

## **Prinsipper for sykehusstruktur og modeller for sykehus**

### **Oppsummering av forrige møte**

Ekspertgruppa diskuterte i forrige møte *Pasientens helsetjeneste og Drivkrefter og trender med konsekvenser for sykehussektoren*, og identifiserte syv utviklingstrender hvorav fire forventes å påvirke sykehusstrukturen:

1. Pasientopplevd og målt medisinskfaglig kvalitet vil i økende grad bli sammenfallende, og påvirke pasientenes valg av behandlingssted
2. Økt privat betalingsvillighet vil styrke pasientenes valg, og svekke den politiske innflytelsen over strukturen
3. Begrenset tilgang på personell samt større og mer robuste kommuner vil gi sykehusene en tydeligere avgrenset rolle, og medføre mer spesialiserte sykehus samt endret oppgavedeling mellom sykehusene
4. Økt sentralisering i samfunnet generelt, og spesielt bostedspreferansene til nyutdannet personell, vil utfordre dagens sykehusstruktur

### **Bakgrunn for diskusjonene i dette møtet**

Faglige utviklingsretninger innen somatikk, psykisk helse og rus- og avhengighetsmedisin ble belyst med foredrag fra brukere, eksterne ressurspersoner og gruppas medlemmer.

Det ble presentert forventninger om en struktur som legger til rette for:

- Helhetlige tjenester der psykisk helse, rus og somatikk integreres
- At brukermedvirkning og brukernes behov står i sentrum for utvikling av innholdet
- Forutsigbar kvalitet basert på kontinuitet i fast bemanning
- Nærhet til behandling av vanlige tilstander, men sentralisering av prosedyrer med sannsynlig sammenheng mellom høyt volum og bedre kvalitet
- Helhetlige pasientforløp på tvers av geografiske lokalisasjoner og fagområder
- Utstrakt samhandling mellom og samlokalisering av primær- og spesialisthelsetjenesten

### **Ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger**

*Pasientens helsetjeneste – men helsetjenesten må holde i trådene*

Ekspertgruppa ser det som et mål å skape en sykehusstruktur som bygger på enhetlige prinsipper, og dermed sikrer likeverdige tilbud. Dette forutsetter sammensmelting mellom og endring av de spesialisthelsetjenestetilbudene som er nærmest pasienten, men i dag basert på ulike strukturelementer. Gruppa anbefaler færre og mer fleksible strukturelementer. Dokumentasjon av kvaliteten forventes å bli tillagt økt vekt i hele strukturen.

#### *Nærsykehus*

Gruppa anbefaler *nærsykehus* som et felles grunnelement i spesialisthelsetjenesten. *Nærsykehuset* skal være hovedarena for samhandling med primærhelsetjenesten, gi desentraliserte spesialisthelsetjenester til de fleste pasienter med kroniske sykdommer, og akuttilbud for vanlige sykdommer. Det konkrete innholdet i *nærsykehuset* vil kunne variere med lokale og geografiske forhold, men hovedelementene er:

- (Inter)kommunal legevakt
- Kommunale akutte døgnplasser
- Fødestue
- Områdegeriatriske senger
- Distriktpsykiatrisk senter (DPS) med tilbud også i rus- og avhengighetsmedisin
- Somatisk spesialistpoliklinikk (faste og/eller ambulerende spesialister)
- Diagnostikk (radiologi og lab)
- Akuttfunksjon i indremedisin og anestesi
- Dagkirurgiske tilbud

Akuttfunksjonen i indremedisin kan utvikles til mottaksmedisin hvis den foreslåtte nye spesialiteten etableres. Det må vurderes nærmere om akuttfunksjonen i anestesi kan dekkes av spesialsykepleiere istedenfor anestesileger.

*Nærpsykehuset* anbefales etablert gjennomgående i hele spesialisthelsetjenesten som funksjonsområde(r) i større sykehus og som en videreutvikling av dagens distrikts- og lokalmedisinske sentra og mindre lokalsykehus. Ved små nærpsykehus kan fagmiljøene bli sårbare. Det vil da være aktuelt å organisere disse som satellitter fra større fagmiljøer i akuttpsykehusene. Nærpsykehusfunksjonene anbefales samlokalisert i størst mulig grad.

#### *Akuttpsykehus*

Fagutviklingen innen kirurgi påvirkes av teknologiutvikling, sammensmelting av kirurgiske teknikker og billedveiledet intervensjon (intervensjonsradiologi), dokumentert sammenheng mellom volum og kvalitet for mange prosedyrer, dokumentert kvalitetsforbedring ved forskyving av mange øyeblikkelig hjelp inngrep fra kveld/natt til neste dag, og endringer i spesialistutdanningen (bortfall av generell kirurgi). Samtidig forbedres infrastrukturen for transport slik at overflytting mellom sykehus skjer raskere og med større forutsigbarhet.

Ekspertgruppa mener at utviklingstrekkene entydig peker i retning av at mer sentralisering av akutt kirurgi er en forutsetning for likeverdige tilbud av høy kvalitet, og dermed for å skape et helsevesen der pasientens behov står i sentrum for utvikling av innholdet. Gruppa anbefaler derfor samling av akutt kirurgi på vesentlig færre og større *akuttpsykehus*. Disse må i tillegg til nærpsykehusfunksjonene også inneholde:

- Spesialisert vaktfunksjon i
  - Gastroenterologisk kirurgi
  - Ortopedisk kirurgi
  - Intervensjonsradiologi
  - Psykiatri samt rus- og avhengighetsmedisin
- Fødeavdeling
- Akuttpsykiatrisk avdeling

Et opptaksområde på 80 000 – 100 000 innbyggere vurderes som nødvendig for å oppnå kvalitet og kostnadseffektivitet, men mindre lokale tilpasninger ut fra geografiske forhold kan være nødvendig i deler av landet.

#### *Region- og universitetssykehus*

Ekspertgruppa mener at dagens region- og universitetssykehus bør bestå uavhengig av de regionale helseforetakenes (RHF) fremtid. Disse sykehusene må dekke funksjonene som *nærpsykehus* og *akuttpsykehus* for de aktuelle delene av sine opptaksområder, men vil i tillegg

inneholde funksjoner som er sentralisert på regionalt eller nasjonalt nivå, samt mer omfattende undervisnings- og forskningsoppgaver enn de andre sykehustypene.

### **Eierskap, organisering og finansiering**

Ekspertgruppas strukturforslag er uavhengig av eierskap, organisering og finansiering. *Nærpsykehuset* inneholder elementer som i dag er eid av både kommuner, interkommunale samarbeid og helseforetak. Gruppen ser på fortsatt drift i samarbeid mellom flere eiere eller en eierskapsreform som mulige løsninger. Flere av gruppens medlemmer mener at en felles eier for primær- og spesialisthelsetjenesten vil understøtte bedre integrering av tilbudene.

*Akuttsykehuset* og *Region- og universitetssykehuset* inneholder nærpsykehusfunksjonene for befolkningen i disse sykehusenes nærområder. Utfordringene rundt eierskap er derfor de samme som for det rene *nærpsykehuset*.

Det er mulig å tenke seg alternative eierskaps- og driftsmodeller for strukturelementene i modellen. Privat eierskap er mulig, og private drivere med oppdrag på vegne av det offentlige er også mulig.

Gruppen diskuterte hvorvidt det bør innføres en øvre grense for størrelse på sykehus uten at det ble trukket noen klar konklusjon om dette.

### **Oppsummering**

Ekspertgruppen viser til utviklingstrender som medfører behov for økt samhandling med primærhelsetjenesten, desentralisering av spesialisthelsetjenestetilbud til pasienter med kroniske og vanlige sykdommer og integrasjon mellom somatikk, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin. Samling av akutt kirurgi på færre og større sykehus er samtidig nødvendig av kvalitetshensyn. Gruppen anbefaler at utviklingen møtes med å etablere tre grunnelementer i sykehusstrukturen:

1. Nærpsykehus
2. Akuttsykehus
3. Region- og universitetssykehus

Somatikk, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin anbefales integrert i hele strukturen. *Nærpsykehusene* utgjør det felles bærende elementet som skal sikre desentraliserte spesialisthelsetjenester til de fleste pasienter med kroniske sykdommer og behov for hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten, samt akuttilbud for behandling av vanlige sykdommer, og kan ha akuttfunksjon i indremedisin (eventuelt mottaksmedisin). Akuttfunksjonene i kirurgi anbefales samlet på vesentlig færre og større *Akuttsykehus*.