. Undersøkelsen viste at "gjennomsnittspasienten" ikke var i stand til å gå, var inkontinent, trengte hjelp til personlig hygiene, til å kle på seg og til å spise. De viktigste helsemessige årsakene til hjelpebehovet i sykehjem var aldersdemens (42 prosent), hjerneslag (15 prosent), psykiske lidelser (9 prosent) og hjerte- og lungelidelser (8 prosent).

Det er mye som tyder på at pasienter ved sykehjem har et lavere funksjonsnivå nå enn tidligere, og at kompetansen innen sykehjemsmedisin ved sykehjemmene er for lav.

3.2.3.2.1. *Pasienter med hjelpebehov etter utskrivelse*

For pasienter med behov for kommunale omsorgstjenester etter utskrivelse, er det nødvendig at sykehusene planlegger og melder utskrivning, slik at kommunene kan forberede sitt mottaksapparat. I dag brukes A- og B-skjema for dette. I praksis viser det seg at mange pasienter ligger på sykehus mer enn 10 dager etter de er meldt utskrivningsklare.

I en undersøkelse av variasjoner i pasientforløp for eldre pasienter utskrevet fra sykehus til kommunale omsorgstjenester i Trondheim kommune i årene 2003 og 2004, fant man blant annet at reinnleggelser var hyppigst for pasienter som trengte omsorgstjenester for første gang ved utskrivning.²⁶ Funnet tilsier at dette er en gruppe som det er spesielt viktig å ha stor oppmerksomhet mot ved utskrivning.

Erfaringer fra Oslo kommune har vist at sykehus som ikke har innført betalingsansvar etter 10 dager, har kortere liggetid, men har også hyppigere reinnleggelser. Dette aktualiserer spørsmålet om det er hensiktsmessig å ha regler som legger opp til at pasienter *kan* ligge inntil 10 dager etter at de er meldt utskrivningsklare. Prinsipielt burde pasienten skrives ut den dagen vedkommende er ferdigbehandlet. Det krever imidlertid en felles forståelse og tillit mellom tjenesteyterne.

3.2.3.2.2. *Prinsipper*

- "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 intermedieæravdeling, 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).

²⁵ Romøren, T.I NOVA, rapport 12-2003. Velferdstat og velferdskommune. Iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorg i kommunene i Nord-Trøndelag.

²⁶ Anthun, K. S. og B. Paulsen: Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløpsanalyse, Sintef 2007

- Det er behov for en tydeligere rolle for primærlegene i forhold til syke eldre både hjemme og i kommunale institusjoner.

3.2.3.3. Faglig rådgivning/veiledning

Som beskrevet innledningsvis har spesialisthelsetjenesten en plikt til å yte faglig veiledning overfor kommunene/kommunehelsetjenesten. Slik veiledning kan gis i mange former, blant annet gjennom telefoniske råd til fastleger/legevaktsleger om enkeltpasienter (konferering) og ved organisering av ambulante team. Målsetningen med den faglige rådgivningen må være å styrke primærhelsetjenesten, slik at flest mulig pasienter kan håndteres/behandles uten henvisning til/innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Å få til dette vil være noe begge parter, og spesielt pasienten, vinner på. Det må derfor tilrettelegges slik at det er enkelt for kommunene å få den faglige veiledning de trenger, helst uten at dette skaper praktiske problemer i hverdagen for ansatte i spesialisthelsetjenesten (for eksempel fordi det ikke er satt av tid).

Også spesialisthelsetjenesten kan trenge faglig rådgivning fra fastlegen, for eksempel om pasienters tidligere og kroniske sykdommer, medisinhistorikk, funksjon/livssituasjon og rehabiliteringsbehov mv. En telefon fra postlege til fastlege (på hemmelig nummer) første virkedag etter innleggelse kan gi bedre planlegging av behandlingsforløpet.

3.2.3.3.1. Ambulante team

Det er i dag stor variasjon i typer ambulante team som er etablert, både med hensyn til sammensetning og virkemåte. Et viktig formål for teamene er å virke som bindeledd mellom sykehusene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Teamene kan fungere som rådgivere og veiledere for personellet i den kommunale helsetjeneste. Hensikten er ikke å overta behandlingen av kommunens pasienter, men hjelpe personellet til å utføre behandlings- og rehabiliteringsoppgaver på en faglig korrekt måte.

3.2.3.3.2. Rådgivningstelefoner

Det er ikke bare fastleger/legevaktsleger som kan ha behov for faglig råd fra spesialisthelsetjenesten. Også sykehjemspersonale kan ha behov for faglig rådgivning.

3.2.3.3.3. Felles kurs – felles øving/trening

Faglig rådgivning og veiledning av kommunene kan også skje gjennom kursvirksomhet. Dersom der arrangeres kurs for både kommunalt ansatte og ansatte i spesialisthelsetjenesten, vil dette tiltaket samtidig fungere som en samhandlingsarena, der personer som arbeide med samme problemstillinger kan bli kjent. Innenfor enkelte tjenester, som akutfunksjoner, kan det også være aktuelt med felles øvelser (for eksempel av lokale akuttmedisinske team).

3.2.3.3.4. Faglige nettverk

Selv om det formelt er spesialisthelsetjenesten som har veiledningsplikt overfor kommunene, bør erfarings- og kompetanseutvekslingen gå begge veier. Dette kan skje gjennom etablering av faglige nettverk. Ett eksempel på dette er veiledede opplærings- og erfaringsutvekslingsnettverk for personlige koordinatorene i individuell plan, slik disse beskrives i "Veien til Individuell Plan - VIP".²⁷

²⁷ <http://www.gruk.no/filemanager/download/686/Rapport%20VIP.pdf/>

3.2.3.3.5. *Prinsipper*

- 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 har stor betydning for hvordan pasientforløp utvikler seg. For å styrke kompetansen bør det etableres ambulante team tilpasset behovene lokalt.

3.2.3.4. **Samhandling fastleger-avtalespesialister-lokalsykehus**

Prinsippet om behandling på det lavest effektive nivå må også gjelde for polikliniske og ambulante spesialisthelsetjenester. Derfor må lokalsykehusenes og avtalespesialistenes ansvarsområde ses fra kommunenes og pasientenes ståsted, dvs. som ett felles ansvarsområde. Det må være pasientenes og fastlegenes behov for spesialisthelsetjenester, basert på demografiske og epidemiologisk data, som legges til grunn for utformingen av denne tjenesten. Det kan derfor være ulikt hvilke funksjoner man trenger ved sengeavdelingene og poliklinikkene på et lokalsykehus. Når dette er fastlagt, må det utarbeides en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom sykehusenes poliklinikker og avtalespesialister. Typer og antall avtalehjemler for spesialister bør gjenspeile sykehusområdets behov for polikliniske spesialisthelsetjenester, og avtalt arbeidsfordelingen mellom partene.

Avtalespesialistene bør bli en mer integrert del av spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene bør kunne gjøre vurdering av pasienters rett til nødvendig helsehjelp. Avtalespesialister bør også i større grad ivareta øyeblikkelig hjelp vurderinger. Det vil kunne spare innleggelser og avlaste sykehusenes poliklinikker på en effektiv måte. Dette bør avtales mellom partene innenfor for et sykehusområde. Videre bør det legges til rette for at avtalespesialister deltar i deler av spesialistutdanningen av leger.

Ved sykehusenes poliklinikker er det et sterkt ønske fra pasientenes side at pasientansvarlig lege følger opp samme pasient så lenge det er behov for poliklinisk oppfølging fra sykehusets side. I dag opplever pasientene svært ofte at de får ny lege hver gang til kommer til kontroll. Dette er lite rasjonelt, gir dårlig kontinuitet og kvalitetssikring samtidig som det må være lite kostnadseffektivt.

3.2.3.4.1. *Prinsipper*

- 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.

3.2.3.5. Samhandling mellom sykehus innen et sykehusområde

At leger ved ett sykehus roterer/ambulerer til annet sykehus, og dekker vakt/beredskap eller utøver funksjoner på dagtid (poliklinikk, dagkirurgi etc.), er ikke noe nytt. Dette er ordninger som gjerne er blitt benyttet for å dekke personellbehovet ved sykehus som har hatt rekrutteringsproblemer. Hospitering er også en gammel ordning, som har vært benyttet spesielt for kompetanseheving.

Selv om dette er "gamle ordninger" har etablering av helseforetak med flere enheter (tidligere egne sykehus) lagt bedre til rette for slike ordninger (selv om de ansattes tariffavtaler fortsatt kan være en hindring). Ny teknologi legger også til rette for nye samarbeidsløsninger, blant annet innenfor radiologifaget. Det synes videre som det i dag tenkes mer i retning av å benytte slikt samarbeid ved å etablere mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak (en type formaliserte nettverk).

I Eriksteinrapporten trekkes hospitering og ambulering frem som løsninger som både vil kunne benyttes for å opprettholde og utvikle kompetanse, for å dekke opp ved mangel på personell, og for å yte spesialiserte tjenester desentralt og på en kostnadseffektiv måte. Eksempler på det siste er at ambuleringe spesialister fra større/mer spesialisert sykehus ivaretar poliklinisk utredning/kontroller på lokalsykehusnivå faste dager, evt. at spesialister på spesialisert sykehus fungerer som bakvakt for vakthavende leger ved mindre sykehus (eventuelt for flere sykehus samtidig). Hospitering/rotasjon trekkes dessuten frem som et viktig tiltak, ikke bare for at leger (og annet personell) ved små sykehus skal få opprettholdt/utviklet sin kompetanse, men også for at leger ved mer spesialisert sykehus (ved å rotere motsatt vei) skal få breddekompetanse og kunnskap om samarbeidende enheter, som de fleste av deres pasienter kommer fra og sendes tilbake til. Dette kan styrke kontinuitet i oppfølgingen og bedre samarbeidet mellom enhetene.

Dette er ideer man også finner igjen i innspillene som er kommet i dialogkonferansene:

- Endokrinologigruppa skriver: Sykehus som mangler spesialister bør inngå i et nettverk med regulære endokrinologiske avdelinger ved områdesykehus/regionssykehus
- Nefrologgruppa skriver: Det er obligatorisk med nefrologisk kompetanse i en generell indremedisinsk avdeling, uavhengig av befolkningsgrunnlaget. Det kan skje ved at nefrolog er ansatt på sykehuset, men også ved regelmessig besøk av nefrolog fra en større nærliggende avdeling. På mindre sykehus (befolkningsgrunnlag < 100 000 – 150 000) anbefaler gruppa at en definerer et sykehusområde der en inngår et strukturert og forpliktende faglig samarbeid/forum for å sikre fagkvaliteten og oppdateringen i de mindre enhetene. Et slikt sykehusområde kan også samorganiseres i en felles nefrologisk vaktordning.
- Flere av gruppene innen onkologi skriver at man på basisnivå bør drive basal onkologisk poliklinikk med delegert cytostatikabehandling i samarbeid med onkolog på høyere nivå.

Det er tatt opp flere ganger av arbeidsgruppa at slike ordninger kan være gunstige, men det er stilt spørsmål ved hvilket rom dagens hovedavtaler og øvrige tariffavtaler gir for dette.

3.2.3.5.1. Prinsipper

- 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 ambulering av leger fra sykehus med spesialiteter/grenspesialiteter som ikke lokalsykehuset eller avtalespesialister det samarbeider med dekker.

- I lokalsykehusområder hvor lokalsykehuset ikke dekker et nødvendig spesialisttilbud, men hvor pasientgrunnet 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 å fungere som bakvakt for lokalsykehus. Spesialister ved lokalsykehus skal kunne inngå i vaktordninger ved områdesykehus.

3.2.4. Finansieringsordninger og samhandling

Mange har tatt opp at dagens finansieringsordninger hindrer gode samarbeidsordninger. Det argumenteres for at disse ikke i tilstrekkelig grad åpner for eller motiverer til gode tiltak i grenseland mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet diskuterer problemstillingen i rapporten ”Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten - en vurdering og aktuelle tiltak” fra 2007. Direktoratet legger til grunn at de faglige og normative budskap primært må formidles gjennom ledelse og faglig forankrede prosesser. Det mener det kan virke mot sin hensikt om finansieringsordningene skal være ”veiledende” for hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres i helsetjenesten. Likevel har direktoratet som ambisjon at finansieringsordningene ikke skal være til hinder for gode faglige løsninger, herunder samarbeid. Derfor er vurderingen at det er behov for systemmessige justeringer.

Direktoratet mener de lokale konkrete samhandlingsavtalene som inngås mellom helseforetak og kommuner må understøttes av økonomiske avtaler om deling av kostnadene ved samarbeidstiltak. I en overgangsfase mener direktoratet at det kan være nødvendig med statlig stimulering. Det foreslår derfor en økonomisk stimuleringsordning for utvikling av partnerskap mellom kommuner og helseforetak basert på konkrete partnerskapskontrakter og statlig medfinansiering.

Når det gjelder ambulante tjenester skriver direktoratet at spesialisthelsetjenester som organiseres ambulant kan integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder. Dette kan gjøres gjeldende fra 2008 /2009.

3.2.4.1. Kostnadseffektiv samhandling

Det er i dag svært mye god samhandling i helsevesenet basert på ildsjeler og lokalt initiativ. Man vet imidlertid fortsatt lite om hvilke samhandlingsformer som er kostnadseffektive.

Grappa har diskutert hvilke samhandlingstiltak som vil være kostnadseffektive. I denne sammenheng vil gruppa påpeke at man i dag i (for) stor grad mangler kunnskap om dette. Det er derfor viktig at de samhandlingsprosjekter som gjennomføres evalueres. Gruppa mener imidlertid at det er sannsynligheten for kostnadseffektiv tjenester vil øke når man sikrer:

- Rett person på rett plass (styrker fagligheten)
- Gode vekslingssoner. Disse er alltid forbundet med usikkerhet
- Individuell plan uten for mye byråkrati
- Skreddersøm over klare grenser så ikke pasientene merker skjøtene
- At rehabilitering og LMS i større grad enn i dag skjer i primærhelsetjenesten.

Arbeidsgruppa mener to gode eksempler på kostnadseffektive tjenester er Sjukestugua på Ål og Legevakten i Oslo. Arbeidsgruppa har også merket seg prosjektet ”Fjellregionen Helsepark” på Tynset. Prosjektet eies av Helse Sør-Øst og finansieres med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet.

3.2.4.2. Prinsipper

- 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.
- Samhandling koster penger (men kan gi mer effektiv ressursbruk). Samhandlingstiltak må ha en naturlig plass på alle aktørers budsjetter.
- Alle samhandlingsprosjekter må evalueres.

3.3. Gevinstrealisering

Implementering av prinsippene som er formulert i rapporten 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.

Det er et 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.

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.
- Klarere skille mellom akutte og elektive kirurgiske funksjoner vil gjøre disse tjenestene mer effektive
- Nærhet til spesialisthelsetjenesten gir trygghet og lokalkunnskap som bidrar til god pasientbehandling.
- Gode lokalsykehus er en viktig arena og forutsetning for samhandling.

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. Arbeidsgruppa 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
- 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?
- Preoperativ liggetid elektiv kirurgi – gjennomsnittlig liggetid for samme diagnoser?
- Epikrisetid
- Antallet ikke planlagte reinnleggelser innen 30 dager
- Antallet utskrivningsklare pasienter i sykehus
- Antall opphold pr. årsverk
- Andel av tidsbruk til direkte pasientarbeid for leger og sykepleiere
- Antallet vaktsjikt for definerte funksjoner innenfor somatikken
- Antallet inngåtte samhandlingsavtaler
- Antallet pasienter som får individuell plan

4. Vedlegg

4.1. Bakgrunnsdokumenter

Det er i mandatet lagt til grunn at arbeidsgruppa skal ta utgangspunkt i eksisterende utredninger med relevans for temaet. Det finnes mange dokumenter og utredninger som er relevante for gruppas arbeid. Her presenteres noen sentrale konklusjoner i tre utredninger om akuttfunksjoner, som har blitt vist til i underlagsmaterialet for gruppas arbeid.

4.1.1. Traumerapporten

De regionale helseforetakene nedsatte i 2005 et utvalg som fikk i oppgave blant annet å redegjøre for behovet for et nasjonalt traumesystem, samt å definere og beskrive et slikt system. Utvalget leverte sin første innstilling i desember 2006.²⁸ I denne går utvalget enstemmig inn for å etablere et nasjonalt traumesystem i Norge. Det påpeker at traumeomsorgen i Norge, på tross av betydelige bedringer de senere år, fortsatt er sårbar.

Utvalget anbefaler at behandlingsskjeden for traumepasienter skal bestå av fire nivåer.

Nivå 1: Prehospitale tjenester; ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulans

Nivå 2: Akuttsykehus

Nivå 3: Traumesenter

Nivå 4: Rehabilitering

Når det gjelder **akuttsykehusene**, mener traumeutvalget at alle sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter, må kunne utføre nødkirurgiske prosedyrer. Mer spesifikt mener utvalget at sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter må oppfylle følgende krav: Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering av traumeteam, aktiveringstid på mindre enn 15 minutter for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks, kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå, oppdaterte prosedyrer (traumemanual), tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste, traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter, etablert regelmessig tverrfaglig trening, og oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet.

Ved alle akuttsykehus skal man til en hver tid, som et minimum, kunne avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger. Man skal kunne gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, suture av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon). Osteosynteser utføres avhengig av tilgjengelig ortopedisk ekspertise. Respiratorbehandling skal være tilgjengelig, eller system for rask overflytting til traumesykehus. Alle sykehus som behandler traumepasienter skal dessuten ha øremerkete personer (helst tverrfaglig traumekomité) for kvalitetssikring av traumebehandlingen og holde

²⁸ Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006/ Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene, inkludert vurdering etter høringsrunde 09. oktober 2007. Komiteen ble ledet av Oav Røise, senterleder og avdelingsoverlege ved Ortopedisk senter på Ullevål sykehus. Etter høring og vurdering i RHFenes felles fagdirektørmøte, er et nytt kapittel tilføyd rapporten med tydeliggjøring av avgrensing i forhold til den totale tiltaksskjeden for de hardt skadde pasientene og korrigerer/presiserer av beskrivelsen av tjenestene ut fra innspillene i høringen. Med utgangspunkt i disse vurderingene har arbeidsgruppa også inkludert prioriteringer av sine forslag i dette nye kapittelet.

regelmessige komplikasjonsmøter. Sykehusene skal også registrere traumepasientene i et eget traumeregister.

Følgende krav til kompetanse foreslås av traumeutvalget:

- Teamleder og anestesilege: Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
- Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)
- Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi (teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer). Denne type trening bør gjentas hvert 3. – 5. år for kirurger i vakt.
- Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer
- Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient. Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse

Traumeutvalget mener det i prinsippet skal være ett **traumesenter** i hver region. I tillegg til de krav som stilles for akutttsykehus, stilles det ytterligere krav til kirurgisk bredde for disse sykehusene, som skal motta pasienter som akutttsykehusene ikke har kompetanse eller ressurser til å behandle. Traumesenteret skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra de definerte landsfunksjonene.²⁹ De skal i tillegg blant annet ha et traumeregister, holde regelmessige komplikasjonsmøter og ha en tverrfaglig traumekomité som kvalitetssikrer rutineene. En regional traumekoordinator skal lede organiseringen av traumetilbudet og ha et koordinerende ansvar i regionen. Det skal drives forskning og regional undervisning innen traumatologi. Akademisk stilling bør være knyttet til traumatologien.

4.1.2. Eriksteinrapporten

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i 2006 en bredt sammensatt arbeidsgruppe for å utrede lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede.³⁰ Gruppen leverte sin sluttrapport i mars 2007. Den stod samlet bak hovedlinjene og forslagene i rapporten.

På tross av at arbeidsgruppa la til grunn en tilnærming med vekt på lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og sykehus, tidlig diagnostikk for raskt å lede pasienter inn i riktig behandlingsskjede og forpliktende nettverk mellom aktører og nivåer, konkluderte den med at det likevel var fornuftig å skissere noen faglige standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Gruppen presiserte at standardene ikke måtte oppfattes som absolutte, og ikke reduserte behovet for gode lokale utviklings- og omstillingsprosesser. De to standardene som ble foreslått var:

Lokalsykehus med akuttfunksjoner (akutttsykehus): Arbeidsgruppa støtter traumeutvalgets forslag til faglig standard for sykehus som skal ta imot traumepasienter. Disse sykehusene skal kunne beherske et bredt sett av kirurgiske prosedyrer, være organisert for å kunne ta i mot og håndtere alvorlig skadde pasienter, og må kunne dokumentere slik kompetanse

²⁹ Traumesentrene skal tilby følgende diagnostikk og behandling på døgnbasis: Akutt skal de kunne utføre angiografi, intraarteriell embolisering og stentbehandling av blødninger. De skal kunne ferdigbehandle alle toraks-, buk- og hodeskader, endelig behandle brudd med osteosyntese av alle typer, plastiskkirurgisk behandling av bløtdelsskader, operativ behandling av alle typer spinale skader, intensivbehandling inklusive langvarig respiratorbehandling, dialyse, intrakranial trykkmåling og avansert sirkulasjonsovervåkning. Dette krever alle kirurgiske subspecialiteter med egne vaktordninger for torakskirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi og nevrokirurgi. Kompetansekrav for traumesykehusene er som for akutttsykehusene.

³⁰ Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, mars 2007.

gjennom regelmessig deltagelse i kurs i henhold til anbefalte retningslinjer (se senere). Sykehuset må i tillegg regelmessig trene sine team i mottak av alvorlig skadde pasienter.

Disse sykehusene vil i tillegg til den kirurgiske beredskap og kompetanse som er beskrevet over, ha relativt bred kompetanse og aktivitet i kirurgi og indremedisin, både akutt og elektiv, samt innen radiologi og laboratoriefunksjoner, og vil innbefatte mange av dagens små sykehus. Det stilles ikke krav om spesialisert bakvakt i ortopedi ved lokalsykehus med akutfunksjoner.

Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner: Arbeidsgruppa foreslår at man kvalitetssikrer og utreder dette driftskonseptet nærmere. Som et *utgangspunkt* for det videre utredningsarbeidet mener arbeidsgruppa at alle lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner, som et minimum, må ha *indremedisinsk akuttberedskap* på døgnbasis. I praksis må lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner i dag også ha anestesileger i døgnberedskap. Lokalsykehus med akutfunksjoner bør også tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper, organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost. Arbeidsgruppa mener i tillegg at disse sykehusene må kunne dokumentere kompetanse i å utføre visse akuttkirurgiske prosedyrer på døgnbasis. Det vil være enkle prosedyrer som det er urimelig at pasienter reiser langt for å få, samt prosedyrer som er viktige for å stabilisere pasienter, som for eksempel innlegging av dren i brysthulen, avlastning av urinretensjon og midlertidig stabilisering av brudd. Disse prosedyrene må ikke nødvendigvis utføres av spesialister i kirurgi eller ortopedi. Pasienter som normalt innlegges på kirurgiske avdelinger, men som ikke forventes å trenge akuttkirurgisk kompetanse, bør kunne akuttinnlegges på disse sykehusene.

Arbeidsgruppa mener at barn med mindre alvorlige akutte lidelser, fremfor alt mindre alvorlige infeksjoner, bør kunne observeres på lokalsykehus med akutfunksjoner. Hvilke akutt syke barn som mer spesifikt bør ha et tilbud på disse lokalsykehusene, bør utredes nærmere.

Arbeidsgruppa har utformet *forslag til generelle prinsipper* den mener bør legges til grunn for utforming av lokalsykehusenes akutfunksjoner.

- Lokalsykehus bør satse på godt diagnostisk utstyr og på tilstedeværelse hele døgnet av personale som kan betjene utstyret, samt på å sikre kvalifisert tolkning av prøveresultater. Arbeidsgruppa mener at det teleradiologiske tilbudet må videreutvikles, og at det enkelte steder vil være hensiktsmessig med radiologisk vaksamarbeid på kveld og natt mellom enheter innenfor samme region.
- Det bør etableres felles akuttmottak der både legevakten, en skadestue, sykehusets akuttmottak og ambulansestasjonen er samlokalisert. Ved det felles akuttmottaket bør det finnes observasjonssenger, og det må fremgå tydelig hvem som har det medisinske ansvaret for pasienter som observeres i disse sengene. Sykehusets leger, herunder spesialistene, og også leger ved andre sykehus som inngår i nettverk med lokalsykehuset, må ved behov kunne trekkes med i det medisinske arbeidet som skjer i akuttmottaket. En slik organisering krever tydelige og velavklarte ansvarsforhold forankret i prosedyrer og faglige retningslinjer, slik at det er entydig hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten. Arbeidsgruppa mener at det raskt må iverksettes et arbeid for å utrede og avklare hva som vil være de faglig riktige ansvarsposisjonene. Finansieringsordningene må understøtte disse. En gjennomgang av finansieringen av felles akuttmottak, slik arbeidsgruppa anbefaler (se avsnitt 11.1) må derfor sees i sammenheng med en utredning av ansvarsposisjonene.

Arbeidsgruppa skulle bare beskrive lokalsykehusenes oppgaver ut over akuttfunksjonene så langt det var nødvendig for å kunne foreta vurderinger av akuttfunksjonene. Gruppa skrev følgende om dette:

”Alle lokalsykehus må ha et døgntilbud innen indremedisin. Det bør være geriatriisk dagtilbud for utredning av eldre (demens, fall, funksjonssvikt, inkontinens) og en geriatriisk sengeenhet (med mulighet for skjerming av akutt forvirrede/terminal omsorg). Det må også være et tilbud til kreftpasienter. Det bør kunne utføres enklere cytostatikabehandling og gjennomføres utredninger, herunder tas vevsprøver på dagtid, og det bør være tilbud om lindrende behandling. Lokalsykehuset bør utføre dialyse og drive rehabilitering i bred forstand, herunder rehabilitering etter hjerteinfarkt og hjerneslag, ved gangvansker hos eldre etter brudd og etter andre skader og ved annen funksjonssvikt. Lokalsykehusene bør også tilby opplæring av pasienter og pårørende, blant annet pasienter med lungesykdommer, hjertesvikt og diabetes, ved egne lærings- og mestringsentra. Dette er viktig ikke minst fordi lokalsykehusene bør kunne ta tilbake og følge opp pasienter som har fått spesialisert behandling ved annet sykehus. Slik behandling, rehabilitering og opplæring må dimensjoneres og planlegges i nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, slik at lokalsykehuset tilbyr tjenester som ikke kan gis i førstelinjen, og at kommunenivået bygger ut kompetanse og ressurser for å kunne overta pasientene så snart det er medisinsk forsvarlig.

I tillegg til dette bør det være et godt utvalg av polikliniske og dagbaserte spesialisttjenester, tilpasset behovene til befolkningen i opptaksområdet. De sykehus som ikke har alle kirurgiske akuttfunksjoner på døgnbasis bør blant annet ha kirurgiske spesialistpoliklinikker. Dette kan i noen grad oppnås gjennom ambulerende spesialister. Ettersom ortopediske prosedyrer er hyppige, bør trolig mange lokalsykehus ha et ortopedisk tilbud, og flere bør også drive annen elektiv kirurgi.

Med utgangspunkt i det samlede døgn- og dagbaserte spesialisttilbudet, samt tilbudet innen radiologi og laboriemedisin (jamfør tidligere avsnitt), bør en stor andel av pasientene i lokalsykehusets opptaksområde kunne utredes ved lokalsykehuset og få gjennomført sine etterkontroller etter avsluttet behandling ved mer spesialisert sykehus.”

Arbeidsgruppa diskuterer hva som skal til for å sikre likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet. Gruppa gir blant annet følgende anbefaling:

- Når endringer i tjenestetilbudet vurderes, må de ulike tjenestenivåene konferere med og informere hverandre. Ved utforming av de lokale løsningene må både brukerne, ansatte i foretaket (både faggruppene og andre grupper), politisk ledelse i berørte kommuner og kommunehelsetjenestens representanter (administratorer og faggrupper) sikres deltakelse og innflytelse. Dette for å sikre at et helhetlig perspektiv på tvers av nivåer (hele behandlingsskjeden) ivaretas, slik at endringer på ett sted kompenseres ved nødvendige forsterkninger på et annet sted i behandlingsskjeden. Det anbefales at det inngås lokale (og/eller regionale) avtaler om hvordan samhandlingen konkret skal skje.
- Resultatet av endringsprosessene må formuleres og formidles i form av faglige forbedringer/konsekvenser og konsekvenser for pasientene. Det må gjøres rede for hvordan behandlingsskjeden til de pasientene som berøres av endringene, skal se ut.
- Ingen tjenester må nedlegges før de nødvendige erstatninger er etablert. Alt nødvendig forarbeid skal være gjennomført før en omstilling gjennomføres. Til nødvendig forarbeid hører endringer i intern organisering og fysiske lokaler, samt avklaring av endringer i faglige funksjoner, som prosedyrer/rutiner/ansvarsforhold, samt at det er gjennomført nødvendig kompetanseheving og trening. I tillegg må det sikres tilstrekkelig kapasitet i alle ledd i de nye behandlingsskjedene.

4.1.3. Innstilling om akuttberedskapen ved sykehusene i hovedstadsområdet fra 2002

Grappa beskrev blant annet det den mener er svakheter ved dagens organisering (dvs. i 2002).³¹ Her trekkes frem at pasientgruppa eldre m/brudd (lårhalsbrudd, eller brudd i proksimale femurende) behandles for dårlig med tanke på lang ventetid før operasjon, mangel på observasjonsenheter, mangel på indremedisinske akuttsenger, mangel på intensivsenger, misforhold mellom legeberedskap og pasientstrøm gjennom døgnet, og misforhold mellom indremedisinsk spesialkompetanse og generelle indremedisinske problemstillinger (herunder mangel på generell medisinske senger som skaper et misforhold mellom pasienter som trenger spesialkompetanse og de generelle pasientene som ligger ved de samme avdelingene).

Grappa fremmet flere forslag til endringer. For det første foreslo den endring i behandlingsskjeden for eldre pasienter med brudd: Pasientene legges inn ved akuttgeriatrik avdeling og opereres av ortoped. Pasienten flyttes til geriatrik avdeling igjen fra postoperativ avdeling etter operasjonen. Ortoped og geriater samarbeider om frakturbehandlingen, men geriater har totalansvar for pasientgruppa.

Grappa diskuterte tre ulike modeller for rasjonalisering av vaktberedskap:

- Felles vaktordninger mellom ulike avdelinger ved ulike sykehus.
- Reduksjon av akuttfunksjoner ved sykehus i hovedstadsområdet.
- Delvis redusert akuttberedskap ved sykehus i hovedstadsområdet under deler av døgnet.

Grappa foreslo å samordne en del vaktordninger mellom ulike sykehus, spesielt mellom akutte og elektive enheter. Grappa gikk inn for at antallet akuttsykehus i kirurgi i hovedstadsområdet reduseres fra 6 til 4, fordi dette ville gi en bedre ressursutnyttelse og bedret total faglig kvalitet, spesielt når nedleggelse av disse funksjonene ble koplet til tiltaket for å bedre forholdene for gruppa eldre med brudd. (Grappa er delt på dette punktet).

Grappa gikk inn for at dagens indremedisinske akuttmottak ble opprettholdt, med den hovedbegrunnelse at var er stort behov for indremedisinske senger. Grappa anså det ikke nødvendig ut fra et faglig perspektiv å ha kirurg til stede ved medisinske avdelinger i hovedstadsområdet. Grappa mente det er hensiktsmessig å ha kirurgitilknytning (elektiv eller akutt) når medisinske avdelinger krever anestesilogisk service likevel.

Grappa foreslo at å lage nye akser mellom sykehusene i hovedstadsområdet for å etablere mer funksjonelle områder.

4.2. Annen aktuell litteratur

4.2.1. Aktuell litteratur om lokalsykehus og akuttfunksjoner

Soria Moria erklæringen

St. prp. nr. 1 (2004-2005) Helse- og omsorgsdepartementet kap. 7.5 "Lokalsykehusenes rolle"

St. prp. nr. 1 (2005-2006) Helse- og omsorgsdepartementet

St. prp. nr. 1 (2006-2007) Helse- og omsorgsdepartementet med Nasjonal helseplan (se bl.a. s. 274-275 om lokalsykehus)

St. prp. nr. 1 (2007-2008) bl.a. s. 127 og 253

³¹ Dette var en gruppe nedsatt av Helse Øst. Olav Røise, Assisterende klinikkdirektør, overlege i ortopedi, Ortopedisk Senter, Ullevål universitetsklinikk var leder og sekretær.

Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, mars 2007

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Lokalsykehusenes%20akuttfunksjoner%20rapport%20200307.pdf>

Legeforeningens rapport "Lokalsykehusenes fremtidige rolle"

http://www.legeforeningen.no/asset/30892/1/30892_1.pdf

Strategiarbeid i Helse Sør og Øst:

Resept 2006 – Helse Sør: http://www.helse-sor.no/resept2006/strategi_resept_2006.htm

Helse Øst 2025:

http://www.helse-ost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=1&C=212&I=0&f=199&mids=166a394

Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør. Rapport fra arbeidsgruppe med kommentarer fra prosjektgruppa. 20. januar 2006

http://www.helse-sor.no/_innhold/styremoter/dokumenter/vedlegg%20sak%2005-2006%20lokalsykehusprosjektet.pdf

Hva skjer med lokalsykehusene? En beskrivelse av utviklingen ved norske lokalsykehus fra innføringen av sykehusreformen i 2002 til i dag. De Facto. 2006

<http://www.de-facto.no/publikasjoner.asp?meny=7&act=read&RecNo=103>

Rapporter fra Danmark:

Sundhedsstyrelsen: Gennemgang af akutberedskabet:

[http://www.rm.dk/files/Metteb/pdf_ermm/Akutberedskab%20rapport%20211206%20til%20h%C3%B8ring%20\(4\).pdf](http://www.rm.dk/files/Metteb/pdf_ermm/Akutberedskab%20rapport%20211206%20til%20h%C3%B8ring%20(4).pdf)

Hospitalplan Region Hovedstaden Danmark

<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/33D31902-5AB8-465B-9C36-B2831B22E2B5/0/Hospitalsplanaug2007endeligrev.pdf>

Mer informasjon om dette:

<http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Hospitaler/Hospitalsplan/Hospitalsplan.htm>

Richard Smith, editor: Reconfiguring acute hospital services: No easy answers, but there are principles we should follow, BMJ 1999 September 25; 319(7213): 797–798

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1116646>

The reconfiguration of hospital services in England, King's Fund briefing nov 2007

http://www.kingsfund.org.uk/publications/briefings/the_1.html

Nettside til DH (Department of Health) med mange linker angående organisering av akuttmedisinske tjenester:

<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Emergencycare/index.htm>

Royal College of Physicians: "Isolated Acute Services", London RCP 2002

Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital. The Report of the National Leadership Network, Local Hospitals Project 21st March 2006

<http://www.nwln.nhs.uk/changeforthebetter/documents/FutureOfTheAcuteHospital.pdf>

<http://www.nationalleadershipnetwork.org/public/NLN-StrengtheningLocalServicesMain-170306.pdf>

Direction of Travel for Urgent Care: a discussion document, Department of Health October 2006. Se: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/94/29/04139429.pdf>

Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel

http://www.sykehusplan.no/data/nhs_dms.pdf

Research Summary: Decentralisation: a model to follow in the NHS?

<http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/adhoc/67-research-summary.pdf>

For andre SDO research summaries: <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/researchsummaries.html>

DH: The Configuring Hospitals Evidence File: Part One & Part Two

<http://www.sykehusplan.no/data/04086082.pdf>

<http://www.sykehusplan.no/data/04086083.pdf>

White Paper fra England: Our health our care our say: a new direction for community services – omtaler også lokalbaserte spesialisthelsetjenester

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4127552

A National Framework for Service Change in the NHS in Scotland: Building a health service fit for the future:

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0012113.pdf>

På følgende side finner man underlagsrapportene til denne rapporten:

<http://www.sehd.scot.nhs.uk/nationalframework/Reports.htm>

Jacqueline O'Reilly, Karin Lowson, John Young, Anne Forster, John Green, and Neil Small
A cost effectiveness analysis within a randomised controlled trial of post-acute care of older people in a community hospital BMJ, Jul 2006; 333: 228

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7561/228>

John Green, John Young, Anne Forster, Karen Mallinder, Sue Bogle, Karin Lowson, and Neil Small: Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial, BMJ, Aug 2005; 331: 317 - 322

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7512/317>

Eikeland, G, Garåsen, H. og G. Jacobsen (2005): Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355-7

Om omstillinger generelt:

Fagforbundet har en rekke rapporter/publikasjoner/utredninger om omstillinger mer generelt. Se: <http://www.fagforbundet.no/omstilling/>

4.2.2. Aktuell litteratur om samhandling

Nasjonal arbeidsgruppe: Samhandling og Desentralisering – forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene. Helse Nord RHF 2004

http://www.helse-nord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHF%20bilde-%20og%20filarkiv/Rapporter,%20dokumenter%20og%20utredninger/Samhandling_og_desentralisering_hele_rapporten_med_vedlegg_oktober_2004.pdf

NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste
St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening

Nasjonal helseplan.

Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Organisatoriske tiltak. Rapport. Juni 2006

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/rap/2006/0024/ddd/pdfv/284964-sluttrapport_16_juni_2006.pdf

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet

<http://www.ks.no/upload/97309/Rammeavtale.doc>

Veileder til den nasjonale rammeavtalen

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf>

FOU-prosjekt "Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten"

AGENDA Utredning & Utvikling AS

http://www.ks.no/upload/94178/064004Rapport_samh.pdf

Blant regionale strategidokumenter som omhandler samhandling kan nevnes:

- Strategidokument Helse Øst 2025
- Tiltaksplan for mennesker med kroniske lidelser Helse Sør 2004.
- Helse Sør: Resept 2006
- Helse Øst: Kvalitetsstrategi 2007
- Helse Sør: Plan for rehabiliteringstjenester 2007
- Helse Øst: Plan for rehabilitering
- Helse Sør: Samhandlingsprogrammet "Helsedialog"
- Helse Øst: Styresak 023-2007 Samarbeidsprosjekt om bedre pasientflyt i Oslo
- Helse Sør og Helse Øst: Planforslag om helsetjenesten for eldre

Legeforeningens policy nr. 6/2007 – Avtalespesialistene: Avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet

http://www.legeforeningen.no/asset/36970/1/36970_1.pdf