

Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingskjede

Sluttrapport fra arbeidsgruppe

19. mars 2007

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Arbeidsgruppa for utredning av lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingskjede ble nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 27. oktober 2006.

Arbeidsgruppa leverer med dette sin sluttrapport. Gruppa står samlet bak hovedlinjene og forslagene i rapporten.

Oslo 19. mars 2007

Bjørn Erikstein

leder

Eva Bostad Borg

Beate Heieren Hundhammer

Johannes Kolnes

Bengt Erik Larsson

Per Meinich

Nina Schmidt

Olav Valen Slåttebrekk

Anette Fosse

Gunn Karin Vik Helle

Gerd Kristiansen

Anne Mette Liavaag

Turid Opedal

Svein Kåre Senneset

Torben Wisborg

Åsne Grønvold

Tor Ingebrigtsen

Odd Jarle Kvamme

Kristin Lossius

Jarl Ovesen

Maren Skaset

Sekretær

Innholdsfortegnelse

1. SAMMENDRAG	1
2. INNLEDNING	6
2.1. ARBEIDSGRUPPAS BAKGRUNN, MANDAT OG SAMMENSETNING	6
2.2. FORTOLKNING AV MANDATET OG RAMMEBETINGELSER FOR ARBEIDET	8
2.3. GRUPPAS ARBEID	9
3. AKUTTFUNKSJONER OG SYKEHUSSTRUKTUR I NORGE.....	11
3.1. LEGEVAKTENS ORGANISERING	14
4. STATUS AKTIVITET	15
4.1. AKUTTJENESTER I NORGE.....	15
4.1.1. Hva er akutt?.....	15
4.1.2. Omfang av øyeblikkelig hjelpinnleggelser i sykehus.....	17
4.1.3. Omfang av legevakt.....	17
4.1.4. En analyse av to lokalsykehus.....	19
5. REKRUTTERING	20
6. HISTORIKK OG RAMMEBETINGELSER	21
6.1. VIKTIGE ENDRINGER I BEFOLKNINGENS BEHOV, I FAG OG TEKNOLOGI.....	25
6.1.1. Demografiske og epidemiologiske endringer.....	26
6.1.2. Medisinskfaglige og teknologiske endringer.....	26
6.2. ARBEIDSGRUPPAS VURDERING	29
7. EN FAGLIG GOD UTVIKLING.....	31
7.1. KOMPETANSE	32
7.2. VOLUM-KVALITET	32
7.3. TRYGGHET, NÆRHET OG TILGJENGELIGHET	34
7.4. GOD SAMHANDLING – KOORDINERTE TJENESTER	35
7.5. GOD BRUK AV RESSURSER	36
7.6. ARBEIDSGRUPPAS VURDERING	37
8. OM BEGREPER OG LOVKRAV.....	39
9. AKUTTMEDISINSKE BEHANDLINGSKJEDER.....	40
9.1. PASIENTGRUPPER.....	40
9.1.1. Brystsmerter.....	40
9.1.2. Akutte skader og smerter i muskel-skjelett.....	41
9.1.3. Tung pust.....	42
9.1.4. Uklare tilstander	43
9.1.5. Magesmerter	43
9.1.6. Akutte lammelser og andre cerebrale utfall	44
9.1.7. Feber og nedsatt allmenntilstand.....	46
9.1.8. Akutt forvirring og akutt psykiatri.....	46
9.1.9. Barn.....	46
9.1.10. Arbeidsgruppas vurdering.....	47
9.2. DE PREHOSPITALE TJENESTENE OG SAMHANDLINGEN MED LOKALSYKEHUSENE	48
9.2.1. Kommunehelsetjenesten	48
9.2.2. Ambulansetjenesten.....	50
9.2.3. Arbeidsgruppas vurdering.....	52
9.3. TRAUMEBEHANDLINGEN	54
9.3.1. Arbeidsgruppas vurdering.....	57
9.4. AKUTTPSYKIATRI OG RUS	58
9.4.1. Rus.....	60
9.4.2. Arbeidsgruppas vurdering.....	61
9.5. FØDSELSOMSORGEN	62
9.5.1. Arbeidsgruppas vurdering.....	63

9.6.	AKUTTJENESTER VED LOKALSYKEHUS	65
9.6.1.	Arbeidsgruppas vurdering.....	66
10.	LOKALSYKEHUSENES ROLLE UT OVER AKUTTFUNKSJONER.....	75
11.	ØKONOMISKE BETRAKTNINGER OG FINANSIERING	77
11.1.	ARBEIDSGRUPPAS VURDERING	78
12.	IKT OG TELEMEDISIN.....	79
13.	KOMPETANSE OG ROLLER.....	80
13.1.	LEGENE – SPESIALITETSSTRUKTUR OG KOMPETANSE	81
13.1.1.	Mer om kirurgi	83
13.1.2.	Mer om indremedisin, herunder geriatri.....	85
13.2.	ANDRE HELSEPERSONELLGRUPPERS KOMPETANSE	86
13.3.	OM PSYKIATRI OG RUS	87
13.4.	OM TEAM- OG SAMHANDLINGSKOMPETANSE.....	87
13.5.	HELSEPERSONELLETS ROLLER	87
13.6.	LOKALSYKEHUSENE SOM UTDANNINGSINSTITUSJONER	89
13.7.	ARBEIDSGRUPPAS VURDERING	89
14.	KVALITETSSIKRING, GOD PRAKSIS OG FAGLIG FORSVARLIGHET	92
15.	LIKEVERDIGE PROSESSER SOM BIDRAR TIL TRYGGHET OG KVALITET	93
15.1.	PROSESSKRAV I DAGENS SPESIALISTHELSETJENESTE	94
15.1.1.	Krav om brukerinnflytelse i spesialisthelsetjenesten	94
15.1.2.	Krav om samhandling mellom foretak og kommunehelsetjenesten	95
15.1.3.	Ansattes rett til medvirkning.....	95
15.1.4.	Forutsigbarhet.....	96
15.2.	ETABLERTE SAMHANDLINGSTILTAK I DAGENS SPESIALISTHELSETJENESTE.....	97
15.3.	MEKANISMER SOM KAN BIDRA TIL Å SIKRE LIKEVERDIGE PROSESSER	97
15.4.	ARBEIDSGRUPPAS VURDERING	98
15.4.1.	Prosesskrav og ledelse	100
16.	DOKUMENTASJON OG FORSKNING	100
17.	ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER.....	101
VEDLEGG.....	104	
VEDLEGG 1: EN ANALYSE AV TO LOKALSYKEHUSFORETAK	104	
Beskrivelse av Blefjell sykehus HF og Helgelandssykehuset HF.....	104	
Total aktivitet og andel øyeblikkelig hjelp.....	105	
Lokalsykehuspasienten: pasientpopulasjonen ved de to helseforetakene.....	107	
Aktivitet: tid på døgnet og ukedag	108	
Viktigste pasientgrupper – øyeblikkelig hjelp og elektivt	112	
Produktivitet og økonomiske aspekter ved lokalsykehusenes aktivitet	117	
Funn fra andre analyser.....	118	
Diskusjon.....	120	

1. Sammendrag

Regjeringen har vedtatt at ingen lokalsykehus skal legges ned. Arbeidsgruppa mener at dette vedtaket understøttes av en bred enighet om at lokalsykehusene er en viktig del av norsk helsetjeneste, at de representerer en trygghetsbase, og at de har som sine fortrinn nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap. Arbeidsgruppa finner, i sin egen analyse, at 50-70 % av alle pasienter som trenger øyeblikkelig hjelpinnleggelse, kan ferdigbehandles på lokalsykehus. Når det tilrettelegges slik at lokalsykehusene utnytter sine fortrinn, leverer de tjenester av høy kvalitet. Lokalsykehusene er derfor, slik arbeidsgruppa ser det, foretrukne tjenesteleverandører av et flertall av spesialisthelsetjenester, herunder akuttjenester.

Det er imidlertid, slik arbeidsgruppa ser det, og slik også det også er uttrykt i Soria Moria-erklæringen, behov for å videreutvikle lokalsykehusene og helsetjenesten generelt. Dette skyldes blant annet ny kunnskap og teknologi, og ikke minst demografiske og epidemiologiske endringer. Det er derfor nødvendig å utvikle tjenestene ved lokalsykehus på en måte som i størst mulig grad gagnar både pasientene og samfunnet. Omstillingene bør ikke først og fremst forstås som *flytting* av tjenester mellom nivåer (desentralisering og sentralisering), men som *endring* av tjenestene og måten helsepersonellet arbeider på.

At det er behov for nytenkning for befolkningens og pasientenes del skyldes ikke bare endringer i kunnskap, teknologi, demografi og epidemiologi, men også at det i dagens helsetjeneste synes å være betydelige mangler i forhold til samhandling og koordinering. Arbeidsgruppa mener den eksisterende tenkningen med stor vekt på en nasjonal sykehusstruktur og en nasjonalt fastsatt ansvarsdeling mellom nivåer, yrkesgrupper og spesialiteter må suppleres av en tilnærming med mer vekt på samhandling, 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. En slik tilnærming er krevende. Forpliktende nettverk og godt tilrettelagte, forutsigbare behandlingsskjeder krever god ledelse på alle nivåer, gode utviklings- og omstillingsprosesser, kompetansemessige tiltak i alle ledd og god internkontroll.

Arbeidsgruppa mener lokalsykehus skal levere tjenester av høy kvalitet. Det skal stilles de samme kvalitetskrav til små sykehus som til store sykehus. Det finnes imidlertid ikke enkle og entydige svar på hva som gir best kvalitet. Ulike kvalitetsdimensjoner må balanseres, jamfør Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi. Arbeidsgruppa mener lokalsykehusenes fortrinn, dvs. nærhet og lokalkunnskap, er viktige kvalitetsaspekter, som bidrar til trygghet. Denne kvalitetsdimensjonen må imidlertid balanseres mot andre kvalitetshensyn, og den må ikke gå på bekostning av pasientsikkerhetshensyn. Hensynet til pasientenes sikkerhet mener arbeidsgruppa tilsier at volumet på den elektive aktiviteten på alle sykehus, må være så stort at det er mulig å fange opp og korrigere avvik.

Arbeidsgruppa mener at målet om behandling på lavest mulige omsorgsnivå, tilsier at ressursene i helsetjenesten i større grad enn tilfellet er i dag, bør forskyves mot kommunehelsetjenesten. Utfordringene man står overfor i årene fremover, med blant annet flere eldre, skal ikke løses ved at lokalsykehus overtar oppgaver som skulle være levert i kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid også behov for å forskyve ressurser fra spesialiserte spesialisthelsetjenester mot lokalsykehustjenestene. Det gjelder generelt, og spesielt innenfor det psykiske helsevern, der det er behov for å forskyve ressurser fra sentralinstitusjoner mot DPS. Akutfunksjoner ved DPS bør styrkes, blant annet i form av etablering av akutteam. Det er også behov for å styrke rustjenestene generelt, samt akutte rustjenester, på lokalsykehushnivå.

Arbeidsgruppa mener det er ønskelig å styrke samhandlingen og koordineringen, ikke bare mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men også mellom aktørene innen psykisk helse, rus og somatikk. Mange pasienter trenger behandling fra flere fagfelt samtidig. Disse tjenestene må være godt koordinert. Bedre samarbeid krever ledelse og tydelig styring i form av strukturerte samarbeidstiltak. Samlokalisering vil lette samarbeidet. Samlokalisering mellom lokalsykehus og DPS er derfor ønskelig, særlig på små steder.

Arbeidsgruppa mener det er behov for omstillinger i fødselsomsorgen. Det er i dag manglende samsvar mellom eksisterende faglige retningslinjer og dagens struktur i fødselsomsorgen, driftsmessige utfordringer ved mange fødeinstitusjoner, og det har også vært store endringer i gynekologifaget de senere år. Arbeidsgruppa har registrert at Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt en prosess på dette området, og har derfor ikke gått nærmere inn i dette.

Arbeidsgruppa mener det er behov for å samordne de ulike leddene i den akuttmedisinske behandlingsskjeden sterkere enn i dag. Det viktigste for befolkningen og pasientene er *det samlede akuttmedisinske tilbudet lokalt*. Det totale tilbudet er et resultat av ressursene i *alle* ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Arbeidsgruppa mener derfor at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehuset må sees i sammenheng med, og tilpasses, lokale forhold.

På tross av at arbeidsgruppa legger 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, har gruppa konkludert med at det likevel er fornuftig å skissere noen faglige standarder for lokalsykehusenes akutfunksjoner. Disse standardene må imidlertid ikke oppfattes som absolutte. Arbeidsgruppa vil presisere at de angitte faglige standardene ikke reduserer behovet for gode lokale utviklings- og omstillingsprosesser.

Forslag til faglige standarder:

Lokalsykehus med akutfunksjoner (akuttsykehus):

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 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 akuttfunksjoner.

Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner:

Det er begrenset systematisert kunnskap og erfaring i Norge om drift av sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap. Arbeidsgruppa foreslår at man kvalitetssikrer og utreder dette driftskonseptet nærmere. Det bør innhentes kunnskap om erfaringer fra andre land og fra sykehus i Norge (eks. Mosjøen og Nordfjordeid), og de prosjektene som igangsettes må følge arbeidsgruppas forslag til prosesskrav, både hva gjelder prosessenens organisering og innhold (se avsnitt 9.6.1.3 og kapittel 15) og nøye evalueres langs en rekke dimensjoner, både hva gjelder transport, faglig kvalitet, brukertilfredshet, rekruttering og utdanning. Bakgrunnen for at arbeidsgruppa anbefaler at et slikt driftskonsept kvalitetssikres og utredes, er blant annet det forventede behovet for helsetjenester i framtida som følge av den demografiske og epidemiologiske utviklingen, antallet pasienter som vil ha behov for indremedisinske akuttjenester, og at indremedisinen i sin natur i hovedsak er akutt.

Som et *utgangspunkt* for det videre utredningsarbeidet mener arbeidsgruppa at alle lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner, som et minimum, må ha *indremedisinsk akuttberedskap* på døgnbasis. I praksis må lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner i dag også ha anestesileger i døgnberedskap. Lokalsykehus med akuttfunksjoner 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.

Andre forhold

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

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

- 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. Dette betyr ikke at tjenestene skal bestå uendret. 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 mener systemansvaret for legevaktstjenesten bør styrkes, og at det bør etableres lokale akuttmedisinske team som trenes regelmessig.

Arbeidsgruppa mener ambulansetjenesten blir en stadig viktigere del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Ambulansetjenesten er viktig både for tidlig diagnostikk ved akutt sykdom og for transport til riktig nivå i det enkelte tilfelle. Dette leddet krever styrking. Arbeidsgruppa mener at et minstekrav, for at ambulansetjenesten skal kunne sies å være faglig god, er at kravet i "Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" må være oppfylt. Denne sier at ambulanser skal være betjent av minst to personer, og at minst en av disse skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Arbeidsgruppa mener videre at kapasiteten i ambulansetjenesten må være tilpasset det lokale behovet, og at ambulansene bør ha dokumentert kompetanse i forhold til nærmere angitte akuttmedisinske prosedyrer.

Arbeidsgruppa mener at det er svært viktig å sikre riktig kompetanse i lokalsykehus, noe som ikke er den samme kompetanse som trengs i større og mer spesialiserte sykehus. Det er blant annet behov for at helsepersonellet innehar en bredere faglig kompetanse ved lokalsykehusene. *Arbeidsgruppa foreslår en rekke tiltak som bør vurderes, for å tilpasse utdanningene mer til behovene ved lokalsykehusene. Herunder foreslår den endringer som bør vurderes/utredes i legenes spesialistutdanning, blant annet innføring av en spesialitet i akuttmedisin, slik man nå har i Sverige.* Endringer i grunnutdanninger og spesialiststrukturer vil imidlertid, slik arbeidsgruppa ser det, aldri

kunne møte alle behov i helsetjenesten. For å sikre og styrke desentraliserte helsetjenester mener arbeidsgruppa at det derfor samtidig er behov for å satse målrettet på å utvikle tilpasset kompetanse hos de ansatte ved lokalsykehus. Slik kompetanseutvikling bør dokumenteres.

I tillegg til tiltak for å styrke breddekompetansen, mener arbeidsgruppa det er behov for å styrke den akuttmedisinske kompetanse i flere ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Det er behov for å styrke den akuttmedisinske kompetansen til ambulansearbeiderne, legevaktslegene og helsepersonellet på lokalsykehus. Det vil herunder være behov for å styrke den akuttmedisinske kompetansen til helsepersonell ved sykehus som ønsker status som akuttsykehus. Det er ikke bare behov for å styrke kompetansen til det enkelte helsepersonell, men også den akuttmedisinske teamkompetansen.

Arbeidsgruppa mener at *dagens finansieringssystem i spesialisthelsetjenesten*, slik det i dag brukes av de regionale helseforetakene og helseforetakene, kan gjøre det vanskelig for små lokalsykehus å vri aktiviteten i retning av prioriterte pasientgrupper og aktiviteter. Dette er et ledelsesproblem. Arbeidsgruppa mener det må arbeides for at de regionale helseforetakene og helseforetakene utøver sin styringsrett og finansierer lokalsykehusforetakene og enhetene innenfor et lokalsykehusforetak annerledes enn øvrige foretak, for eksempel i form av en lavere stykkprisandel og en høyere basisandel, slik finansieringssystemet muliggjør og i prinsippet forutsetter. En annen nødvendig tilnærming, slik arbeidsgruppa ser det, er å gjennomgå dagens finansieringssystem med sikte på å bedre treffsikkerheten ved anvendelse av DRG-systemet på et lavere nivå enn "store akuttsykehus". Arbeidsgruppa mener at systemmessige utfordringer i finansieringssystemet, som også den dårlige treffsikkerheten reflekterer, spesielt viser seg på samhandlingsarenaene, der to (eller flere) finansieringsordninger møtes. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at det foretas en gjennomgang av finansieringsordningene også med sikte på å understøtte bedre samhandling mellom tjenestenivåene og helhetlige, koordinerte behandlingsskjeder.

Arbeidsgruppa mener at følgende er av betydning for å etablere gode utviklings- og omstillingsprosesser:

- Det er behov for bred deltakelse. Det innebærer at både pasientene/brukerne og deres organisasjoner, alle ansatte og alle faggrupper, kommunens politiske ledelse og primærhelsetjenesten må delta.
- Deltakerne må gis reell innflytelse. Det innebærer samtidig at deltakelse forplikter.
- Det må etableres en felles oppfatning av hva som er dagens situasjon og av hva som er målet for omstillingene.
- Det er et stort behov for informasjon og formidling, blant annet for at det skal bli mulig å skape felles mål og sammenfallende virkelighetsoppfatning. God informasjon, sammen med åpne prosesser der deltakerne gis reell innflytelse er sentralt for å bygge tillit.
- Nødvendig forarbeid må være gjennomført *før* en omstilling gjennomføres.

- Omstillingsprosesser krever økte ressurser i en overgangsfase. Nødvendige ressurser må derfor stilles til disposisjon ved større omstillinger.
- Gode omstillingsprosesser krever godt lederskap på alle nivåer.

Med utgangspunkt i det beskrevne har arbeidsgruppa utformet *prosessmessige prinsipper* den mener må legges til grunn ved utforming av akuttmedisinske behandlingsskjeder i lokale utviklings- og omstillingsprosesser.

For å legge til rette for en kunnskapsbasert utvikling av både akuttjenestene og helsetjenesten generelt, anbefaler arbeidsgruppa at alle omstillinger som gjennomføres, evalueres. Arbeidsgruppa anbefaler videre at det legges til rette for forskning og undervisning ved lokalsykehus. Lokalsykehusene bør inngå i nettverk med andre forskningsmiljøer.

2. Innledning

2.1. Arbeidsgruppas bakgrunn, mandat og sammensetning

Soria Moria-erklæringen slår fast at:

Regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.

I Nasjonal helseplan 2007-2010, som regjeringen la fram som del av statsbudsjettet for 2007, presenteres seks bærebjelker som skal være førende for utviklingen i alle deler av helsetjenesten. Bærebjelken *nærhet og trygghet* følges i planen opp med en beskrivelse av lokalsykehusenes fremtidige oppgaver. Lokalsykehustjenestene skal konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, om pasienter som trenger tett oppfølging, og om behandling som krever en generell tilnærming, men ikke utpreget spisskompetanse. Dette gjelder blant annet tjenester til pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre med sammensatte lidelser. Samlet mener departementet at disse oppgavene vil sikre at lokalsykehusene forblir reelle sykehus. Departementet varslet imidlertid i Nasjonal helseplan at det skulle igangsettes et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akutfunksjoner og den samlede behandlingsskjede.

I tråd med dette nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet den 27. oktober 2006 en arbeidsgruppe med det formål å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akutfunksjoner og den samlede behandlingsskjede, inklusive samhandlingen mellom lokalsykehusene og fastlegene. Gruppas vurderinger skal gjøres i lys av lokalsykehusenes samlede oppgaver innen både somatikk og psykisk helsevern og behandlingsskjedene som lokalsykehusenes oppgaver vil inngå i. Disse oppgavene skal gruppa vurdere og beskrive så langt det er nødvendig for å kunne vurdere lokalsykehusenes akutfunksjoner.

Mer presist er arbeidsgruppas mandat å:

- Beskrive status og pågående utviklingstrekk som gjør seg gjeldende for akuttmedisinske behov og funksjoner i tilknytning til lokalsykehusene.
- Beskrive en god faglig utvikling for gjeldende helseplanperiode og utover denne, med utgangspunkt i faglig kvalitet i løsningene og fastsatte samlede økonomiske og politiske rammer. Videre skal arbeidsgruppa vurdere evt. omstillingskonsekvenser for ansatte, m.v.
- Vurdere behov for mekanismer som kan sikre likeverdige prosesser i alle helseregioner med hensyn til akutfunksjoner ved lokalsykehus.
- Vurdere hvordan akuttmedisinsk kompetanse kan utvikles og vedlikeholdes i et desentralisert tjenestetilbud, herunder tiltak i utdanningssystemet.
- Gjennomgå samhandlingen med de prehospitale tjenestene
- Arbeidsgruppas forslag skal understøtte god samhandling og god utnyttelse av samfunnets samlede ressurser.
- Utvikling av gode ordninger for å ivareta en helhetlig god akuttjeneste skal stå sentralt i arbeidet.
- Gi en analyse av økonomiske og administrative konsekvenser med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens økonomiske rammer.

Gruppas arbeid skal baseres på de rammer for utvikling av lokalsykehusene som er gitt i Nasjonal helseplan, blant annet at lokalsykehusenes tjenester skal inngå i en helhetlig behandlingsskjede, basert på god samhandling innad i helsetjenesten og mellom helsetjenesten og andre samfunnssektorer. I tillegg skal gruppa legge de organisatoriske hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksmodellen) og kommunale helse- og omsorgstjenester, samt fastsatte samlede økonomiske rammer, til grunn for sitt arbeid.

Arbeidsgruppa skal, i følge mandatet, legge vekt på å ha dialog med faglige miljøer, særlig for å belyse faglige aspekter knyttet til akutfunksjoner på det kirurgiske og indremedisinske området. Gruppas arbeid skal i tillegg sendes på høring (kort innspillsrunde), slik at høringssvarene kan innarbeides i rapporten som blir avgitt departementet. Gruppa har, i tråd med mandatet, lagt vekt på å ha dialog med faglige miljøer. Det har blant annet skjedd ved at fagpersoner har forelest for gruppa på dens møter. Gruppa, i hovedsak representert ved leder og sekretær, har også hatt møter med berørte grupper.

Frist for gruppas arbeid og sluttrapport er 19. mars 2007.

Arbeidsgruppas sammensetning:

Bjørn Erikstein (leder), administrerende direktør, Helse Sør RHF, Eva Bostad Borg, kardiolog, Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer, Anette Fosse, fastlege, Mo i Rana, Åsne Grønvold, spesialrådgiver Norsk Sykepleierforbund, Beate Heieren

Hundhammer, Kreftforeningen, Gunn Karin Vik Helle, psykiater, Tiller DPS, St. Olavs Hospital, Tor Ingebrigtsen, fagdirektør, Helse Nord RHF, Johannes Kolnes, administrerende direktør, Helse Fonna HF, Gerd Kristiansen, 1. nestleder Fagforbundet, Odd Jarle Kvamme, fastlege, Den norske lægeforening, Bengt Erik Larsson, ortoped, Helse Førde HF Nordfjord sykehus, Anne Mette Liavaag, FFO, Kristin Lossius, fagdirektør, Helse Øst RHF, Per Meinich, visepresident, Den norske lægeforening, Turid Opedal, Tinn kommune, Jarl Ovesen, ass. generalsekretær FFO, Nina Schmidt, leder, Den Norske jordmorforening, Svein Kåre Senneset, forvaltningsleder Årdal kommune, Olav Valen Slåttebrekk, divisjonsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet, Torben Wisborg, anestesilege, Helse Finnmark HF

Sekretariat:

Maren Skaset har vært arbeidsgruppas sekretær.

2.2. Fortolkning av mandatet og rammebetingelser for arbeidet

Arbeidsgruppa oppfatter det som sin hovedoppgave å uttale seg om, og derigjennom bidra til å tydeliggjøre, lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Fordi det først og fremst er akuttfunksjonene ved de små lokalsykehusene som har vært gjenstand for diskusjoner, vil gruppa konsentrere seg om de små lokalsykehusene, og ikke alle landets sykehus med lokalsykehusfunksjoner. Arbeidsgruppa forstår det slik at akuttfunksjoner også innenfor det psykiske helsevern inngår i mandatet, og det betyr i denne forbindelse de distriktpspsykiatriske sentrenes akuttfunksjoner.

Lokalsykehusenes øvrige oppgaver skal, i følge mandatet, bare beskrives så langt det er nødvendig for å kunne foreta vurderinger av lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Gruppa mener imidlertid at det er viktig at den i innstillingen beskriver hvilken rolle den totalt sett ser for lokalsykehusene. Dette fordi alle som er opptatt av lokalsykehusenes fremtid er opptatt av deres totale rolle. Den spesielle oppmerksomhet som rettes mot akuttfunksjonene skyldes delvis at disse oppfattes som sentrale for at sykehusene skal bestå, og for at lokalsykehusene skal bestå som utdanningsinstitusjoner, i tillegg til deres betydning for befolkningen i et trygghets- og tilgjengelighetsperspektiv.

Arbeidsgruppa vil, i tråd med mandatet, gi råd om hvordan akuttmedisinsk kompetanse kan utvikles og vedlikeholdes i et desentralisert tjenestetilbud, vurdere de utdanningsmessige konsekvensene av sine forslag, samt på et overordnet nivå gi råd om hvilke tiltak i utdanningssystemet den mener bør vurderes for å understøtte gruppas forslag.

Arbeidsgruppa tolker mandatets punkt om å vurdere behov for mekanismer som kan sikre likeverdige prosesser i alle helseregioner med hensyn til akuttfunksjoner ved lokalsykehus, dithet at den er bedt om å vurdere tiltak som kan bidra til gode og konstruktive omstillingsprosesser i alle helseregioner. Arbeidsgruppa ser denne delen av mandatet som svært sentralt. Gruppa har som mål at dens innstilling skal være av praktisk hjelp for helsetjenestens ledere, men er inneforstått med at innstillingen ikke på noen måte alene vil løse de utfordringer disse vil stå overfor i årene fremover. Å bidra til gode omstillingsprosesser vil derfor bli svært viktig.

Arbeidsgruppa er bedt om å legge til grunn de organisatoriske hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksmodellen) og kommunale helse- og omsorgstjenester, samt fastsatte samlede økonomiske rammer. Dette ser gruppa ikke som et hinder for at den kan påpeke egenskaper ved den organisatoriske modellen og finansieringssystemet som bidrar til å vanskeliggjøre utviklingen av hensiktsmessige akuttmedisinske behandlingsskjeder og en samlet rolle for de små lokalsykehusene.

2.3. Gruppas arbeid

Arbeidsgruppa har til sammen hatt ni møter, inkludert et besøk i Mosjøen. På arbeidsgruppas møter har fagpersoner holdt foredrag om aktuelle temaer:

- Lokalsykehusene som trygghetsbaser sett med pasientenes og befolkningens øyne (Bjørn Tønsager, pasientombud i Nordland)
- Akuttmedisinske behov i tilknytning til lokalsykehusene (Hanne Thürmer, fagdirektør, Blefjell sykehus)
- Det akutte sett fra allmennlegens ståsted (Elisabeth Swensen, kommunelege i Seljord)
- Fødetilbudet ved lokalsykehus (Pål Øian, leder, Nasjonalt råd for fødselsomsorg)
- Akuttfunksjoner og akuttberedskap i psykiatrien, spesielt ved DPSene (Trond Aarre, Nordfjord psykiatrisenter)
- Traumer – kvalitet og kompetanse (Olav Røise, leder, utvalget om et nasjonalt traumesystem)
- Moderne slagbehandling (Espen Dietrichs, avdelingsleder Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF)
- Sammenhengen mellom volum og kvalitet (Inger Natvig Norderhaug, Kunnskapssenteret)

Arbeidsgruppas leder og sekretær har gjennomført møter med følgende grupper:

- Folkebevegelsen for lokalsykehusene
- Norsk pensjonistforbund
- Ledere for regionale brukerutvalg
- NITO - Bioingeniørfaglig institutt
- Ringerike sykehus
- YS – KFO og Norsk Radiografforbund
- Norsk kompetansesenter for prehospitalet akuttmedisin
- Askim sykehus/Helsehuset i Askim

Rapportutkastet ble sendt på en åpen innspillsrunde/høring til en lang rekke instanser 5. februar og ble i tillegg lagt ut på Helse Sør sine hjemmesider. Frist for innspill ble satt til 25. februar. Arbeidsgruppa mottok ca. 100 innspill. Flertallet av dem som sendte innspill var generelt positive til innholdet i rapporten, som av mange ble omtalt som grundig. Flertallet var også positive til den tilnærmingen arbeidsgruppa la til grunn, med vekt på behandlingsskjeder, nettverk, sterkere samhandling mellom nivåene innenfor akuttmedisinen og tiltak for å sikre riktig kompetanse. Mange understreket behovet for å bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og se de samlede ressursene under ett.

Flertallet ønsker imidlertid at arbeidsgruppa skulle være tydeligere, både generelt med hensyn til hva arbeidsgruppa anbefalte av endringer og å angi en (evt. flere) tydelig faglig minstestandard for lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Blant høringsinstansene var det imidlertid en viss uenighet med hensyn til hva denne minstestandarden burde være. Mens det blant innspillene fra helseforetakene var flere som tok til orde for at minstestandarden kunne være indremedisinske akuttfunksjoner, tok flertallet av de øvrige til orde for at minimum må være akuttfunksjoner både innen indremedisin, kirurgi og støttefunksjoner i form av røntgen, anestesi og laboratorietjenester. Noen mente en fødeavdeling også måtte inngå. Det var imidlertid også noen som eksplisitt tok til orde mot en minstestandard for akuttfunksjoner ut fra den tankegang at store lokale variasjoner gjør det vanskelig å utforme en standard som passer overalt, og at det er behov for lokale tilpasninger.

På tross av at flertallet ønsket klare nasjonale standarder/en faglig minstestandard for akuttfunksjoner, uttrykte flertallet samtidig at de var positive til utvalgets tankegang om behovet for fleksibilitet, og at tilbudet tilpasses lokale forhold.

Mange av høringsinstansene ga uttrykk for at det sterkere måtte uttrykkes at nærhet er en viktig kvalitetsdimensjon, og at det derfor ikke er riktig å sette faglig kvalitet og nærhet opp mot hverandre. Blant brukerorganisasjoner var det imidlertid flere som ga uttrykk for at faglig/objektiv kvalitet er like viktig som nærhet. Noen av dem tok endog til orde for at faglig kvalitet måtte gå foran nærhet.

Flertallet var positive til etablering av felles akuttmottak og lokale akuttmedisinske team som trenes jevnlig. Flere uttrykte imidlertid at slik samhandling/organisatorisk samordning er ledelsesmessig krevende og ønsket at ansvaret for dette skulle plasseres entydig, fortrinnsvis hos helseforetakene. Enkelte mente endog at ansvaret for alle akuttmedisinske tjenester burde plasseres hos helseforetakene.

Mange av høringsinstansene, fremfor alt blant kommunene, støttet arbeidsgruppas syn om at mange akuttmedisinske oppgaver kan løses prehospitalt, og at kompetansen i disse leddene må styrkes for å oppnå dette. Mange av kommunene var også åpne for tiltak som kan bidra til å redusere antallet innleggelser og oppgaver for spesialisthelsetjenesten mer generelt. Mange påpekte imidlertid at forskyvninger i oppgaver og ansvar må følges av ressursforskyvninger.

Flere av høringsinstansene tok opp fødselsomsorgen. Både Nasjonalt råd for fødselsomsorg og Jordmorforeningen var kritiske til arbeidsgruppas omtale av dette feltet, blant annet fordi de mente gruppa ga uttrykk for et for positivt syn på situasjonen innen fødselsomsorgen i dag og et for kritisk syn på eksisterende faglige retningslinjer, som Stortinget har vedtatt at skal implementeres. I enkelte av innspillene ble det tatt til orde for det motsatte, dvs. for et kritisk syn på de faglige retningslinjene, og for større vekt på lokale forhold. Flere ga uttrykk for støtte til at jordmortjenesten burde bli en del av spesialisthelsetjenesten, mens noen få var svært kritiske til dette og uttrykte behovet for en kommunal jordmortjeneste.

Nesten alle høringsinstansene støttet og understreket behovet for mer breddekompetanse. Flere tok imidlertid opp problemet med å få leger til å velge slike karrierer, og etterlyste virkemidler for å høyne status og for å sikre rekruttering.

Høringsinstansene var generelt positive til, og enige i, arbeidsgruppas syn på omstillingsprosesser, og støttet gruppas forslag til tiltak for å tilrettelegge for bedre prosesser.

3. Akutfunksjoner og sykehusstruktur i Norge

Sykehusreformen, gjennomført i 2002, innebar at staten overtok ansvaret for sykehusene, som tidligere var eid og styrt av fylkeskommunen. Som følge av reformen ble sykehusene omgjort til helseforetak. I ett helseforetak inngår oftest flere sykehus, som nå flere steder er blitt avdelinger/klinikker i foretaket (tabell 3.1). Ett av formålene med sykehusreformen var en økt funksjonsdeling mellom sykehus. Mange steder har det også etter reformen skjedd endringer i arbeidsdelingen mellom sykehusene/avdelingene innenfor ett helseforetak og mellom foretakene i regionen. Mens det i 1998, dvs. før sykehusreformen, totalt var 72 sykehus i Norge, hvorav 56 med akutfunksjoner både i indremedisin og kirurgi/ortopedi, var det i 2006 27 helseforetak som bestod av 67 sykehus/avdelinger hvorav 45 med akutfunksjoner i indremedisin og kirurgi/ortopedi og 6 (5) med akutfunksjoner i indremedisin og kirurgi *eller* ortopedi (tabell 3.2).¹ 5 (6) sykehus hadde i 2006 akutfunksjoner kun i indremedisin og 14 sykehus/avdelinger hadde ingen akutfunksjoner. Det har også skjedd endringer innen fødselsomsorgen (se avsnitt 9.5).

Parallelt med reduksjonen i antall sykehus med akuttberedskap, har beredskapen flere steder blitt styrket. Det har i perioden 1999-2003 ved alle typer sykehus vært en økning i antallet spesialiteter med egne vaktskift.² Beredskapen ble styrket innen fagene generell kirurgi, anesthesiologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, urologi, indremedisin, endokrinologi, blodsykdommer og onkologi, mens den ble redusert (sentralisert) innen gastroenterologisk kirurgi, ortopedi, urologi og revmatologi. Det var i samme periode en tendens til at sykehusene innførte mer personellkrevende vaktssystemer i form av tre sjikt vakt og mer bruk av aktiv vakt. Ordningen med at turnuslegen er den eneste med aktiv vakt, ble sjeldnere.

I en rapport fra De Facto som beskriver utviklingen til lokalsykehusene i årene etter sykehusreformen, gjøres det et poeng av at det skjer en reduksjon i antallet senger ved lokalsykehusene i Helse Vest og Helse Sør og spesielt i Helse Nord, der reduksjonen er på 14 % i perioden 2002-2005 og på hele ca. 30 % i Helse Finnmark HF.³ Ser man imidlertid på antallet effektive senger i landets helseforetak i 2005 finner man at foretakene i Helse Nord i 2005 ennå lå langt over landsgjennomsnittet på 2,82 per 1000

¹ Tall for 1998 er hentet fra NOU 1998: 9. Det er usikkerhet knyttet til tallene, da det er uklart om private sykehus som var del av offentlige helseplaner er tatt med i NOUen.

² Data i dette avsnittet er hentet fra: Kjekshus, L. E. (2004) INTORG - De somatiske sykehusenes interne organisering. – En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. SINTEF Helse Mars 2004.

³ Hva skjer med lokalsykehusene?, De Facto, november 2006.

innbyggere (Finnmark 3,42, Hålogaland 3,55, Helgeland 3,53). Dette gjelder i mindre grad helseforetakene i Helse Vest og Helse Sør, dog finner vi dette også for Helse Førde i Helse Vest (3,78) og i noe mindre grad for Blefjell i Helse Sør (3,07).

I den samme rapporten påpekes at aktiviteten ved lokalsykehusene øker, til tross for at enkelte av sykehusene mister akuttfunksjoner og at fødeavdelinger enkelte steder er blitt omgjort til fødestuer. En forklaring på aktivitetsveksten gis ikke, men den fortolkes som et uttrykk for at befolkningen ikke velger bort lokalsykehusene sine.

Et annet viktig utviklingstrekk i følge samme analyse, er at kommunal legevakt i økende grad samlokaliseres med sykehus. Ved inngangen til 2006 var legevakten 39 steder lokalisert i sykehus, hvorav 8 var organisert i felles akuttmottak.⁴

⁴ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (2006): "Legevaktsorganisering i Norge. Rapport fra en registerstudie, Bergen juli 2006

Tabell 3.1 Oversikt over helseforetak, deres enheter, om disse har akuttfunksjoner (kan være fra indremedisin deler av døgnet til allsidige akuttfunksjoner) samt opptaksområde. I tabellen inngår private sykehus med avtale som har opptaksområder.

RHF	HF	Enheters lokalisering	Akuttfunksjoner	Opptaksområde
Helse Sør	Sørlandet sykehus HF	Arendal	Ja	50-100.000
		Flekkefjord (Lister)	Ja	25-50.000
		Mandal	Nei	
		Kristiansand	Ja	> 100.000
	Sykehuset Telemark HF	Kragerø	Nei	
		Porsgrunn	Nei	
	Sykehuset i Vestfold	Skien	Ja	> 100.000
		Larvik	Ja	25-50.000
		Sandefjord	Nei	
		Tønsberg	Ja	> 100.000
	Sykehuset Buskerud HF	Drammen	Ja	
	Ringerike sykehus HF	Ringerike	Ja	50-100.000
	Blefjell sykehus HF	Kongsberg	Ja	25-50.000
		Notodden	Ja	25-50.000
		Rjukan	Ja	< 25.000
	Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF	Oslo		
Helse Øst	Aker universitetssykehus HF	Sinsen	Ja	50-100 00
		Ski	Ja	> 100.000
	Akershus universitetssykehus HF	Lørenskog	Ja	> 100.000
		Stensby	Ja	25.000-50.000
		Lillestrøm	Nei	
	Sykehuset Asker og Bærum HF	Bærum	Ja	> 100.000
	Sykehuset Østfold HF	Moss	Ja	50-100.000
		Sarpsborg	Nei	
		Fredrikstad	Ja	> 100.000
		Indre Østfold	Nei	
		Halden	Nei	
	Sykehuset Innlandet HF	Lillehammer	Ja	50-100.000
		Elverum	Ja	50-100.000
		Gjøvik	Ja	> 100.000
		Hamar	Ja	50-100.000
		Tynset	Ja	< 25.000
		Kongsvinger	Ja	50-100.000
	Sunnaas sykehus HF	Nesodden	Nei	
	Ullevål sykehus	Oslo	Ja	> 100.000
	Lovisenberg diakonale sykehus	Oslo	Ja	
	Diakonhjemmet sykehus	Oslo	Ja	> 100.000
Helse Vest	Helse Stavanger	Stavanger	Ja	> 100.000
		Egersund	Nei	
	Helse Bergen	Haukeland Universitetssjukehus	Ja	> 100.000

		Voss sjukehus	Ja	25-50.000
		Kysthospitalet i Hagevik	Nei	
	Haraldsplass diakonale sykehus	Bergen		> 100.000
	Helse Fonna	Haugesund sjukehus	Ja	> 100.000
		Stord Sjukehus	Ja	25-50.000
		Odda sjukehus	Ja	< 25.000
	Helse Førde	Førde sentralsjukehus	Ja	50-100.000
		Nordfjord sjukehus	Ja	< 25.000
		Lærdal sjukehus	Ja	< 25.000
Helse Midt Norge	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Molde sjukehus	Ja	50-100.000
		Kristiansund sykehus	Ja	50-100.000
	Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Namsos	Ja	25-50.000
		Sykehuset Levanger	Ja	
	Helse Sunnmøre HF	Ålesund sjukehus	Ja	
		Volda sjukehus	Ja	25-50.000
	St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital	Ja	> 100.000
		Røros sykehus	Nei	
		Orkanger Sanitetsforenings Sykehus	Ja	50-100.000
		Hjerteklinikken St. Elisabeth	Nei	
		Munkvoll Rehabiliteringssenter	Nei	
Helse Nord	Helse Finnmark HF	Klinikk Kirkenes	Ja	25-50.000
		Klinikk Hammerfest	Ja	25-50.000
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)	UNN (Tromsø)	Ja	> 100.000
		Harstad sykehus	Ja	25-50.000
		Narvik sykehus	Ja	25-50.000
	Nordlandssykehuset HF	Bodø	Ja	50-100.000
		Vesterålen (Stokmarknes)	Ja	25-50.000
		Lofoten (Gravdal)	Ja	< 25.000
	Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	Ja	25-50.000
		Mosjøen	Ja	< 25.000
		Sandnessjøen	Ja	25-50.000

3.1. Legevaktens organisering

Kommunene skal i følge lov om helsetjenesten i kommunene sørge for en legevaktsordning i kommunen. De senere årene har det skjedd store endringer i legevaktens organisering. Det har blant annet blitt etablert flere interkommunale legevaktsordninger (IKL).

I 2006 var legevakten organisert slik:⁵

- 31 % av kommunene hadde egen kommunal legevakt
- 69 % deltar i en eller annen form for interkommunal legevaktsordning (IKL)
- 71 % av fastlegene deltar i legevakt, 23 % er fritatt, 50 % deltar fullt og bare 8 % av dem over 60 år deltar. Alder er viktigste forklaringsfaktor for deltakelse.

Interkommunalt legevaktsamarbeid er noe Legeforeningen lenge har tatt til orde for, både for å redusere legenes vaktbelastning og bedre rekruttering og stabilitet i legetjenesten i utkantkommuner, og for å styrke samarbeidet over kommunegrensene. En spørreskjemaundersøkelse blant allmennleger i 1998 viste at sannsynligheten for at legen ville flytte økte i takt med antall legevakter per måned.⁶ Det samme ble funnet i en studie av stillingsstabilitet i Finnmark og Nord-Trøndelag. Det å legge til rette for at leger deltar i legevakt er viktig, fordi mange allmennleger i dag er i en aldersgruppe der de kan søke fritak fra legevakt (55 år) eller har krav på fritak (60 år). Legeforeningen mener dessuten at interkommunale legevaktsordninger, der flere jobber sammen, bidrar til økt trygghet.

I tråd med dette er det blitt gitt statlige tilskudd til etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid som del av de statlige stimuleringsiltak for å øke rekruttering til og stabilitet i legestillinger i utkantkommuner. Stimulering har vært nødvendig blant annet fordi kommuner som deltar i slike ordninger, hevder at de får netto merkostnader. Økte kommunale utgifter er knyttet til lønn til ekstra sykepleier på natt i tillegg til lege, behov for bakvakter i store distrikter og lavere inntekt fra egenandeler og refusjoner enn forventet, fordi bruken av legevakt er redusert etter innføringen av IKL.

Interkommunale legevaktsordninger er trolig ikke aktuelt overalt. Noen steder er avstandene for store og kommunikasjonene for tungvinte til at det er hensiktsmessig å basere seg på IKL alene. Legene vil slike steder uansett måtte ha en eller annen form for beredskap i egne kommuner.

4. Status aktivitet

4.1. Akuttjenester i Norge

4.1.1. Hva er akutt?

Akuttbegrepet i medisinsk sammenheng er ikke entydig. "Akutt" brukes ofte om tilstander som oppstår plutselig/uventet. Slike akuttoppståtte tilstander kan være fra svært alvorlige til ufarlige. Blant de ufarlige tilstandene hører både dem som ikke krever medisinsk behandling (en lett hodepine) og dem som krever relativt rask behandling for ikke å gi komplikasjoner (urene sår). Det varierer dermed om, og

⁵ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (2006): "Legevaktsorganisering i Norge. Rapport fra en registerstudie, Bergen juli 2006

⁶ Sandvik, H. (2006) Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd

eventuelt hvor raskt, en akutt oppstått tilstand krever medisinsk undersøkelse og behandling for at pasienten ikke skal få en dårligere prognose. For pasientene kan det viktigste være nettopp å få avklart om, og eventuelt hvor raskt, de trenger å oppsøke lege eller annen tjenesteyter. Ofte vil det kunne være slik at pasienten ønsker en rask undersøkelse og behandling, selv om det ikke er medisinsk nødvendig at pasienten blir behandlet før for eksempel dagen etter. Det er imidlertid også slik at mange, kanskje de fleste lidelser vil kunne utvikle seg til akutte tilstander dersom de ikke behandles adekvat på et tidlig nok tidspunkt. Det betyr at omfanget av akutte medisinske tilstander er avhengig av både behandlingsapparatets utforming og kapasitet, tjenesteyternes kompetanse og av pasientenes ønsker.

Sykehus og fødestuer har, i følge lov om spesialisthelsetjenesten § 3-1, plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi, er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling.⁷ Også helsepersonell er pålagt en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Helsepersonell skal i følge helsepersonelloven § 7 straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.

Akuttbegrepet brukes også om hastegrad. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som er et hjelpemiddel for medisinsk veiledning av innringer og for håndtering av nødmeldinger for alle som betjener AMK- og legevaktssentraler, deler tilstander inn i de tre hastegradene akutt, haster og vanlig. Bare en mindre andel av de pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp i sykehus, har en tilstand som vil kunne klassifiseres som hastegrad akutt. En stor andel av pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp, har først og fremst behov for å få sin tilstand avklart, og kunne klart seg uten innleggelse dersom slik avklaring kunne skjedd for eksempel på en observasjonspost.

I England er følgende definisjon på begrepet akuttjenester (urgent care) foreslått:⁸

Urgent care is the range of responses that health and care services provide to people who require – or who perceive the need for – urgent advice, care, treatment or diagnosis. People using services and carers should expect 24/7 consistent and rigorous assessment of the urgency of their care need and an appropriate and prompt response to that need.

Definisjonen fremhever at pasienten trenger, eller opplever å trenge, ulike typer tjenester (råd, pleie, behandling og diagnose), og at det de burde forvente å få hele døgnet er en rask vurdering av sitt behov og en adekvat og rask respons på dette.

⁷ Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

⁸ 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>

4.1.2. Omfang av øyeblikkelig hjelpinnleggelser i sykehus⁹

Det var i 2005 854 581 døgnopphold i norske sykehus. Av disse var 527 539, dvs. 62 %, kategorisert som øyeblikkelig hjelp, noe som er samme andel som i 2001. I årene 2001 til 2005 økte antallet øyeblikkelig hjelpopphold med ca. 46 000 (9,5 %). Veksten i elektive opphold var i samme periode mindre enn for øyeblikkelig hjelp, ca. 41 000 opphold, men utgjorde en større relativ vekst (17 %). Fra 2004 – 2005 økte antallet øyeblikkelig hjelpopphold med 3,1 %, antallet elektive opphold var omtrent uendret, men antallet dagopphold økte med nesten 10 %.

Veksten i både elektive opphold og øyeblikkelig hjelpopphold var i hele perioden 2002 – 2005 størst for medisinske DRGer. Når det gjelder øyeblikkelig hjelp sank antallet opphold for kirurgiske DRGer med 0,5 % i året 2004-2005, mens det var en økning på 3,4 % (ca. 14 500 opphold) for medisinske DRGer. Det er også innen indremedisin at andelen øyeblikkelig hjelp er størst. Hele 92 % av alle innleggelsene ved medisinsk avdeling på St. Olavs hospital i 2002 var øyeblikkelig hjelp, mens andelen for hele sykehuset var 60 %.¹⁰ I analysen av Blefjell sykehus HF og Helgelandssykehuset HF (se vedlegg 1) finner man at 66 % av innleggelsene ved de to helseforetakene totalt i 2005 var øyeblikkelig hjelp. Andelen innenfor indremedisin var 72 % og innenfor kirurgi/ortopedi 64 %.

En norsk studie fra 2005 viste at nesten halvparten av øyeblikkelig hjelpinnleggelsene skyldtes nyoppstått sykdom (37 %) eller skade (12 %).¹¹ 22 % skyldtes uklar tilstand som trengte avklaring i sykehus, 21 % av innleggelsene skyldtes forverring av kjent lidelse og 10 % av innleggelsene var begrunnet med sosiale årsaker/pleiebehov. Bare 12 % ble innlagt av egen fastlege. Observasjonspost var det hyppigst foreslåtte alternativet til innleggelse av både innleggende og mottakende lege, men forfatterne av studien konkluderte med at det på innleggelsestidspunktet var vanskelig å velge ut hvilke pasienter som kunne ha nytte av et annet tilbud enn innleggelse.

4.1.3. Omfang av legevakt

En pilotstudie utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin i 2006 viser at det er store variasjoner i antallet legevaktskonsultasjoner, fra 29 til 84 per 1000 innbyggere.¹² Antallet konsultasjoner varierer lite med ukedager og variasjonene er små om natten, men store på dag og kveld. Det første tolkes som et tegn på hvordan fastlegene fungerer, det siste sees også som et uttrykk for forventninger i befolkningen.

⁹ Tall i dette avsnittet er i stor grad hentet fra: Jørgenvåg, R. (red): SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2005, SINTEF Helse

¹⁰ Eikeland, G, Garåsen, H. og G. Jacobsen (2005): Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelpinnleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355-7

¹¹ Eikeland, G, Garåsen, H. og G. Jacobsen (2005): Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelpinnleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355-7

¹² Tall fra en pilotstudie utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, "Vakttårn" Prosjektleder: Steinar Hunskaar Prosjektmedarbeider: Elisabeth H Hansen Mai 2006

Når det gjelder hastegrader viser pilotstudien at 1,3 % av legevaktskonsultasjonene klassifiseres som rød respons, og av disse er det en liten andel som virkelig haster. 5 – 15 % klassifiseres som gul respons, de øvrige som grønn. Det betyr at legevakt i stor grad er en forlengelse av fastlegens praksis.

I 2002 var det ca 21 millioner kontakter mellom pasienter og fastleger totalt.¹³ Av disse var ca. 5 millioner registrert som øyeblikkelig hjelp. De aller fleste problemene ble løst av fastlegene, slik at bare 2.5 % (ca. 480.000) førte til sykehusinnleggelse. Bare 2.5 promille (ca. 50.000) var situasjoner der tiden var en kritisk faktor.

Konsultasjons- og sykebesøksraten ved legevakt steg hvert år fra 1989 til 1997, med unntak for 1994.¹⁴ Absolutt økning i andelen av befolkningen som søkte legevakten, var på 4,6 % (20 % relativ økning). Fra 1997 til 2002 var det en jevn absolutt nedgang i konsultasjons- og sykebesøksraten på 5,3 % (19 % relativ reduksjon). I 1989 omfattet sykebesøkene 25 % av alle møter mellom lege og pasient, mot 11 % i 2002. I en undersøkelse der de første 17 månedene etter innføringen av fastlegeordningen ble sammenliknet med en tilsvarende lang periode før innføringen, fant man at antall konsultasjoner og sykebesøk på kveldstid i befolkningen viste en absolutt reduksjon med 2,2 % (1,7 - 2,6), noe som tilsvarer en 10 % relativ nedgang.

20 % variasjon i legevaktsøkning i løpet av få år tolkes som et uttrykk for at ordningen brukes til mer enn akutt nødvendig helsehjelp, noe som er i samsvar med funnet i pilotstudien av at det meste har lav hastegrad. Også andre legevaktregistreringer tyder på at mange av henvendelsene er av en slik art at de med fordel burde vært håndtert av fastlegen i ordinær arbeidstid.¹⁵ Mellom 40 % og 50 % av legevaktpatientene er dessuten villige til å vente til neste dag dersom de sikres time hos fastlegen. Få er imidlertid villige til å vente 4 – 5 dager. Dette tyder på at legenes muligheter for, og vilje til, å tilby god tilgjengelighet på dagtid er sentrale premisser for omfanget av legevaktsarbeidet. Nedgangen i antallet konsultasjoner og sykebesøk på kveldstid etter fastlegereformen tyder på at både leger og innbyggere har tilpasset seg ordningen, og søker å løse flere problemer hos fastlegen enn på legevakt. Tilfredsheten med tilgjengelighet på legevakt er imidlertid lav, og har ikke vist noen bedring etter fastlegeordningen. Yngre er mer misfornøyd enn eldre, og innbyggere i de største kommunene er mer misfornøyd enn de som bor i små kommuner. Dette tolker forfatterne av evalueringen av fastlegeordningen som at det synes her å eksistere motstridende interesser mellom brukere, som jevnt over er lite tilfreds med tilgjengeligheten på legevakt, og leger, som ønsker å begrense bruken av legevakt til det mest nødvendige.¹⁶

¹³ Helsepolitisk debattskrift nr. 1 fra Aplf.

¹⁴ Data i dette avsnittet er fra: Halvorsen, I., E. Meland, A. Bærheim: Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 15-7

¹⁵ Sandvik, H. (2006) Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd

¹⁶ Som forrige fotnote.

4.1.4. En analyse av to lokalsykehus

Arbeidsgruppa er bedt om å beskrive status og pågående utviklingstrekk som gjør seg gjeldende for akuttmedisinske behov. Av den grunn har gruppa fått utført en analyse av to "lokalsykehushelseforetak". Se vedlegg 1. Ved å sammenlikne aktiviteten i 2005 ved to små helseforetak, som likner strukturelt, men som befinner seg i hver sin del av landet, håpet arbeidsgruppa å finne interessante likheter og forskjeller, og på den bakgrunn også kunne si noe mer generelt om akuttmedisinske behov.

Analysen viser at det er dobbelt så mange medisinske øyeblikkelig hjelp innleggelser som det er kirurgiske og ortopediske samlet. Ved de 6 enhetene som inngår i analysen innlegges fra 1 – 4 pasienter som øyeblikkelig hjelp i kirurgiske/ortopediske enheter per døgn. Av dette innlegges 0,1 – 0,5 pasienter i tidsrommet 00 – 08. Det betyr at det ved den minste enheten (Rjukan) i gjennomsnitt går 10 dager mellom hver kirurgiske innleggelse om natten. Fordi mindre enn 50 % av disse pasientene opereres, er den operative øyeblikkelig hjelp aktiviteten enda lavere.

Det sies ofte at 60 – 75 % av pasientene i norske sykehus utgjør lokalsykehuspasienter. Denne analysen viser at andelen varierer fra helseforetak til helseforetak, men at ca. 50 – 70 % av alle øyeblikkelig hjelp pasienter kan behandles ferdig på lokalsykehus (80 – 85 % av 65 – 80 %). Lokale forhold påvirker ikke bare pasientenes valg, men også hva som er optimale behandlingsskjeder. Også tilpasninger i lokalsykehusforetakts tilbud, for eksempel med utgangspunkt i en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse, vil kunne redusere andelen som velger, eller som bør/må, reise forbi. Uansett forteller dette at en stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter ikke har behov for et høyt spesialisert tilbud.

Analysen viser at forbruket av sykehustjenester er høyt i de to lokalsykehusforetakenes opptaksområder, spesielt i Helgelandssykehusets. Dette taler for at terskelen for innleggelse er lavere enn ved andre sykehus. Dette kan være uttrykk for egenskaper ved allmennlege- og legevaktstjenesten, men det kan også være uttrykk for bedre kapasitet. Noe av forklaringen kan også være at pasienter, som sendes til mer spesialisert sykehus, og som så returnerer til lokalsykehusforetaket, telles som flere innleggelser.

Analysen viser at de tilstandene som hyppigst fører til innleggelser, både totalt og som øyeblikkelig hjelp, dersom man ser bort fra fødetilbudet som varierer mellom enhetene, er sykdommer i hjerte- og karsystemet, skader og brudd, sykdommer i luftveiene, sykdommer i fordøyelsessystemet, kreft/svulst, akutte uklare symptomer og i tillegg noen pasienter for gynekologiske tilstander.

Funn fra analyser av aktivitet utført før sykehusreformen samsvarer i stor grad med funnene i denne analysen, men det kan også se ut som det er enkelte forskjeller. De to viktigste forskjellene er en høyere elektiv kirurgisk aktivitet (planlagt aktivitet på dagtid) hvorav ortopedisk kirurgi utgjør en vesentlig andel av aktiviteten. Det er mulig at dette er uttrykk for generelle trender i sykehus, med økning i elektiv kirurgi (dagaktivitet/dagkirurgi) og generelt høyere ortopedisk aktivitet kombinert med en viss sentralisering av bløtdelskirurgi.

Funnene i denne analysen støtter i noen grad det syn at dagens finansieringssystem, slik det i dag brukes, kan gjøre det vanskelig for små lokalsykehus å redusere kirurgisk aktivitet og å vri denne i retning av prioriterte pasientgrupper og aktiviteter.

5. Rekruttering

Arbeidsgruppa er bedt om å beskrive status og pågående utviklingstrekk som gjør seg gjeldende for akuttmedisinske behov og funksjoner i tilknytning til lokalsykehusene. En svært sentral faktor for lokalsykehusenes akuttmedisinske funksjoner er muligheten og evnen til å rekruttere tilstrekkelig antall helsepersonell med riktig kompetanse. En nyere analyse av de norske sykehusenes organisasjon og ledelsesstruktur viser at det særlig er lokal- og sentralsykehus som har rekrutteringsproblemer, og at det særlig er legespesialister de har problemer med å rekruttere (tabell 5.1).¹⁷ Bare ett regionssykehus oppgir å ha problemer med å rekruttere leger (spesialister) og dette er i indremedisin. Problemene med å rekruttere assistentleger, sykepleiere og andre grupper helsepersonell er relativt små for alle sykehus.

Tabell 5.1: Andel sykehus med rekrutteringsproblemer etter type sykehus

	Andel (%) som har rekrutteringsproblem					
	Lokalsykehus		Sentralsykehus		Regionsykehus	
	Kir	Med	Kir	Med	Kir	Med
Spesialister	81	80	79	88	0	20
Assistentleger	17	16	8	6	0	0
Sykepleiere	8	5	0	19	0	20
Annet helsepersonell	7	22	13	18	20	0

Erfaringsmessig eksisterer geografiske forskjeller i tillegg til forskjeller mellom typer sykehus (størrelse) med hensyn til rekrutteringsutfordringer, og det er erfaringsmessig også rekrutteringsproblemer knyttet til andre fagområder enn medisin og kirurgi. Data innrapportert til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om rekrutteringssituasjonen ultimo 2006/primo 2007 bekrefter at det fortsatt eksisterer regionale forskjeller (størst i Helse Nord, minst i Helse Øst og Sør), at rekrutteringsutfordringene er knyttet til mange medisinske fagområder, og at rekrutteringsproblemene er størst for de minste helseforetakene/sykehusene.

Hvilke faggrupper som er vanskelig å rekruttere per i dag, gir ikke hele bildet når det gjelder rekrutteringssituasjonen. For enkelte helsepersonellgrupper er det tegn på at utdanningskapasiteten ikke står i forhold til behovet. Dette kan blant annet skyldes et

¹⁷ Kjekshus, LE og T. Harsvik (2006): "INTORG – Organisasjon og ledelsesstruktur ved norske sykehus. Sintef Helse

forventet økt behov eller høy gjennomsnittsalder i gruppen og dermed forventet høy avgang i kommende år. Et eksempel på dette er operasjons- og anestesisykepleiere.¹⁸

6. Historikk og rammebetingelser

Diskusjonen om lokalsykehusenes plass i norsk spesialisthelsetjeneste er gammel. Den har røtter tilbake til 1930-årene, da det for første gang ble diskutert å etablere en landsplan for sykehusutbygging. Diskusjonen tok for alvor til i annen halvdel av 1960-årene. Helsedirektoratet ønsket da å etablere flere mer spesialiserte sykehus (sentralsykehus), noe som førte til debatter flere steder i landet om enkelte av de mindre, tredelte sykehusenes fremtid.¹⁹ Sykehusstrukturen stod sentralt i Stortingsmelding nr. 9 (1974-75) "Sykehusutbygging mv. i et regionalt helsevesen". I meldingen ble det fastslått at helsetjenesten nå skulle bli en sammenhengende enhet med en felles organisatorisk struktur. Den skulle deles inn i fem regioner som videre skulle deles inn i tre nivåer; distrikt, fylke, region. Tilsvarende de tre nivåene skulle det være tre typer sykehus; lokal-, sentral- og regionsykehus. Lokalsykehusbegrepet var i stor grad knyttet til de tredelte sykehusene, med indremedisinsk og kirurgisk avdeling og i tillegg en røntgenavdeling.

På tross av rask medisinsk faglig og teknologisk utvikling i de siste 25 årene frem mot årtusenskiftet, samt endringer i demografi og kommunikasjoner, lå denne sykehusstrukturen fast ut forrige årtusen, det til tross for store faktiske endringer i sykehusene. Det var imidlertid mye oppmerksomhet omkring sykehusstrukturen på 1990-tallet. Mange tok til orde for større grad av funksjonsfordeling mellom sykehusene for å sikre større og mer robuste fagmiljøer og derigjennom bedre kvalitet og ressursutnyttelse. Også den akuttmedisinske behandlingsskjeden ble satt på dagsorden. I Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste", foreslo departementet at det samlede akuttmedisinske tilbudet måtte styrkes, og at departementet skulle utarbeide krav til de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden. Det ble påpekt at akuttberedskapen var en vesentlig faktor i diskusjonen om fremtidig sykehusstruktur.

Da sosialkomiteen behandlet stortingsmeldingen sa den seg enig med departementet i at det var behov for å styrke det samlede akuttmedisinske tilbudet. Stortinget ba imidlertid regjeringen legge frem for Stortinget, som egen sak, "en vurdering av konsekvensene for pasienter og helsepersonell i mindre sentrale strøk ved en overgang til spesialsykehus/ventelistesykehus og sentralisering av akuttberedskapen". Som følge av blant annet dette ble det såkalte "akuttutvalget" nedsatt i 1997. Utvalget leverte sommeren 1998 sin innstilling, NOU 1998: 9 "Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap". Med utgangspunkt i denne innstillingen, samt innstillingen til "luftambulansetutvalget" (NOU 1998: 8 "Luftambulansetjenesten i Norge")

¹⁸"Tilbud og etterspørsel etter spesialsykepleiere. En utredning for Sosial- og helsedirektoratet." Juni 2006

¹⁹ Schiøtz, A. Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Bind 2 Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003. Oslo: Universitetsforlaget

presenterte departementet i juni 2000 Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) for Stortinget.

Ett av akuttutvalgets mange forslag, var at den etablerte sykehusstrukturen, med lokal-, sentral-, og regionssykehus, skulle erstattes av en ny struktur. Nivå 1 skulle utgjøres av de prehospitale tjenestene; primærlegetjenesten, ambulanse- og nødmeldetjenesten. Nivå 2 skulle utgjøres av sykehus med akuttberedskap. Disse skulle deles i modell A, B og C. Modell A hadde akuttberedskap innen indremedisin, modell B hadde akuttberedskap innen indremedisin og deler av kirurgien, mens modell C hadde akuttberedskap innen indremedisin og både ortopedi og bløtdelskirurgi. Nivå 3 skulle være sykehus som ivaretok akuttberedskap innen de høyspesialiserte deler av kirurgi og indremedisin samt alle andre spesialiteter. Det ble presisert at alle tre modellene for akuttberedskap på nivå 2 baserte seg på blant annet en godt fungerende primærhelsetjeneste og ambulanse- og nødmeldetjeneste. Det ble videre sagt at alle sykehus skulle ha døgnbemannet akuttmottak som en særskilt organisatorisk enhet, og at det ved modell A og B burde være et felles akuttmottak (FAM).

Departementet fant, i St.meld. nr 43 (1999-2000), at det ikke var hensiktsmessig å erstatte den etablerte sykehusstruktur med akuttutvalgets forslag, men ønsket å gi forslaget til sykehusmodeller en *retningsgivende status* for den framtidige sykehusplanleggingen. Etter departementets syn måtte vaktberedskapen ved små sykehus kunne rasjonaliseres. Departementet mente imidlertid at det måtte finnes "legevaksberedskap" ved alle sykehus for enklere skader og for å kunne stabilisere pasienter før transport. Departementet mente dessuten at kvalitet måtte komme mer i fokus, også når det gjaldt akuttmedisinsk beredskap.

Heller ikke sosialkomiteen fant det hensiktsmessig, ved behandling av St.meld. nr 43, å erstatte eksisterende sykehusstruktur med akuttutvalgets forslag, som den mente var lite fleksibel (Innst. S nr. 300 (2000-2001)). Flertallet støttet imidlertid departementets forslag om å gi den en retningsgivende status.

Det var ikke bare sykehusstrukturen, men også strukturen for fødselsomsorgen, som stod sentralt i forbindelse med departementets vurdering av akuttutvalgets innstilling og sosialkomiteens behandling av stortingsmelding nr. 43. Utgangspunktet for denne debatten var Helsetilsynets utredning 1/97 "Faglige krav til fødeavdelinger", der det ble foreslått følgende inndeling (kompetansenivåer):

Kvinneklinikker: Minst 1.500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

Fødeavdelinger: Minst 400 – 500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte medisinske forhold.

Mens akuttutvalget i hovedsak sluttet seg til denne inndelingen, var departementets konklusjon at den måtte gjøres *veiledende* for planlegging av den fremtidige fødselsomsorgen. Forutsetningen var at de fødende fikk god oppfølging av jordmor under svangerskapet, seleksjon av risikofødsler, samt klare rutiner for samarbeid mellom ulike fødeinstitusjoner.

Sosialkomiteen gikk lengre enn departementet. I komiteens innstilling het det at "Stortinget ber Regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling for fødselsomsorgen gjeldende for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen" (Innst. S. nr. 300 2000-2001). Komiteen ba i tillegg om at det ble opprettet et nasjonalt råd for fødselsomsorgen som kunne hjelpe til med de kommende omleggingsprosessene. Begge forslag ble vedtatt av Stortinget.

Selv om det ble vedtatt en rekke nye og viktige krav til den akuttmedisinske behandlingsskjeden som følge av akuttutvalgets innstilling, Stortingsmelding nr 43 (1999-2000) og Innst. S. nr. 300 2000-2001, er det antagelig sykehusstrukturen og fødselsomsorgen som i ettertid har fått mest oppmerksomhet. At sykehusstrukturen har fått stor oppmerksomhet, må sees i sammenheng med sykehusreformen i 2002. Reformen har, som beskrevet i kapittel 3, medført en ny organisering av sykehusene i Norge, der flere av de tidligere sykehusene nå inngår som enheter (evt. klinikker eller avdelinger) i et større helseforetak. Som en del av denne omstillingen er det gjennomført visse endringer i funksjonsdelingen mellom helseforetakenes enheter. Disse funksjonsendringene har enkelte steder vært upopulære, og de har også berørt både større og mindre lokalsykehus, noe som har bidratt til økt oppmerksomhet omkring sykehusstrukturen.

Som en følge av dette ba flertallet i sosialkomiteen, da Stortinget behandlet statsbudsjettet for 2004 (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003-2004)), om at "Regjeringen i meldingsdelen av budsjettforslaget for 2005 legger fram en analyse av hvilken rolle lokalsykehusene og nærsykehusene skal spille i den samlede spesialisthelsetjenesten". Flertallet presiserte at "Siktemålet med arbeidet bør være å foreslå en strategi som gjør at disse kan være en trygghetsbase for lokalbefolkningen".

Som oppfølging av dette gjennomførte departementet heldagsmøter ved lokalsykehus i hver av de fem helseregionene. Det ble lagt vekt på dialog med ulike interessegrupper. I St.prp. nr. 1 (2004-2005) presenterte departementet så sitt syn på hvilken rolle det mente lokalsykehusene burde ha. Departementet ga i tillegg, i oppdragsdokumentet for 2005, de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide helhetlige strategier for den fremtidige utviklingen for lokalsykehusene i regionen. Planene skulle klargjøre lokalsykehusenes rolle i en helhetlig strategi, inkludert regionale funksjonsdelinger og helhetlige beredskapsopplegg.

I oktober 2005, i regjeringserklæringen til den nye Stoltenbergregjeringen, ble det så fastslått, som beskrevet innledningsvis, at ingen lokalsykehus skal legges ned. I Nasjonal helseplan 2007-2010, som regjeringen la fram som del av statsbudsjettet for 2007, utdypes hvilken rolle regjeringen ser for lokalsykehus. Lokalsykehustjenestene skal konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, om pasienter som trenger tett oppfølging, og om behandling som krever en generell tilnærming, men ikke

utpreget spisskompetanse. Dette gjelder blant annet tjenester til pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre med sammensatte lidelser.

Også Legeforeningen lot seg engasjere av spørsmålet om lokalsykehusenes fremtidige rolle. Først ut var allmennlegene. Aplf utga allerede i 2003 et helsepolitisk debattskrift om lokalsykehus.²⁰ Hovedbudskapet var at lokalsykehusene måtte være ryggraden i spesialisthelsetjenesten. Dette ble begrunnet med målet om behandling på lavest mulige omsorgsnivå (LEON), at behandling på laveste nivå reduserer faren for både overdiagnostisering og at problemer overses, at lokalsykehus legger til rette for en pasientnær og samhandlingsorientert helsetjeneste, at små sykehus ofte er mer kostnadseffektive enn store, og med at små enheter er oversiktlige, gir ansatte tilhørighet og ansvarsfølelse, noe som motvirker fremmedgjøring. Det ble også vektlagt at lokalsykehus var fastlegenes "ryggdekning" og faglige støtte. Minstekravet til et lokalsykehus mente Aplf måtte være et tilbud og akuttberedskap i både indremedisin, ortopedi og/eller generell kirurgi og psykiatri i tillegg til støttefunksjoner.

I juni 2005 ga Legeforeningen sentralt en arbeidsgruppe i oppgave å utarbeide et problemnotat til sentralstyret og en anbefaling om hva Legeforeningens syn burde være. Rapporten "Lokalsykehusenes fremtidige rolle" forelå i desember 2005. Etter høring i foreningen vedtok foreningens landsstyre enstemmig følgende resolusjon på landsstyremøtet 10.05.2006:

Lokalsjukehusfunksjonen må styrkast både på små og store sjukehus.

Landsstyret i Legeforeningen vil uttale at lokalsjukehusfunksjonen må styrkast både på små og store sjukehus. Vi treng sjukehus som har kompetanse til å avklare uklare tilstandar og gi behandling for dei vanlegaste sjukdommane. Ein må stille faglege minimumskrav til sjukehus som skal ha akuttberedskap, indremedisin som einaste vaktspesialitet er ikkje godt nok.

Med den geografien vi har i vårt land, er det behov for desentraliserte og små sjukehus med nærleik til pasientane, men dette må ikkje gå ut over kvaliteten på behandlinga. Også dei minste sjukehusa med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi og tilgang til laboratorietenester og radiologiske tenester heile døgnet. Dei må stå i behandlingsskjeder der pasientar som treng meir spesialisert utgreiing og behandling blir identifisert, stabilisert og sendt vidare til rette instans.

Dei største lokalsjukehusa ligg i dei store byane. Også desse må organiserast slik at dei tar vare på ein god lokalsjukehusfunksjon med breddekompetanse i mottak og avklaring av pasientar med uklare sjukdomsbilde, og behandling av pasientar med samansette problem.

Vi må derfor styrke spesialitetane i generell indremedisin og generell kirurgi.

Legeforeningens rapport og landsstyrets vedtak, er et forsvar for både det tredelte sykehus og breddekompetansen, og har vakt oppmerksomhet blant grupper som har

²⁰ Helsepolitisk debattskrift nr. 1 fra Aplf.

engasjert seg til forsvar for lokalsykehusene. Det er imidlertid uklart om foreningen mener alle lokalsykehus fortsatt skal bestå og ha akuttfunksjoner. Det foreningen har presisert, er hvilke funksjoner den mener er et minimum ved de lokalsykehus som skal ha akuttfunksjoner.

Departementets syn på lokalsykehusenes rolle, samt Legeforeningens syn på behovet for styrking av breddekompetansen, er ikke uttrykk for en spesiell norsk utvikling i retning av mer vekt på lokale tjenester. Mens utviklingen både internasjonalt og i Norge i årene frem mot årtusenskiftet gikk i sentraliserende retning, parallelt med en økende spesialisering innenfor medisinen, begynte tankegangen å snu ved årtusenskiftet. Utviklingen går fortsatt i retning av sentralisering av visse typer spesialiserte tjenester (fremfor alt kreftkirurgi), men samtidig legges det større vekt på både å opprettholde og utvikle det lokale tilbudet, samt på å styrke helsepersonellens breddekompetanse gjennom endringer i spesialitetsstrukturen.

Et land som nå søker å utvikle modeller for helsetjenesten som sikrer et bredt tilbud i lokalsamfunnet er England. I rapporten "Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel" fra 2003, skrives det blant annet at: "Patients want more, not fewer, local services." Dette mener man er mulig som følge av den teknologiske utviklingen, herunder utviklingen innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som har skapt nye muligheter, blant annet for mer sofistikert dagkirurgi og kliniske nettverk støttet av telemedisin. Hvis mulighetene utnyttes til "*service and workforce redesign*", vil et bredt spekter av tjenester, av høy kvalitet, på en trygg og effektiv måte, kunne tilbys ved mindre sykehus enn man før trodde var mulig, skrives det. Dette brukes som begrunnelse for at den gamle tankegangen om at "biggest is best", som lenge har styrt utviklingen, nå gradvis erstattes av ideen om at "small can work".

De strategier som fremmes for å modernisere tjenestene er (1) Nye og utvidede roller for leger, sykepleiere og annet helsepersonell, (2) Et skifte i retning av mer teambasert arbeid (3) Å utforske nye måter å drifte sykehusene om natten, (4) Å oppnå riktig balanse mellom generalister og spesialister, og (5) Å utforske muligheten som byr seg gjennom å etablere nettverk mellom sykehus, inkludert potensialet for telemedisin.

I tillegg til modernisering (*redesign* og ikke *relocate*), legges det vekt på to andre prinsipper i meldingen: "*developing options for change with people, not for them*" og "*taking a whole systems view*". Det siste innebærer mer vekt på samarbeid og genuin integrasjon og felles planlegging av tjenester ulike aktører imellom.

6.1. Viktige endringer i befolkningens behov, i fag og teknologi

Det er ikke bare i England at den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen oppfattes å skape et behov for "*service and workforce redesign*". Også i Nasjonal helseplan presiseres at den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen, samt de demografiske og epidemiologiske endringer, både skaper utfordringer og store muligheter for helsetjenesten.

6.1.1. Demografiske og epidemiologiske endringer

Tall fra SSB viser at antallet eldre over 67 år vil være relativt uendret ut planperioden, dvs. frem til 2010, men vil deretter øke raskt, fra ca. 600 000 i dag til ca. 800 000 i 2020 og ca. 1 000 000 i 2030. Mens det er gruppen 67-79 år som øker mest i årene frem mot 2025, vil fra 2025 gruppen over 80 år øke kraftig.

Behovene for legehjelp øker med økende alder. Eldre over 70 år, som i 2001 utgjorde 11,4 % av befolkningen, sto samme år for 31,6 % av oppholdene og 42,4 % av liggedagene i sykehus.²¹ De eldste (aldersgruppen over 80 år) sto for nesten halvparten av denne delen av sykehusforbruket blant de gamle.

Til tross for at de eldres helsetilstand bedrer seg, vil befolkningsutviklingen medføre en vekst i behovet for helsetjenester. Det skyldes både at flere med funksjonshemninger lever opp, at flere overlever akutt og alvorlig sykdom, og at flere lever lengre med kronisk sykdom. Fordi eldre ofte har flere lidelser, og fordi forekomsten av kreft øker med alderen, må man også forvente at det vil bli flere som lever med flere kroniske lidelser og økende forekomst av kreftsykdommer. I følge Kreftregisteret vil antall krefttilfeller øke med om lag 30 prosent frem mot 2020.²² Det er også forventet at antallet pasienter med demens vil dobles i løpet av de kommende 20 årene.²³

I tillegg til dette kommer at økt levestandard og endringer i levesett gir nye sykdommer. Blant annet forventes en økende forekomst av såkalte livsstilssykdommer, som diabetes type II og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).

6.1.2. Medisinskfaglige og teknologiske endringer²⁴

Det har skjedd store fremskritt i medisinen siden 2. verdenskrig. De fleste medikamentene vi har i dag er utviklet de siste 50 år, og de fleste undersøkelsesmetoder er utviklet de siste 30 år. Mens de største medikamentelle fremskrittene kom i årene 1945-1970, skyldes de medisinske fremskrittene i årene 1980 – 2000 særlig datateknologien. I årene fremover forventes at fremskrittene særlig vil komme som følge av genteknologi i tillegg til datateknologi. Noen mener de endringene som vil komme i årene fremover vil bli så store at mesteparten av medisinen i år 2020 vil være utviklet i perioden 2000 – 2020.

De generelle faglige utviklingstrekk de senere årene kan oppsummeres slik: Mer differensiert og tilpasset behandling, større behov for samarbeid på tvers av spesialiteter, mer ressurs-, kompetanse- og tidkrevende behandling, økende detaljering og presisjonsnivå, mer skånsom diagnostikk og kirurgi, som har gitt lavere terskler og

²¹ Tall fra samdata.

²² Cancer in Norway 2005. Predictions of cancer incidence by Health Region 2010–2020. Special Issue by Bjørn Møller and Bjarte Aagnes. Kreftregisteret 2006

²³ Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. The Lancet, Vol 366; 17/24/31, 2005

²⁴ Dette avsnittet baserer seg i stor grad på innlegg i Tidssk Nor Lægeforen Nr. 1, 5. januar 2006 (Jubileumsnummeret) om de medisinske spesialitetenes utvikling, diverse forfattere, s. 82-121, og på Norges forskningsråds publikasjon fra 2000: "Medisin og helse anno 2020 – en forskningsodysse"

kortere liggetider (mer dagkirurgi), redusert behovet for sykehussenger men økt behov for mindre ressurskrevende opptrenings- eller rehabiliteringsenheter. I tillegg kan legges til økt fokus på risikohåndtering og juridiske problemstillinger. I det følgende beskrives nærmere noen av de viktigste endringene i medisinen de senere årene, samt hva som forventes å skje i årene frem mot 2025.

Anestesifaget har endret seg som følge av ny teknologi, herunder har man fått bedre bildediagnostikk, nye dialysemetoder og nye metoder for å understøtte og overvåke sirkulasjonen. Samtidig har kortvirkende, styrbare anestesilogiske medikamenter i kombinasjon med mindre traumatisk kirurgi gitt fremvekst av dagkirurgi. Dette gjør at eldre og sykere pasienter i dag blir anestesert og operert med økt sikkerhet, noe som har utvidet indikasjonsgrensene for mange typer kirurgi.

Innenfor farmakologien kom de største fremkrittene allerede i årene 1945 – 1970. Noen mener vi i dag ser innovasjonsstagnasjon, og at dagens nye medikamenter ofte ikke er bedre enn det opprinnelige preparatet, eller bare marginalt bedre, men betraktelig dyrere og uten samme sikkerhetsdokumentasjon. Det finnes unntak. Vi har den senere tid sett utviklingen av nye, virkningsfulle immunologiske medikamenter, først og fremst i gruppen antistoffmedikamenter (TNF-hemmere, for eksempel Remicade) og nye kreftmedisiner (for eksempel Herceptin). Felles for de moderne biologiske behandlingsprinsippene er at kostnadene forbundet med bruk er høye. Det foregår i tillegg et betydelig forskningsarbeid for om mulig å legge til rette for mer individuelt tilpasset forskrivning av legemidler.

Endringene innenfor fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer har vært store. Dette skyldes blant annet utviklingen innenfor ultralyd og kikkhullskirurgi, men også innen farmakologi og annen medisinsk teknologi. Mens det første IVF-barnet ble født i 1984, oppnår i dag ca. 50 % av ufrivillige barnløse graviditet ved tre forsøk. Fostermedisinen er i rask utvikling. I dag kan foster-DNA isoleres fra mors blodprøve, noe som gir stor mulighet for tidlig fosterdiagnostikk og dermed etiske dilemmaer. Den faglige utviklingen i gynekologifaget har redusert behovet for innleggelser. Mye kan i dag gjøres poliklinisk eller som dagkirurgi.²⁵ Mens celleforandringer i livmorhals før ble operert (knivkonisering), gjøres dette i dag med laser på poliklinikken. Diagnostikk av livmorslimhinne krevde tidligere en utskrapning. I dag gjøres dette ved hjelp av ultralyd/aspirasjonshistologi. Mens graviditet utenfor livmoren før ble operert ved laparotomi (åpning av buken), har man nå gått over til laparoskopi (kikkhullskirurgi) og medikamentell behandling. Polypper, muskelknote i livmoren og blødning krevde tidligere laparotomi. I dag benyttes vaginal hysterektomi og hormonspiral. Mens provoserte aborter tidligere ble foretatt kirurgisk, skjer dette nå i økende grad medikamentelt (abortpillen - Mifepriston). Spontanabort, som tidligere ble behandlet med utskraping, behandles i dag oftest med at man gjør ultralyd, tar blodprøver (HCG) og avventer.

²⁵ I følge Pål Øian, leder for Nasjonalt råd for fødselsomsorg, fører nye behandlingsprinsipper/teknologi til årlige besparelser på minst 30.000 liggedøgn.

Generell kirurgi og gastrokirurgi er sterkt endret på grunn av utviklingen innen kikkhullskirurgi (laparoskopi). Et resultat av dette er at det i dag gjøres langt færre åpne operasjoner, enn tidligere. Dette har betydning for de krav man stiller til utdanningen innen kirurgifaget. Også oppdagelsen av at magesår ofte skyldes en bakterie, og derfor kan behandles medikamentelt, har bidratt til å redusere omfanget av åpen bukkirurgi. Det er gjennomført en planlagt sentralisering av kreftkirurgi de siste årene. Dette har også redusert omfanget av den gastrokirurgiske virksomheten på lokalsykehusene.

I fagene hjertesykdommer (kardiologi) og thoraxkirurgi har utviklingen gått raskt. Første koronare bypass (nye blodårer til hjertemuskelen) i Skandinavia ble utført ved Rikshospitalet i 1969, første hjertetransplantasjon i Skandinavia ble utført ved Rikshospitalet i 1983, intern defibrillator ble første gang implantert i Norge 1984 og første ballongdilatasjon av koronarstenose (PTCA/PCI) ble utført i Norge i 1981. Mens både koronar bypass og PCI initialt var en behandling for de få, er det ikke slik i dag. Antallet koronare bypass-operasjoner har vært stabilt fra 1995, men samtidig har antallet PCIs økt raskt. PCI-behandlingen har redusert liggetiden for denne pasientgruppen betraktelig. Kardiologien har også endret seg som følge av rask utvikling i kardial ultralyddiagnostikk, som har økt de diagnostiske muligheter betydelig.

Det faget som kanskje har utviklet seg mest er radiologien, eller bildedannende undersøkelser. Her har man fått en rekke nye modaliteter (typer utstyr). I Norge kom CT i 1975, ultralyd i 1970-årene, MR i 1986 og PET i 2005. Utstyret er gradvis forbedret, noe som har gitt raskere undersøkelser og bedre bilder. I tillegg til nye modaliteter, har man gått over fra bruk av røntgenfilm til digitale systemer, og det er innført PACS (Picture archive and communication system) og teleradiologisk overføring av bilder mellom sykehus.

Den delen av radiologien som er i raskest vekst og utvikling, er intervensjonsradiologien. Den innebærer at minimalt invasive inngrep (både terapeutiske inngrep, biopsier og diagnostiske punksjoner) gjøres under bildeveiledning. Første perkutane transluminale angioplastikk (PTA) ble utført i 1980. Etter det skjøt drenasjeprosedyrer og biopsivirksomhet fart. I dag er PTA-/stentteknikk førstevalg ved stenoserende karsykdommer, trombolytisk behandling kan gis intraarterielt, det settes inn stenter med duk (stentgraft) ved aneurismer og blødninger, myoma uteri, kreft, karmalformasjoner behandles med kateterembolisering. I tiden fremover forventes at rumperte aneurismer og aortaskader og inngrep på hjerteklaffer kan behandles endovaskulært. Videre forventes nyvinninger i forhold til behandling av kreft, herunder selektiv injeksjon av cytostatika, embolisering, ablasjon av svulster med radiofrekvens- og fryseteknikkbehandling. En følge av utviklingen er at radiologene overtar mange av kirurgens oppgaver, dog slik at mye av arbeidet gjøres av team, sammensatt av flere medisinske spesialiteter. Utviklingen innen intervensjonsmedisinen har betydning også for traumatologien. For eksempel kan indre blødninger stanses ved embolisering (tilstopping) av blodkar.

Også innenfor laboratoriefagene har utviklingen gått raskt. De teknologiske løsningene i dag gir mulighet for å analysere mange prøver med ulike metoder på ett analyseinstrument samtidig. Pasientnær analysering (PNA) er analyser der prøvetaking og direkte analysering foregår pasientnært og utenfor de medisinske laboratoriene. Analyseresultatene foreligger raskt etter at prøvetakingen er utført.

Den teknologiske utviklingen har lagt til rette for telemedisin.²⁶ Telemedisinske tjenester kan bidra til å gi pasienten raskere behandling, til å effektivisere spesialisthelsetjenesten og gjøre den lettere tilgjengelig lokalt, samt til å gjøre helsetjenester tilgjengelig i pasientens hjem. Eksempler på telemedisinske tjenester er elektronisk henvisning og videokonferanser. Sistnevnte kan blant annet brukes til å konferere om diagnostikk og behandling av pasienter og til opplæring. (Se kapittel 12).

Utviklingen innenfor telemedisinen gir store muligheter for endringer, blant annet innenfor ambulansetjenesten. I dag skjer viktig diagnostikk i ambulansen ved hjelp av telemedisinsk teknologi. For eksempel blir EKG-registreringer foretatt i ambulansen og så overført til sykehus, der leger stiller diagnosen og avgjør hvilken behandling pasienten skal ha. I nær fremtid vil det være mulig at ambulanspersonalet bærer webkameraer og som gjør at de kan få hjelp og veiledning av leger lokalisert andre steder.

I årene frem mot 2025 er de største forventningene knyttet til utviklingen innen gen- og stamcelleterapi, samt datateknologi. Genterapi vil innebære at man bytter ut et gen som ikke fungerer med et friskt gen, eller at man ved hjelp av medikamenter stimulerer eller hemmer de stoffene genet lager. Håpet for stamcelleforskningen er at man skal bli i stand til å produsere nye celler for implantasjon til erstatning for døde celler, for eksempel bruskceller og hjerteceller, og eventuelt også dyrke frem nye organer. Utviklingen innen datateknologi håper man blant annet skal føre til utvikling av mikrodatamaskiner som kan brukes til å oppheve lammelser.

6.2. Arbeidsgruppas vurdering

På bakgrunn av den nye tenkningen både i Norge og internasjonalt omkring pasientenes behov for lokale tjenestetilbud, og om hvordan den teknologiske utviklingen understøtter dette, samt Regjeringens vedtak om at ingen lokalsykehus skal legges ned, skulle man kanskje tro at debatten i Norge i dag kun handlet om hva som skal være lokalsykehusenes innhold, og ikke deres fortsatte eksistens. Slik er det imidlertid ikke. Debatten om lokalsykehusene er fortsatt preget av stort engasjement og en frykt blant mange for at de endringer som foreslås skal innebære en trinnvis nedleggelse. Lydnivået i debatten kan gi inntrykk av at deltakerne har svært motstridende interesser og synspunkter, og at det er en fastlåst konflikt. Det er *ikke* situasjonen sett med arbeidsgruppas øyne. I møtet med ulike berørte grupper har

²⁶ Nasjonalt senter for telemedisin definerer telemedisin slik: Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert.

gruppa erfart at det er betydelig grad av enighet om sentrale spørsmål knyttet til lokalsykehusene. Enigheten består i oppfatningene om at:

- Lokalsykehusene er en viktig del av norsk helsetjeneste, og representerer en trygghetsbase for befolkningen som bor, og helsepersonell som arbeider, i sykehusets opptaksområde.
- Lokalsykehusenes fortrinn er nærhet og lokalkunnskap. Når det tilrettelegges slik at lokalsykehusene utnytter disse fortrinn, leverer de tjenester med høy faglig kvalitet på en kostnadseffektiv måte. Lokalsykehusene er derfor foretrukne tjenesteleverandører for en stor andel av spesialisthelsetjenestene.
- Folk flest ønsker å motta tjenestene så nær sitt hjem som mulig, men er villige til å reise forbi lokalsykehuset for mer spesialiserte tjenester. De fleste ser behovet for, og er åpne for endringer i lokalsykehusenes funksjoner totalt sett.
- Lokalsykehusene bør innrette sine tjenester og sin kompetanse mot store pasientgrupper, fremfor alt kronisk syke og syke eldre, samt pasienter innenfor psykisk helse og spesialisert rusbehandling, som ofte trenger tett oppfølging og derfor nærhet.
- Medisinens utvikling legger til rette for å desentralisere flere spesialiserte tjenester til lokalsykehusene på dagtid.
- Breddekompetanse er viktig for lokalsykehusenes og det lokale helsetilbudets fremtid. 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.²⁷

Arbeidsgruppa mener at denne enigheten danner et fundament som vil sikre en ny giv for lokalsykehusene, selv om det fortsatt hersker en viss uenighet knyttet til lokalsykehusenes akutfunksjoner. Vi står imidlertid overfor utfordringer i forhold til å utvikle tjenestene ved lokalsykehus og i helsetjenesten forøvrig, på den måten som i størst mulig grad gagnar både enkeltindividet og samfunnet, og som sikrer høyest mulig kvalitet, jamfør kvalitetsbegrepet beskrevet i neste avsnitt. Vi har i Norge hatt økonomi til å ta i bruk mye av den nye teknologien som har kommet. Spørsmålet er imidlertid om vi har omstilt helsetjenesten i takt med endringene, slik at vi har klart, og fortsatt vil klare, å ta ut de gevinster som ny kunnskap og teknologi legger til rette for.

Det er i tilknytning til lokalsykehusene en pågående debatt om sentralisering og desentralisering av tjenester, herunder akutfunksjoner. På tross av at tenkningen har beveget seg i retning av en tro på desentralisering, er det et spørsmål om ikke drivkreftene i retning av sentralisering allikevel i praksis fortsatt dominerer. Det er også et spørsmål om desentraliseringsperspektivet er tilstrekkelig for å nyttegjøre seg de muligheter teknologien skaper. Som det påpekes i NHS, bør den nødvendige omstillingen ikke først og fremst forstås som *flytting* av tjenester mellom nivåer

²⁷ Denne forståelsen baserer seg på definisjon av breddekompetanse gitt rapporten: Lokalsykehusenes fremtidige rolle, av Den norske lægeforening 2006.

(sentralisering og desentralisering), men som *endring* av tjenestene og måtene helsepersonellet arbeider på. Dette krever reell nytenkning og endringsvillighet. Arbeidsgruppa mener en slik tilnærming må legges til grunn ved utforming av lokalsykehusenes akuttfunksjoner og deres rolle mer generelt.

7. En faglig god utvikling

Arbeidsgruppa skal, i følge mandatet, beskrive hva den ser som en god faglig utvikling for lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede for gjeldende helseplanperiode og utover denne, med utgangspunkt i faglig kvalitet i løsningene og fastsatte samlede økonomiske og politiske rammer. Viktige rammer for den faglige utviklingen er fastsatt i Nasjonal helseplan. Det er der presisert at lokalsykehusene skal tilby tjenester til de store pasientgruppene. Dette må gjelde både elektive tjenester og akuttjenester. Videre står det at lokalsykehusene skal tilby tjenester til de pasientgrupper som trenger tett oppfølging. For akuttjenester vil det bety at lokalsykehus skal tilby akuttjenester til pasienter som ofte trenger slike tjenester. Dette gjelder i særlig grad pasienter med indremedisinske diagnoser, som ofte er kroniske, og i mindre grad kirurgiske og ortopediske tilstander, som ofte er enkelthendelser. Det er imidlertid en del kirurgiske og ortopediske tilstander som er hyppige, og som derfor vil berøre store pasientgrupper. Det gjelder spesielt enkelte tilstander som kan behandles poliklinisk, hvorav mange grenser over mot legevaktstjenestene. Disse tjenestene vil falle inn under det neste som fremheves i Nasjonal helseplan, og det er at lokalsykehus skal tilby tjenester der det er behov for en generell tilnærming. Det betyr at lokalsykehusene primært skal tilby akuttjenester der det ikke er behov for svært spesialisert kompetanse.

I Nasjonal helseplan fremheves videre at det ved utforming av lokalsykehusenes tilbud skal legges vekt på behandlingsskjeder, arbeidsdeling mellom sykehus og god samhandling mellom nivåene. Det påpekes dessuten at pasienttilbudet skal sees i et videre perspektiv enn institusjoner og bygninger. I Nasjonal helseplan presiseres at det skal være rom for fleksibilitet i organisering og oppgavedeling, og at det ikke legges opp til en spesifikk organisasjonsmodell. Det står at departementet ser for seg en dynamisk struktur der tilbudet tilpasses endringer i behov og kunnskap.

Arbeidsgruppa mener at rammene for den faglige utviklingen, fastsatt i Nasjonal helseplan, legger til rette for en faglig god utvikling. Med “en god faglig utvikling” forstår arbeidsgruppa en utvikling som sikrer pasientene de akuttjenestene de har behov for, samtidig som disse tjenestene har god kvalitet. I følge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsedirektoratet er tjenester av god kvalitet kjennetegnet ved at de er:²⁸

- Virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse

²⁸ ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2005, veileder IS-1162

- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kvalitetsbegrepet har altså mange dimensjoner. En annen måte å betrakte kvalitet på, er å dele begrepet i administrativ kvalitet, faglig kvalitet og pasientopplevd kvalitet, noe som understreker at ulike grupper kan vurdere kvaliteten ulikt. Dette gjør det nødvendig å være presis i bruken av begrepet. I det følgende diskuteres noen forhold som er viktige for de ulike kvalitetsdimensjonene i relasjon til lokalsykehus, samt hvordan arbeidsgruppa vurderer disse.

7.1. Kompetanse

Riktig kompetanse hos personellet er en sentral forutsetning for gode akuttjenester. Å sikre dette handler ikke bare om å tilpasse grunn- og videreutdanningen til helsepersonellet til tjenestens behov, men også om hvordan kompetansen vedlikeholdes, utvikles og utnyttes lokalt. Fordi helsetjenester i dag i økende grad leveres av team, og ikke av helsepersonell enkeltvis, må kompetanse også knyttes til organisasjoner, ikke bare personer. For at team skal fungere godt trenger deltakerne å kjenne hverandres kompetanse, og ansvars- og oppgavedelingen bør være avklart. Dette er særlig viktig i akuttsituasjoner. Det betyr at god rekruttering, som sikrer stabilitet og robuste fagmiljøer, er viktig for god organisatorisk kompetanse. Ved en viss grad av stabilitet vil det å satse på å utvikle de ansattes kompetanse virkelig lønne seg. Helsepersonellet opparbeider seg etter en tid på samme sted både lokalkunnskap og kjennskap til pasientene, begge deler en type kompetanse som pasienter verdsetter.

Akuttjenester, og helsetjenester mer generelt, handler ikke bare om diagnostikk og behandling, men også i stor grad om veiledning av pasienter og brukere. Når pasienter tar kontakt på grunn av symptomer som bekymrer dem, søker de ofte råd og veiledning om hvordan de skal forholde seg. Det krever pedagogisk kompetanse. Slik kompetanse må etableres og gjøres tilgjengelig i helsetjenesten.

7.2. Volum-kvalitet

En spesiell side ved kompetansespørsmålet, er spørsmålet om det er en sammenheng mellom antall behandlede pasienter (pasientvolum) og kvaliteten på behandlingen. Dette spørsmålet har stått sentralt i debatten om sykehusstrukturen de senere år. Mange synes det virker logisk at kvaliteten øker med pasientvolumet (øvelse gjør mester), særlig innen kirurgien, der håndverket er viktig.

Kunnskapssenteret oppdaterer vinter/vår 2007 litteraturgrunnlaget for sammenhengen mellom volum-kvalitet. I arbeidet er det lagt særlig vekt på å vurdere problemstillinger på hjerte-karområdet, akuttmedisin, gastrokirurgi, ortopedi og kreft. I denne litteraturgjennomgangen er det kun lagt vekt på studier som har tilfredsstillende justering for forskjeller i pasientrisiko.

Det er store metodologiske utfordringer knyttet til slik forskning. Det skyldes at det er mange faktorer og komplekse sammenhenger som påvirker resultatet av medisinsk

behandling (kvalitet). Faktorer av betydning er både egenskaper ved den enkelte behandler (herunder volum), den tjenesteytende enhets organisering og volum, diagnostikk og kliniske vurderinger knyttet til indikasjon for behandling, behandlingsprosessens organisering og ikke minst egenskaper ved pasienten, herunder hvilke andre sykdommer pasienten har. I tillegg kommer at kvalitetsbegrepet har flere aspekter enn det som oftest adresseres i volum-kvalitet litteraturen.²⁹ Relevant er også at de fleste studier baserer seg på data fra administrative databaser, som er etablert med et annet formål, og ikke på data fra for eksempel kvalitetsregistre, som ville være mer egnet. Det er også slik at studiene kun har vurdert utfallet av behandlingen, og ikke om pasienten burde fått den aktuelle behandling. Hovedtyngden av studiene kommer dessuten fra USA, og mange av publikasjonene har overlappende datagrunnlag. Dette kan gi et feilaktig inntrykk av at dokumentasjonen er mer omfattende enn den faktisk er. Det er også vist at studier basert på data fra USA, finner sterkere volum-kvalitet assosiasjon enn studier fra Canada.³⁰ Noe av denne forskjellen kan for eksempel forklares med sosiale forskjeller i tilgang til behandling.

Resultatene fra foreliggende forskning er som følge av dette, med enkelte unntak, *ikke* entydige. Kunnskapssenteret konkluderer med at volum har betydning for utfall etter PCI ved koronarsykdom, operasjoner for utposning på hovedpulsåren og koronare bypassoperasjoner. Litteraturen for operasjoner på halspulsåren, behandling av hjerneslag og intrakranielle aneurismer, samt tette pulsårer på beina, er ikke entydig hva gjelder betydningen av volum for behandlingsresultatet. Foreløpige konklusjoner tyder på at volum er viktig ved enkelte kreftoperasjoner, og da særlig kreft i spiserør, bukspyttkjertel og lever. Gjennomgangen av øvrige diagnoser på kreftområdet er foreløpig ikke ferdigstilt. Når det gjelder betydningen av volum ved protesekirurgi (hofter, knær og skuldre) er ikke litteraturen entydig. Problemstillinger knyttet til nyfødtsomsorg og fødsel er gjennomgått tidligere, uten at det ble konkludert med en klar sammenheng mellom volum og kvalitet.³¹

Det er altså først og fremst for kompliserte kirurgiske prosedyrer at det er dokumentert en sammenheng mellom volum og kvalitet.

Fordi det, som beskrevet over, er mange begrensninger i volum-kvalitetforskningen, er det et sentralt spørsmål hvor overbevisende litteraturen på dette feltet må være, for at den skal vurderes som relevant for den norske helsetjenesten. Forfatterne av Kunnskapssenterets nye kunnskapsoppsummering foreslår at følgende kriterier legges til grunn for diskusjonene:

²⁹ Aktuelle aspekter er sikkerhet, effectiveness, appropriatness, patient centered care/responsiveness, likhet, tilgjengelighet, effeciency. I beste fall adresserer volum-kvalitet litteraturen to av disse aspektene, dvs. effectiveness og sikkerhet.

³⁰ Urbach DR, Croxford R, MacCallum NL, Stukel TA. How are volume-outcome associations related to models of health care funding and delivery? A comparison of the United States and Canada. *World J Surg* 2005; 29(10):1230-1233.

³¹ Myrhaug H og Norderhaug I, Fødeavdelinger, fødestuer, pasientvolum og behandlingskvalitet. Notat Kunnskapssenteret, oktober 2005 (<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=340>)

1. Sammenhengen må ha en troverdig forklaring. Volum i seg selv gir ingen logisk forklaring på eventuelle forskjeller i kvalitet. Andre mekanismer medvirker til kvalitetsforskjell mellom høy- og lavvolum leger eller høy- og lavvolum sykehus. Disse strekker seg fra de innledende undersøkelser og valg av behandlingsstrategi til behandling og oppfølging av pasienter etter behandling. Svært få studier har analysert forklaringsvariabler for ulike utfall mellom sykehuskategorier, og de som har gjort det har utelukkende fokusert på behandlings- og/eller oppfølgingsperioden.
2. Effekten må ha relevant klinisk betydning. Resultatene må derfor omfatte sentrale kliniske utfallsmål, og forskjeller mellom sykehus eller leger må være av en størrelse som har klinisk betydning.
3. Resultatene må være konsistente i ulike helsesystemer. Det er ikke gitt at resultater fra USA er relevante for europeiske og norske forhold.
4. Konsekvensene må være akseptable økonomisk, politisk og for befolkningen.

7.3. Trygghet, nærhet og tilgjengelighet

Begrepet trygghet står sentralt i debatten om lokalsykehusene generelt og spesielt ved diskusjoner om deres akuttfunksjoner. Trygghet er et kjerneanliggende for mennesker overallt.³² For pasienters trygghet er det viktig at feil og uheldige medisinske hendelser minimaliseres, men trygghet er også tett forbundet med forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet i tjenestene. Utfordringen knyttet til å skape trygghet øker derfor når det skjer raske forandringer. Dette er relevant for helsetjenesten, der det de siste årene har vært hyppige omstillinger, og mange av disse har berørt lokalsykehus.

Fordi trygghet er tett forbundet med forutsigbarhet, er trygghet i omstillingsprosesser avhengig ikke bare av utfallet av prosessen, men også av hvordan prosessen forløper. Trygghet synes blant annet avhengig av hva befolkningen opplever at målet for prosessen er. Omstillingsprosesser der befolkningen opplever at målet er å spare penger, synes særlig å skape utrygghet. Det synes som om befolkningen ofte opplever endringsforslag som økonomisk begrunnet, og som tiltak som vil føre til en forringelse av tjenestetilbudet, til tross for at sykehuseierne presenterer endringene som forbedringer. Denne mistilliten, som kan skyldes ulike syn på hva som er et godt tilbud, men som antagelig også skyldes dårlig kommunikasjon og dårlige prosesser, er i seg selv en utfordring i forhold til å skape trygghet.

Trygghet i relasjon til lokalsykehus har ikke bare med forutsigbarhet å gjøre, men også med nærhet. Som beskrevet innledningsvis er det fastslått i Soria Moria erklæringen at regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Nærhet handler både om avstander (fysisk nærhet) og lokalkunnskap/tilhørighet. Lokalsykehus har som sine fortrinn både fysisk nærhet og lokalkunnskap, noe som legger til rette for kontinuitet og tilhørighet, og

³² Eriksen, Thomas Hylland red. (2006): "Trygghet", Universitetsforlaget. Begrepet trygg stammer fra det oldnorske tryggr, som betyr trofast, pålitelig, ubekymret.

dermed trygghet. Forutsetningen for kontinuitet og lokalkunnskap er imidlertid en viss stabilitet blant personalet, noe som enkelte steder er vanskelig å få til, som følge av rekrutteringsproblemer.

Ettersom regjeringen har lovet nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud, er et sentralt spørsmål: *Hva er nært nok?* Her vil det kunne være mange oppfatninger. Når pasienter er opptatt av nærhet handler dette både om en subjektiv trygghetsopplevelse og om hva som er bekvemmelig. De fleste pasienter, men spesielt eldre, kvier seg for transporter, som kan oppleves som en stor belastning, og dermed som noe som forringer kvaliteten på tjenesten, selv om transporten medisinsk sett regnes som forsvarlig. Nærhet tilrettelegger dessuten for at pårørende kan komme på besøk. Fysisk nærhet er særlig viktig for pasienter som trenger tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten, jamfør Nasjonal helseplan, dvs. pasienter med kroniske lidelser og syke eldre som ofte har sammensatte tilstander i form av flere kroniske lidelser. Et argument som har vært brukt for sentralisering av medisinske funksjoner er at transport i dag skjer lettere og raskere enn tidligere, blant annet som følge av utbedringer av veinettet. Fra et medisinskfaglig ståsted er spørsmålet om hva som er nært nok ikke bare avhengig av avstander/transporttider, men også av type medisinsk tilstand, tilstandens alvorlighetsgrad og kvaliteten på de prehospitale tjenestene. For medisinskfaglig kvalitet er et sentralt spørsmål hvor lang transport en pasient kan tåle før prognosen blir dårligere.

Et av de viktigste funnene i Riksrevisjonens rapport, som det er vist til over, er at tilgjengeligheten til akuttjenester varierer.³³ Det varierer både mellom og innen ulike AMK-distrikter hvor lenge en pasient må vente fra AMK-sentralen er varslet til ambulansen er fremme ved skadestedet (responstid) og hvor lenge en pasient må vente i sykehusenes akuttmottak. Ventetiden i akuttmottaket skyldes oftest at pasienten må vente på undersøkelse av lege. Ventetid i et akuttmottak kan bety at pasienten ville fått raskere behandling ved å reise til "neste" sykehus. Dette illustrerer at nærhet og tilgjengelighet har en rekke dimensjoner.

7.4. God samhandling – koordinerte tjenester

Som det fremgår av kapittel 4 får de aller fleste pasienter dekket sitt behov for helsetjenester gjennom kontakten med førstelinjetjenesten, både gjennom kommunelegenes/fastlegenes virksomhet og gjennom kommunenes helse- og sosialtjenester for øvrig. Det er også uomtvistelig at de fleste får dekket en betydelig del av sitt behov for omsorg og helsehjelp gjennom nære relasjoner til familie og venner og kontakt med kolleger i arbeidsliv. Bare en liten andel har også behov for mer spesialiserte tjenester. For disse vil det imidlertid være viktig at tjenestene er godt koordinerte. Bedre samhandling har de siste årene stått sentralt i norsk helsetjeneste. Behovet for en helhetlig tilnærming, koordinering og god samhandling øker jo mer spesialisert helsetjenesten blir. I Nasjonal helseplan er bedre samhandling et av de

³³ Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005-2006)

viktigste målene for planperioden. Ett behandlingsforløp for en pasient vil ofte innebære tjenester fra mange ulike behandlere/helsepersonellgrupper og fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det gjelder særlig pasienter med kroniske lidelser. For at disse behandlingsforløpene fra pasientens ståsted skal ha god kvalitet, er det ikke tilstrekkelig at hver deltjeneste har det. Pasienter har behov for god koordinering av tjenestene både mellom tjenestenivåene og innen ett tjenestenivå. Flere tiltak er iverksatt for å bedre samhandlingen. Blant annet har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester krav på en individuell plan. Fortsatt står man imidlertid overfor store utfordringer når det gjelder å utforme tjenestene i samsvar med pasientenes behov.

7.5. God bruk av ressurser

Behandling på laveste effektive omsorgsnivå har vært et mål i Norge siden 1970-tallet. Begrunnelsen som gis i Nasjonal helseplan er blant annet at nærhet og lokalkunnskap gir de beste muligheter for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud med reell brukerinnflytelse. Målet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå begrunnes også med god utnyttelse av samfunnets ressurser. Dette tilsier at de som kan behandles på lokalsykehusnivå, skal behandles på dette nivået.

I forhold til akuttfunksjoner er det imidlertid også en internasjonal diskusjon om hvor stort opptaksområde et sykehus bør ha for å sikre høyest mulig kvalitet, herunder utnytte ressursene best mulig. I Helse Sør sin rapport om lokalsykehustjenester angis at et opptaksområde på 60-90 000 innbyggere anses optimalt for akutte indremedisinske avdelinger. Den danske legeforeningen har nylig lagt frem sitt forslag til hvordan tjenestene til akutt syke pasienter bør organiseres. Den mener akuttsykehus bør ha et opptaksområde på 250 000 innbyggere.³⁴ 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.³⁵

Ser man på den faktiske organiseringen av små sykehus i ulike land er konklusjonen at det er store forskjeller mellom disse.³⁶ Det er fra land til land forskjeller i størrelse, hvilke tilbud som finnes og hvilke pasientgrupper som behandles og på samhandlingen mellom nivåene. Forklaringen som gis er at organiseringen av tilbudet må tilpasses lokale forhold.

³⁴ Ved akut sykdom. Lægeforeningens forslag til en styrket indsats for akutte patienter. http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/POLITIK/POLITIKPAPIRER/POLITIKPAPIRER_LAEGEFORENINGEN/ved_akut_sygdom

³⁵ Kehlet, H. og S. Laurberg: Gastrointestinal kirurgi – hvorfor spesialisering? Ugeskr Læger 168/15-16, s. 1519-21. 10. april 2006.

³⁶ 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

7.6. Arbeidsgruppas vurdering

Det er i dag full enighet om at bedre samhandling og koordinering er nødvendig for å styrke kvaliteten i norsk helsetjeneste. Dette gjelder også i relasjon til akuttmedisinske behandlingsskjeder, selv om enkelte nok vil hevde at samhandlingen ofte fungerer bedre når det haster enn i elektive behandlingsskjeder. Når det gjelder lokalsykehusenes akutfunksjoner knytter konfliktene seg til spørsmålene om kompetanse, volum-kvalitet, tilgjengelighet og nærhet (trygghet), samt til hvilken vekt som skal tillegges økonomi. Formuleringen i Nasjonal helseplan om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan, kan forstås som et forsøk på å balansere ulike hensyn. I dette ligger at alt som ut fra medisinskfaglige kriterier må sentraliseres, skal sentraliseres og at det øvrige, ut fra pasientenes ønske om nærhet til tjenestene, skal desentraliseres. Selv om dette er en ledetråd, løser det ikke alle dilemmaene. Det skyldes både at det ikke er entydig hva som ut fra medisinskfaglige hensyn (virkningsfulle, trygge og sikre tjenester) må sentraliseres, og at det ikke er gitt hvordan små medisinskfaglige gevinster skal veies mot pasientenes ønske om nærhet (brukerinnflytelse, tilgjengelighet). Formuleringen sier heller ikke hvordan økonomiske hensyn skal veies.

Arbeidsgruppas mandat og mål er å bidra til trygghet for befolkningen gjennom å sikre faglig gode lokalsykehus. Den mener imidlertid at det ikke finnes enkle og entydige svar på hva som er den riktige balansen mellom de ulike kvalitetshensyn, og dermed på hva som er faglig godt. Dette handler i stor grad om prioritering. Arbeidsgruppa mener medisinskfaglig kvalitet, og spesielt pasientsikkerhet, må veie tungt. Hensynet til pasientenes sikkerhet innebærer at arbeidsgruppa mener at volumet på den elektive (planlagte) aktiviteten på alle sykehus må være så stort at det er mulig å dokumentere behandlingskvaliteten og dermed fange opp eventuelle avvik gjennom registrering i kliniske kvalitetsregistre. Dette kravet er uavhengig av spørsmålet om det er dokumentert en sammenheng mellom volum-kvalitet. I noen tilfeller vil volum-kvalitetshensyn tale for å sentralisere funksjoner. Det gjelder imidlertid i like stor grad spesialiserte tjenester levert ved store sykehus som lokalsykehusfunksjoner.³⁷ Oftest er det ikke entydig hva som gir best medisinskfaglig kvalitet. Både hensynet til nærhet, god samhandling og god bruk av samfunnets ressurser, tilsier at flest mulig spesialisthelsetjenester må leveres på lavest mulig omsorgsnivå, noe som vil si på lokalsykehus.

Arbeidsgruppa vil imidlertid påpeke at hensynet til rekruttering av helsepersonell må tillegges vekt ved vurdering av kvalitet og kompetanse. Få ønsker i dag å ha vakt oftere enn hver fjerde natt, noe som enkelte steder tilsier flere ansatte. Den bemanningen som skal til for å ivareta vakt/beredskap kan gi en overkapasitet i forhold til elektive funksjoner, på grunn av for lite befolkningsgrunnlag i sykehuset opptaksområde. Det at den enkelte lege får lite å gjøre på dagtid, kan bidra til å svekke rekrutteringen. Rekrutteringsproblemer ved flere små sykehus i samme område, kombinert med lave

³⁷ Mange høyspesialiserte prosedyrer gjøres sjelden ved flere av våre store sykehus, enkelte mindre enn 5-10 ganger i året. Her er sentralisering, for eksempel i form av et skandinavisk samarbeid, aktuelt. Jmfør Rapporten Fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester fra av RHFene om høyspesialiserte tjenester. Rapport fra prosjektgruppe. September 2006

pasientvolumer, kan tale for sentralisering av funksjoner, ikke nødvendigvis på grunn av en volum-kvalitet sammenheng, men for å skape mer robuste fagmiljøer og på den måten øke den organisatoriske kompetansen, og ut fra hensynet til god bruk av knappe ressurser. Samtidig må det vurderes hvordan flest mulig funksjoner kan ivaretas lokalt ved å endre tjenestene, herunder oppgavedelingen mellom helsepersonell og måten helsepersonellet arbeider på.

Arbeidsgruppa mener at det er svært viktig å sikre riktig kompetanse i lokalsykehus. Endringer i spesialiststrukturer kan aldri helt løse dette dilemmaet. Bevisst satsning på utvikling og dokumentasjon av tilpasset kompetanse hos de ansatte ved lokalsykehus er viktig for å sikre desentraliserte tjenester.

Arbeidsgruppa mener lokalsykehusenes fortrinn, dvs. nærhet og lokalkunnskap, er viktige kvalitetsaspekter, som bidrar til trygghet. Dette er særlig viktig for enkelte pasientgrupper, som syke eldre og pasienter med kroniske lidelser, som trenger tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Gruppa mener at i tillegg til hyppighet for kontakt, må medisinskfaglige hensyn anses som relevante for nærhetsbegrepet. Også spørsmålet om hvor lang transport- og ventetid som er medisinsk forsvarlig, må legges til grunn ved vurdering av hvor nært akuttjenester skal være, for at regjeringens løfte om nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud skal oppfylles.

Arbeidsgruppa tolker Nasjonal helseplan slik at den tilnærmingen departementet mener må legges til grunn ved utforming av lokalsykehusene, tar utgangspunkt i behandlingsskjeder, nettverk mellom sykehus og god samhandling mellom nivåene. Dette er en annen tilnærming enn den som har dominert debatten om lokalsykehusene til nå, der mye har handlet om ulike typer sykehus (sykehusstruktur), i stor grad definert ved hvilke typer avdelinger/spesialiteter som skal være tilstede. Arbeidsgruppa mener at et ensidig fokus på avdelinger/spesialister på sykehus kan ta oppmerksomheten bort fra betydningen av andre ledd i behandlingsskjeden og samhandlingen mellom disse. Erfaringer viser at endringer ett sted ofte gjøres uten at hele behandlingsskjeden for berørte pasientgrupper blir kartlagt, og uten at det blir iverksatt nødvendige kompenserende tiltak i andre ledd i behandlingsskjeden. Dette har stor betydning for kvaliteten på tjenestene fordi denne aldri blir bedre enn svakeste ledd i kjeden.

Arbeidsgruppas utgangspunkt er at for befolkningen og pasientene er det tjenestenes tilgjengelighet og kvalitet som er viktig. Det vesentlige er at behandlingsskjedene er godt koordinert og tilrettelagt, og at de som utfører tjenestene har riktig kompetanse. Riktig kompetanse har selvfølgelig i stor grad med hvilken formell utdanning og spesialitet personellet har, men er ikke bestemt av det alene. Det er dessuten viktig for pasientene at de så tidlig som mulig får sine bekymringer og sin tilstand avklart, dvs. at det er god tilgjengelighet for rådgivning og diagnostikk. God diagnostikk tidlig i forløpet vil sikre at pasientene ledes inn i riktig behandlingsskjede, noe som vil redusere forsinkelser, dobbeltarbeid og unødige transporter.

At det i dagens helsetjeneste trolig er i forhold til tilretteleggelse og samordning av behandlingsskjeder det svikter mest, taler for at det er behov for et nytt perspektiv, og for nytenkning for befolkningens og pasientenes del. Både den tradisjonelle hierarkiske

sykehusstrukturen, nivåinndelingen og den tradisjonelle arbeidsdelingen mellom yrkesgrupper og spesialiteter må revurderes og mykes opp for å sikre pasientene de tjenestene de har behov for så nærme hjemmet som mulig, og så godt koordinert som mulig, i samsvar med det den faglige og teknologiske utviklingen legger til rette for. Arbeidsgruppa vil imidlertid påpeke at en slik tilnærming, basert på tidlig diagnostikk og avklarte behandlingsskjeder på tvers av nivåer og sykehus, forutsetter tydelige nettverk og god samhandling. Dette er krevende ledelsesmessig. Nettverk må ikke være løse og uforpliktende, men ha tydelig ansvars plassering, styring og kontroll, blant annet i form av prosedyrer og retningslinjer tilpasset lokale forhold. Dette er også en form for strukturer, men av en annen type enn de som tidligere i stor grad har vært vektlagt. Nettverk og behandlingsskjeder krever derfor gode ledere på alle nivåer og god internkontroll. Dersom utvikling av tjenestene med utgangspunkt i tidlig diagnostikk, behandlingsskjeder og nettverk skal lykkes, kreves også vilje til omstilling hos de ansatte, samt kompetansemessige tiltak.

8. Om begreper og lovkrav

Enkelte begreper er viktige for arbeidsgruppa. I følge Nasjonal helseplan skal de oppgaver departementet skisserer for lokalsykehusene sikre at disse forblir reelle sykehus. Det betyr at definisjonen av et "sykehus" er viktig. I følge rundskriv I-4/2000 om godkjenning av sykehus, er sykehustjenester definert som medisinsk undersøkelse og behandling som tilrettelegges slik at pasienten kan beholdes over natten der dette er ønskelig/nødvendig av medisinske grunner. Gitt denne definisjonen er et sykehus et sted der det tilbys medisinsk undersøkelse og behandling som er tilrettelagt slik at pasienten *kan* beholdes over natten. Dette er en åpen definisjon, som ikke klart skiller et sykehus fra en sykestue eller et distriktsmedisinsk senter, der det er tilrettelagt for at pasienten kan overnatte.

Det må påpekes at begrepet sykehus er blitt mer uklart, og også problematisk, etter sykehusreformen. Flere av de tidligere sykehusene inngår i dag i et helseforetak og er en avdeling av dette.

I følge lov om spesialisthelsetjenesten § 3-1 har sykehus og fødestuer plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi, er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasientene for undersøkelse og *om nødvendig* behandling.³⁸ Når det gjelder psykiatrisk øyeblikkelig hjelpstjenester sier loven at regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger med en slik plikt.

Et relevant spørsmål for arbeidsgruppa er hva et lokalsykehus er. I følge Nasjonal helseplan er lokalsykehus sykehus som tilbyr spesialisthelsetjenester til befolkningen i et spesielt opptaksområde. Det samme gjør imidlertid også sentral- og regionsykehus, som også har lokalsykehusfunksjoner, i tillegg til å tilby mer spesialiserte tjenester til

³⁸ Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

pasientene i et opptaksområde. På grunn av denne uklarheten ønsker arbeidsgruppa å presisere at den i sitt arbeid har konsentrert seg om de små (lokal)sykehusene, som har som hovedoppgave å tilby breddekompetansebaserte spesialisttjenester til befolkningen i sitt opptaksområde.

To andre begrep som dukker opp i diskusjonen om lokalsykehusenes akuttjenester, er "fullverdig sykehus", "fullverdig akutttilbud" og "likeverdig tilbud". De færreste vil nok mene at et "fullverdig sykehus/akutttilbud" betyr at lokalsykehus skal tilby alle typer tjenester/akuttjenester. Ofte synes det som "fullverdig" knyttes til det minimum av tjenester, herunder akuttjenester, ulike grupper mener må være tilstede. "Fullverdige lokalsykehus" er dermed de sykehus som tilbyr dette minimum. Arbeidsgruppa finner det ikke hensiktsmessig å skille mellom fullverdige og andre lokalsykehus.

Et likeverdig tilbud forstås av enkelte som at det skal være det samme akuttmedisinske tilbudet ved alle lokalsykehus. Et likeverdig akutttilbud kan imidlertid også forstås som et medisinskfaglig forsvarlig akutttilbud, som ivaretar befolkningens behov for akuttjenester, jamfør kravet i Innst. S. nr. 300 (2000-2001), om at befolkningen skal sikres et medisinskfaglig forsvarlig tilbud av akuttmedisinske tjenester uansett hvor de bor. Arbeidsgruppa forstår et likeverdig tilbud på sistnevnte måte.

9. Akuttmedisinske behandlingsskjeder

Akuttmedisinske behandlingsskjeder skal tilrettelegges for pasienter med ulike sykdommer. Ved akutt sykdom og skade er det imidlertid oftest uklart hva som feiler pasienten. Høyest prioritet initialt har derfor, i tillegg til symptomrettet behandling (smertelindring, stabilisering, eventuelt livreddende behandling), diagnostikk for å avklare hvilken behandlingsskjede som er den rette for pasienten, om den innebærer tilbakeføring til førstelinjetjenesten eller hjem, innleggelse på nærmeste lokalsykehus eller transport til mer spesialisert sykehus. Den initiale diagnostikken er derfor viktig for at pasienter skal få riktig behandling.

I det følgende diskuteres enkelte pasientgrupper, med utgangspunkt i de symptomer pasienten presenterer seg med. Det er tatt utgangspunkt i de hyppigste kontaktårsakene, jamfør analysen av Blefjell sykehus og Helgelandsykehuset, se vedlegg 1. Formålet med å diskutere pasientgruppene er å legge til rette for en diskusjon av hvordan behandlingsskjedene bør utformes, og hvilken diagnostisk og behandlingsmessig kompetanse som bør finnes på lokalsykehus. I hver av symptomgruppene er bare noen sykdomsgrupper nevnt.

9.1. Pasientgrupper

9.1.1. Brystsmerter

Pasienter med brystsmerter og andre symptomer fra bryst- og hjerteregionen utgjør en stor andel av pasientene som innlegges på sykehus. Brystsmerter kan representere alt fra ufarlige muskelsmerter, til livstruende hastetilstander som hjerteinfarkt, sprukken hovedpulsåre og blodpropp i lungene. Tidlig diagnostikk og behandling vil for disse

diagnosene være avgjørende for utfallet. Mens pasienter med mistanke om akutt hjerteinfarkt tidligere alltid ble innlagt og behandlet ved lokalsykehus, har det de senere årene skjedd store endringer i behandlingsskjeden for disse pasientene. Ved akutt tilstopping av en kransarterie er det viktig med rask åpning av arterien for å avgrense størrelsen på hjerteinfarkt. Frem til for få år siden skjedde dette ved bruk av blodproppopløsende (trombolytiske) medikamenter, noe som kunne skje på lokalsykehus. I dag er det dokumentert at den mest effektive behandlingsmetoden for pasienter med såkalt STEMI (infarkt med ST-elevasjon, som utgjør ca. 30-40 % av alle med hjerteinfarkt) er akutt perkutan koronar intervensjon (PCI, dvs. utblokking av trangt parti med kateter) innen 12 timer, forutsatt at dette skjer ved et høyvolumsenter. Det beste for pasienter med slike infarkter er rask transport til et sykehus der PCI kan gjennomføres. Når ambulansepersonalet ved hjelp av hjerreprøve (EKG) konstaterer STEMI, skal pasienten ideelt sett kjøres rett til et sykehus med invasivt senter. Hvis reisetiden til et invasivt senter er mer enn 60 minutter og sykehistorien under 3 timer, vil tidstapet ved transport tilsi at trombolyse gitt lokalt er det beste alternativet. Pasienter med kontraindikasjoner mot trombolyse, manglende effekt av trombolyse og pasienter med alvorlig sirkulasjonssvikt, skal også sendes direkte til PCI. Pasienter med infarkter uten ST-elevasjon (NSTEMI) og pasienter med ustabil angina pectoris behandles først medikamentelt på sitt lokalsykehus, men vil senere i behandlingsforløpet være kandidater for videre utredning ved invasivt senter.

Denne behandlingsskjeden ved akutt hjerteinfarkt innebærer en sentralisering i forhold til tidligere, og øker antallet ambulansetransporter. Fortsatt kan og skal imidlertid majoriteten av pasientene med akutte bryst smerter behandles på lokalsykehus. Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør disse pasientene i gjennomsnitt snaut 15 % av øyeblikkelig hjelp innleggelsene ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

9.1.2. Akutte skader og smerter i muskel-skjelett

Sår og skader i rygg, hofte, hode, armer eller ben er viktige kontaktårsaker ved legevakt og forårsaker mange konsultasjoner på lokalsykehusenes poliklinikker/skadestuer og endel akuttinnleggelser. For flertallet av disse pasientene er det ikke behov for ortopedisk kompetanse for å utføre nødvendig diagnostikk og stabilisering, og en stor andel av pasientene kan ferdigbehandles av legevaktslegene. En viktig forutsetning er tilgjengelig diagnostisk utstyr, fremfor alt vanlig røntgen, som ofte vil kunne utelukke brudd, og dermed behovet for mer spesialisert kompetanse. Enkle brudd vil også kunne behandles av legevaktsleger, spesielt hvis legevaktslegene har tilgang til veiledning av ortoped. De fleste av de virkelig akutte ortopediske tilstandene er sjeldne. Eksempler er tverrsnittslesjoner i rygg, skiveglidning med lammelser, bakterielle leddbetennelser, åpne brudd og brudd med store blødninger og sterkt redusert sirkulasjon. Disse pasientene vil kunne diagnostiseres og stabiliseres av legevaktslege før transport til sykehus med ortopedisk kompetanse tilgjengelig.

Når det gjelder eldre pasienter som har falt og slått seg, er også diagnostikken viktig, men ikke alltid bare for å utelukke brudd. For en stor andel av denne pasientgruppen er den viktigste problemstillingen at pasienten har så store smerter at han/hun ikke klarer

seg alene. Dette fører ofte til innleggelse, også av dem som ikke har brudd, eventuelt har brudd som ikke trenger noen operativ behandling (sammenfallsbrudd i rygg). En annen grunn til at disse pasientene kan trenge innleggelse er for å avklare hvorfor pasienten har falt. Ikke sjelden er det en underliggende medisinsk lidelse som har medført fallet, og i verste fall kan et brudd bidra til at denne lidelsen overses.

Hodeskader kan være fra minimale til alvorlige. Skandinaviske retningslinjer fra år 2000 angir behandlingsskjeden avhengig av hvor alvorlig skaden er. For legevaktslegen er det derfor viktig å avgjøre hvilken kategori pasienten tilhører. Pasienter med minimal hodeskade trenger for eksempel ikke innleggelse, mens pasienter med moderat hodeskade skal ha en CT-undersøkelse, og denne skal vurderes av kvalifisert personell. Det betyr at pasienter med moderat hodeskade ikke kan innlegges sted på sykehus der det ikke er mulig å få tatt CT ved innleggelse og få bildene tolket av kvalifisert personell. For pasienter med lett hodeskade anbefales også CT-undersøkelse, men disse pasientene kan alternativt innlegges til observasjon ved sykehus uten mulighet for rask CT-undersøkelse. Pasienter med alvorlig hodeskade skal så raskt som mulig overføres til en nevrokirurgisk avdeling. Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør disse pasientene i gjennomsnitt snaut 14 % av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

9.1.3. Tung pust

En annen gruppe pasienter som hyppig trenger tilsyn av legevakt og akuttinnleggelse, er pasienter med tung pust. Tung pust kan skyldes en rekke lidelser, fremfor alt i hjerte og lunger (eventuelt i kombinasjon), herunder både hjerteinfarkt, lungeemboli, astma og ikke minst kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og hjertesvikt.

Trolig lider over 200 000 personer i Norge av KOLS. Sykdommen er den hyppigste årsak til sykehusinnleggelse blant voksne på grunn av sykdom i luftveiene. KOLS-pasienter får lett infeksjoner i luftveiene (bronkitt og lungebetennelse) og akutte anfall med luftveisobstruksjon og pusteproblemer. De vil da kunne trenge intravenøs tilførsel av antibiotika, medikamenter for å åpne luftveiene, samt surstofftilførsel. I enkelte tilfeller vil disse pasientene bli så dårlige at de får behov for respiratorbehandling.

Som en stor kronikergruppe er KOLS-pasienter en prioritert gruppe. Det reflekteres i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 lanserte en Nasjonal strategi for KOLS-området. I strategien understrekes blant annet at KOLS-pasienter trenger tett oppfølging av fastlegen, et koordinert tilbud fra primær- og spesialisthelsetjenesten, og at det er en nasjonal målsetning å styrke rehabiliteringstilbudet til KOLS-pasienter.

En annen viktig gruppe blant pasienter med pusteproblemer er pasienter med hjertesvikt. 1 - 2 % av befolkningen i alderen 25 - 75 år har hjertesvikt og prevalensen øker med økende alder.³⁹ Enkelte befolkningsundersøkelser viser at opptil 9 - 12 % av

³⁹ Marit Aarønæs, Dan Atar, Vernon Bonarjee, Torstein Gundersen, Maja-Lisa Løchen, Rune Mo, Eivind S.P. Myhre, Torbjørn Omland, Per K. Rønnevik, Johnny Vegsundvåg, Arne Westheim: Kronisk hjertesvikt - etiologi og diagnostikk, Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 171-3

dem over 75 år har tegn på sykdommen. Disse pasientene trenger tett oppfølging, et utstrakt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt god opplæring. Det er vist at etablering av multidisiplinære hjertesviktpoliklinikker gir økt overlevelse, bedre livskvalitet og færre innleggelser. Slike poliklinikker, som kan etableres i forbindelse med Lærings- og mestringsentra, skal være et supplement, ikke en konkurrent til primærhelsetjenesten.⁴⁰ Akutt hjertesvikt med respirasjonssvikt representerer en alvorlig hastesituasjon. Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør disse pasientene i gjennomsnitt snaut 11 % av øyeblikkelig hjelp innleggelser ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

9.1.4. Uklare tilstander

Mange pasienter som søker akuttmedisinsk hjelp har uklare symptomer. Hos eldre kan slike symptomer være svekket allmenntilstand uten feber, falltendens og urinlekkasje. Dette kan være tegn på en lang rekke underliggende lidelser. For denne pasientgruppen er god diagnostikk nødvendig. Det trenger imidlertid ikke bety innleggelse, dersom pasienten kan få nødvendig pleie og omsorg mens tilstanden avklares. Derimot vil geriatrik kompetanse ofte være viktig for riktig diagnostikk og behandling. En liten andel av pasienter med uklare symptomer er alvorlig syke og klinisk ustabile. Disse pasientene vil ha behov for et annet akuttmedisinsk og diagnostisk tilbud, dvs. en annen behandlingskjede, enn de øvrige. Som det fremgår av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør pasienter med uklare symptomer i gjennomsnitt ca. 8,5 % av øyeblikkelig hjelpinnleggelser ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset (se også avsnitt 9.1.7).

9.1.5. Magesmerter

I gruppen som oppsøker legevakten på grunn av magesmerter, hører pasienter med mange typer lidelser, fra de ufarlige (forstoppelse) til de livstruende (hull på tarmen eller tarmslyng). For legen kan den initiale undersøkelsen ofte være utilstrekkelig for å avklare om pasienten har en medisinsk, en kirurgisk (herunder urologisk) eller en gynekologisk sykdomstilstand, og det kan også ofte være uklart om pasientens lidelse er noe helt ufarlig, og som vil gå over av seg selv, eller noe mer alvorlig. For å avklare dette kan det være behov for ytterligere diagnostikk i form av blodprøver og røntgen/ultralyd, og for mange pasienter er observasjon over tid nødvendig for å se hvordan tilstanden utvikler seg. Mange av disse pasientene innlegges derfor. For pasienter hvor man mistenker en sykdom hvor kirurgi kan bli nødvendig, og som innlegges ved kirurgiske avdelinger, er det allikevel sjelden nødvendig eller riktig med kirurgi umiddelbart. For kirurgen er ofte den viktigste, og den vanskeligste beslutningen, nettopp å avgjøre om og når det er indikasjon for operasjon. Det er imidlertid noen pasienter der operasjon haster. Dette gjelder blant annet pasienter som blør i buken. Enkelte av disse vil imidlertid ikke kunne behandles, bare stabiliseres, på lokalsykehus. Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør alle pasienter med

⁴⁰ Som forrige.

mage/tarm symptomer omkring 8 % av øyeblikkelig hjelp innleggelsene ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

9.1.6. Akutte lammelser og andre cerebrale utfall

Akutt innsettende lammelser forekommer blant annet hos pasienter med skiveglidning, kreftspredning til ryggspylen, ryggbrudd og ikke minst hos pasienter med hjerneslag. Hvert år rammes så mange som ca. 15 000 mennesker i Norge av hjerneslag.⁴¹ Dvs. at omkring 40 personer rammes hver dag. Hjerneslag er den vanligste årsaken til død av nevrologisk sykdom, den tredje vanligste dødsårsak totalt og den sykdom som oftest fører til varig funksjonssvikt hos voksne. Omkring 30 % av dem som rammes av herneslag dør innen tre måneder, og nesten alle som overlever har senskader.⁴² Sykdommen medfører derfor et stort forbruk av liggedøgn i somatiske helse-, omsorgs- og rehabiliteringsinstitusjoner. Det er forventet at antallet hjerneslag vil øke med ca. 50 % i de kommende 25 år som følge av økningen i antallet eldre.⁴³

Diagnosen hjerneslag kan være vanskelig å stille. Ikke alle pasienter med hjerneslag har lammelser, og som allerede nevnt har ikke alle pasienter med lammelser hjerneslag. En nyere studie viser at 25 % av alle pasienter som ble henvist og innlagt i slagenhet på grunn av mistanke om hjerneslag, ikke hadde denne lidelsen.⁴⁴ De fleste av disse pasientene hadde annen nevrologisk lidelse.

Mens oppfatningen før var at sykehusinnleggelse var unyttig for slagpasienter, er det nå dokumentert at innleggelse av pasienter med hjerneslag i spesialiserte slagenheter fører til 10 % absolutt reduksjon i risiko for å dø i akuttfasen, og en like stor økning i andelen overlevende pasienter som klarer seg uten hjelp ett år etter slaget.⁴⁵ Denne effekten på overlevelse og funksjon er uavhengig av blodproppoppløsende (trombolytisk) behandling av hjerneinfarktene.⁴⁶ Prognosen for slagpasienter bedres ytterligere dersom avansert akuttbehandling iverksettes hos de 85 % av pasientene som er rammet av et hjerneinfarkt. For denne gruppen er målet for akuttbehandlingen å redusere omfanget av nervecelleskade, ved å løse opp blodproppen som forårsaker nedsatt blodforsyning, i tillegg til tiltak for å beskytte nervecellene mot ødeleggelse. Å løse opp blodproppen kan skje på to måter, enten ved intravenøs trombolyse (IVT) eller

⁴¹ Rønning, O.M., Thommessen, B. "Når hjerneslagdiagnosen er feil", Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 1655-7

⁴² Espen Dietrichs foredrag for arbeidsgruppa 15.12.06.

⁴³ Fjærtøft, H. og B. Indredavik: Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 442-4

⁴⁴ Rønning, O.M., Thommessen, B. "Når hjerneslagdiagnosen er feil", Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 1655-7

⁴⁵ Indredavik B, Bakke F, Solberg R et al. "Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial". Stroke 1991; 22: 1026-31

⁴⁶ Man knytter effekten til flere faktorer, både umiddelbar oppstart av rehabilitering integrert med akuttbehandlingen, organisering av et koordinert og kompetent tverrfaglig team, optimalisering av kroppens fysiologiske homøostase og best mulig behandling av komorbide tilstander, samt aggressiv diagnostikk og behandling av komplikasjoner. (Wyller, T. B. "Ikke for pyser", Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 1627)

ved intraarteriell trombolyse (IAT). For å få effekt av IVT må behandlingen igangsettes innen 3 timer fra symptomdebut. Det betyr at pasienten må være på sykehus innen 2 timer fra symptomdebut. IAT må skje innen 6 timer fra symptomdebut. Fordelen med IAT er ikke bare at man har bedre tid, men også at denne typen behandling kan benyttes der IVT har feilet, samt at IAT gir mulighet for etterfølgende angioplastikk (utblokking av blodåren) og stenting. IAT gir dessuten mulighet for mekanisk trombektomi, dvs. å plukke ut blodproppen ved bruk av et kateter som føres inn i blodåren.

WHO region Europa anbefaler at alle slagpasienter behandles i slagenhet i akuttfasen. I Norge er det kun vel 60 % av pasientene som får tilbud om slik behandling.⁴⁷ I årene 2003 til og med 2006 var det i tillegg bare 0,6 % av alle norske hjerneslagpasienter som fikk avansert akuttbehandling i form av trombolyse.⁴⁸ I Oslo var andelen 0,3 % mens 3 % av pasientene i Bergen fikk slik behandling. Finland behandlet 1,5 % av slagpasientene med trombolyse, dvs. 2,5 ganger flere enn Norge. Minst 20 % av pasientene antas å ha indikasjon for trombolytisk behandling. Forklaringer som gis på at Norge ligger lavt med hensyn til trombolyse, er manglende kunnskap (både hos pasienter, pårørende og medisinsk personell), dårlig pasientlogistikk utenfor sykehus, dårlige rutiner på sykehusene, samt i følge enkelte også at for mange sykehus mottar akutte hjerneslagpasienter.

Endringene i slagbehandlingen de senere årene, med mer vekt på både avansert akuttbehandling og aktiv rehabilitering i slagenheter, har ført til diskusjoner rundt hva som er riktig behandlingsskjede for slagpasienter. Det er bred enighet om at det må etableres behandlingsskjeder som sikrer pasienter med symptomer på hjerneslag rask diagnostikk og behandling, tidlig rehabilitering og oppfølging ved pleie- og omsorgstjenestene i kommunene.⁴⁹ Flere mener at behandlingsskjeden ved akutt slagbehandling bør tilnærme seg den logistikken som er etablert for behandling av akutt koronar hjertesykdom. Avansert akuttbehandling i form av IVT krever sikker diagnose. Dette er brukt som argument for at slagdiagnostikken bør ivaretas av nevrologer. Sikker diagnostikk krever i tillegg CT- eller MR-bilder for å utelukke blødning, og for å avklare om det foreligger så store iskemiske forandringer at det ikke er indikasjon for trombolytisk behandling fordi gevinsten ved trombolytisk behandling ikke står i forhold til risikoen. Slik radiologisk diagnostikk krever mulighet for å få tolket bildene hele døgnet.

Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør disse pasientene i gjennomsnitt 3 % av øyeblikkelig hjelp innleggelsene ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

⁴⁷ Fjærtøft, H. og B. Indredavik: Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 442-4

⁴⁸ N. Wahlgren, N. Ahmed og A. Davalos et al: Trombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Trombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study, Lancet 2007; 369 pp 275-282.

⁴⁹ Frich, J. C. og D. Russell: Hjerneslag – en ny epoke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 719

9.1.7. Feber og nedsatt allmenntilstand

Akutte infeksjoner vil ofte forårsake innleggelse på sykehus. I perioder av året vil virussykdom (influenza) kunne skape epidemier hvor spesielt eldre mennesker er sårbare og trenger støttebehandling i form av intravenøs tilførsel av væske. Mange sykehjem er fortsatt ikke i stand til å gi slik behandling. Det er viktig å vurdere på hvilket nivå spesielt eldre mennesker i slike situasjoner bør behandles. I tillegg vil pasienter med alvorlige lungebetennelser, pussbyller (abscesser) og blodforgiftning (sepsis) ha behov for sykehusinnleggelse. Tidsmarginen fra symptomene på infeksjon inntreffer og til situasjonen blir alvorlig, kan være kort. Det gjelder for eksempel i forbindelse med moderne kreftbehandling, der behandling med cellegift eller moderne biologiske medikamenter kan gi bivirkninger i form av nedsatt immunforsvar. Behandlingen gis ofte på regionsykehus, men av og til også på lokalsykehus, og pasienten kan være hjemme i den mest sårbare perioden for infeksjoner. Det er derfor viktig at kommunikasjonen mellom behandlingsnivåene er optimal, slik at både fastlegen og det lokale sykehuset er i stand til å hjelpe pasienten raskt og effektivt. Som det fremkommer av tabell 1.4 i vedlegg 1 utgjør uklare akutte symptomer omkring 8 % av alle øyeblikkelig hjelp innleggelser ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset (se også avsnitt 9.1.4).

9.1.8. Akutt forvirring og akutt psykiatri

Hos eldre pasienter kan akutt forvirring være et tegn på somatisk lidelse, for eksempel infeksjoner, sukkersyke eller underernæring. Disse pasientene trenger god diagnostikk for å avklare tilstanden, noe som ofte gir indikasjon for innleggelse. Samtidig vil innleggelse ofte forverre forvirringen for disse pasientene. Innleggelse kan dessuten utløse akutt forvirring hos enkelte gamle mennesker. For mange av disse vil det derfor være ønskelig at diagnostikk og behandling i størst mulig grad kan skje uten innleggelse, dvs. enten i pasientens hjem eller på sykehjemmet, hvis pasienten er der.

Av og til er akutt forvirring uttrykk for nyoppstått psykiatrisk lidelse (psykose). Pasienter (eller pårørende) som søker kontakt med legevakt på grunn av psykiske lidelser gjør det imidlertid oftere som følge av selvmordstanker, sterk angst eller forverring av kjent psykisk lidelse. Legevaktslegene vil ofte kunne ta hånd om disse pasientene, dersom de kan sikre pasienten psykiatrisk vurdering/oppfølgning i spesialisthelsetjenesten dagen etter. Innleggelse i akuttavdeling vil også ofte kunne unngås dersom pasienten kan få tilsyn fra ambulant psykiatrisk team eller observasjon på distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Ved et velfungerende DPS ville dermed langt færre av disse pasientene trenge innleggelse i akuttavdeling (se også avsnitt 9.4).

9.1.9. Barn

De fleste norske barn er friske. Allikevel har barn 6 – 8 akutte sykdomsepisoder årlig, og antallet barn med kroniske lidelser har økt. Mange akutte sykdomsepisoder skyldes infeksjoner. Antallet innleggelser har økt parallelt med at liggetiden har gått ned og samtidig som alvorlige infeksjoner er blitt mindre vanlige. Akutt syke barn skal, som andre, undersøkes og om mulig diagnostiseres og behandles av fastlegen, evt.

legevaktslegen. En stor andel av akutt syke feberbarn avklares på dette nivået. Ved behov for innleggelse gjelder imidlertid egne regler for barn. I følge *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* skal barn fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger. Kravet er imidlertid ikke absolutt. I følge forskriften bør imidlertid alminnelige avdelinger som jevnlig mottar barn innrede barnestuer, og avdelinger og barnestuer der barn legges inn, skal utformes og utstyres slik at de er tilpasset barns behov.

9.1.10. Arbeidsgruppas vurdering

Pasientgruppene som er beskrevet trenger ofte diagnostikk og behandling fra flere ledd i behandlingskjeden. Eksempelene tydeliggjør behovet for samhandling ikke bare mellom første og andrelinjetjenesten, men også mellom det lokale sykehuset og det mer spesialiserte sykehus tilbudet. Som en følge av den medisinske utviklingen skal en del pasienter nå sendes direkte fra skadested eller hjemmet og til høyt spesialisert behandlingssted, som for eksempel ved hjerteinfarkt. Arbeidsgruppa mener i tillegg at behandlingen av "akutt hjerneslag" må bedres i Norge. Behandlingen av slagpasienter er en illustrasjon på at den medisinske fagutviklingen går raskt, mens organiseringen av tilbudet og behandlingskjedene henger etter. Slik arbeidsgruppa ser det er det ingen motsetning mellom å bedre akuttbehandlingen og å iverksette tidlig rehabilitering. Begge tiltak er nødvendige for et optimalt resultat. Det er imidlertid et dilemma at dersom behandlingen sentraliseres i den grad som ofte anbefales for å sikre optimal avansert akuttbehandling, får man problemer med tidsvinduet for intravenøs trombolytisk behandling (IVT). Mange steder i Norge vil det ikke være realistisk å få pasienten til et sykehus med nevrologisk avdeling innen 2 timer fra symptomdebut. Dette tilsier at det for denne pasientgruppe er behov for lokalt tilrettelagte behandlingskjeder, noe som vil innebære at også sykehus uten nevrologisk avdeling skal ta imot og behandle slike pasienter. Målet må være at flest mulig av de pasienter der det er mistanke om slag, får stilt en så sikker diagnose så tidlig som mulig, slik at det på en faglig forsvarlig måte kan iverksettes IVT hos de pasienter som har indikasjon for dette. Det er flere tiltak som kan benyttes for å stille sikker diagnose. Ett tiltak er å øke kompetansen hos medisinsk personell på de aktuelle lokalsykehus, og da særlig de leger som skal ha ansvar for å iverksette behandlingen. Et annet tiltak er bruk av telemedisinske løsninger, både for tolkning av CT- og MR-bilder (teleradiologi) og for konsultasjon med nevrologer.

Rehabilitering av slagpasienter krever et tett samarbeid mellom slagenhet og primærhelsetjenesten, noe de mindre lokalsykehusene trolig lettere vil kunne få til enn større sykehus.

Andre viktige tiltak for å bedre behandlingen av slagpasienter, er å arbeide for å endre holdninger, både hos pasienter og pårørende, legevaktsleger, ambulansearbeidere og personell ved AMK-sentraler. Behandlingskjedene må effektiviseres slik at alle bidrar til at pasienter med mistanke om hjerneslag kommer raskt til et sykehus som kan iverksette trombolytisk behandling og hvor det parallelt kan iverksettes tidlig rehabilitering.

I det følgende diskuteres de ulike leddene i den akuttmedisinske behandlingskjeden, og hvilke tiltak arbeidsgruppa ser som aktuelle for å sikre en faglig god utvikling i alle ledd, herunder i lokalsykehusenes akuttfunksjoner, samt hvordan man best kan sikre god samhandling og god utnyttelse av de samlede ressurser.

9.2. De prehospitale tjenestene og samhandlingen med lokalsykehusene

Arbeidsgruppa er i mandatet bedt om å gjennomgå samhandlingen med de prehospitale tjenestene. Det er presisert at gruppas forslag skal understøtte god samhandling og god utnyttelse av samfunnets samlede ressurser, og at lokalsykehusenes oppgaver og akuttfunksjoner skal sees som en del av den samlede behandlingskjede.

9.2.1. Kommunehelsetjenesten

De fleste kroniske medisinske tilstander vil kunne bli akutte, spesielt ved dårlig oppfølging og behandling. Desto bedre oppfølging og behandling pasienter får, blant annet ved aktiv bruk av individuell plan, desto mindre behov vil det være for akuttinnleggelser. Alle deler av kommunehelsetjenesten er derfor viktig for redusere behovet for mer spesialiserte akuttjenester. Pleie- og omsorgstjenestens kapasitet og kompetanse er avgjørende, ikke bare for hvor mange som får en akutt forverring av en kronisk lidelse, men også for hvor mange som da vil trenge innleggelse, og for hvor raskt pasienten igjen kan utskrives. For eldre pasienter vil det ofte være ønskelig å unngå innleggelse, fordi dette er en belastning for pasienten i form av flytting og nye omgivelser osv. God kapasitet og kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten, herunder i sykehjemmene, og et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, blant annet i form av veiledning, vil kunne redusere behovet for innleggelser.

I praksis er det oftest fastlegene og legevaktslegene som avgjør hvilke pasienter som henvises til sykehusenes skadepoliklinikker og akuttmottak. Legevaktstjenesten er sårbar. Arbeidet går ofte fort, legene kjenner ofte ikke pasientene og de har varierende grad av erfaring. Blant annet utgjør turnusleger en stor andel av legevaktslegene. En rekke faktorer påvirker legenes medisinske beslutninger, blant annet hvilke ressurser legen har å spille på i pasientens nærmiljø og i kommunen. Viktig er også fastlegens erfaring/kompetanse og lokalkunnskap, herunder kjennskap til pasienten, samt legens tilgang til diagnostisk utstyr og mulighet for faglig støtte/veiledning fra andre spesialister. Det siste betyr at for fastlegene og legevaktslegene er det av stor betydning hvilke tilbud og personell som finnes både på legevaktssentralen og ved nærmeste sykehus. Aplf (i dag Af) har, som beskrevet tidligere, omtalt lokalsykehus som fastlegenes ryggdekning og faglige støtte. Opplevelsen av at faglig støtte befinner seg i nærområdet, kan bety at fastlegene og legevaktslegene håndterer et bredere spekter av problemstillinger enn uten slik støtte. Nærhet kan imidlertid også senke terskelen for hva som henvises videre.

Bare en liten andel av legevaktslegenes konsultasjoner gjelder medisinske problemstillinger som virkelig haster.⁵⁰ Kravene til akuttmedisinsk kompetanse hos denne gruppa har allikevel økt de senere år. Det skyldes blant annet endringer i legevaktens organisering, blant annet fordi det er etablert flere interkommunale legevaktssentraler, og endringer i ambulansetjenesten (se under). Kravene til legevaktslegenes samhandlingskompetanse øker også som følge av at deres samarbeidspartnere er blitt mer profesjonalisert.

Akuttutvalget anbefalte at allmennlegenes akuttmedisinske kompetanse måtte styrkes. I St. meld. nr. 43 (1999-2000) skrev departementet at det ikke virket hensiktsmessig å stille minstekrav (gjennom avtale eller forskrift) til faglige kvalifikasjoner for å delta i legevakt. Begrunnelsen var både rekrutteringsproblemene, kommunenes plikter og legenes plikt til faglig forsvarlighet. Departementet viste i stedet til alternative metoder for å oppnå faglig kvalitet, blant annet at det ble formulert forventninger til legevaktlegers akuttmedisinske kompetanse med utgangspunkt i utarbeidede faglige prosedyrer for samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Forslaget synes ikke å ha blitt fulgt opp.

Traumeutvalget, som har utredet etableringen av et nasjonalt traumesystem, mener allmennlegenes rolle i traumebehandlingen må tydeliggjøres og deres kompetanse styrkes. Det vises til eget avsnitt om dette senere.

I Statens helsetilsyns rapport "Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger" fra september 2006, gir Helsetilsynet uttrykk for misnøye med legevaktens kvalitet på en rekke områder. Blant annet kommer det frem at det flere steder er mangelfull tilgjengelighet, og at de fleste kommuner mangler planer for opplæring, øvelser og oppdatering. Helsetilsynet mener kommunene i sterkere grad må styre legevakten, og at denne styringsmuligheten foreligger ettersom legene deltar i en kommunal legevakt, der systemansvaret er klart plassert.

Heller ikke Riksrevisjonen er bare positiv i sin bedømmelse av legevaktstjenesten, og av samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i akuttmedisinske situasjoner. I sin rapport om akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten påpeker Riksrevisjonen at det flere steder er ufordringer knyttet til kommunikasjon og informasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.⁵¹ Blant annet vises det til at AMK-sentraler og ambulansetjenester kan ha problemer med å komme i kontakt med legevaktsleger, og det angis at det er et problem flere steder at legevaktslegene ikke rykker ut for å bistå ambulanspersonalet i akuttsituasjoner. Dette gjør at Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om primærhelsetjenesten nedprioriterer akuttberedskapen, og om samarbeidet de to nivåene imellom får tilstrekkelig oppmerksomhet.

⁵⁰ En pilotstudie utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin viser at under 1,5 % av legevaktskonsultasjonene klassifiseres som rød respons, og av disse er det kun en liten andel som virkelig haster.

⁵¹ Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005-2006)

9.2.2. Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten har fra 2004 vært de regionale helseforetakenes ansvar og dermed en del av spesialisthelsetjenesten. I følge Akuttutvalget var ambulansetjenesten på slutten av 1990-tallet det svakeste leddet i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Det er ikke opplagt at det er slik i dag. I etterkant av behandlingen av Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) har det skjedd endringer i ambulansetjenesten. Blant annet har det funnet sted en kompetanseheving. Dette skyldes delvis at det i *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, som kom i 2005, er krav om at ambulanser skal være betjent av minst to personer, og at minst en av disse skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Kompetansehevingen skyldes også at det er etablert paramedic-utdanning (videreutdanning) for ambulansearbeidere.

Bedre kompetanse betyr ikke at man er i mål på dette området. Det er blant annet dokumentert at kompetansekravet i forskriften ikke alltid oppfylles. Riksrevisjonen påpekte i sin undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten, gjennomført i 2004-2005 og presentert i en rapport fra 2006, at 44 % av ambulansepersonellet manglet fagbrev i 2004.⁵² Dessverre er det slik at det er dårligst formell kompetanse på ambulansetjenesten i distriktene, der transportene er lengst. Det er ikke bare i ambulansene at kompetansen ikke er tilstrekkelig, i følge Riksrevisjonen. 11 av 30 AMK-sentraler hadde bare en person på vakt hele eller deler av døgnet til tross for at Statens helsetilsyn har sagt at forsvarlig håndtering av medisinske nødmeldinger forutsetter at to kvalifiserte operatører er til stede.

Ambulansetjenesten har også endret seg som følge av endringer i andre deler av den akuttmedisinske behandlingsskjeden, særlig i legevaktsfunksjonen. Før var det legevaktlegene som reiste til pasientene, og som så ringte til ambulansen. I dag er det i større grad ambulansen som reiser hjem til pasientene, og som transporterer disse til legevakten (eller sykehus). Disse transportene er, som følge av en sentralisering av legevaktstjenesten (etablering av interkommunale ordninger) og funksjonsdeling mellom sykehus, blitt lengre, og ambulansene transporterer i dag pasienter med mer kompliserte tilstander, blant annet som følge av flere overflytninger mellom sykehus.

Det er heller ikke lenger slik at ambulansen bare er et transportmiddel. I økende grad startes behandling i ambulansen. Et eksempel på dette er igangsetting av prehospital trombolyse. Ved at EKG-resultater overføres fra ambulansen til sykehus og tolkes der, kan trombolytisk behandling for hjerteinfarkt igangsettes i ambulanse. Dette er et godt eksempel på lokal tilpasning på steder der den optimale behandlingen med primær PCI ikke er mulig pga. geografi/transporttider. Utviklingen har gjort at ambulansen har gått fra å være ren transport til i økende grad å bli en avansert akuttmedisinsk tjeneste.

Responstider for ambulansen stod sentralt i Akuttmeldingen og Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000). Akuttutvalgets forslag var at det ved akuttoppdrag skulle være 12 minutters responstid for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 25 minutter

⁵² Jamfør både Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005-2006) og traumeutvalget (se avsnitt 6.4).

for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk, samt at det ved hasteoppdrag skulle være 30 minutters reponstid for 90 prosent av befolkningen i byer og tettsteder og 40 minutter for 90 prosent av befolkningen i grisgrendte strøk. I Innst. S. nr. 300 (2000-2001) ba Stortinget (flertallet) Regjeringen legge frem for Stortinget en økonomi- og tidsplan for styrking av ambulansetjenesten som bygget på Akuttutvalgets forslag.

Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste eies av de fem regionale helseforetakene i felleskap og ivaretar den flyoperative del av luftambulansetjenesten. Tjenesten er et viktig supplement til de primære akuttmedisinske ressursene. Flyambulansetjenesten er særlig egnet for transport over lengre avstander og er særlig viktig for Nord-Norge. Ambulanseflyene er bemannet med anesthesi- eller intensivsykepleier, og kan ved enkelte av basene ha med anestesilege ved behov.⁵³ Helikoptertjenesten opererer mer lokalt/regionalt, og har en viktig akuttmedisinsk rolle også i befolkningstette områder i Sør-Norge. Ambulansehelikoptrene er bemannet med anestesilege, og i tillegg har redningsmannen medisinsk kompetanse tilsvarende minimum "paramedic", og mange er sykepleiere.⁵⁴ Helikoptrene kan ha med inntil ett ekstra helsepersonell. I tillegg til ambulanshelikopter og ambulansfly kan også redningshelikopter benyttes til ambulansoppdrag som følge av avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet.

Det er noe varierende regularitet og tilgjengelighet i luftambulansetjenesten. Ambulansehelikopter har på nasjonalt nivå en regularitet på ca. 80 %, dvs. at ca. 20 % av rekvirerte oppdrag kan ikke gjennomføres. Den viktigste enkeltårsaken til dette er vær- og siktforhold. Andre årsaker er samtidighetskonflikter og tekniske forhold. Værbegrensningene størst i mørket og om vinteren, og de er størst ved flyging inn i landet, mindre ved flyging langs kyst og over sjø. Fra sommeren 2008 skal ambulanshelikoptrene oppgraderes, noe man ventet vil bedre regulariteten noe. Ambulansehelikoptrene har ut over dette meget god tilgjengelighet, dvs. at helikopteret faktisk er i beredskap, og de fleste basene har god kapasitet. Tilsammenlikning har ambulansfly nesten ikke værbegrensninger, og regulariteten er generelt god. Tjenesten har imidlertid de siste årene nådd et kapasitetstak og sliter i perioder med ventetid. Akutt oppståtte transportbehov blir alltid prioritert i henhold til medisinske kriterier, så problemet rammer primært tilbakeføringsoppdrag. Ambulansefly har også en utfordring vedrørende tilgjengelighet (at flyet faktisk er i beredskap). I 2005 var tilgjengeligheten bare 87 % i gjennomsnitt. De viktigste årsakene var tekniske forhold og besetningens behov for hvile. Det er iverksatt flere tiltak for å bedre situasjonen. Redningshelikoptrene har generelt en bedre regularitet enn ambulanshelikoptrene, spesielt ved flyging over sjø og langs kysten, de har meget god tilgjengelighet, og de har god kapasitet. Ambulanseoppdrag kan imidlertid måtte vike for redningsoppdrag.

Det er viktig å være oppmerksom på at gjennomsnittstall for regularitet, selv ved en enkelt base, ikke nødvendigvis er representative for landing ved et spesifikt sykehus. Enkelte steder i landet, i bestemte tider på året (vinteren) kan gjennomføringsgraden

⁵³ Basene finnes i Kirkenes, Alta(2), Tromsø, Bodø, Brønnøysund, Ålesund, Gardermoen (2).

⁵⁴ Det er ambulanshelikopterbasen i Tromsø, Brønnøysund, Trondheim, Ålesund, Førde, Bergen, Stavanger, Arendal, Lørenskog (2), Ål og Dombås.

for bestilte hasteoppdrag være helt ned mot 50 %, og kanskje enda lavere. Det er viktig å hensynta også dette når det totale tilbudet til befolkningen skal beskrives. God pasienttransport både til lands og i luften er for mange pasienter svært viktig for å kunne gi nødvendig behandling innenfor riktig tidsvindu.

Når luftambulansen benyttes i forbindelse med ulykker, er det viktig med avklarte ansvarsforhold på skadestedet, slik at pasientene behandles mest mulig effektivt.

Riktig prioritering, rett ressursvalg og god pasienttransport både til lands, til vanns og i luften er for mange pasienter svært viktig for å kunne få nødvendig behandling innenfor riktig tidsvindu. Et viktig mål for god pasientlogistikk er at rett pasient transporteres til rett sted og til rett tid. Dette stiller krav til hele behandlingskjeden og ansvarsnivåene.

Medisinsk nødmeldetjeneste er en sentral medisinsk tjeneste for å gi befolkningen nødvendig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, både i forhold til kompetanse og ambulanseressurser. All bruk av ambulanseressurser styres fra de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene (AMK). Enkelte AMK-sentraler koordinerer ambulanshelikopter/redningshelikopter (LA-AMK), mens ambulansflyene styres av den nasjonale flykoordineringssentralen (FKS) ved AMK-Tromsø. Et viktig prinsipp er at all anmodning om luftambulanseressurser (inklusive redningshelikopter) skal gjøres til lokal AMK-sentral. I medisinsk nødmeldetjeneste inngår også kommunale legevaktsentraler (LV-sentraler).

Helsetjenestens kommunikasjonsnett (helseradionettet) og dets bruk er forskriftsfestet og felles for all prehospital helsetjeneste i beredskap. Nettet er analogt og med gammel teknologi, men velfungerende innenfor visse begrensninger. Det er imidlertid lite tilfredsstillende at nødetatene har ulike systemer som i liten grad kommuniserer sammen, jfr. erfaring fra større hendelser og øvelser. Nytt, felles digitalt nett er under anskaffelse for implementering i perioden 2008-2011. Dette blir, sammen med ressursstyringssystemer, et viktig verktøy for samhandling mellom ulike nivå i helsetjenesten og mellom samarbeidende etater.

9.2.3. Arbeidsgruppas vurdering

Kommunehelsetjenestens kompetanse, ressurser og dens samlede funksjon er avgjørende for hvilke oppgaver og utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor. Det gjelder både innen psykisk helse, rus og somatikk. For den enkelte pasient er det i prinsippet uvesentlig hvilket nivå som har ansvar for og gjør hva. Derimot er det svært viktig for pasienten at tilbudene er tilgjengelige, og at tjenestene har høy kvalitet og er koordinert i forhold til hverandre. Ved å arbeide for å etablere faglig gode og lokalt tilpassede pasientforløp og behandlingskjeder, legges det til rette for god samhandling og optimal utnyttelse av ressursene både innenfor og utenfor sykehus. Arbeidsgruppa vil understreke den gjensidige avhengigheten som finnes mellom de ulike nivåene og leddene i behandlingskjeden. Dette betyr at tilbudet i ett ledd må tilpasses ressursene og tilbudet i andre ledd. For eksempel vil sentralisering av akuttfunksjoner, som ved hjerteinfarkt, kreve kompensatoriske tiltak innen ambulansetjenesten. Likeledes vil ustabil legedekning i primærhelsetjenesten stille større krav til øvrige deler av kjeden.

Arbeidsgruppa mener at ut fra målet om behandling på lavest mulige omsorgsnivå, bør ressursene i større grad enn tilfellet er i dag forskyves mot kommunehelsetjenesten. Ved en styrking av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, herunder sykehjemmene, både personell- og kompetansemessig, vil behovet for innleggelser og liggetider kunne reduseres. Det samme gjelder for kommunenes psykiatritilbud. For mange pasienter vil dette være ønskelig, og som følge av veksten i antallet eldre som vil komme etter 2010, vil dette bli helt nødvendig. Det er også ønskelig å styrke fastlegenes og legevaktslegenes kompetanse, ressurser og kapasitet. Desto bedre mulighet legevaktslegene har til å diagnostisere og avklare pasientenes tilstand, og desto bedre mulighet de har for å mobilisere kommunale ressurser til omsorg og tilsyn for pasienten, desto færre pasienter vil måtte henvises videre.

Arbeidsgruppa vil påpeke at det er viktig at forskyvning av oppgaver og ansvar nedover i behandlingskjeden, følges av ressurser og kompetanseheving. Hvis ikke vil en slik oppgaveforskyvning føre til overbelastning av dette leddet, og dermed til dårlig tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene og trolig til sviktende rekruttering.

Arbeidsgruppa mener det er behov for å samordne de ulike leddene i den akuttmedisinske behandlingskjeden sterkere enn i dag. Dette er nødvendig for å sikre at de lokale ressursene utnyttes på best mulig måte, slik at pasientene får et godt akutttilbud. Det er imidlertid flere utfordringer i forhold til å sikre bedre samordning, blant annet at legevaktstjenesten ivaretas av privatpraktiserende fastleger med avtale. Selv om kommunen formelt har et ansvar, vanskeliggjør denne organiseringen ivaretagelse av systemansvaret, jamfør Helsetilsynets rapport. Dette skaper en ubalanse mellom de to nivåene.

Arbeidsgruppa mener det er behov for å øke samhandlingskompetansen i alle ledd. Dette kan skje gjennom felles trening. I forskriften om prehospitale tjenester er det tatt til orde for å etablere lokale akuttmedisinske team. Dette forslaget støttes av traumeutvalget (se under). Også arbeidsgruppa støtter forslaget. Slik arbeidsgruppa ser det er det vanskelig å utforme en standard for teamene. De må utformes lokalt, med utgangspunkt i tilgjengelige ressurser, og de må trenes. Traumeutvalget mener vakthavende allmennlege bør fungere som teamleder på perifere steder. Arbeidsgruppa støtter forslaget.

Et viktig tiltak for å bedre samhandlingen, er etablering av prosedyrer og kvalitetssikring av disse. Dette forutsetter at systemansvaret ivaretas, og krever et godt samarbeid på tvers av nivåene slik at de faglige prosedyrene blir gjennomgående. Arbeidsgruppa støtter Helsetilsynets forslag om å styrke systemansvaret for legevaktstjenesten.

Arbeidsgruppa mener at et viktig tiltak for å bedre både samhandlingskompetansen og den faktiske samhandlingen er etablering av felles akuttmottak (FAM). (Dette beskrives nærmere i avsnitt 9.6.1.3).

Arbeidsgruppa støtter traumeutvalgets forslag med hensyn til krav til akuttmedisinsk kompetanse hos legevaktsleger. Dette er nærmere omtalt i avsnittet om kompetanse. Arbeidsgruppa mener de krav traumeutvalget fremmer, er absolutte minimumskrav.

Arbeidsgruppa mener ambulansetjenesten blir en stadig viktigere del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden. En fremtidsrettet måte å betrakte denne tjenesten på er: "Ambulansen - sykehuset som kommer hjem til deg". En slik utvikling krever at ny teknologi aktivt tas i bruk, blant annet teknologi for informasjonsoverføring, men gjør det også nødvendig å styrke og formalisere kompetanse til ambulansesarbeiderne. I årene fremover må man arbeide med å få opp grunnkompetansen, slik at forskriftens krav, om at ambulanser skal være betjent av minst to personer, og at minst en av disse skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansesarbeider, kan oppfylles. Arbeidsgruppa mener at et minstekrav, for at ambulansetjenesten på et gitt sted skal kunne sies å være god, er at disse kravene er oppfylt. Arbeidsgruppa mener videre at kapasiteten i ambulansetjenesten må være tilpasset det lokale behovet, og at ambulansene bør ha dokumentert kompetanse i forhold til følgende akuttmedisinske prosedyrer: avansert hjerte-lungeredning, intubasjon, venevei, defibrillering, samt EKG-analyse og trombolyse ved hjerteinfarkt i telemedisinsk samarbeid med lege.

For å oppnå dette vil det være nødvendig å styrke videre- og etterutdanningen av ambulansesarbeidere. I tillegg bør annet helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten gjøres disponibelt for ambulansene i større grad, avhengig av hva som er behovet i den enkelte situasjon.

9.3. Traumebehandlingen

Siden årtusenskiftet har det vært rettet mer oppmerksomhet mot både organiseringen av, og kvaliteten på, traumebehandlingen ved norske sykehus, dvs. behandlingen av alvorlig skadde pasienter.⁵⁵ Selv om skader er relativt vanlige, er alvorlige ulykker heldigvis relativt sjeldne.⁵⁶ Fordi mange norske sykehus mottar traumepasienter, innebærer imidlertid dette at flere av sykehusene får lite rutine og trening i mottak av alvorlig skadde pasienter. Både det og den økende subspecialisering innenfor kirurgifaget, skaper utfordringer for traumebehandlingen, som i sitt vesen er tverrfaglig, og krever bred kompetanse og god samhandling på tvers av nivåer og yrkesgrupper. I traumatologien er det ikke dokumentert at pasientvolum påvirker kvalitet. Det er imidlertid påvist sammenheng mellom etablering av traumesystemer og kvalitet.^{57;58}

⁵⁵ Med alvorlig skadet pasient menes en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for høyenergetisk traume.

⁵⁶ Ca. 450 000 personer skades hvert år i Norge og ca. 2500 dør av skaden. I gjennomsnittet i femårsperioden 2002-2006 omkom årlig 236 personer i vegtrafikkulykker, mens 10 736 ble skadet. Tall for forekomst og dødsfall av høyenergitraumer/alvorlig skade finnes ikke i Norge. Tall fra rapporten: Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006.

⁵⁷ Demetriades D, Martin M, Salim A et al. The effect of trauma centre designation and trauma volume on outcome in specific severe injuries. *Ann Surg* 2005; 242: 512 - 9.

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 innstilling i desember 2006.⁵⁹ 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. Traumebehandlingen drives i stor grad av entusiaster, struktur og systematikk er mangelfull, og det mangler gode data både om behandlingskvalitet og insidens av alvorlig skadde pasienter.

Traumeutvalget kommer i sin rapport med en rekke anbefalinger om krav som bør stilles som del av etableringen av et nasjonalt traumesystem. Utvalget anbefaler at behandlingsskjeden for traumepasienter skal bestå av fire nivåer.

- Nivå 1: Prehospitale tjenester; ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse
- Nivå 2: Akuttsykehus
- Nivå 3: Traumesenter
- Nivå 4: Rehabilitering

Traumeutvalget mener at det i perifere områder med store avstander til sykehus, må stilles krav til at kommunehelsetjenesten og spesialisttjenesten samarbeider om traumebehandlingen ved at det etableres **akuttmedisinske team**. Utvalget mener at vakthavende allmennlege bør fungere som teamleder. Både leger og ambulansepersonell som jobber i teamet skal tilfredsstille spesifiserte faglige krav.

De krav traumeutvalget mener må kunne stilles til **allmennlegen**, er at denne må forventes å kunne håndtere primærbehandlingen av så vel akuttmedisinske pasienter som traumepasienter. Alle leger forventes å kunne utføre basal livreddende førstehjelp på alle typer akuttmedisinske pasienter, mens allmennleger i større distrikt med lav befolkningstetthet og lange transportavstander må kunne håndtere mer avanserte prosedyrer innen primær undersøkelse og resuscitering av traumepasienter som:

- Etablering og vedlikehold av frie luftveier samt stabilisering av nakke.
- Kontroll av respirasjonen inklusive identifisering/akutt behandling av luft eller blod i lungesekken.
- Vurdering av sirkulasjon og stansning av ytre blødning inklusive anleggelse av perifer venekanyle.
- Vurdering av nevrologisk status, vurdering av bevissthetsnivå og GCS (Glasgow coma scale) scoring.

⁵⁸ 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 aktivering av traumeteam og for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå; Traumemanual; Tilpasset registreringskjema; Utdanning av personell involvert i traumebehandling; Etablert program for å forbedre traumebehandlingen.

⁵⁹ Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006. Komiteen ble ledet av Olav Røise, senterleder og avdelingsoverlege ved Ortopedisk senter på Ullevål sykehus.

- Sikring mot hypotermi.

Etablering av slike ferdigheter mener traumeutvalget i praksis kan skje ved at kurs i akuttmedisin, inklusiv basal traumatologi, blir en obligatorisk del i den allmennmedisinske spesialistutdannelsen.⁶⁰

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, sutur 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 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 at de fleste lokalsykehus med akuttfunksjon har materielle rammer for å påta seg den første behandling av alvorlig skadde pasienter. Utvalget mener imidlertid at det er grunn til å stille spørsmål ved om alle de 48 sykehus som i

⁶⁰ Utdanningen innen traumatologi for allmennleger er per i dag basert på valgfrie kurs. Det eksisterer kurs i akuttmedisin for allmennleger som arrangeres i regi av Den norske legeforening, og det foreligger planer om at dette kurset skal gjøres obligatorisk for spesialiteten i allmennmedisin.

desember 2006 mottok traumepasienter, har adekvat kompetanse i å håndtere slike skader hele døgnet, 365 dager i året. Traumeutvalgets forslag innebærer at de sykehusene som ikke har kompetanse til nødkirurgiske prosedyrer som definert av utvalget, ikke skal kunne ta i mot alvorlig skadde pasienter.

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.⁶¹ De skal i tillegg blant annet ha et traumeregister, holde regelmessige komplikasjonsmøter og ha en tverrfaglig traumekomité som kvalitetssikrer rutinene. 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.

Traumeutvalget mener at rehabilitering av pasienter med sjeldne skader bør sentraliseres på nasjonalt nivå, samt at rehabiliteringsavdelingen for pasienter med alvorlige skader bør ligge fysisk i nærheten av traumesenteret for å oppnå best mulig samhandling.

Andre krav traumeutvalget foreslår er:

- Mottakende personell på sykehus skal ha tilgang til å kommunisere direkte med uttrykkende personell.
- Ved overlevering av pasient fra ambulansepersonell til traumeteam skal funn, vurdering og tiltak kommuniseres tydelig, og dokumenteres skriftlig i form av ambulansejournal.
- Minst én i hver ambulanse skal ha PHTLS-kurs eller annet tilsvarende traumekurs, i tillegg til forskriftfestede krav til kompetanse.
- Det skal være tett systemsamarbeid mellom sykehus og ambulansetjeneste. Medisinsk systemansvarlig lege i ambulansetjenesten bør være medlem i sykehusets traumekomité.

9.3.1. Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa ser det som hensiktsmessig å etablere et nasjonalt traumesystem i form av å definere kompetansekrav til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter. Kompetansekrav er rettet mot faglig kvalitet og pasientens behov for tjenester, samtidig som det gir rom for lokale løsninger i forhold til å oppfylle kravene. Arbeidsgruppa

⁶¹ 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 subspesialiteter med egne vaktordninger for torakskirurgi, gastrokirurgi, karkirurgi, urologi, ortopedi og nevrokirurgi. Kompetansekrav for traumesykehusene er som for akutttsykehusene.

mener at denne tilnærmingen bør legges til grunn også ved utforming av øvrige akuttfunksjoner. Når det gjelder traumeutvalgets spesifikke tilrådinger, ser arbeidsgruppa det ikke som sin oppgave å ta stilling til alle disse. Den støtter imidlertid enkelte av forslagene, jamfør konklusjoner i øvrige avsnitt.

9.4. Akuttpsykiatri og rus

Utbyggingen av distriktpsikiatriske sentra (DPS), og av akutteam ved disse, er i en oppbyggingsfase innen det psykiske helsevern. I følge Sosial- og helsedirektoratet er det etablert ambulante akutteam ved noen DPS (i 2005 fantes 20 ambulante team⁶²), men teamene varierer med hensyn til bemanning, mulighet for å vurdere innleggelser i døgnavdeling, åpningstider, henvisningspraksis og i hvilken grad de disponerer kriseplasser ved DPS.⁶³ Innen utløpet av 2008 skal team etableres ved alle DPS.

I følge veilederen om DPS er akutt- og krisetjenester ved DPS et supplerende tilbud til akuttavdelinger (sykehusavdelinger) oftest ved sentralsykehus, som er pålagt en øyeblikkelig hjelpplikt.⁶⁴ Denne plikten mener direktoratet bør bestå. Det innebærer at selv om DPS også skal ha et krisetilbud, er fortsatt behandling ved akuttavdeling bærebjelken i akutttilbudet (innleggelse etter § 2.1 om frivillig innleggelse, § 3.2 om innleggelse til tvungen observasjon eller § 3.3 om innleggelse til tvunget psykisk helsevern).⁶⁵ Det er ønskelig at flest mulig øyeblikkelig hjelpinnleggelser er frivillige.

Formålet med utvidede psykiatriske akutt- og krisetjenester er, i følge Sosial- og helsedirektoratet, å sikre en mer helhetlig og fleksibel spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner, gjennom rask og god tilgjengelighet. Tjenesten har som mål å redusere behovet for innleggelser på sentralisert sykehusnivå, redusere behovet for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidlig tidspunkt i forløpet av sykdommen, og oppnå større brukertilfredshet.

I følge veilederen bør akutt- og krisetjenestene ved DPS bestå av poliklinisk og ambulant tilbud, samt kriseplasser, og tilbudet bør innrettes mot mer ambulante og nettverksorienterte intervensjoner som støtter opp om pasientens og nettverkets egen mestringsevne. Tjenestene må tilpasses lokale behov og den øvrige helsetjeneste, herunder akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det presiseres at det for å oppnå et mer sammenhengende tilbud, er avgjørende at akutttilbudet ved sykehusavdelinger og DPS planlegges og sees i sammenheng. DPS må også forbedre samhandlingen med de kommunale tjenestene vedrørende krise- og akuttproblematikk. Sosial- og helsedirektoratet fremhever samarbeidet mellom fastlegen og akutteamet. Direktoratet mener fastlegen er en nøkkelperson i arbeidet med mennesker i krise, og at akuttemaet

⁶² Bedre hjelp til akuttpasienter, av G. E. Bjørneboe
http://www.shdir.no/fagnytt/kronikker/bedre_hjelp_til_akuttpasienter_57370

⁶³ Psykisk helsevern for voksne, Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388, Sosial- og helsedirektoratet 2006

⁶⁴ Dette jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

⁶⁵ Ruud Torleif, Gråwe Rolf W., Hatling Trond: Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie, SINTEF Helse Oktober 2006

bør være fastlegens og kommunenes viktigste veileder og kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet har i DPS-veilederen gitt anbefalinger for oppgavene til, og organiseringen og sammensetningen av, ambulante akuttjenester. Blant annet anbefales at disse organiseres i egne team som er tilgjengelige på kveldstid og i helger, at teamet som et minimum har tilgjengelig spesialsykepleier, psykiater og psykolog, at det disponerer avlastningssenger/krisesenger i DPS, samt at pasienter, i akutteamets åpningstid, som en hovedregel vurderes av teamet før en eventuell innleggelse i akuttavdeling.

Sosial- og helsedirektoratet har også diskutert og beskrevet arbeidsdelingen mellom akuttavdelinger og DPS.⁶⁶ Direktoratet mener at denne i liten grad vil følge skillelinjene mellom diagnostiske grupper. Det avgjørende, mener direktoratet, er tilstandens alvorlighet, pasientens funksjonsnivå og ressursene i pasientens nettverk. Det presiseres at for at akutteam skal kunne være et reelt behandlingsalternativ, bør pasienten ha innsikt i eget hjelpebehov, kunne samarbeide om et behandlingsopplegg samt ha noen grad av støttende nettverk rundt seg.

I praksis kan det imidlertid se ut som om arbeidsdelingen i stor grad formes av tilbudet. I en undersøkelse av pasienter i Nordfjord innlagt i akuttavdelingen i Førde i løpet av åtte måneder i 2006, fant psykiateren Trond Aarre at langt færre pasienter fra Nordfjord ble akuttinnlagt enn hva som var vanlig. I 2003 og 2004 opptok pasienter fra Nordfjord mindre enn to akuttsenger i Førde, mens andelen normalt sett skulle vært fire. Dette mener han må sees i sammenheng med et godt DPS-tilbud i Nordfjord, en god kommunehelsetjeneste og et godt samarbeid mellom de to nivåene.⁶⁷ Aarre fant også at de fleste som ble akuttinnlagt hadde kroniske og residiverende lidelser.

Aarres funn er i samsvar med et av funnene i en nylig publisert multisenterstudie av akuttpsykiatrisk behandling i Norge.⁶⁸ Studien viser at en stor andel av pasientene som innlegges på akuttavdelinger, har vært innlagt på akuttavdeling eller i annen psykiatrisk institusjon siste året. Dette er altså ikke pasienter som er akutt syke i betydningen at de har en nyoppstått sykdom. Det taler for at behovet for innleggelse i akuttavdeling er avhengig av hvor godt det kommunale og det distriktpspsykiatriske behandlingsapparatet fungerer.

Et svakt ledd i behandlingsskjeden innen akuttpsykiatrien er syketransport. I følge Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin har ambulanspersonalet lite opplæring i å håndtere psykisk syke pasienter, mens antallet ambulansetransporter av pasienter med psykiske lidelser øker. En ny undersøkelse viser dessuten at antallet

⁶⁶ Du er kommet til rett sted...Ambulante akuttjenester ved distriktpspsykiatriske sentre. Rapport IS-1358, Sosial- og helsedirektoratet

⁶⁷ Foredrag av Trond Aarre for arbeidsgruppa, 15.12.06.

⁶⁸ Ruud Torleif, Gråwe Rolf W., Hatling Trond: Akuttpsykiatrisk behandling i Norge - resultater fra en multisenterstudie, SINTEF Helse Oktober 2006 (finnes på nett: <http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/MAPWeb.pdf>)

polititransporter øker.⁶⁹ I Oslo økte antallet slike transporter fra 2280 i 2004 til 2550 i 2005, noe som gir ca. 7 transporter i døgnet. Også i Trondheim var det en kraftig økning (20 %), mens det i Bergen, der det er etablert psykiatrisk ambulanse, var en nedgang i polititransportene.

9.4.1. Rus

Gjennom rusreformen som trådte i kraft fra 2004 ble de behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som ble regulert av spesialisthelsetjenesteloven, overført til de regionale helseforetakene. Ved rusreformen ble også behandlingstiltak regulert av sosialtjenesteloven, overført fra fylkeskommunen til de regionale helseforetak. Tjenestene overfor ruspasientene er i dag i støpeskjeen. Dette gjelder også akuttjenester.⁷⁰ Det foreligger i dag ingen øyeblikkelig hjelp funksjon knyttet til rusbehandling direkte. Ved eventuelt behov for akuttbehandling må disse pasientene inn i somatiske eller psykiatriske akuttjenester.

Et sentralt spørsmål er hvilke tjenester akutt rusbehandling er i behov av. En slik tjeneste er avrusing. Avrusing innebærer imidlertid flere ting, både medisinsk avrusing der tilstanden oppfattes som kritisk og livstruende, sosial avrusing etter lengre perioder med stort rusforbruk og avrusing som ledd i rehabilitering.⁷¹ Avrusing vil alltid trenge medisinsk oppfølging, men graden av hast varierer. Av og til vil tilstanden være kritisk og livstruende og pasienten må innlegges uten ventetid. Akutte somatiske og psykiatriske tilstander vil også nødvendiggjøre stabilisering og eventuelt avrusning for å få kontroll over den medisinske tilstanden. Når avrusning er et ledd i mer langvarig rusbehandling er graden av hast ikke alltid like stor. En rekke akutte skader og somatiske og psykiatriske medisinske tilstander kompliseres av rusbruk. Det antas at opp mot 70 % av alle pasienter som innlegges på psykiatriske akuttavdelinger har rusproblemer, og misbruk kan også utløse denne type tilstander. Mange innleggelser i somatiske sykehus er også tett forbundet med langvarig overforbruk eller akutt rus. Dette illustrerer at akutte rustjenester i stor grad overlapper andre akuttjenester, innen både psykisk helse og somatikk.

Et problem med akuttjenestene overfor ruspasienter er at russektoren har en annen inndeling som ikke samsvarer med spesialisthelsetjenesten for øvrig. Nivåinndelingen er poliklinikk, avrusing, < 6 måneders innleggelse og > 6 måneders innleggelse. Dette skaper en utfordring i forhold til å koordinere de tilbudene til denne pasientgruppen med øvrige spesialisthelsetjenester. Nivåinndelingen i rus er nå under vurdering.⁷²

⁶⁹ Pedersen, Karen Louise: Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon.

⁷⁰ Helse- og omsorgsdepartementet har hatt ute til høring endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven der det foreslås en hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til å pålegge helseforetak å utpeke det nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som skal ha plikt til å gi akutt hjelp innen rusbehandling.

⁷¹ Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier. Helsedepartementet 2004.

⁷² RHF-forum rus har foreslått at dagens ordning avvikles i løpet av 2007 og harmoniseres med spesialisthelsetjenesten for øvrig. Forslaget er behandlet i fagdirektørmøtet, som vil forfølge saken.

9.4.2. Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa mener at akuttfunksjonen innen rus og psykisk helse på lokalsykehusnivå må styrkes. I samsvar med målsetningen i opptrappingsplanen for psykisk helse, mener arbeidsgruppa at det er ønskelig med en desentralisering av psykiatriske funksjoner, herunder psykiatriske akuttfunksjoner. For å redusere antallet innleggelser i psykiatriske akuttavdelinger og bruk av tvang, må arbeidet med å bygge ut og styrke DPS og å etablere ambulante team fortsette. Arbeidsgruppa mener det er ønskelig at en større del av oppgavene innen det psykiske helsevern, og derfor også ressursene og kompetansen, forskyves fra sentralinstitusjoner mot DPS og kommunehelsetjenesten. Dette er svært ønskelig også av hensyn til legevaktstjenesten. Hjelp i vurdering av akutte psykiatriske problemer, herunder suicidalitetsvurderinger, straks eller neste dag, av kompetente fagfolk i DPS, er høyt prioritert blant allmennlegene. En slik forskyvning må skje samtidig som det totale tilbudet opprettholdes eller styrkes.

I dag varierer bemanningen ved DPS. Arbeidsgruppa mener at det også i årene fremover må være rom for lokale variasjoner i bemanning og størrelse på DPS. Det viktige er å utforme de faglig sett beste løsninger med utgangspunkt i de ressurser som finnes lokalt. For eksempel kan etablering av akutteam innebære et kapasitetsproblem på små steder med begrensede ressurser. Samtidig vil arbeidsgruppa påpeke at DPS er en del av spesialisthelsetjenesten. Dette må reflekteres i bemanningen. DPS bør derfor, som et minimum, ha ansatt lege og/eller psykolog.

Det har innen psykiatrien vært gjennomført brede faglige prosesser for å avklare arbeidsdelingen mellom DPS og sentralsykehusene, noe som har resultert i flere dokumenter, herunder veilederen fra SHdir. Det vil allikevel være gråsoner, både mellom DPS og sentralsykehusene og mellom DPS og kommunehelsetjenesten. Dette skyldes blant annet at ressursene til de ulike DPS vil variere, og at det derfor vil variere hva disse kan ta hånd om. Det betyr at målet, også innen psykiatrien, slik arbeidsgruppa ser det, må være lokalt tilpassede og tilrettelagte behandlingskjeder som utnytter de lokale ressursene best mulig.

Arbeidsgruppa mener at ambulansepersonalets akuttpsykiatriske kompetanse må styrkes. På større steder bør det vurderes å etablere egne psykiatriske ambulanser. Polititransport bør bare skje unntaksvis, når det er behov for dette.

Arbeidsgruppa mener det er ønskelig å styrke samhandlingen og koordineringen, ikke bare mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men også mellom aktørene innen psykisk helse, rus og somatikk. I spesialisthelsetjenesten har somatikken og psykiatrien, og i enda sterkere grad rusbehandlingen, tradisjonelt levd atskilt fra hverandre. Det er imidlertid stor grad av overlapp innen de tre fagfeltene. Mange pasienter trenger behandling fra flere fagfelt samtidig. Disse tjenestene må derfor være godt koordinert. Det er dessuten slik at når yngre pasienter kommer inn i somatiske sykehusavdelinger med skader i forbindelse med rus, eller innlegges på grunn av overstadig beruselse (forgiftning), representerer dette en viktig anledning til å fange opp et begynnende rusproblem. Også for at disse pasientene skal få et tilbud, er det viktig at tilbudene fra de tre fagfeltene er godt koordinerte. Et styrket samarbeid skjer

ikke av seg selv. Bedre samarbeid krever ledelse og tydelig styring i form av strukturerte samarbeidstiltak. Samlokalisering vil lette samarbeidet. Samlokalisering mellom lokalsykehus og DPS kan derfor være ønskelig, særlig på små steder.

9.5. Fødselsomsorgen

I 2005 ble det født 56 756 barn i Norge.⁷³ 26,3 prosent av alle fødslene fant sted i Oslo og Akershus, noe som er en økning på mer enn 40 prosent på drøyt 20 år. At fødslene sentraliseres skyldes i hovedsak innflytting av unge mennesker til Oslo-området. I de mindre sentrale delene av landet gir utflytting av unge mennesker en nedgang i fødsler. Trenden er spesielt tydelig i Nord-Norge, men også Vestlandet og Hedmark og Oppland har en betydelig nedgang i andel av landets fødsler siden 1970-tallet. Oslo hadde i 2005 den høyeste fruktbarheten som er målt siden 1960-tallet, noe som medfører at forskjellene i fruktbarhetsnivået mellom landsdelene minker.⁷⁴

Det har gjennom flere år vært et overordnet mål for norsk fødselsomsorg at det skal tilbys et desentralisert fødetilbud. I Soria Moria-erklæringen er det slått fast at regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. I tråd med dette målet er også fødselsomsorgen i Norge langt mer desentralisert enn i våre naboland. 25 av 54 fødeinstitusjoner i Norge, dvs. 46 %, hadde i 2004 under 500 fødsler per år. 9,4 % av alle fødsler fant sted ved disse institusjonene. I Sverige var det 6 institusjoner med under 500 fødsler og i Finland 2 stykker, og disse institusjonenes andel av fødslene var henholdsvis 2 % i Sverige og 1,2 % i Finland.⁷⁵

Statens helsetilsyn la i 1997 frem rapporten "Faglige krav til fødeavdelinger". Helsetilsynet foreslo i rapporten tre kompetansenivåer, som beskrevet tidligere (se kapittel 6). Inndelingen legger til grunn at kirurger, som før ivaretok beredskapen på fødeavdelinger ved lokalsykehus, ikke deltar i fødselsomsorgen. Dagens kirurger har ikke lenger formell kompetanse eller praktisk erfaring i fødselshjelp. Norsk kirurgisk forening har derfor uttalt at kirurger ikke bør delta i vaktberedskap ved fødeavdelinger. Det finnes allikevel fortsatt forsterkede fødestuer der kirurger inngår i vakt.⁷⁶

I sin innstilling om akuttmedisinsk beredskap fra 2001 (Innst. S. nr. 300 (2000-2001)), uttalte sosialkomiteen at fødselsomsorgen måtte differensieres, og at den skisserte nivåinndelingen måtte *gjøres gjeldende*, ikke bare veiledende, for planleggingen og organiseringen av fødselsomsorgen. Komiteen understreket imidlertid at antallet

⁷³ Tall fra SSB.

⁷⁴ Ved inngangen til 1970-tallet tilsa samlet fruktbarhetstall (SFT) at hver kvinne i Oslo i snitt ville føde 1,67 barn i løpet av sin fruktbare periode, mens kvinnene i Finnmark ville føde 2,73 barn. I 2005 var tallet 1,78 for Oslo og 1,87 for Finnmark. Fruktbarheten er høyest i Sogn og Fjordane med SFT på 2,07 og i Rogaland med SFT på 2,01 (SSB).

⁷⁵ Tall fra Pål Øians foredrag for arbeidsgruppa 15.12.06.

⁷⁶ I følge Sølvi Taraldsen (sekretær for Nasjonalt råd for fødselsomsorg) gjelder det Lofoten og Odda. (Mosjøen hadde dette fram til den kirurgiske akuttberedskapen ble lagt ned). I Lærdal og Narvik ble det vedtatt en slik løsning, men ingen av stedene lyktes man å få til en ordning med kirurgene. Hun tror ikke det lenger finnes fødeavdelinger med kirurger i beredskap.

fødsler, både ved kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer, ikke måtte være absolutt. Dette ble vedtatt av Stortinget.

For å bistå i omstillingsprosessen, i kvalitetssikring og i evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg, ba sosialkomiteen i sin innstilling Regjeringen om å opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen. Komiteen ba også Regjeringen om å sørge for at kvinner med lang reisevei til fødeavdeling, ble sikret en forsvarlig følgetjeneste.⁷⁷ Også dette ble vedtatt av Stortinget.

Det er i de senere år skjedd omstillinger i fødetilbudet i Norge i tråd med de faglige retningslinjene. Fødestuene i Honningsvåg, Andøya og Oppdal er nedlagt, mens fødeavdelingene i Lærdal, Mosjøen, Lofoten, Tynset, Rjukan og Odda er omgjort til fødestuer. Fødeavdelingene Lofoten, Tynset, Rjukan ble omgjort før stortingets behandling av akuttmeldingen, mens de tre avdelingene i Lærdal, Mosjøen og Narvik ble vedtatt lagt om som følge av meldingen. I Narvik er vedtaket ikke gjennomført, og i Lærdal er det i dag en forsterket fødestue, ikke en fødestue. Fødeavdelingen i Odda ble omgjort etter meldingen, men på lokalt initiativ for å opprettholde fødetilbudet.

På tross av omstillingene er det fortsatt flere fødeavdelinger som har fødselstall lavere enn 400 fødsler per år. Det skjer totalt ca. 1500 fødsler på fødestuer, mens det i 2005 totalt skjedde ca. 4500 fødsler på fødeinstitusjoner med mindre enn 400 fødsler. I tillegg skjedde ca. 1600 fødsler på enheter med mellom 400 og 500 fødsler. Det betyr at 3000 – 4600 fødsler fant sted på institusjoner som i følge de faglige retningslinjene burde vært omgjort til jordmorstyrte fødestuer. Det finnes også fødestuer med under 40 fødsler per år.

Ved mange av de små fødeavdelingene er det vanskelig å rekruttere gynekologer i det antallet som er nødvendig for å opprettholde døgnkontinuerlig vakt. Enkelte steder har gynekologene 1-2 delt vakt, og flere steder gjøres bruk av dyre vikarstafetter. Ved flere av de små fødeavdelingene er det ikke befolkningsgrunnlag for det antallet gynekologer som er nødvendig for akseptable vaktordninger (4 – 5-delt vakt).

Mindre enn 1 % av fødslene i Norge skjer som hjemmefødsel eller transportfødsel.⁷⁸ Årlig antall hjemmefødsler og transportfødsler (planlagte og ikke-planlagte) har i perioden 1999-2002 holdt seg temmelig konstant og utgjør fortsatt en liten del av alle fødsler. Det er litt flere ikke-planlagte enn planlagte hjemmefødsler. De fleste planlagte hjemmefødsler i Norge (litt mer enn halvparten) foregår i fylkene rundt Oslofjorden.

9.5.1. Arbeidsgruppas vurdering

Enkelte steder i landet har det vært betydelig oppmerksomhet rundt organiseringen av fødselsomsorgen. På tross av Stortingets vedtak om omstilling i tråd med den faglige nivåinndelingen, har en slik omstilling ikke funnet sted alle steder. Årsakene er trolig

⁷⁷ I Ot. prp. nr 60 (1993-94) ble det framholdt at fødende med reisevei over 1 time burde ha kvalifisert ledsagelse til fødestedet.

⁷⁸ Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr. 16-2006

sammensatte. En av flere forklaringsfaktorer er uenighet knyttet til hva som er et godt fødetilbud. Det synes som om alle er enige om at gravide med risikosvangerskap skal føde på spesialiserte avdelinger. Uenigheten er i større grad knyttet opp til hva som er et faglig trygt nok tilbud for gravide med normalsvangerskap, noe som delvis bunner i uenighet om i hvilken grad det er mulig å fange opp alle risikosvangerskap ved seleksjon. Kunnskapsoppsummeringer gir ikke sikre svar på dette. Det er ikke påvist sammenheng mellom volum og kvalitet,⁷⁹ og kunnskapsgrunnlaget i dag er for svakt til å konkludere med hensyn til om det er forskjeller i utfall og komplikasjoner mellom de jordmorstyrte fødestuene (med dagens seleksjonspraksis) og fødeavdelingene.⁸⁰ Studier tyder imidlertid på at resultatene ved fødestuer som tilbyr en helhetlig svangerskaps- og fødselsomsorg, der de samme jordmødrene tar hånd om både svangerskap og fødsel er gode, og at risikoen ved å føde på slike fødestuer ikke er høyere enn på mer spesialiserte fødeenheter.⁸¹

Arbeidsgruppa mener det er behov for omstillinger i fødselsomsorgen. Argumenter for dette er både manglende samsvar mellom eksisterende faglige retningslinjer og dagens struktur i fødselsomsorgen, endringer i gynekologifaget de senere år, mangel på gynekologer, samt de driftsmessige utfordringer som eksisterer ved mange fødeinstitusjoner. Arbeidsgruppa har registrert at Helse- og omsorgsdepartementet vil igangsette en prosess på dette området, og vil derfor ikke gå nærmere inn i dette problemkomplekset. Gruppa vil imidlertid påpeke at den mener det er en fruktbar tilnærming å skille mellom normalfødsler og risikofødsler, og å ha som mål å etablere faglig trygge behandlingsskjeder for gravide tilhørende de to gruppene. Gruppa vil videre vise til sine anbefalinger i forhold til likeverdige prosesser. Anbefalingene innebærer at det ikke må skje endringer i fødetilbudet uten at disse er drøftet og koordinert med kommunehelsetjenesten, som i dag har ansvaret for følgetjenesten. Endringer må heller ikke skje uten at det er klarlagt hvordan behandlingsskjeden til de pasientene som berøres av endringene, skal se ut, samt at det er sikret kapasitet i alle ledd av behandlingsskjeden. Endringene må kommuniseres til berørte grupper, dvs. til de fødende, til jordmødre og til allmennleger og annet helsepersonell i området.

Arbeidsgruppa vil også påpeke at en helhetlig svangerskaps- og fødselsomsorg forutsetter god samhandling både mellom første- og andrelinjetjenesten og mellom ulike grupper helsepersonell (i hovedsak leger og jordmødre). I tillegg er det vist at god seleksjon av de fødende, og dermed trygge fødsler ved jordmorstyrte fødestuer, forutsetter at det er de samme jordmødrene som utfører svangerskapskontrollene og som foretar forløsningen. Dette taler for at det må legges til rette for en bedre integrasjon mellom jordmortjenesten i kommune- og i spesialisthelsetjenesten. For å oppnå dette mener arbeidsgruppa det bør vurderes om det er hensiktsmessig å opprettholde en kommunal jordmortjeneste på steder der det finnes fødestuer, eller om

⁷⁹ Fødeavdelinger, fødestuer pasientvolum og behandlingskvalitet. Notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2005.

⁸⁰ Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr. 16-2006

⁸¹ Bl.a. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 731-7

det på disse stedene er mer hensiktsmessig at kommunehelsetjenesten kjøper jordmortjenester av spesialisthelsetjenesten.

9.6. Akuttjenester ved lokalsykehus

Helseforetaksreformen har ført til organisatoriske endringer, blant annet ved at mange helseforetak i dag består av flere sykehusenheter, som beskrevet i kapittel 3. Dette medfører endrete organisatoriske krav til tjenesten innefor et helseforetak, men gir også mulighet for nye tilnærminger til hvordan det akuttmedisinske tilbudet kan ivaretas. Det er derfor viktig å vurdere både hvilke akutfunksjoner helseforetaket som helhet bør ha, hvilke akutfunksjoner hver enhet innenfor foretaket bør ha, og hvordan tilgjengeligheten organisatorisk kan håndteres. I det følgende konsentrerer allikevel arbeidsgruppa diskusjonen rundt organisering og innhold i den enkelte sykehusenhet, vel vitende om at det i mange helseforetak er gjennomført organisatoriske endringer med tversgående klinikkorganisering og dermed gjennomgående ansvarsposisjoner.

Diskusjonene om lokalsykehusenes akutfunksjoner har i stor grad handlet om hvilken kirurgisk beredskap det er nødvendig å opprettholde. Det pågår også en diskusjon om indremedisinsk akuttberedskap uten kirurgisk akuttberedskap kan være tilstrekkelig under visse forutsetninger. Et annet spørsmål er om det er nødvendig at et sykehus har akuttberedskap både i ortopedi og bløtdelskirurgi, eller om den kirurgiske akuttberedskapen kan funksjonsdeles mellom enheter innenfor samme helseforetak, evt. om man kan ha beredskap i ortopedi eller bløtdelskirurgi bare deler av døgnet.

En annen viktig problemstilling med tett relasjon til spørsmålet om lokalsykehusenes akutfunksjoner, er spørsmålet om fødselsomsorgens organisering. Arbeidsgruppa vil i dette avsnittet ikke gå inn i fødselsomsorgens organisering. Den vil konsentrere diskusjonen om akuttjenestene innen indremedisin og kirurgi og tilhørende støttefunksjoner, samt om behovet for eventuelle faglige standarder på dette området.

I diskusjonene om det akuttmedisinske tilbudet er det ikke bare uenighet om hva som er det faglig beste eller ønskelige tilbudet, men også om det bør utformes en faglig minstestandard for akutfunksjoner. Om det er behov for radiologer i vakt på alle enheter innenfor et helseforetak, eller om økt bruk av teleradiologi kan kompensere for bortfall av dette, er også et tema som diskuteres. Legeforeningen har, som beskrevet tidligere, tatt til orde for en nasjonal faglig minstestandard i form av at alle sykehus/enheter med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi og tilgang til laboratorietjenester og radiologiske tjenester hele døgnet. Legeforeningen mener det ikke er faglig forsvarlig at en enhet kun har indremedisinske akutfunksjoner, at spørsmålet om akutfunksjoner er for viktig til å overlate til de regionale helseforetakene, og at det er behov for nasjonale standarder slik at lokalsykehus er like over alt i landet.

I de innspillene arbeidsgruppa har mottatt, er det et klart flertall som ønsker en form for faglig standard/minstestandard, men det er uenighet om hva denne bør være. Flertallet av helseforetakene som uttaler seg om dette, mener at minstestandarden bør være indremedisinske akutfunksjoner alene. De øvrige, som er i flertall, støtter

Legeforeningens forslag til minstestandard, dog slik at noen ønsker at en fødeavdeling skal inngå i standarden. Det hyppigste argumentet for en minstestandard er at det vil redusere muligheten for vilkårlige omstillingsprosesser og for at de regionale helseforetakene bygger ned lokalsykehus i strid med lokale ønsker, og at dette dermed vil bidra til økt trygghet for lokalbefolkningen.

Et lite mindretall av høringsinstansene mener det *ikke* vil være mulig å utforme en minstestandard som passer over alt, og at dette derfor ikke er ønskelig.

Til tross for at flertallet av dem som har sendt innspill til arbeidsgruppas utkast til rapport ønsker en minstestandard for akuttfunksjoner, støtter flertallet også det syn arbeidsgruppa ga uttrykk for i rapportutkastet, dvs. at det er behov for å utforme akutttilbudet med utgangspunkt i lokale forhold, blant annet ved vurdering av transporttid til annet sykehus. Det er slik sett en dobbelthet i innspillene i den forstand at det både uttrykkes et ønske om en minstestandard/nasjonale standarder, om at lokalsykehusene skal ha samme innhold over alt for å skape forutsigbarhet, og samtidig et behov for å tilpasse tjenestene ved lokalsykehuset ut fra lokale forhold.

9.6.1. Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa mener det viktigste for befolkningen og pasientene er *det samlede akuttmedisinske tilbudet*. Det totale tilbudet er et resultat av ressursene i *alle* ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden.

Arbeidsgruppa mener at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehuset må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold, herunder transporttid til andre sykehus (og neste mer spesialiserte ledd i behandlingsskjeden), geografi og værforhold, størrelsen på sykehusets opptaksområde, befolkningstetthet og andre demografiske faktorer som andel eldre/gamle, innvandrergupper og sosiale grupper med spesielle medisinske utfordringer, sykehusets rekrutteringsmuligheter, samt en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse. Det er ikke bare ulike lokale behov som tilsier at det må være rom for lokale tilpasninger, men også den erfaring at samme modell kan fungere og oppfattes forskjellig på ulike steder. Et eksempel på dette er at fødestuer fungerer godt enkelte steder, mens denne modellen ikke synes å fungere andre steder. Med gode prosesser, god ledelse og tiltak for å utvikle og sikre riktig kompetanse hos de ansatte, kan man få ulike modeller til å fungere på en faglig god måte.

Det er, slik arbeidsgruppa ser det, hensiktsmessig å skille mellom akuttberedskap i forhold til diagnostikk og i forhold til behandling. Siden det er generell enighet om at ikke alle pasienter skal behandles på lokalsykehus, er det svært viktig at pasienter *sikres best mulig diagnostikk så nær hjemmet som mulig*. Det vil gjøre at flest mulig pasienter raskt ledes inn i riktig behandlingsskjede, eventuelt sendes hjem. For pasienter som trenger innleggelse, vil det imidlertid også være ønskelig at *flest mulig av de tilstander som kan behandles lokalt, behandles lokalt*. Dette gjelder særlig for pasienter som hyppig trenger innleggelse.

For både pasienter og helsepersonell som inngår i akuttmedisinske behandlingsskjeder, er det dessuten, slik arbeidsgruppa ser det, viktig å vite *hvilken kompetanse* som finnes

på lokalsykehuset og i de øvrige ledd i behandlingsskjeden til enhver tid. Arbeidsgruppa mener denne kompetansen bør beskrives i form av hvilke diagnostiske og behandlingssmessige prosedyrer som kan utføres i hvert ledd til enhver tid. Tydelige kompetansekrav for hvert nivå i behandlingsskjeden vil legge til rette for forutsigbare, faglig trygge og godt koordinerte behandlingsskjer. Det gjelder spesielt hvis det samtidig stilles krav om at kompetansen dokumenteres. Kompetansekrav gir samtidig rom for noe fleksibilitet i forhold til hvordan kompetanse sikres lokalt. Denne tilnærmingen er delvis brukt i rapporten fra NHS' National Leadership Network "Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital" der det ikke først og fremst presiseres hvilket personell som skal være tilstede, men hvilke tilstander som skal kunne håndteres (Level Two Critical Care).⁸² Denne tilnærmingen er også lagt til grunn i Røisekomiteens innstilling om et nasjonalt traumesystem i Norge.

Arbeidsgruppa legger også til grunn for sitt syn på lokalsykehusenes akuttfunksjoner at det er behov for omstilling i spesialisthelsetjenesten, både for å møte demografiske og epidemiologiske endringer, for å nyttegjøre seg ny teknologi, og for å sikre og øke kvaliteten på tjenestene slik at de samlede ressursene utnyttes best mulig til befolkningens beste. Som beskrevet tidligere mener gruppa at den omstillingen som er nødvendig, ikke først og fremst bør forstås som *flytting* av tjenester mellom nivåer (sentralisering og desentralisering), men som *endring* av tjenestene og måtene helsepersonellet arbeider på.

Med dette som utgangspunkt ser arbeidsgruppa både fordeler og ulemper med en faglig minstestandard for lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Det som ville vært det viktigste argumentet for en faglig minstestandard, var at det fantes et helt klart faglig svar på hva som er et minimum av akuttjenester for at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehus skal være faglig forsvarlig. Det mener arbeidsgruppa det ikke gjør. Legeforeningen tar, som beskrevet tidligere, til orde mot indremedisin som eneste vaktspesialitet. Det er imidlertid et faktum at det i både i Helse Sør og Helse Øst i flere år har eksistert lokalsykehus med indremedisinske akuttfunksjoner, uten døgnbasert kirurgisk akuttberedskap (f.eks Lovisenberg sykehus og Ski sykehus). Lovisenberg sykehus skriver i sitt innspill til arbeidsgruppa at denne ordningen fungerer faglig godt hos dem, men at spesielle forhold legger til rette for dette. Slike spesielle forhold er kort transporttid til sykehus med kirurgisk akutttilbud, samt god vurdering ved Oslo legevakt, som gjør at svært få pasienter feilsendes. De understreker også nødvendigheten av anestesilege i døgnvakt og et kirurgisk dagtilbud.

⁸² Definisjon og detaljert beskrivelse av nivåene er gitt i rapporten: Levels of critical care for adult patients. Standards and guidelines. Intensive care society 2002. Level 0: Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital. Level 1: Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team. Level 2: Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or postoperative care, and those stepping down from higher levels of care. Level 3 Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure. <http://www.ics.ac.uk/icmprof/downloads/icsstandards-levelsofca.pdf>.

Også i en rekke andre land eksisterer sykehus uten fulle akutfunksjoner. I Sverige har man i flere år hatt sykehus med døgnbaserte akutfunksjoner bare i indremedisin. Hvilke faglige erfaringer de der har gjort seg, er uklart, ettersom det ikke synes å foreligge noen evaluering og dokumentasjon av erfaringene.⁸³ I England eksisterer det ca. 60 sykehus uten alle akutfunksjoner. The Royal College of Physicians gjorde i 2002 en faglig vurdering av disse.⁸⁴ Rapporten var kritisk til tjenestene som ble levert ved 30 av sykehusene. Konklusjonen til The Royal College of Physicians var at akutt syke pasienter kan innlegges ved avdelinger uten mulighet for akuttkirurgi, men at alvorlig syke pasienter må innlegges ved sykehus med et bredt tilbud.⁸⁵ Utredningen er av helseledere i Storbritannia oppfattet som enda et eksempel på at leger argumenterer for økende sentralisering av akutfunksjoner.⁸⁶ Standpunktet til NHS' National Leadership Network i 2006 er at det ved lokalsykehus, som et minimum, i tillegg til legevakt, må være et døgnkontinuerlig tilbud av følgende tjenester: Acute Medicine, Level Two Critical Care,⁸⁷ Non-Interventional Coronary Care Unit, Essential Services Laboratory, Diagnostic Radiology.⁸⁸ Det presiseres at akuttmedisin krever rask tilgang til kirurgisk rådgivning av høy kvalitet, men ikke nødvendigvis tilstedeværelse av kirurg.

På tross av faglig og politisk uenighet og usikkerhet omkring hvilke erfaringer som er gjort i andre land, vil trolig de fleste i Norge være enige i at de indremedisinske akuttjenester Lovisenberg sykehus leverer, er faglig forsvarlige. Det er imidlertid betydelig uenighet knyttet til om det er forsvarlig å ha samme modell andre steder i landet. Hvor grensen går når det gjelder transporttid til et kirurgisk tilbud for at et sykehus uten kirurgiske akuttjenester skal være faglig forsvarlig, er ikke avklart. Det finnes heller ingen klare svar på hva som er akseptabel transporttid til et sykehus med indremedisinske akuttjenester, gitt at alternativet til et sykehus med hovedvekt på indremedisinske akutfunksjoner, er et sykehus uten akutfunksjoner.

Arbeidsgruppa er enig i argumentet om at nasjonale standarder skaper forutsigbarhet. Den har også forståelse for argumentet om at en minstestandard skaper trygghet, ved at lokalsamfunn dermed får en sikkerhet for at tilbudet ved eget lokalsykehus ikke reduseres under denne standarden. Arbeidsgruppa ser imidlertid også enkelte ulemper ved for rigide faglige standarder, herunder en minstestandard. Faglige standarder kan være et hinder for den nytenkning og omstilling arbeidsgruppa ser som ønskelig. En standard som betegnes som en *minstestandard* kan dessuten få noe negativt over seg.

⁸³ I følge rapporten: Nærpsykehuset – rett pasient på rett sted til rett tid. (Rapport fra prosjektgruppe. Desember 2003. Helse Nord) skal erfaringene være gode. Det er imidlertid i dag gjort endringer i tilbudet ved disse sykehusene. Hva som er bakgrunnen er usikkert.

⁸⁴ Royal College of Physicians: "Isolated Acute Services", London RCP 2002

⁸⁵ Dvs. traumemottak, kirurgivakt, anestesivakt, intensivavdeling og hjerteovervåkning.

⁸⁶ Black, A: "Reconfiguration of surgical, emergency, and trauma services in the United Kingdom. Centralisation of services is politically impossible", BMJ 2004; 328; 178-9.

⁸⁷ Se note 34 for definisjon.

⁸⁸ Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital. The Report of the National Leadership Network, Local Hospitals Project 21st March 2006

Med dette som utgangspunkt har arbeidsgruppa likevel konkludert med at det bør utformes faglige standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Et argument som har veid tungt i arbeidsgruppas vurdering av behovet for faglige standarder, er at flertallet av dem som har gitt innspill til arbeidsgruppen, etterspør dette. Slik arbeidsgruppa ser det kan imidlertid slike faglige standarder ikke være absolutte.

Mange faktorer burde ideelt sett hensyntas ved utforming av faglige standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner, både størrelse på og sammensetning av sykehusets opptaksområde, transporttid til annet sykehus og ikke minst kommunehelsetjenestens, legevaktstjenestens og ambulansetjenestens kompetanse og ressurser, herunder mulighet for luftambulansetransport. Det vil imidlertid bli for komplisert å lage standarder som tar hensyn til alle ulike faktorer.

9.6.1.1 Lokalsykehus med akuttfunksjoner (akuttsykehus)

Arbeidsgruppa støtter traumeutvalgets forslag om at alle sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter, må oppfylle nasjonale krav både i forhold til etablering av traumesystem og i forhold til kompetanse. Kravene til disse sykehusene bør, i følge traumeutvalget, være at de har definert traumeteam med kriterier for aktivering og aktiveringstid på traumeteamet, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter, kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå, oppdaterte prosedyrer (traumemanual), tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste, traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter, har etablert regelmessig tverrfaglig trening, og oppfyller krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet.

Akuttsykehusene skal, til en hver tid, som et minimum, kunne avlaste pneumothoraks, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger, gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon). Osteosynteser skal kunne utføres avhengig av tilgjengelig ortopedisk ekspertise. Det stilles ikke krav om ortopedisk beredskapsvakt. Respiratorbehandling skal være tilgjengelig, eller system for rask overflytting til traumesykehus. Alle sykehus som behandler traumepasienter skal dessuten ha navngitte personer (helst tverrfaglig traumekomité) for kvalitetssikring av traumebehandlingen og holde regelmessige komplikasjonsmøter. Sykehusene skal også registrere traumepasientene.

- 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 ved at teamleder eller eventuelt bakvakt i kirurgi skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer. Denne type trening bør gjentas hvert 3. – 5. år for kirurger i vakt.
- Operasjonspersonell skal ha 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

Arbeidsgruppa støtter disse forslagene til kompetansekrav og krav til systematikk i traumehåndteringen for akuttpsykehus.

Akuttpsykehusene 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 omfatte mange av dagens små sykehus. Behovet for denne typen sykehus mener arbeidsgruppa må vurderes med utgangspunkt i lokale forhold, som påpekt innledningsvis i avsnitt 9.6.1 og gjentatt avslutningsvis i avsnitt 9.6.1.3. Disse beslutningene må tas i en prosess som ivaretar de prosesskrav som er beskrevet i avsnitt 15.4.

9.6.1.2 Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner

Ikke alle lokalsykehus med akuttfunksjoner vil oppfylle krav til status som akuttpsykehus. For disse må gjelde en annen faglig standard og derfor andre kompetansemessige krav. Det er begrenset systematisert kunnskap og erfaring i Norge om drift av sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap. Det er riktignok eksempler på dette, som beskrevet tidligere, men disse finnes i hovedsak i større byer. I andre land i Europa synes det imidlertid ikke uvanlig med sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner i tillegg til eventuelt akuttmottak, skadestue og elektiv kirurgi. Arbeidsgruppa foreslår at man i Norge kvalitetssikrer og utreder et slikt driftskonsept nærmere. Det bør innhentes kunnskap om erfaringer fra andre land og fra sykehus i Norge (for eksempel Mosjøen og Nordfjordeid), og de prosjektene som igangsettes må følge arbeidsgruppas forslag til prosesskrav, både hva gjelder prosessenens organisering og innhold (se avsnitt innledningsvis 9.6.1, avslutningsvis avsnitt 9.6.1.3 og avsnitt 15.4) og nøye evalueres langs en rekke dimensjoner, både hva gjelder transport, faglig kvalitet, brukertilfredshet, rekruttering og utdanning. Bakgrunnen for at arbeidsgruppa anbefaler at et slikt driftskonsept kvalitetssikres og utredes, er blant annet det forventede behovet for helsetjenester i framtida som følge av den demografiske og epidemiologiske utviklingen, antallet pasienter som vil ha behov for indremedisinske akuttjenester, og at indremedisinen i sin natur i hovedsak er akutt. Arbeidsgruppa har registrert at slike løsninger enkelte steder synes å ha redusert befolkningens trygghetsfølelse og tillit til kvaliteten på de helsetjenester de har krav på. Andre steder har store endringer blitt gjennomført uten slike reaksjoner. Arbeidsgruppa mener at også grunnlaget for dette må undersøkes grundig.

I sammenheng med kunnskapsinnhenting og pilotprosjekter mener arbeidsgruppa at det vil være viktig å vurdere og evaluere hvilke andre funksjoner som må være tilstede på et sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, for at tilbudet til befolkningen skal bli faglig godt. Arbeidsgruppa mener derfor at dette arbeidet må rettes inn mot å kartlegge og tegne ut også de generelle og volummessige funksjonene i lokalsykehusene. Disse funksjonene, dvs. lokalsykehusfunksjonen ut over den akuttmedisinske funksjonen, vil i stor grad være basisaktiviteten i alle sykehus med lokalsykehusfunksjoner.

Som et *utgangspunkt* for det videre utredningsarbeidet mener arbeidsgruppa at alle lokalsykehus med akutfunksjoner, som et minimum må ha *indremedisinsk akuttberedskap* på døgnbasis. Sykehusene må ha kompetanse til å håndtere indremedisinske pasienter med svikt i ett organ, dvs. blant annet pasienter med hjertestans, forverring av kronisk hjertesvikt og forverring av kronisk lungesykdom. Dette innebærer at det må være mulig å overvåke vitale funksjoner, gjennomføre enklere respirasjonsstøtte og utføre respiratorbehandling (akuttifeller).

Dette indremedisinske akutttilbudet krever ikke bare generell indremedisinsk kompetanse, men bred akuttmedisinsk og intensivmedisinsk kompetanse. I dag har få indremedisinere slik kompetanse i tilstrekkelig grad. Dette betyr i praksis, slik arbeidsgruppa ser det, at alle lokalsykehus med akutfunksjoner, per i dag, må ha anestesileger i døgnberedskap.

Det er påpekt av flere at for at anestesileger skal få en tilfredsstillende faglig tjeneste, må det som et minimum utføres dagkirurgi på sykehuset. Innen de kirurgiske fagfeltene utgjør elektiv aktivitet en stadig større andel av den totale aktiviteten. Arbeidsgruppa mener at lokalsykehus med akutfunksjoner bør tilby *elektive kirurgiske tjenester* innrettet mot store pasientgrupper, organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost.

Slik arbeidsgruppa ser det bør disse sykehusene, i tillegg til indremedisinsk døgnbasert akuttberedskap, anestesiberedskap på døgnbasis og kirurgi på dagtid, også 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. Dette gjelder blant annet 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. Hvilke prosedyrer ut over de nevnte som må kunne dokumenteres, må utredes.

Arbeidsgruppa mener at også pasienter som normalt ville blitt innlagt på kirurgiske avdelinger, men som ikke forventes å trenge akuttkirurgisk kompetanse, bør kunne akuttinnlegges på disse sykehusene. Rammebetingelsene for dette må avklares.

Arbeidsgruppa mener at barn med mindre alvorlige akutte lidelser, fremfor alt mindre alvorlige infeksjoner, bør kunne observeres på lokalsykehus med akutfunksjoner. Dette kan skje ved bruk av observasjonssenger eller på egen barnestue. Hvilke akutt syke barn som mer spesifikt bør ha et tilbud på disse lokalsykehusene, bør også utredes nærmere.

9.6.1.3 Generelle prinsipper - lokalsykehusenes akutfunksjoner

Fordi arbeidsgruppa vektlegger betydningen av god initial diagnostikk, mener den at alle 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. Et tilleggsargument for dette er at en stor andel av aktiviteten på lokalsykehusenes radiologiske avdelinger og laboratorier er knyttet opp mot

primærhelsetjenesten. Dette betyr ikke at tjenestene skal bestå uendret. Arbeidsgruppa mener omstillinger er nødvendig, blant annet for å nyttiggjøre seg de teknologiske investeringer som har vært gjort innen radiologitjenesten, og for å få utnyttet kompetansen bedre. Dette innebærer at arbeidsgruppa mener at det teleradiologiske tilbudet må videreutvikles (se kapittel 12), og at det enkelte steder vil være hensiktsmessig med radiologisk vaktsamarbeid på kveld og natt mellom enheter innenfor samme foretak, alternativt regionalt, slik at tolkning av radiologiske bilder kan skje andre steder enn der bildene tas. Det krever imidlertid at personalet på annet sykehus i samme helseforetak eller i regionen, gis et klart ansvar for å ivareta denne funksjonen.

Arbeidsgruppa mener videre at for at den lokale medisinske kompetansen og de lokale ressursene skal utnyttes best mulig, er det ønskelig med stor grad av integrasjon mellom akuttmedisinske tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette kan oppnås ved at det etableres et felles akuttmottak på lokalsykehuset, der både legevakten, en skadestue, sykehusets akuttmottak og ambulansestasjonen er samlokalisert. Ved det felles akuttmottaket bør det finnes observasjonssenger. Legevaktslegene bør, ved en slik organisering, kunne benytte alle ressurser som er tilgjengelige lokalt. Det innebærer at de også må kunne konsultere sykehusets leger. En slik organisering krever tydelige og velavklarte ansvarsforhold, slik at det er entydig hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten. Arbeidsgruppa mener derfor 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 vil påpeke at når en erfaren allmennlege trenger faglig støtte og veiledning i sitt arbeid, kan som regel ikke en uerfaren turnuslege dekke behovet. Riksrevisjonen har påpekt at det er en svakhet at det ved sykehusenes akuttmottak som regel er uerfarne leger (turnusleger) som først vurderer pasientene.⁸⁹ Dette er også påpekt i mange av innspillene arbeidsgruppa har mottatt. Arbeidsgruppa mener på denne bakgrunn at assistentlegene og spesialistene i økende grad må trekkes med i det diagnostiske arbeidet og behandlingen som skjer i akuttmottakene. Helsetilsynet gjennomfører i 2007 et landsomfattende tilsyn av forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus.

Arbeidsgruppa mener at det bør etableres retningslinjer/rutiner som sikrer at også kompetanse (spesialister) ved andre enheter i foretaket, evt. ved andre foretak, som er en del av pasientenes behandlingsskjede, kan mobiliseres for å gi råd, blant annet for å avklare pasientens diagnose og om det er behov for videre transport. IKT- og telemedisinske løsninger må legges til rette for dette.

Når legevaktslegene får tilgang til godt diagnostisk utstyr, hjelp av kvalifisert helsepersonell i mottaket og faglig ryggdekning vil en lang rekke pasienter kunne

⁸⁹ Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005-2006)

diagnostiseres og behandles av dem og deres medhjelpere. Et slikt felles akuttmottak vil gi trygghet både for befolkningen, som får ett sted å gå, og for helsepersonellet, som får faglig trygge rammer rundt seg og faglig støtte. Dette vil kunne bidra til å bedre rekrutteringen av fastleger i distriktene og øke stabiliteten i disse stillingene, samt styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En ulempe er imidlertid at avstanden til legevakten kan bli større for enkelte pasienter.

En stor pasientgruppe som legevaktsleger i felles akuttmottak vil få gode muligheter for å diagnostisere og primærbehandle, slik at overflytning til annet sykehus unngås, er pasienter med mindre alvorlige skader og brudd. Analysen av Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset viser at dette er en stor pasientgruppe, både på øyeblikkelig hjelp poliklinikken og blant kirurgisk/ortopediske øyeblikkelig hjelp innleggelser. Pasienter med slike skader vil føle det urimelig å måtte reise langt for behandling, og for mange av disse pasientene vil transporten være smertefull. Behovet for å videresende disse pasientene til annet sykehus vil særlig bli lavt dersom sykehuset har et elektivt (evt. dagkirurgisk) tilbud.

Arbeidsgruppa mener at det med utgangspunkt i personalet ved et felles akuttmottak, bør etableres og trenes *lokale akuttmedisinske team*. Disse teamenes sammensetning vil være avhengig av lokalsykehusets akutfunksjoner. Det må stilles krav om at teamene trenes regelmessig. Hvem som skal ha ansvaret for at trening skjer regelmessig, bør avtales mellom helseforetaket og kommunene i samarbeidsavtaler.

Arbeidsgruppa mener at når det er fastsatt hvilket akuttmedisinsk tilbud en enhet innenfor et helseforetak skal ha, må foretaket sikre at fastsatte kompetansekrav overholdes og dokumentere dette gjennom internkontrollsystemer. Dersom sykehuset sliter med rekrutteringen, må bemanningen og kompetansen sikres gjennom rotasjons- og hospiteringsordninger.

Arbeidsgruppa mener at lokalsykehusenes somatiske akutfunksjoner i størst mulig grad bør samlokaliseres og koordineres med akutttilbud innen psykiatri og rus, jmfør avsnitt 9.4.2.

Arbeidsgruppa vil presisere at de angitte faglige standardene ikke reduserer behovet for gode lokale omstillingsprosesser, der målet må være å utnytte de samlede ressurser på hvert enkelt sted best mulig for å oppnå høyest mulig kvalitet, herunder best mulig samhandling og samordning av tilbudet. Arbeidsgruppa mener følgende kriterier må legges til grunn i lokale omstillingsprosesser med hensyn til de innholdsmessige målene for prosessen:

1. Akuttmedisinske tjenester bør leveres så nærme hjemmet som mulig, om mulig prehospitalt. Akuttmedisinske behandlingsskjeder må sikre behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Samtidig må det sikres at tilbudet tilfredsstiller kvalitetskrav, slik disse er formulert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, jmfør tidligere.⁹⁰

⁹⁰ ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2005, veileder IS-1162

2. Definisjonen av kvalitet presiserer at ved utforming av akuttmedisinske behandlingsskjeder, må ulike hensyn balanseres. Målet er derfor faglig gode og robuste løsninger som tar hensyn til politiske og økonomiske rammebetingelser, befolkningens ønsker, samt tilgjengelige personellressurser.
3. Pasientenes sikkerhet er et grunnleggende kriterium. Pasientenes sikkerhet må komme først, noe som kan begrense mulige løsninger for organisatoriske endringer. Noen typer tjenester er bare mulig innenfor en viss befolkningsstørrelse. Systematisk pasientrisikovurderinger må legges til grunn ved alle endringsprosesser.
4. Den beste måte å sikre befolkningen mest mulig likeverdige helsetjenester på, herunder akuttmedisinske tjenester, er ved lokalt tilpassede akuttmedisinske behandlingsskjeder, basert på nettverk mellom sykehus og god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, der de lokale ressursene sees under ett og benyttes på den mest hensiktsmessige måten.
5. Utformingen av integrerte tjenester må skje nedenfra, dvs. ut fra pasientens behov. Derfor må utgangspunktet for utforming av tilbudet være helhetlige behandlingsskjeder utformet med utgangspunkt i god samhandling og nettverksløsninger, ikke bygninger, institusjoner, avdelinger, spesialiteter osv. Etablerte organisatoriske systemer og strukturer, herunder arbeidsdeling mellom yrkesgrupper/spesialiteter og eksisterende arbeidsavtaler, må ikke forhindre utprøving av nye løsninger.
6. Følgende faktorer må vurderes ved utforming av lokale akuttmedisinske behandlingsskjeder:
 - a. Befolkningsgrunnlag i sykehusets opptaksområde.
 - b. Geografi og reisetider til sykehuset samt til andre sykehus/større sykehus
 - c. Demografiske faktorer (andel eldre/gamle, innvandrergupper, sosiale grupper med spesielle medisinske utfordringer)
 - d. Epidemiologi (sykdomsforekomst og bruk av sykehustjenester)
 - e. Lokal risiko- og sårbarhetsanalyse (spesielle forhold i opptaksområde – som veier, værforhold, alpinanlegg med mer)
 - f. Rekrutteringsmuligheter
 - g. Styrken til øvrige ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden (ambulansetjenesten, primærhelsetjenesten og legevaktstjenesten, samt tilbudet på neste spesialiserte ledd i kjeden)
7. Lokale akuttmedisinske team bør etableres og trenes.
8. Det bør etableres felles akuttmottak med observasjonsenhet.
9. Det bør satses på tidlig og sikker diagnostikk! Det bør derfor være døgkontinuerlig tilgang til laboratorie- og røntgentjenester, evt. slik at tolkning skjer via teleradiologisk samarbeid med sykehus med radiolog i døgnvakt.
10. Akuttjenester bør organiseres i kjeder som i størst mulig grad er uavhengig av den elektive virksomheten.

11. Angitte minimumskrav for tilgjengelighet og faglig kompetanse bør oppfylles.

10. Lokalsykehusenes rolle ut over akutfunksjoner

Lokalsykehusenes oppgaver ut over akutfunksjonene skal, i følge mandatet, bare beskrives så langt det er nødvendig for å kunne foreta vurderinger av akutfunksjonene. Grappa mener imidlertid, som presisert i punkt 1.2, at det er viktig at den i innstillingen beskriver hvilken rolle den totalt sett ser for lokalsykehusene.

Arbeidsgruppa mener lokalsykehus i årene fremover vil ha en viktig funksjon i helsetjenesten. Deres hovedoppgaver bør være knyttet til å sikre rask og god diagnostikk, både i akutte og elektive behandlingsskjeder, og å være behandlingshus for prioriterte pasientgrupper. Dette er, i følge Nasjonal helseplan, store pasientgrupper, slik som kronisk syke og syke eldre som ofte har kroniske og sammensatte lidelser.

Arbeidsgruppa ønsker å understreke at syke gamle har krav på samme behandling som andre pasienter. Behandlingskjedene skal være de samme for syke gamle, som for syke yngre mennesker. I tillegg vil imidlertid mange av de syke gamle, som trenger innleggelse for avklaring av uklare tilstander, ha behov for spesiell oppfølging i geriatrik avdeling og/eller av personale med geriatrik kompetanse, for optimal diagnostikk og behandling.

Store pasientgrupper, kronisk syke og syke eldre er overlappende begreper. Mer presist handler dette om pasienter med hjerte-karsykdommer (herunder hjertesvikt og hjerneslag), kroniske lungesykdommer, muskelskjelettlidelser, sukkersyke, 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. Lokalsykehusene bør i størst mulig grad sikre et tilbud til disse gruppene både i form av diagnostikk, behandling, rehabilitering og opplæring. I tillegg bør lokalsykehusenes tjenester innrettes mot å sikre et tilbud til de pasientgrupper som vi vet vil øke, som følge av veksten i antallet eldre etter 2010. Dette gjelder mange av de nevnte gruppene, herunder pasienter med kreft, sukkersyke, kroniske lungesykdommer og demens.

I praksis innebærer dette at alle lokalsykehus må ha et døgntilbud innen indremedisin. Det bør være geriatrik dagtilbud for utredning av eldre (demens, fall, funksjonssvikt, inkontinens) og en geriatrik 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 mestringssentra. 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 akutfunksjoner på døgnbasis bør blant annet ha kirurgiske spesialistpoliklinikker. Dette kan i noen grad oppnås gjennom ambulerende spesialister. Ettersom ortopediske prosedyrer er hyppige (jamfør analysen av Blefjell og Helgeland), 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 laboratoriemedisin (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. Noen av disse kontrollene vil også kunne utføres hos fastlegene.

For å bedre samhandlingen med primærhelsetjenesten og bidra til å redusere antallet innleggelser, bør lokalsykehusene etablere ambulante team, blant annet innen geriatri.

En viktig del av den lokale spesialisthelsetjenesten i årene fremover, vil være tilbudet innen psykiatri og rus. Dette tilbudet må styrkes. Utformingen av lokalsykehusenes tilbud må ta hensyn til dette, og hvis mulig bør de ulike tilbudene samlokaliseres slik at det legges til rette for best mulig samhandling.

Kronisk syk og syke eldre er de største og viktigste pasientgruppene også for kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal, slik arbeidsgruppa ser det, være et supplement til, og en samarbeidspartner for, og ikke en konkurrent til, kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal ikke overta kommunale oppgaver. Målet må snarere være at god oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten, i kombinasjon med ambulant oppfølging ved lokalsykehusene, kan bidra til at disse pasientgruppene behov for innleggelser reduseres.

Enkelte har uttrykt en frykt for at lokalsykehusene, gjennom en omlegging av funksjonene i den retningen som her er beskrevet, utvikler seg i retning av å bli "avanserte sykehjem" i stedet for "reelle sykehus". Arbeidsgruppa ønsker derfor å presisere at den mener at det som skal skille lokalsykehus fra pleie- og omsorgsinstitusjoner i primærhelsetjenesten, er det medisinskfaglig nivået på tjenestene som leveres, ikke hvilke funksjoner/spekter av tjenester lokalsykehuset har. Lokalsykehusene skal levere medisinske tjenester med samme krav til kvalitet som andre sykehus. Både for å sikre dette, men også for å skape attraktive fagmiljøer som rekrutterer gode fagpersoner, bør de medisinske fagmiljøene ved lokalsykehusene, gjennom nettverk med større og mer spesialiserte tjenester, tilstrebe å befinne seg i fremste rekke innen enkelte av sine fagfelt.

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.

11. Økonomiske betraktninger og finansiering

Arbeidsgruppa er i mandatet bedt om å beskrive en god faglig utvikling for gjeldende helseplanperiode og utover denne, med utgangspunkt i faglig kvalitet i løsningene og fastsatte samlede økonomiske og politiske rammer. Gruppa mener dette ikke er til hinder for at den kan påpeke eventuelle svakheter i finansieringssystemet. Som en svakhet forstås her egenskaper ved finansieringssystemet som gruppa mener motarbeider den ønskede utviklingen i form av de rammer som er lagt for lokalsykehusene i Nasjonal helseplan og i form av arbeidsgruppas anbefalinger.

Spesialisthelsetjenesten finansieres i dag gjennom en basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering basert på DRG-systemet. Basisbevilgningen utgjør totalt ca. 80 % av overføringene til de regionale helseforetakene. For somatisk pasientbehandling utgjør den aktivitetsbaserte, innsatsstyrte finansieringen i dag ca. 40 %.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er basert på at pengene følger ansvarslinjene, og at hvert ledd er ansvarlig for hvordan pengene tildeles nivået under. Det innebærer at ansvaret for insentivene hviler på de styringsledd som ligger nærmest der hvor insentivene skal virke. I praksis betyr dette at staten finansierer de regionale helseforetakene, som så finansierer helseforetakene på den måten de finner riktig, som igjen finansierer egne enheter. Mye tyder likevel på at de aktivitetsbaserte ordningene (ISF-ordningen og poliklinikkrefusjoner) oppfattes som gjennomgående pris- og takstsystemer hvor tjenesteyterne har krav på betaling fra staten, og at dette i noen grad påvirker prioriteringene.

Det innsatsstyrte finansieringssystemet, som er basert på ca. 500 diagnoserelaterte grupper (DRG), er et grovkornet system som forenkler den komplekse medisinske virkeligheten. Det er ikke tenkt som et prioriteringssystem. Helse- og omsorgsdepartementets mål er at DRG-refusjonene skal reflektere kostnadsbildet og dermed være prioriteringsnøytrale. På grunn av "de store talls lov" spiller ikke denne grove inndelingen noen særlig rolle når den anvendes på store generelle sykehus med akuttfunksjoner, dvs. sykehus med store pasientvolum og bredde i

pasientsammensetningen. På den andre siden innebærer dette at ordningen treffer dårligere på mindre sykehus, og spesielt der det gjennomføres en funksjonsdeling, slik at sykehuset konsentrerer sin virksomhet om visse pasientgrupper.

Kommunehelsetjenesten finansieres i hovedsak gjennom rammebudsjett, samtidig som viktige deler av kommunehelsetjenesten er basert på selvstendig næringsdrivende tjenesteytere som har avtale med kommunen. Disse er finansiert av et stort innslag av stykkpris og et mindre innslag av ramme-/avtale-/per capitafinansiering (for fastlegene er fordelingen ca. 70 % stykkpris, 30 % per capita). Her gjelder ikke ansvarsprinsippet slik som innen spesialisthelsetjenesten, ettersom finansieringen går direkte fra staten til tjenesteyteren.

11.1. Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa er inneforstått med at enhver finansieringsordning har sine styrker og svakheter. Den er også inneforstått med at finansieringen av spesialisthelsetjenesten er basert på at pengene følger ansvarslinjene, og at hvert ledd er ansvarlig for hvordan pengene tildeles nivået under. Samtidig mener imidlertid arbeidsgruppa at det er uheldig, og må oppfattes som en svakhet, dersom det nasjonale finansieringssystemet gjør det vanskelig for de ulike styringsleddene å utforme gode tildelingsordninger for nivåene de har ansvar for.

Arbeidsgruppa merker seg at den innsatsstyrte finansieringen i spesialisthelsetjenesten i praksis i stor grad videreføres direkte ned på den enkelte enhet og avdeling, også på de små lokalsykehusene. Den mener at dette kan motvirke ønsket omstilling og riktige prioriteringer. Det kan være flere måter å møte dette problemet på. En viktig måte å møte dette problemet på, er å arbeide for at de regionale helseforetakene og helseforetakene utøver sin styringsrett og finansierer lokalsykehusforetakene og enhetene innenfor et lokalsykehusforetak annerledes enn øvrige foretak, for eksempel i form av en lavere stykkprisandel og en høyere basisandel, slik finansieringssystemet muliggjør og i prinsippet forutsetter. En slik løsning forutsetter bevisstgjøring og legitimering av denne typen styring. En annen og nødvendig tilnærming er å gjennomgå dagens ordning med sikte på å bedre treffsikkerheten ved anvendelse av DRG-systemet på et lavere nivå enn "store akuttisykehus".

Det er ikke bare den dårlige treffsikkerheten ved anvendelse av DRG-systemet på mindre enheter som representerer et problem ved finansieringssystemet. Svakheter i systemet kommer også til syne ved forsøk på å etablere organisatoriske samhandlingstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, som for eksempel felles akuttmottak, lokale akuttmedisinske team eller samarbeid om kommunale tilbud, så som forsterkede sykehjemsavdelinger. På slike samarbeidsarenaer møtes to ulike finansieringssystemer. At finansieringssystemene i noen tilfeller kan hindre rasjonelle behandlingsløsninger er noe også Hagenutvalget fastslo i NOU 2003: 1. Arbeidsgruppa mener det er behov for en gjennomgang av finansieringen av gråsoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, blant annet med sikte på å bedre rammebetingelsene for bruk av felles akuttmottak. Bruk av observasjonssenger i felles akuttmottak og på sykestuer vil kunne være nyttig både for pasienten og ressursutnyttelsen.

Arbeidsgruppa mener finansieringsordningene bør understøtte både slike samarbeidsarenaer og helhetlige, koordinerte behandlingsskjeder. Den mener derfor at det bør foretas en gjennomgang av finansieringsordningene, herunder også finansieringen av fastlegene, med sikte på å understøtte bedre samhandling mellom tjenestenivåene. I tillegg må finansieringssystemene for bruk av telemedisin gjennomgås som en del av gråsoneproblematikken.

12. IKT og telemedisin

Både for lokalsykehusene, alle ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden, og for helsetjenesten som helhet, ligger det store potensialer for å forbedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet ved riktig bruk av de muligheter informasjonsteknologi og telemedisin gir. Elektronisk samhandling i form av meldingsutveksling, blant annet i form av henvisninger og epikriser, er ett viktig tiltak. Videre utvikling av elektronisk pasientjournal, slik at denne både får et innhold som samsvarer med de ulike aktørenes behov, og blir tilgjengelig i tilstrekkelig grad, vil også kunne gi gevinster.

For lokalsykehusene består gevinsten ved god elektronisk samhandling, både i forhold til kommunehelsetjenesten og i forhold til andre sykehus, i at dets mulighet til å være et knutepunkt i behandlingsskjeden og i nettverket styrkes. Ved utvikling av EPJ, slik at legevakslege, personalet på felles akuttmottak og sykehuset har tilgang til nødvendige pasientopplysninger, vil beslutningsgrunnlag for helsepersonellet bedres og tryggheten for pasientene styrkes. Det samme vil gjelde dersom også pleie- og omsorgstjenesten innlemmes i samme system. Dette må skje samtidig som hensynet til ivaretagelse av taushetsplikten sikres i tilstrekkelig grad.

I tillegg til elektronisk samhandling, vil bruk av telemedisinske løsninger være et viktig virkemiddel for å sikre pasientene best mulig tjenester så nær hjemmet som mulig. Her er mye ennå under utvikling og utprøving, et arbeid som må fortsette, men det finnes gode holdepunkter for hva som nokså sikkert gir positive resultater, og som derfor bør gis prioritet for implementering i større skala. Nasjonalt senter for telemedisin mener dette blant annet gjelder teleradiologi, digital kommunikasjon/integrasjon av pasientjournaler og utdanning, teledialyse, prehospital trombolyse, telepsykiatri, telehudmedisin, tele-øyemedisin og tele-ørenesehalsmedisin^{91,92}. Det påpekes at god brukerstøtte, opplæring, forskningsmulighet og økonomisk kompensasjon for investeringer motiverer helsepersonellet til å ta disse verktøyene i bruk.

Telemedisinske løsninger vil også være nyttige i forhold til utvikling av personellens kompetanse i samsvar med lokale behov. Kurs, annen opplæring/veiledning og endog

⁹¹ J.Norum, S. Pedersen, J. Størmer, M. Rumpsfeld, A. Stormo, N. Jamissen, H. Sunde, T. Ingebrigtsen, ML Larsen (2006): Which telemedicine services should be given priority for large scale implementation? A Norwegian suggestion. Helse Nord

⁹² Johnsen Elin, Elin Breivik, Robert Myrvang og Frank Olsen: Benefits from telemedicine in Norway - An examination of available documentation, Høykom report No. 2006:1. (22 s.) ISBN 82-12-02326-5 (printed version) ISBN 82-12-02327-3 (pdf version), HØYKOM report series:ISSN 1504-5048 http://www.hoykom.no/hoykom/HOYKOM_Prosjekter_ny.nsf/Dokumentholder/2629ABFBF8CC02E8C12571A2003CB41F

spesialistutdanning kan i økende grad skje desentralt gjennom e-læring og annen bruk av IKT-verktøy.

Det gjenstår flere utfordringer knyttet til implementering av IKT og telemedisin, både i forhold til informasjonssikkerhet, konfidensialitet og ivaretagelse av taushetsplikten. Ytterligere utfordringer er samhandlingen med private leverandører, blant annet for utvikling og levering av programvarer, og ikke minst behovet for organisasjonsutvikling. Både arbeidsformer og etablerte roller og ansvarsfelt må endres for at disse systemene skal kunne utnyttes. Telemedisinsk faglig veiledning for personale ved lokalsykehus, eventuelt for ambulansepersonalet, er ikke tilgjengelig dersom det ikke er entydig at kvalifisert personale annet sted står klar til å utføre dette ved behov.

En annen viktig forutsetning er muligheter for sømløs informasjonsutveksling. Det vil i denne sammenhengen si tilrettelagt infrastruktur, herunder bredbåndsdatanett, fagsystemer og gode videokonferanseløsninger. Noen av disse utfordringene kan løses på foretaksnivå, mens andre krever tilrettelegging fra politiske myndigheter, ved utforming av regelverk og økonomiske incentiver.

For lokalsykehusene vil det være viktig både å ta i bruk de løsninger som i dag har vist seg å ha gevinst, for eksempel teleradiologi og teledialyse, og å bidra i utviklingen og utprøvingen av andre slike løsninger. I forhold til akuttmedisinen er videokonferanser mellom lokalsykehusets (felles) akuttmottak og akuttmottaket ved et større sykehus, et aktuelt alternativ som i dag utprøves. Slik videobasert veiledning vil blant annet kunne bli viktig for å sikre behandlingsskjeden til pasienter med mistanke om hjerneslag. Teleradiologi i kombinasjon med ortopedisk veiledning vil også kunne redusere behovet for transport av pasienter med skjelettskader.

13. Kompetanse og roller

Arbeidsgruppa er bedt om å vurdere hvordan akuttmedisinsk kompetanse kan utvikles og vedlikeholdes i et desentralisert tjenestetilbud, herunder tiltak i utdanningssystemet. Dette punktet i mandatet reflekterer trolig erkjennelsen av at endringer i helsepersonellens kompetanse og i utdanningssystemet er sentrale virkemidler for å styrke både kvaliteten på lokalsykehustjenester og rekruttering til lokalsykehus. Aktuelle tiltak er endringer i utdanningsstrukturen og i de formelle grunn- og videreutdanningenes innhold, samt tiltak for å styrke helsepersonellens kompetanse gjennom et tilrettelagt etterutdanningstilbud tilpasset helsetjenestens behov.

Samtidig som det er viktig å tilpasse helsepersonellens kompetanse til behovene i helsetjenesten, er det viktig å ha in mente at endringer i sykehusstrukturen vil ha betydning for utdanning. Lokalsykehusene er i dag viktige utdanningsarenaer for en rekke grupper helsepersonell. Endringer i disse sykehusenes funksjoner, spesielt akuttfunksjoner, vil kunne endre institusjonenes rolle som utdanningsinstitusjoner. Det vil kunne ha betydning for kompetanse, men også for fremtidig rekruttering av leger og annet helsepersonell til lokalsykehus og primærhelsetjenesten i distriktene. Dette er

noe som har opptatt mange av dem arbeidsgruppa har møtt i prosessen, og også noe mange har påpekt i innspillene til arbeidsgruppa.

13.1. Legene – spesialitetsstruktur og kompetanse

Både i Europa og i USA er det i dag en økende bekymring for at befolkningens behov for sykehustjenester ikke tas godt nok hånd om i et stadig mer spesialisert helsevesen.^{93,94,95} Mer spesifikt er mange opptatt av at en økende medisinsk spesialisering ikke sikrer ivaretagelse av den breddekompetanse som pasientene ofte har behov for. Flere steder vurderes tiltak for å styrke breddekompetansen. De tiltak som diskuteres er i hovedsak av to typer: tiltak for å styrke breddekompetansen i eksisterende utdanninger og etablering av nye spesialiteter for å oppnå det samme. I USA debatteres å revitalisere generell indremedisin, mens det i mange europeiske land diskuteres å gjeninnføre en veldefinert felles grunnutdanning under legers spesialisering innen medisinske og kirurgiske fag (common trunk). I England er større endringer i organiseringen av spesialistutdanningen underveis. Det er igangsatt et moderniseringsprogram kalt "Modernising Medical Careers". En av de endringene som allerede er gjort, er at ett års tjeneste som Pre-Registration House Officer, er erstattet med at kandidatene må søke på, og konkurrere om, å få plass på et toårig "Foundation Programme". I løpet av disse to årene er kandidatene innom flere spesialiteter, noe som innebærer større bredde i utdanningen til samtlige leger.

Sverige (som Danmark og flere andre land i Europa) har lenge hatt en spesialitetsstruktur kun med det vi i Norge kaller hovedspesialiteter. Fra 1.7. 2006 innførte Sverige et nytt system som likner på det vi har i Norge. Den nye strukturen er bygd opp med basisspesialiteter, grenspesialiteter og tilleggsspesialiteter. Ideen bak vedtaket skal være en erkjennelse av at en økende grad av høyspesialisering har ført til et behov for spesialister med bredere kompetanse og med interesse for, og muligheter til, å ta hånd om komplekse og sammensatte kliniske problemstillinger.⁹⁶

Både i Skottland og Australia har distriktsmedisinen fått mye oppmerksomhet.⁹⁷ I Skottland har distriktskirurgene etablert en forening for såkalte "vikingkirurger", og de har laget egne kurs for disse. I Australia har Australian College of Rural and Remote Medicine arbeidet for at "rural and remote medicine" skal bli en egen spesialitet.

Det er ikke bare behovet for å styrke breddekompetansen som drøftes internasjonalt, men også behovet for å styrke den akuttmedisinske kompetansen, både hos

⁹³ Lundin, K. E. A. og T. Glomsaker: Ny svensk spesialitetsstruktur, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1594

⁹⁴ Weinberger SE, Smith LG, Collier VU. Position paper: Redesigning training for internal medicine. Ann Intern Med 2006; 144: under trykking. E-publisert 6.4.2006.

⁹⁵ Bauer W, Schumm-Draeger P-M, Koebberling J et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. Eur J Intern Med 2005; 16: 214 - 7.

⁹⁶ Lundin, K. E. A. og T. Glomsaker: Ny svensk spesialitetsstruktur, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1594

⁹⁷ The Royal College of Physicians of Edinburgh er opptatt av "the future of remote and rural medicine in Scotland". Se www.acrrm.org.au og www.rcpe.ac.uk/publications/remotearruralmedicine.php

ambulansepersonell, allmennleger og sykehusspesialister. Det påpekes at antallet akuttinnleggelser øker, og det synes å være en erkjennelse av at det generelt ikke er tilstrekkelig kompetanse på dette området. Også i dette spørsmålet diskuteres både etablering av nye spesialiteter, samt tiltak for å styrke helsepersonellens kompetanse på feltet. Dette er blant annet diskutert i England. I utredningen "Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital", laget av en gruppe nedsatt av "National Leadership Network", tas det til orde for at det er behov for styrkede ferdigheter i akuttmedisin hos både leger og annet helsepersonell, for å kunne opprettholde tjenester også der det ikke vil være anestesileger og annet spesialkompetent personell tilstede lokalt.⁹⁸

Når det gjelder etablering av ny spesialitet, ble det i England allerede tidlig på 1980-tallet etablert en spesialitet i "Accident & Emergency Medicine" (A&E-medicine). Dette er en spesialitet som også finnes i flere andre land. Det har i tillegg de siste årene blitt vurdert å etablere en spesialitet, eller et eget fagområde, i akuttmedisin, som skal bygge på indremedisin. Ved gjennomgang av spesialitetsstrukturen i Sverige nylig ble det etablert en spesialitet i "akutsjukvård". Dette er den ene av to tilleggsspesialiteter (disse kommer i tillegg til basis og grenspesialiteter), noe som innebærer at leger med ulike spesialiteter (som kirurgi, indremedisin, anestesi eller annet) kan legge akuttmedisin "oppå" sin tidligere spesialitet. I Danmark arbeider også leger fra forskjellige spesialiteter for å få dannet et eget fagområde for akuttmedisin.

I Norge har spesialitetsstrukturen vært et helsepolitisk tema de siste 10 årene. I Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet", presentert for Stortinget i 1997, stod legespesialistutdanningen sentralt. Departementets mål var da å effektivisere spesialistutdanningen for å bedre legedekningen, ikke å styrke breddekompetansen. Legeforeningen var da kritisk til flere av departementets forslag for å oppnå dette. Blant annet gikk foreningen mot å fjerne sideutdanning som var del av flere spesialiteter. Et av foreningens hovedargumenter var behovet for bred kompetanse. Også i St. meld nr. 43 (1999-2000), "Om akuttmedisinsk beredskap", var departementet opptatt av legespesialistutdanningen. Departementet uttalte her at det måtte utredes en generell vaktkompetanse i kirurgi for å oppnå at helsepersonellens kompetanse ble utnyttet bedre.

Som følge av signalene fra departementet, tok Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR), raskt etter sin etablering i 1999, tak i spørsmålet om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi. NR skrev i sin utredning nr. 4 om dette, at spesialiteten generell kirurgi i økende grad var blitt en generell basiskompetanse for de kirurgiske grenspesialitetene, og hadde mistet sin betydning "som praktisk profesjon".⁹⁹ I tråd med dette skrev rådet i avsnittet "et langsiktig perspektiv på spesialitetsstrukturen" at fellesdelen i den kirurgiske spesialistutdanningen i økende grad blir en basiskompetanse for videre spesialisering.

⁹⁸ Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital, The Report of the National Leadership Network, Local Hospitals Project, 21st March 2006

⁹⁹ Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling: "Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi", Utredning nr. 4, mars 2004.

På denne bakgrunn stilte rådet spørsmålet: Er det da plass for en generell kirurg? Som et alternativ til å tenke i retning av hovedspesialitet og grenspesialitet, pekte rådet på muligheten for å utvikle en "common trunk" for alle de kirurgiske spesialiteter, og muligens også for de indremedisinske sykehusspesialitetene. Argumenter for det siste var nyere typer organisering (for eksempel organsentre) der indremedisinere og kirurger jobbet sammen. Konklusjonen i utredningen var imidlertid at tiden ikke var moden for dette.

I utredningen ble lokalsykehusenes situasjon særlig diskutert (s. 74-75). Rådet påpekte at grenspesialitetene ikke var tilpasset oppgavene ved de små og mellomstore lokalsykehusene, og påpekte at det flere steder hadde vært reist spørsmål om å utdanne egne "småsykehuskirurger" som kunne ta hånd om de vanligste akutte tilstandene innenfor både gynekologi, kirurgi og ortopedi. Rådet konkluderte med at når "situasjonen" (spørsmålet om sykehusstrukturen og spesielt den kirurgiske akuttberedskapen) i fremtiden var bedre avklart, måtte man komme tilbake til spørsmålet om "rett" spesialitetsstruktur innenfor det kirurgiske fagområdet.

Nasjonalt råd utredet også spesialiststrukturen i indremedisin. I Innst. S. nr. 300 (2000-2001) hadde sosialkomiteen uttalt at indremedisinsk beredskap måtte styrkes i takt med behovet (økt antall eldre osv.). I sin utredning påpekte rådet at dette ikke var uproblematisk som følge av at generell indremedisin var på vikende front.¹⁰⁰ Det var i følge NR dobbelt så mange grenspesialister som indremedisinere uten grenspesialitet, og det var dobbelt så mange grenspesialiserte sykesenger som generelle senger i landets indremedisinske avdelinger.

Mange år med diskusjoner om spesialiststrukturen i Norge har resultert i få endringer, og de endringer som er gjennomført, har ført til ytterligere svekkelse, ikke styrking, av breddekompetansen. Endringen med størst betydning var vedtaket i 1996 om å gjøre ortopedi til egen hovedspesialitet.

13.1.1. Mer om kirurgi

De største utfordringer i forhold til lokalsykehusenes akuttfunksjoner i dag er knyttet til kirurgien. Det skyldes en kombinasjon av faktorer, både endringer i legenes arbeidsforhold (ønsker om sjeldnere vakt), medisinsk spesialisering og endringer i sykehusstrukturen. På tross av at spesialiststrukturen i kirurgi i Norge i større grad sikrer breddekompetanse enn hva som er tilfelle i mange land, noe som skyldes at grenspesialitetene i kirurgi bygger på hovedspesialiteten generell kirurgi,¹⁰¹ er det en utbredt bekymring for at mange kirurger mister den breddekompetanse som er nødvendig for å jobbe på mindre sykehus og for å ha vakt på både mindre og mellomstore akuttsykehus der ikke hele spekteret av grenspesialister har parallelle

¹⁰⁰ Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling: "Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi", Utredning nr. 4, mars 2004.

¹⁰¹ Følgende grenspesialiteter bygger på generell kirurgi: gastrokirurgi, karkirurgi, thorakskirurgi, barnekirurgi, mamma-thyroideakirurgi og urologi. Nevrokirurgi, ortopedi og plastikkirurgi er egne hovedspesialiteter.

vaktsjikt. En viktig årsak til dette er avskallingen av hovedspesialiteten generell kirurgi som skjedde i 1997, da ortopedi ble egen hovedspesialitet. Dette innebar at de obligatoriske kravene til ortopediske inngrep ble tatt ut av utdanningen i generell kirurgi. Kirurgenes kompetanse har også blitt snevret inn som følge av fagutviklingen generelt. Strengere krav til kvalitet og flere klager gjør at kirurger har sluttet å ta ansvar for oppgaver som formelt ligger innenfor andre spesialiteter, slik som keisersnitt. Dette har ikke vært en obligatorisk prosedyre for generelle kirurger på flere tiår, men det var allikevel vanlig at kirurger ved små sykehus utførte inngrepet og hadde vakt på fødeavdelinger. Den teknologiske utviklingen har også bidratt. Fremveksten av kikkhullskirurgi gjør at inngrep i buken i større grad enn tidligere overlates til grenspesialistene i gastrokirurgi. Fordi det å beherske kikkhullsteknikkene krever trening, lærer ikke andre kirurger seg dette, dersom de ikke skal drive med det regelmessig. Viktig er imidlertid også utviklingen fra 1990-årene i retning av å funksjonsdele kirurgiske fagfelt mellom ulike sykehus, noe som betyr at stadig færre sykehus dekker hele kirurgifaget. Det gjør at mange kirurgers generelle vaktkompetanse svekkes, fordi de på vakt aldri kommer bort i deler av faget. Funksjonsdeling skaper også utfordringer i forhold til utdanningen av kirurger.

Det er i dag ikke bare en bekymring for at kirurger mister breddekompetanse, men også for at det ikke lenger utdannes kirurger med tilstrekkelig bredde- og vaktkompetanse. I følge Legeforeningen ble det utdannet (godkjent) i gjennomsnitt ca. 60 generelle kirurger årlig på 1990-tallet.¹⁰² De første 5 årene etter årtusenskiftet var antallet redusert til 40 årlig. I 2006 ble det godkjent 32 generelle kirurger, hvorav bare 14 etter norske spesialistregler. Det finnes ingen sikker forklaring på denne nedgangen. Flere mulige forklaringer diskuteres imidlertid. En mulig forklaring er en generell nedgang i antallet kirurger. En annen forklaring er at leger utsetter den tjenesten som er krevd for å få godkjenning som generell kirurg, og i stedet går rett på grenspesialiseringen. Dette for å unngå flytting. Enkelte søker så godkjenning i andre land før de søker godkjenning i Norge, fordi EØS-regler gir rett til overføring av godkjenning. Det er også mulig at noen spekulerer i at utdanningskravene i Norge vil endres. De faktiske forhold er vanskelig å skaffe oversikt over, blant annet fordi man ikke vet nok om hvem som sitter i hvilke typer stillinger.

Tiltak for å styrke breddekompetansen, eller kanskje først og fremst vaktkompetansen innen kirurgien, er etterspurt i mange europeiske land. Et av tiltakene som har vært diskutert, som nevnt tidligere, er etablering av en "common trunk" for alle kirurger der breddekompetanse vektlegges. Det er imidlertid uklart hva dette innebærer, fordi dette ikke er realisert noe sted. For Norge vil et spørsmål være om en slik fellesbase skulle erstatte hovedspesialiteten generell kirurgi, slik at kirurgiske grenspesialiteter blir hovedspesialiteter? Problemet i så tilfelle er at den kompetanse de ulike grenspesialitetene ville trenge for å få vaktkompetanse vil variere. En urolog vil for eksempel trenge opplæring i gastrokirurgi og karkirurgi, mens en gastrokirurg ikke vil trenge gastrokirurgi som del av fellesbasen.

¹⁰² Dette i følge utdanningssjef i Legeforeningen, Einar Skoglund, i samtale 22.01.07.

Det er innen kirurgien i Norge diskutert å endre innholdet i generell kirurgi, for å innrette denne kirurgiske "grunnutdanningen" mer i retning av å sikre vaktkompetanse. I så måte diskuteres å legge inn mer akuttmedisin, for eksempel i form av obligatorisk ATLS-kurs. Kurs i krigskirurgi/traumatologi er allerede i dag obligatorisk.

Et annet mulig tiltak er å innføre obligatorisk gruppe II-tjeneste. Dette vil innebære at alle som blir generelle kirurger har tjenestegjort ved mindre sykehus, noe som både gir breddekompetanse og en forståelse for helsetjenesten i distriktene, et perspektiv som kan være viktig også om man senere i livet bare skal jobbe ved større sykehus, blant annet fordi det er dit de ofte tilbakefører pasientene sine. Mange må allerede i dag ha gruppe-II-tjeneste fordi de ikke får all nødvendig tjeneste ved gruppe I institusjon. Et annet spørsmål er om det er aktuelt å styrke kunnskapen i ortopedi hos de generelle kirurgene? Det inngår i dag 190 valgfrie inngrep i spesialiteten generell kirurgi, som den enkelte kan velge å fylle med ortopedi. I tillegg inngår et obligatorisk ukes kurs i ortopedi. Slik sett kan en generell kirurg ha god ortopedisk kunnskap, men man er imidlertid ikke sikret at han/hun har det.

I dag inngår i utdanningen til ortopedene et krav om 2 års tjeneste i generell kirurgi. Dette kravet foreligger det per i dag et forslag om å gjøre frivillig. Er det veien å gå, eller bør man søke å styrke kunnskapen til ortopedene i generell kirurgi? Ett syn på dette er at det ikke har noen betydning om det eksisterende kravet gjøres frivillig. Det fordi det i dag ikke er spesifiserte krav til hvilken kompetanse som skal oppnås i løpet av de to årene. Ortopeder har dermed uansett ikke nok kompetanse til å ha vakt innen bløtdelskirurgi. Dersom de to årene skal ha en betydning, må det avklares hva som er formålet, og hvilken kompetanse ortopedene skal opparbeide seg i løpet av de to årene.

Ytterligere en mulighet er å etablere en grenspesialitet i generell kirurgi (distriktskirurgi). Alternativet til dette er å gjøre slik de synes å ha gjort i Skottland, dvs. å gi kirurger som arbeider på mindre steder en tilpasset etterutdanning (kurspakke) som gir dem den kompetansen de trenger. Dette er i tråd med anbefalingene fra traumeutvalget når det gjelder hvordan sikre nødvendig kompetanse på traumefeltet.

13.1.2. Mer om indremedisin, herunder geriatri

I følge Nasjonalt råds utredning nr. 4 om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi, er generell indremedisin på vikende front.¹⁰³ Det var i 2004 i følge NR dobbelt så mange grenspesialister som indremedisinere uten grenspesialitet, og det var dobbelt så mange grenspesialiserte sykesenger som generelle senger i landets indremedisinske avdelinger.¹⁰⁴ For å motvirke tendensen foreslo rådet å etablere en ny grenspesialitet i generell indremedisin, og for å styrke faget geriatri foreslo rådet å gjøre geriatri til en

¹⁰³ Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling: "Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi", Utredning nr. 4, mars 2004.

¹⁰⁴ Indremedisinske grenspesialiteter er blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer og nyresykdommer.

hovedspesialitet. Meningene var delte om begge forslag. De som var positive mente tiltakene ville ha den tilsiktede hensikt. Motargumentene i forhold til den nye grenspesialiteten var at dette ikke var en bedre løsning enn den man hadde og kunne oppfattes som et skritt mot å fjerne generell indremedisin som hovedspesialitet og basis for de indremedisinske grenspesialitetene. Motargumentene mot geriatri som hovedspesialitet var at geriatrien er så tett knyttet til indremedisinen at et skille ville være uheldig, at den nye spesialiteten ikke ville ha en forankring verken i primær- eller spesialisthelsetjenesten og at andre spesialiteter kunne fraskrive seg ansvaret for geriatrike pasienter. Begge forslag ble senere forkastet.

Det synes i dag som bekymringen i forhold til den indremedisinske spesialiteten er mindre enn i forhold til kirurgien. Internasjonalt er man imidlertid opptatt av behovet for å styrke kompetansen i akuttmedisin også innenfor denne spesialiteten. I forhold til geriatrien synes det som det er utbredt enighet om at det er behov for flere geriater. For å øke antall geriater, er det i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stilt krav om at de i forbindelse med fordeling av nye legestillinger skal være særlig oppmerksomme på situasjonen innen indremedisin (særlig geriatri). Det er også øremerket utdanningsstillinger i geriatri for å sikre en tilstrekkelig rekruttering av geriater. I oppdragsbrevene for 2007 er de regionale helseforetakene også gitt i oppdrag å utarbeide en regional plan for spesialisthelsetjenester for eldre, som blant annet skal beskrive tiltak for rekruttering av nøkkelpersonell, herunder geriater.

For å bedre helsetjenestetilbudet til eldre mennesker har det også de senere årene vært arbeidet med å styrke fagområdet aldersmedisin/sykehjemsmedisin. Helse- og omsorgsdepartementet sluttet seg i 2005 til forslag fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger om at sykehjemstjeneste under bestemte vilkår skal kunne telle for inntil 6 måneder av spesialistutdanningen innen indremedisin og geriatri og som valgfri utdanning for øvrige medisinske spesialiteter. Forslaget har foreløpig ikke blitt gjennomført på grunn av problemer med å godkjenne sykehjemmene som utdanningsinstitusjoner, gitt dagens regelverk.

13.2. Andre helsepersonellgruppers kompetanse

En rekke grupper helsepersonell er viktige for lokalsykehusenes akuttfunksjoner, den samlede akuttmedisinske behandlingsskjede, og ikke minst for lokalsykehusenes samlede fremtidige rolle. Det gjelder ambulansesarbeidere, sykepleiere, herunder en rekke typer spesialsykepleiere, som anestesi, intensiv og operasjon, jordmødre, psykologer, radiografer, bioingeniører, samt hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter med flere. Fordi den formelle spesialiseringen innenfor de fleste av disse fagfeltene er mindre omfattende enn innenfor medisinen, er trolig problemet med manglende breddekompetanse mindre. Også for disse gruppene vil imidlertid det å arbeide ved et lite sykehus gi en bredere og mer variert praksis, og dermed kreve bredere kompetanse, enn arbeid ved større sykehus.

For jordmødrene vil det å arbeide ved en fødestue kreve en bredere kompetanse, og delvis en annen kompetanse, enn det å arbeide på en fødeavdeling eller kvinneklinikk.

Jordmødre på fødestuer må blant annet kunne vurdere hvilke fødende som trygt kan føde på fødestuen.

13.3. Om psykiatri og rus

Som del av opptrappingsplanen innen psykisk helsevern har det vært en målsetning å øke antallet helsepersonell med kompetanse innen dette fagfeltet, herunder antallet psykiatere og psykologer. Dette har man delvis oppnådd. Antallet årsverk for psykiatere innen det psykiske helsevern har økt med 33 % fra 1996-2005, antallet årsverk for psykologer med 72 % og antallet årsverk for høyskoleutdannet fagpersonell med 33 %.¹⁰⁵ Det er imidlertid fortsatt behov for flere psykologer og psykiatere, blant annet for at anbefalingene gitt i DPS-veilederen med hensyn til sammensetningen av ambulante akuttjenester ved DPS skal kunne oppfylles.

For psykologer finnes en spesialitet i rus, men få velger denne. For leger finnes i dag ingen tilsvarende spesialitet. På generalforsamlingen for Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin i november 2006 ble det påpekt at det kan anses som en kuriositet med en spesialisthelsetjeneste, som rus ble i 2004, uten en medisinsk spesialitet. Forslaget om en egen spesialitet innen rus for leger har vært oppe flere ganger, senest i 1999, men blitt avvist. Det er i dag problemer med å rekruttere leger og psykologer til arbeid innenfor feltet "dobbeltdiagnoser", dvs. tilbudet overfor pasienter med både rusmiddelproblemer og psykisk lidelse. Forklaringer som gis på dette er blant annet at rusmiddelproblematikk ikke vektlegges i tilstrekkelig grad innen grunnutdanningene, at feltet ikke har tilstrekkelig status, samt at det ikke er meritterende for leger å arbeide med rus.

13.4. Om team- og samhandlingskompetanse

Behovet for team- og samhandlingskompetanse øker innen helsetjenesten på grunn av økende grad av spesialisering. Mens det for 50 år siden var langt færre typer helsepersonell og legene ofte arbeidet alene, er det i dag sjelden at ett helsepersonell alene leverer de tjenester en pasient har behov for. Teamarbeidet er særlig fremtredende i forhold til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

Helsepersonellens utdanning har trolig ikke i tilstrekkelig grad tatt inn over seg at kvalitet i dagens helsetjeneste i økende grad forutsetter god samhandling mellom flere aktører, og ikke bare god fagspesifikk kompetanse hos den enkelte. Team- og samhandlingskompetanse er en egen form for kompetanse, som i stor grad forutsetter kompetanse om helsetjenesten som system.

13.5. Helsepersonellens roller

Å endre helsepersonellens kompetanse trenger ikke bare skje gjennom endringer i formelle grunn- og videreutdanninger, men kan også skje gjennom tilrettelagt etterutdanning av personellet tilpasset lokale behov. Både etterutdanning og læring

¹⁰⁵ Tall fra Samdata psykisk helsevern 2/06.

gjennom daglig praksis bidrar til endringer i personellens kompetanse. Dette er noe som alltid har skjedd i helsetjenesten. For eksempel har en allmennlege ute i distriktet måttet ta hånd om et bredere spekter av tilstander enn en allmennlege i Oslo, og antagelig derfor valgt etterutdanningskurs og oppdatert seg med dette utgangspunktet. Kompetanseforskyvninger skyldes ikke bare lokale behov, men også helsepersonellens interesser og preferanser, og medfører både at helsepersonellet utvider sin kompetanse og at deres kompetanse skrumper (blir mer spisset) i forhold til andre med samme grunnutdanning/spesialitet. At kompetansen spisses er ofte en følge av en mer spesialisert praksis enn formell utdanning, noe som er en viktig forklaring på tap av breddekompetanse i norsk helsetjeneste.

Å tilpasse kompetanse og roller etter lokale behov kan være en effektiv måte å utnytte personalressursene på, og er trolig helt nødvendig for å opprettholde en desentralisert helsetjeneste. Dette skyldes ikke bare at utdanningsstrukturen i dag er best tilpasset store sykehus og sentrale strøk, men også at utdanningsstrukturen aldri helt vil kunne tilpasses alle behov, og heller ikke den raske utviklingen i medisinen. Dette er viktige begrunnelser for at "workforce redesign", dvs. både å utvikle nye roller og å utvide eksisterende roller for helsepersonell, er ett av hovedtiltakene som foreslås i NHS i dag.¹⁰⁶ Blant de mange muligheter som diskuteres, og som foreslås utprøvd i NHS gjennom pilotprosjekter, er:

- At sykepleiere (nurse practitioners) har primærvakt, spesielt om natten.¹⁰⁷
- At overleger har vakt på tvers av spesialitet (f. eks. kirurgi, ortopedi, ØNH, traume)
- At beredskap om natten ivaretas gjennom spesielt sammensatte, tverrfaglige team som dekker hele sykehuset.
- Å etablere nye helsepersonellgrupper, som "medical assistants", "health care practitioners", "emergency care practitioners", "emergency nurse practitioners".
- At allmennpraktikere som ønsker det (General Practitioners with special interests (GPwSI)) tilbyr spesialiserte tjenester i samarbeid med sykehusspesialister, samt utfører prosedyrer på sykehus, med spesialister som "bakvakter".

Det er lagt vekt på å evaluere og dokumentere erfaringene som gjøres i disse pilotprosjektene. Slik dokumentasjon begynner nå å komme. I hvilken grad erfaringene som gjøres er overførbare til Norge, er ikke gitt.

I arbeidet med å utvikle nye roller og utvide eksisterende, legges det i NHS ikke bare vekt på tilrettelagt opplæring, men også på bruk av protokoller/retningslinjer og telemedisinske løsninger for å sikre kvalitet. Ved bruk av blant annet videokonferanser skal helsepersonell på mindre steder kunne få faglig støtte og veiledning av personale ved større sykehus i sin diagnostikk og behandling av pasienter.

¹⁰⁶ Se rapporten "Keeping the NHS Local – A New Direction of Travel" fra 2003. Se også "The Configuring Hospitals Evidence File, del I - der dokumenterte erfaringer fra ulike prosjekter presenteres.

¹⁰⁷ Det vises til en studie som viser at 20 % av legers arbeid trygt kan ivaretas av nurse practitioners, og til undersøkelser fra USA som viser at nurse practitioners i allmennpraksis kan ivareta 60-80 % av tjenestene billigere samt "like bra eller bedre enn allmennleger", jamfør "The Configuring Hospitals Evidence File, del I s. 22. I hvilken grad slike data er overførbare til norske forhold, er usikkert.

Dette siste forutsetter nettverk mellom sykehus. Slike nettverk vil være viktige for å utvikle og ivareta kompetanse også på andre måter. Gjennom nettverk er det mulig å etablere både rotasjons- og hospiteringsordninger. Gjennom rotasjonsordninger der spesialister fra større sykehus tjenestegjør ved mindre sykehus, kan spesialiserte tjenester desentraliseres og eventuelt vakt/beredskap ivaretas, og gjennom rotasjon av leger fra små sykehus til større (eventuelt hospitering), kan leger opprettholde og utvikle sin kompetanse.

13.6. Lokalsykehusene som utdanningsinstitusjoner

Lokalsykehusene er viktige utdanningsinstitusjoner for en rekke grupper helsepersonell. Dette gjelder både sykepleiere, radiografer og bioingeniører, som har obligatorisk praksis i spesialisthelsetjenesten, og leger, både i turnustjenesten og i spesialistutdanningen. Samtidig som lokalsykehusene representerer viktige utdanningsplasser for lærlinger,¹⁰⁸ studenter og helsepersonell, og gir en viktig kompetanse, er det å ha utdanningskandidater viktig for lokalsykehusene, blant annet av hensyn til fremtidig rekruttering, både til sykehuset og primærhelsetjenesten i sykehusets nærområde.

Noe som har opptatt mange i diskusjonen om lokalsykehusenes akutfunksjoner, er hvordan eventuelle endringer kan påvirke lokalsykehusene som utdanningsarenaer. For eksempel har det vært en bekymring for at dersom man fjerner de døgnbaserte kirurgiske akutfunksjonene, ville sykehuset ikke lenger kunne godkjennes som utdanningssted for turnusleger. Dette mener mange vil føre til svekket legerekuttering, ikke bare på grunn av et eventuelt bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved disse sykehusene.

13.7. Arbeidsgruppas vurdering

Slik arbeidsgruppa ser det, er det ikke samsvar mellom legespesialiststrukturen og behovene i helsetjenesten, fremfor alt behovene ved små sykehus i distriktene. Det på tross av at legespesialiststrukturen i Norge i større grad sikrer breddekompetanse enn hva som er tilfelle i mange land, jamfør tidligere. Den eksisterende legespesialiststrukturen gjør dessuten at vaktberedskapen blir personellintensiv og medvirker dermed til at det ved flere små lokalsykehus er vanskelig å rekruttere (tilstrekkelig antall) leger.

Det er ikke bare legespesialiststrukturen som skaper et sprik mellom helsetjenestens behov for kompetanse og tilbudet av kompetanse, og det er ikke bare for legene at det eksisterer et slikt sprik. Det utdannes i dag ikke tilstrekkelig antall personer med spesialkompetanse på prioriterte områder, som geriatri, og det er generelt ikke nok kompetanse hos helsepersonell innen geriatri og akuttmedisin.

¹⁰⁸ Fra 2007 er det etablert en ny utdanning for helsefagarbeidere, som forener de to tidligere utdanningene for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Disse studentene skal ha 2 år teori og 2 år som lærlinger, for eksempel i helseforetak.

Arbeidsgruppa mener at det er behov for å tilpasse utdanningene til behovene i helsetjenesten. Å utdanne personell med riktig formell kompetanse er et virkemiddel for å sikre kvalitet og legge til rette for fleksibilitet i helsetjenesten. Slik formell kompetanse er gjenkjennbar, noe som skaper forutsigbarhet og gjør at personell lettere kan skifte arbeidsplass. Arbeidsgruppa anbefaler derfor endringer i helsepersonellens utdanninger generelt, og i spesialitetsstrukturen for leger spesielt, noe som kan bidra til å innrette kompetansen til personellet mot behovene ved både små lokalsykehus i utkantstrøk og ved større sykehus med lokalsykehusfunksjoner.

Når det gjelder legenes spesialistutdanning, mener arbeidsgruppa at følgende tiltak bør vurderes:

- Gjennomgå utdanningskravene i generell kirurgi for å innrette denne hovedspesialiteten slik at kirurgenes vakt- og breddekompetanse styrkes. Det bør vurderes å innføre obligatoriske ATLS-kurs eller tilsvarende.
- Det bør utredes om det bør innføres obligatorisk gruppe II-tjeneste innen kirurgi og obligatoriske ortopediske prosedyrer.
- Gjennomgå utdanningskravene i generell indremedisin for å innrette denne hovedspesialiteten slik at indremedisinernes vakt- og breddekompetanse, samt deres akuttmedisinske kompetanse, styrkes.
- Vurdere obligatorisk ATLS-kurs/BEST-kurs eller tilsvarende som del av andre legers spesialistutdanning, herunder vurdere om kurs i akuttmedisin bør bli en obligatorisk del i den allmennmedisinske spesialistutdanningen. Eventuelt vurdere å etablere en felles utdanningsmodul i akuttmedisin som kan inngå i alle medisinske spesialiteter, eller fungere som et etterutdanningstilbud.¹⁰⁹
- Avklare hvilken generellkirurgisk kompetanse kirurger som arbeider ved lokalsykehus trenger og etablere en utdanningspakke i "lokalsykehuskirurgi" for kirurger (både generelle kirurgiske, grenspesialister og ortopeder) som ønsker å arbeid ved lokalsykehus.
- Vurdere å spesifisere kravene til hva de 2 årene i generell kirurgi for ortopeder skal gi av kompetanse.
- Utrede etablering av en spesialitet i "accident & emergency medicine" eller i akuttmedisin.
- Vurdere å etablere en medisinsk spesialitet innen rus og å styrke kompetansen om rus i legers grunnutdanning.

Når det gjelder annet helsepersonell anbefaler arbeidsgruppa at traumeutvalgets forslag om å styrke den akuttmedisinske kompetansen til mange grupper helsepersonell følges opp. Arbeidsgruppa mener herunder at det må vurderes å etablere utdanningsmoduler i akuttmedisin, fremfor alt for sykepleiere. Arbeidsgruppa

¹⁰⁹ Dette skal nå innføres i England, jamfør følgende lederartikkel: Leman, P. "Emergency care in the first 48 hours", BMJ 2007; 334: 218-9

mener også at det er behov for å styrke kompetansen til ambulanspersonalet. Det er behov for å utdanne flere ambulansarbeidere, ettersom det ennå er mange steder der kravet i *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*, om at minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider, ikke oppfylles. Det er også behov for å styrke videre- og etterutdanningen i takt med at ansvarsfeltet til denne delen av den akuttmedisinske behandlingsskjeden utvides.

I tillegg til akuttmedisin mener arbeidsgruppa det er behov for å styrke alt helsepersonellets kompetanse i aldersmedisin. Vedtatte tiltak for å styrke legers kompetanse i geriatri og aldersmedisin må følges opp. Det er også behov for å videreføre arbeidet med å bedre rekrutteringen av leger og psykologer til å arbeide innenfor det psykiske helsevern.

Arbeidsgruppa mener også at det, ved etablering av fødestuer, er nødvendig å styrke jordmødrenes kompetanse om fødselsomsorg og deres vurderingskompetanse i forhold til hvilke fødende som trygt kan føde på en fødestue.

Arbeidsgruppa mener det i årene som kommer må satses mer på å øke alt helsepersonellets team- og samhandlingskompetanse og deres kompetanse om helsetjenesten som system. Dette må gjøres gjennom endringer både i grunn- og videreutdanninger og gjennom kurstilbud.

Arbeidsgruppa mener at det er viktig at de behovene som her er skissert for endringer i helsepersonellets kompetanse, også tilstrebes ivaretatt gjennom grunnutdanningene. I dag skjer mye av grunnutdanningen på spesialiserte universitetsklinikker. Behovet for å gi studentene breddekompetanse er et argument for at de større sykehusene i sterkere grad ivaretar og utvikler sin lokalsykehusfunksjon. I tillegg er det et argument for at det bør legges til rette for at lokalsykehusene kan være utdanningsarenaer også innenfor grunnutdanningene.

Selv om arbeidsgruppa mener det er viktig å tilpasse utdanningene til behovene i helsetjenesten, tror den ikke det vil være mulig å møte alle ulike kompetansebehov i helsetjenesten gjennom endringer i grunnutdanninger og formelle spesialiteter. Den mener derfor at det også vil være et svært viktig virkemiddel å aktivt arbeide med å tilpasse helsepersonellets kompetanse til de lokale behov. Dette kan skje gjennom lokal opplæring, men kan også skje gjennom formell etterutdanning i form av kurs. Arbeidsgruppa mener det bør tilstrebes å etablere nasjonale kurs på de områder der behovene for kompetanseøkning er stor, jmfør forslagene over. Etterutdanning bør dokumenteres.

Arbeidsgruppa mener at det må være rom for at lokale tilpasninger i kompetanse innebærer utvidelse av eksisterende roller og arbeidsdeling mellom helsepersonell. Formålet må være at helsepersonellets kompetanse tilpasses lokalsykehusets behov og fastsatte tilbud, slik dette fremgår av lokale prosedyrer og behandlingsskjeder, og ikke motsatt, dvs. at sykehusets tjenestetilbud tilpasses det helsepersonell som til enhver tid har vakt. Endringer i innarbeidede tradisjonelle roller og ansvarsfelt, og utvikling av nye, krever imidlertid velvilje fra de ansattes side. Like viktig er god ledelse. Ved å etablere et godt arbeidsmiljø og gode omstillingsprosesser legges det til rette for

velvilje og over tid kulturendringer. Det er også ledernes ansvar, jamfør internkontrollforskriften, å sikre at det etableres nødvendig kompetanse hos ansatte, avklarte ansvarsforhold og gode prosedyrer tilpasset lokale forhold. Utvikling av de ansattes kompetanse, for eksempel i form av tilrettelagt etterutdanning/kurs, bør dokumenteres.

Arbeidsgruppa anbefaler at det følges opp hvilke erfaringer man gjør seg i andre land ved utprøving av nye og utvidede roller for helsepersonell. Slike erfaringer vil ikke være direkte overførbare til norske forhold, men vil kunne legges til grunn for pilotprosjekter, tilpasset behovene nasjonalt og lokalt.

Endringer i akutfunksjoner vil kunne påvirke sykehusenes rolle og godkjenning som utdanningsinstitusjoner. Arbeidsgruppa mener at det må tilrettelegges for at lokalsykehusene også i fremtiden skal være viktige utdanningsarenaer. For å sikre dette må endringer i akutfunksjoner på hvert enkelt sted følges opp med konsekvensvurderinger for utdanningene og vurderinger av nødvendige tiltak, slik at man sikrer *både* kvalitet i utdanningene og fortsatt utdanning ved lokalsykehusene.

Flere av høringsinstansene har tatt opp at verken endringer i formelle utdanninger eller lokale utdanningstiltak vil være tilstrekkelig for å sikre rekruttering til mindre sykehus og arbeidsfelt med behov for breddekompetanse. Det etterlyses derfor konkrete og realistiske tiltak for å bedre rekrutteringen, herunder tiltak for å styrke disse fagområdenes status. Arbeidsgruppa er enig i at det er betydelige utfordringer flere steder knyttet til rekruttering av leger, og delvis også andre helsepersonellgrupper, og at det ikke finnes enkle løsninger på dette problemet. Mange ulike tiltak har vært forsøkt opp gjennom årene uten at de har gitt permanente forbedringer. Arbeidsgruppa mener man må fortsette å arbeide bredt for å oppnå ønsket utvikling. For det første må det arbeides for å gjøre det attraktivt å arbeide på lokalsykehus ved å bevisst arbeide for å skape et godt arbeidsmiljø og ambisiøse, robuste fagmiljøer. Dette kan oppnås gjennom å legge til rette for god videre- og etterutdanning og forskningsmuligheter. I tillegg må de regionale helseforetakene og foretakene hindre at ferdige spesialister blir gående i utdanningsstillinger ved større sykehus. Arbeidsgruppa vil i tillegg anbefale at det nasjonale legefördelingssystemet gjennomgås.

14. Kvalitetssikring, god praksis og faglig forsvarlighet

Et viktig spørsmål for de akuttmedisinske behandlingskjedene og akuttberedskapen ved lokalsykehus, er hvilke lovkrav som gjelder. I følge lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2 skal spesialisthelsetjenester være forsvarlige. Alle virksomheter som omfattes av helselovgivningen er videre pålagt en internkontrollplikt etter lov om statlig tilsyn og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Formålet med internkontrollen er å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester og at helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I følge internkontrollforskriften skal den/de ansvarlige for virksomheten blant annet sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet. I tillegg til internkontrollplikten, som pålegger ansvarlige ledere i helsetjenesten, har hvert helsepersonell (§ 4 i helsepersonelloven) en plikt til å utføre

sitt arbeid faglig forsvarlig, dvs. i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Standarden for god praksis er høyere enn for faglig forsvarlighet. Arbeidsgruppa har gitt uttrykk for at den mener lokalsykehusene skal levere medisinske tjenester med samme krav til kvalitet som andre sykehus. Slik arbeidsgruppa ser det er det viktigere å sikre høy kvalitet på de tjenester som leveres, enn å tilby et bredt spekter av akuttjenester. For enkelte lokalsykehus med store driftsmessige problemer er det trolig en utfordring til enhver tid å sikre den faglige kvaliteten på alle tjenester som leveres. Det mener arbeidsgruppa ikke er en ønskelig situasjon.

Arbeidsgruppa mener at det viktigste enkeltvirkemiddelet for å sikre kvalitet, er at internkontrollforskriftens krav oppfylles. Dette er et lederansvar. Andre virkemidler må imidlertid også vurderes innført for å bidra til å sikre høy kvalitet. Dette gjelder nasjonal kvalitetsmåling (indikatorer/kvalitetsregistre), prosedyrekrav og krav om regelmessig trening.

For å sikre kvalitet mener arbeidsgruppa at kvalitet må måles for hver enhet, ikke for et helseforetak som helhet. Den mener videre at det må stilles krav om at volumet på den elektive (planlagte) aktiviteten på alle enheter (lokalsykehus) må være så stort at det er mulig å dokumentere behandlingskvaliteten for utvalgte kliniske prosedyrer.

I tillegg mener arbeidsgruppa at det må innføres et system der det stilles krav om at det kan dokumenteres kompetanse på gitte, sentrale prosedyrer med regelmessige intervaller (halvårlig/årlig). Som et alternativ, evt. som et supplement, kan det stilles krav om at det er gjennomført regelmessig trening/opplæring av personale i forhold til gitte prosedyrer, og/eller at det er etablert systemer for å sikre kompetanse, for eksempel gjennom regelmessig rotasjon til mer spesialisert sykehus.

Mer spesifikt mener arbeidsgruppa at det må stilles krav om:

- Regelmessig trening av lokale akuttmedisinske team.
- Krav om at alle leger som kjører legevakt har gjennomgått akuttmedisinsk kurs i løpet av siste 2 – 3 år.
- At traumeutvalgets krav til akuttsykehus oppfylles.

Arbeidsgruppa er innforstått med at det tar tid å etablere den kompetanse og de systemer som her er foreslått. Det vil også koste penger. Det betyr at dersom disse forslagene følges opp, må det etableres overgangsordninger.

15. Likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet

I følge mandatet skal arbeidsgruppa vurdere behov for mekanismer som kan sikre likeverdige prosesser i alle helseregioner med hensyn til akuttfunksjoner ved lokalsykehus. Arbeidsgruppa anser dette som et sentralt punkt i mandatet. Det skyldes at omstillingsprosesser i tilknytning til lokalsykehus, spesielt omstillinger som berører fødetilbud og akuttfunksjoner, har vist seg å være svært krevende. Et tegn på at man mange steder ikke helt har lyktes i disse prosessene, er at det i dag, i følge Folkebevegelsen for lokalsykehusene, eksisterer en tillitskløft mellom helseforetakene

og lokalmiljøene.¹¹⁰ Folkebevegelsen mener mistilliten skyldes at helseforetakene presenterer omstillinger som faglige forbedringer av tjenestetilbudet, mens lokalbefolkningen opplever dem som forringelse av tilbudet, og som økonomisk begrunnet, ikke faglig begrunnet.

Det er også andre grunner til at dette er et sentralt punkt i mandatet, slik arbeidsgruppa ser det. For det første er det slik at desto mer man åpner for lokale løsninger i stedet for veldefinerte standarder (en nasjonalt fastsatt sykehusstruktur), desto viktigere blir gode prosesser. Bare på den måten vil partene lokalt, i fellesskap, finne frem til de mest hensiktsmessige løsningene. Gode prosesser er også nødvendig for å skape trygghet og forutsigbarhet.

Før gruppa beskriver hvordan den mener det kan legges til rette for gode prosesser, herunder sitt syn på behovet for mekanismer som kan sikre likeverdige prosesser, skal beskrives hvilke prosesskrav som allerede eksisterer, samt hvilke typer mekanismer som kan benyttes for å etablere mest mulig likeverdige prosesser.

15.1. Prosesskrav i dagens spesialisthelsetjeneste

Det finnes i dag en rekke krav som pålegger spesialisthelsetjenesten å involvere brukere, gir ansatte rett til å delta ved organisatoriske endringer og som pålegger helseforetakene å samarbeide med primærhelsetjenesten.

15.1.1. Krav om brukerinnflytelse i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaksloven slår fast at de regionale helseforetak skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform (§ 35). Brukere skal blant annet bli hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan for virksomheten. I vedtektene til RHFene er det også tatt inn en bestemmelse om brukermedvirkning. § 14, om medvirkning fra pasienter og pårørende, sier at styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Melding fra pasientombudene skal legges ved meldingen til departementet, jf. § 15. Styret må også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt.

Departementet har gjennom styringsdokumentene slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene. Det er styret som fastsetter mandat og sammensetning av brukerutvalg basert på forslag fra brukerorganisasjoner og organisasjoner for eldre.

Forskningsrådets resultatevaluering av sykehusreformen viste at de regionale helseforetakene kom best ut når det gjelder å involvere brukerne i foretakenes

¹¹⁰ Dette i følge møte mellom arbeidsgruppa og representanter for Folkebevegelsen.

beslutningsprosesser.¹¹¹ Flere lokale helseforetak hadde ikke gjennomført nødvendige tiltak for å sikre brukerutvalgene innflytelse på helsetjenestens virksomhet. Samtidig viste rapporten at brukerutvalgenes innflytelse har vært sterkest på områder som har bidratt til å styrke vekten på tjenester til mennesker med kroniske og sammensatte lidelser.

15.1.2. Krav om samhandling mellom foretak og kommunehelsetjenesten

I følge Helseforetaksloven § 41 skal foretak samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål eller det er pålagt eller forutsatt i lovgivningen. Foretaket kan også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

I Bestillerdokumentet 2006 (Pkt. 2.3.5) ble det stilt flere krav til de regionale helseforetakene med hensyn til samhandlingen mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenesten. Det ble påpekt at arbeidet med å utvikle sammenhengende behandlingsskjeder i lokalsykehusene og innen lokalsykehusfunksjonen ved store sykehus skulle igangsettes i 2006. Helseforetak med lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner skal ha samarbeidsavtaler med alle kommuner i sitt område og ha jevnlig møter for å følge opp samarbeidet, og alle foretak med lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner skal samarbeide med primærhelsetjenesten om å opprette minst to pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper.

I årets oppdragsdokument er det krav om at dette arbeidet skal videreføres. Det stilles krav om at RHFene skal bidra i arbeidet med en nasjonal samarbeidsavtale mellom Regjeringen og KS om bedre samhandling på helse- og omsorgsområdet (se senere) og videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område. Videre er det et krav at RHFene skal følge opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper, og bistå kommunene for å sikre pasienter med psykiske lidelser som har store og sammensatte behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå. Det er også et krav at RHFene skal følge opp samarbeidsavtalen som er inngått med statlig regionalt barnevern slik at barn og unge som har behov for tjenester både fra BUP, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og barnevern får sammenhengende og helhetlige tilbud og slik at gjensidig informasjonsutveksling herunder bekymringsmeldinger, finner sted på en hensiktsmessig måte.

15.1.3. Ansattes rett til medvirkning

For ansatte i offentlig sektor finnes det en rekke bestemmelser som gir medbestemmelse og innflytelse over arbeidssituasjonen. Både arbeidsmiljøloven (aml.) av 4. februar 1977 nr. 4, tjenestemannsloven (tjml.) av 4. mars 1983 nr. 3, kommuneloven (koml.) av 25. september 1992 nr. 107, hovedavtalen i statlig sektor

¹¹¹ Resultatevaluering av sykehusreformen. Norges forskningsråd 2007.

<http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&cid=1138785938714&pagename=ForskningsradetNorsk%2FPage%2FStandardSidemal>

(HA-S) og i kommunal sektor (HA-K), særavtaler og tidvis de individuelle arbeidsavtaler gir adgang til innflytelse på arbeidsforholdet. Helseforetakene er omfattet av egen hovedavtale. Generelt utøves medbestemmelse etter hovedavtalene gjennom informasjon, drøfting eller forhandlinger med arbeidsgiver. I staten er det arbeidsgiver og tillitsvalgte i den enkelte virksomhet som har partsrettighetene.

I henhold til hovedavtalene plikter arbeidsgiver å orientere ansatte og deres tillitsvalgte i forbindelse med omstillingsprosesser. Informasjonen bør foregå jevnlig og i flere kanaler, for eksempel i form av møter, referater, e-post og intranett. I helseforetakene er det særlig Hovedavtalens §§ 30-32 som omhandler virksomhetenes ordinære drift, omlegging av driften samt selskapsrettslige forhold som er viktige å bruke for å være godt forberedt på fremtidige omstillinger.

I en så kunnskapsbasert virksomhet som sykehus er, vil ny kunnskap og teknologi gi behov for kontinuerlige omstillingsprosesser. Prosessene må ha som hovedmålsetting å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. De fleste av omstillingsprosessene, både de som har rent medisinsk faglig bakgrunn og de som har organisatorisk bakgrunn, vil berøre de ansatte. Ideelt sett burde det være slik at pasientene ikke merker omstillingene på annen måte enn at kvaliteten på behandlingen blir bedre.

Det er viktig å etablere gode omstillingsprosesser. Det finnes mye teori og praktisk kunnskap om hvordan det skjer. Noen av de viktigste elementene er å involvere alle berørte parter, klargjøre og forankre målene, gi god informasjon og skape åpne prosesser og trygghet.

Ved organisatoriske omstillinger der man endrer strukturer, omfordeler ressurser eller bygger opp eller ned pasienttilbudet, er det av avgjørende betydning å involvere de ansatte som blir berørt. Til grunn for prosessene ligger gjeldende lov- og avtaleverk. Særlig i avtaleverket som er forhandlet fram mellom partene, ligger det sterke forventninger om et samarbeid. Det eksisterende avtaleverket gir trolig større mulighet for utvikling av samarbeid enn det som er situasjonen ved mange sykehus i dag. Gjennom dialog bør partene normalt komme fram til enighet om nødvendige tiltak. Omstillinger må skje under trygghet. Det bør derfor inngås egne særavtaler, som ideelt sett har som mål at ingen ansatte skal sies opp. I stedet for ved oppsigelser bør nedbemanning skje for eksempel ved naturlig avgang eller gjennom avtaler med den enkelte arbeidstaker om videre- og etterutdanning med sikte på ny sysselsetting i egen eller annen virksomhet.

15.1.4. Forutsigbarhet

Forutsigbarhet i tjenestetilbudet synes å være en viktig faktor for å skape trygghet i helsetjenesten, og er spesielt viktig når det kommer til det akuttmedisinske tilbudet. Dette slo sosialkomiteen fast i Innst. S. nr. 300 (2000-2001), der den uttalte:

”Komiteen vil understreke viktigheten av forutsigbarhet i de ulike ledd i den akuttmedisinske kjeden. Tid er ofte en kritisk faktor, og det er svært viktig at tilbudene, organiseringen og den faglige kvaliteten innenfor det enkelte ledd i den akuttmedisinske kjeden er forutsigbar, både for befolkningen og helsepersonell.”

”Komiteen vil også sterkt fremheve at tilbudet om akuttmedisinske tjenester ved sykehusene må være forutsigbart over tid, slik at beredskapsnivået og funksjonsfordelingen er klar og kjent for befolkningen og de andre leddene i den akuttmedisinske kjeden.”

Disse uttalelsene fra sosialkomiteen har viktige implikasjoner for omstillingsprosesser i tilknytning til lokalsykehusenes akuttfunksjoner.

15.2. Etablerte samhandlingstiltak i dagens spesialisthelsetjeneste

Det er allerede etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling på tvers av nivåer og enheter i helsetjenesten. Delvis som følge av kravet i bestillerdokumentet i 2006, men også før, og derfor uavhengig av dette, har flere foretak og helseforetak inngått samarbeidsavtaler med kommuner i sitt opptaksområde. Andre eksempler er ambulante team, IT-basert kommunikasjon (for eksempel elektronisk henvisning og timebestilling per epost), felles faglige retningslinjer, hospiteringsordninger og utdanningstilbud for allmennleger ved sykehus, og egen kontaktperson ved sykehuset mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Mens antallet sykehus som opprettet en egen kontaktperson mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene økte i årene 1999-2003, og flere sykehus inngikk avtaler med kommunene om håndteringen av ferdigbehandlede pasienter, gikk dette tilbake i årene frem til 2005.¹¹²

Et viktig eksempel er også praksiskonsulentordningen (PKO), som har vært i funksjon noen få steder i Norge siden 1995, og som senere har blitt etablert flere steder. Ordningen innebærer at det etableres deltidsstillinger for allmennleger (eller andre grupper helsepersonell) i sykehusavdelinger. I 2005 var det ved ca. 30 % av sykehusene etablert PKO for leger og ved ca. 5 % for andre grupper helsepersonell.¹¹³ Målet for PKO er å bedre pasientforløpene og informasjonsflyten mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Praksiskonsulentene skal være rådgivere for avdelingsledelsen og bidra til en systematisk forbedring av det pasientnære samarbeidet.

Andre eksempler på samarbeidstiltak er etablering av forsterkede sykehjemsavdelinger hvor spesielt eldre pasienter kan behandles, enten primært ved forverring av sykdom, eller bli utskrevet til fra sykehuset før overføring til hjemmet. Slike samarbeidsarenaer er etablert flere steder. Blant annet har Trondheim kommune sammen med universitetssykehuset i byen hatt dette samarbeidet i lengre tid og med gode resultater.

15.3. Mekanismer som kan bidra til å sikre likeverdige prosesser

Flere typer mekanismer kan i prinsippet brukes for å sikre likeverdige prosesser, herunder lovkrav, styringskrav i oppdragsdokument overfor foretakene og frivillige

¹¹² T. Harsvik og L. E. Kjekshus: INTORG – organisasjon og ledelsesstrukturer ved norske sykehus, Sintef Helse 2006

¹¹³ Som forrige.

avtaler mellom partene. Andre mulige mekanismer er pedagogiske tiltak og råd, samt etablering av uavhengige rådgivende organer.

I november 2005 nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS en prosjektgruppe som skulle utarbeide forslag til organisatoriske samarbeidsløsninger mellom kommuner og foretak. Gruppen leverte sin innstilling i juni 2006.¹¹⁴ Utvalget foreslår avtaler som grunnlag for å bedre samhandlingen. Det foreslår at det utarbeides en nasjonal avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS på vegne av kommunene, forankret i konsultasjonsordningen. Formålet med en nasjonal avtale er å fremme en systematisk og helhetlig utvikling av samarbeidsavtaler på lokalt plan. Den nasjonale avtalen er tenkt som en policyavtale, som ikke pålegger partene spesifiserte innholdsmessige forpliktelser. I tillegg til lokale avtaler foreslår utvalget at det etableres samarbeidsutvalg mellom helseforetak og respektive kommuner, der representanter for kommunene, KS, fastlegene, brukerorganisasjonene og praksiskoordinator deltar.

Det er i rapporten nevnt en rekke utfordringer utvalget mener bør søkes håndtert i samarbeidsavtalene. Blant disse inngår øyeblikkelig hjelpfunksjonen og informasjonsflyt mellom foretak og kommuner, herunder utarbeidelse av felles informasjon om tilbud og rutiner. Det er imidlertid ikke nevnt spesifikt noe om samhandling og fremgangsmåte ved organisatoriske endringer.

15.4. Arbeidsgruppas vurdering

Arbeidsgruppa har vurdert erfaringer som er gjort i omstillingsprosesser. Den mener å ha observert at de prosesskrav som eksisterer, ikke alltid oppfylles i praksis, og at følgende synes å være av betydning for å etablere gode prosesser:

- Grad av involvering/deltakelse: Det er behov for bred deltagelse i slike prosesser. Fordi omstillingene berører tilbudet til pasientene, må brukerne og deres organisasjoner, både ut fra et demokrati- og kompetanse perspektiv, sikres en sentral plass. Det samme må alle ansatte som berøres. Uten de ansattes velvilje vil det ikke være mulig å oppnå de ønskede endringer i roller og ansvarsforhold. Det er dessuten slik at dersom ansatte slutter opp om at omstillingene sikrer kvalitet i tjenestene til pasientene, er de ansatte de beste til å overbevise lokalsamfunnet om det samme. Videre er det helt avgjørende å få med kommunen og primærhelsetjenesten på laget, både politisk ledelse, kommunehelsetjenestens administrative ledelse og fagfolk. Et godt samarbeid med kommunens politiske ledelse og med primærhelsetjenesten er nødvendig for å avklare hvilke konsekvenser omstillingen har for dem, og for i fellesskap å finne løsninger for å håndtere disse konsekvensene ved å tilpasse og tilrettelegge prosedyrer og behandlingsskjeder.

¹¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Organisatoriske tiltak. Rapport. Juni 2006: http://www.dep.no/filarkiv/284964/Sluttrapport_16_juni_2006.pdf

- Felles mål og virkelighetsoppfatning: For å lykkes i en omstillingsprosess synes det svært viktig å etablere en felles oppfatning av hva som er dagens situasjon og av hva som er målet for omstillingene. Er dagens situasjon optimal, eller er det rom for forbedringer? Hvordan kan slike oppnås innenfor de rammer som eksisterer?
- Reell innflytelse: Deltakelse uten at de som deltar gis reell innflytelse på omstillingsprosessen, og behandles som likeverdige samarbeidspartnere, har negative effekter. Når folk opplever at beslutninger allerede er tatt, at deres innspill ikke blir hørt, at deltakere opererer med skjulte agendaer og at prosesser gjennomføres for å skape et skinn av åpenhet og deltakelse, genereres mistillit, motvilje og motstand, noe som i neste omgang vanskeliggjør de ønskede omstillingene. Viktigere er at uten å gi deltakerne reell innflytelse vil prosessene lide fordi man ikke får benyttet den kompetanse disse besitter til å utforme det best mulige tilbudet. Dette medfører at det i omstillingsprosesser må gjøres klart for alle når prosessen er i en åpen fase, der ulike løsninger vurderes, og når man har beveget seg over i en konvergensfase, der beslutninger er fattet. Det må da forventes av dem som har deltatt, gitt en god prosess, at de "binder seg til masten".
- Formidling/informasjon: For at det skal bli mulig å skape felles mål og sammenfallende virkelighetsoppfatning er det et stort behov for informasjon og formidling. Utfordringen på dette området kan antagelig ikke overdrives, og her har helsetjenesten et stort forbedringspotensial. God informasjon, sammen med åpne prosesser der deltakerne gis reell innflytelse, er sentralt for å bygge tillit.
- Forarbeidet: Gode prosesser er en forutsetning for at helt nødvendig forarbeid skal bli gjennomført på en god måte *før* en omstilling gjennomføres. Det nødvendige forarbeid omfatter konsekvensutredninger, herunder å avklare hvilke endringer i intern organisering og fysiske lokaler som blir nødvendige. Svært viktig er også å utrede og avklare nødvendige endringer i faglige funksjoner, prosedyrer og ansvarsforhold, beskrive nye prosedyrer og ansvarsforhold, samt å sikre den kompetanseheving og trening som skal til for å kunne gjennomføre dette. Det må utarbeides nye behandlingskjeder der alle ledd er avklart, og sikres nødvendig kapasitet i alle ledd, herunder i transporttjenester. At dette forarbeidet tas på alvor er avgjørende for å sikre forutsigbarhet og trygghet, både hos ansatte og for befolkningen. Med andre ord må forarbeidet sikre at nytt bygges opp før gammelt bygges ned.
- Omstillingsmidler: Arbeidsgruppa har erfart at å omstille koster penger. Det er ikke bare bygningsmessige endringer som koster. Det må settes av arbeidstid til å gjennomføre det nødvendige for- og forberedelsesarbeidet, og uten at ressurser avsettes til dette vil arbeidet lett kunne bli skadelidende. Å involvere alle nødvendige aktører i utarbeiding av nye rutiner og faglige retningslinjer koster, og det koster å avsette tid til nødvendig kompetanseheving og trening. Det betyr at det må investeres i omstilling!
- Lederskap: Gode omstillingsprosesser krever godt lederskap, og det på alle nivåer. Det kreves god ledelse og gode ledere for å planlegge og gjennomføre krevende

omstillinger på en god måte. I tillegg må alle som deltar i prosessen opptre som gode medledere. Å delta forplikter.

Med utgangspunkt i dette har arbeidsgruppa utformet prinsipper den mener må legges til grunn ved utforming av lokale utviklings- og omstillingsprosesser.

15.4.1. Prosesskrav og ledelse

1. Når endringer i tjenestetilbudet vurderes, må de ulike tjenestenivåene konferere med og informere hverandre. Ved utformingen 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 behandlingskjeden) ivaretas, slik at endringer på ett sted kompenseres ved nødvendige forsterkninger på et annet sted i behandlingskjeden. Det anbefales at det inngås lokale (og/eller regionale) avtaler om hvordan samhandlingen konkret skal skje.
2. Resultatet av endringsprosessene må formuleres og formidles i form av faglige forbedringer/konsekvenser og konsekvenser for pasientene. Det må gjøres rede for hvordan behandlingskjeden til de pasientene som berøres av endringene, skal se ut.
3. 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 behandlingskjedene.

Arbeidsgruppa anbefaler at det i det sentrale avtaleverket mellom KS og HOD fastsettes krav til samhandling nivåene imellom og fremgangsmåte ved organisatoriske endringer, og at disse er i samsvar med prinsippene formulert over. Avtalen bør inneholde retningslinjer for hvordan uenighet bør løses. Arbeidsgruppa anbefaler at kravene spesifiseres ytterligere i de lokale samarbeidsavtalene.

Arbeidsgruppa ønsker å understreke at gode prosesser er et lederansvar. For å legge til rette for gode prosesser må det derfor satses på å utvikle gode ledere i helsetjenesten.

Arbeidsgruppa mener det er behov for en generell styrking av brukermedvirkningen i lokale helseforetak.

I tillegg anbefaler arbeidsgruppa at praksiskonsulentordningen tas i bruk i alle helseforetak.

16. Dokumentasjon og forskning

Det finnes i Norge i dag lite kunnskap om hva som skjer i de ulike leddene i den akuttmedisinske behandlingskjeden. Traumeutvalget har i sin rapport påpekt at det mangler data innen traumeomsorgen. Det foreligger ikke gode data for verken antall

alvorlig skadde pasienter, behandlingskvalitet eller overføring mellom sykehus og regioner. Også i Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten påpekes at det er lite dokumentasjon av resultater i den akuttmedisinske kjeden.

Det er lagt et grunnlag for bedring gjennom etablering av Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, samt ved at det er bevilget 3 millioner til forskning i allmennmedisin, men det mangler fortsatt mye kunnskap. Arbeidsgruppa mener derfor at det må legges til rette for en ytterligere styrking av forskningen på den akuttmedisinske behandlingskjeden.

Arbeidsgruppa anbefaler videre at det legges til rette for forskning ved lokalsykehus. Dette vil være viktig for å etablere kunnskap om de tjenestene som leveres på lokalsykehus, og også for å styrke forskning på samhandling i helsetjenesten og på helhetlige pasientforløp. Slik arbeidsgruppa ser det, vil etablering av forskning og av nettverk med andre forskningsmiljøer, være viktig også for å bidra til rekruttering ved lokalsykehus, samt for å understøtte lokalsykehusenes rolle som medisinske institusjoner med høy medisinsk faglig standard på sitt tjenesteområde.

Arbeidsgruppa anbefaler også at alle eventuelle omstillinger i den akuttmedisinske behandlingskjeden og ved lokalsykehus, som foreslått av arbeidsgruppa, evalueres. Dette kan eventuelt gjøres ved utforming av noen pilotprosjekter med følgeevaluering.

17. Økonomiske og administrative konsekvenser

Arbeidsgruppas forslag vil ha en rekke økonomiske og administrative konsekvenser. For det første tar arbeidsgruppa til orde for at ressursene i helsetjenesten i større grad enn i dag, bør forskyves fra spesialiserte sykehus mot kommunehelsetjenesten og lokalsykehusnivået, herunder distriktspesikiatriske sentra. Dette forslaget krever ikke nødvendigvis en vesentlig endring i ressurstilfang, men det krever en bevissthet i alle ledelsesmessige og administrative ledd i helsetjenesten.

Arbeidsgruppa foreslår en rekke tiltak for å heve, utvikle og tilpasse kompetansen til helsepersonellet, i førstelinjen, både i primærhelsetjenesten, som er kommunenes ansvar, og i de prehospitale tjenester som er de regionale helseforetakenes ansvar og på lokalsykehusnivå. Herunder foreslår arbeidsgruppa etablering og trening av lokale akuttmedisinske team. Kompetansetiltakene vil kreve både økonomiske og administrative ressurser, og det på flere nivåer. Arbeidsgiverne bør lage kompetanseplaner for egne ansatte og avsette midler til gjennomføringen. Kommunene og helseforetakene bør i lokale samarbeidsavtaler avklare ansvarsforholdene rundt etablering og trening av de lokale akuttmedisinske teamene. Utvikling av kurs i tilstrekkelig omfang vil kreve ressurser innenfor utdanningssystemet generelt.

Arbeidsgruppa foreslår at endringer i legenes spesialistutdanning vurderes/utredes. Dette vil kreve administrative ressurser i Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og i Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidsgruppa foreslår at dagens finansieringssystem gjennomgås med sikte på å bedre treffsikkerheten ved anvendelse av DRG-systemet på et lavere nivå enn "store akuttpsykehus" og for å understøtte bedre samhandling mellom tjenestenivåene og helhetlige, koordinerte behandlingsskjeder. Dette vil kreve administrative ressurser, muligens i form av en ekstern arbeidsgruppe, samt i Sosial- og helsedirektoratet og i Helse og omsorgsdepartementet.

Arbeidsgruppa har utformet kriterier den mener bør legges til grunn for utviklings- og omstillingsprosessers organisering og innholdsmessige mål. Dersom de regionale helseforetakene, helseforetakene og primærhelsetjenesten legger disse kriteriene til grunn, vil de trolig måtte bruke mer administrative ressurser på utviklings- og omstillingsprosesser enn i dag. Det er imidlertid ikke usannsynlig at den investeringen de da gjør, vil betale seg i det lange løp.

Arbeidsgruppa anbefaler at omstillinger evalueres. Slik utrednings-/forskningsaktivitet vil kreve økonomiske ressurser. Mer generelt foreslår arbeidsgruppa at det arbeides for å etablere forskning ved lokalsykehusene. Også dette vil ha økonomiske konsekvenser. Arbeidsgruppa mener evalueringer av omstillinger bør kobles opp mot etablering av forskning på lokalsykehusene, gjerne som følgeforskningsprosjekter, og gruppa anbefaler at slike prosjekter startes opp rundt endringer som allerede er gjennomført, for eksempel i Mosjøen og i Nordfjordeid.

Arbeidsgruppa tar til orde for etablering av felles akuttmottak på lokalsykehus med akuttfunksjoner. Slike etableringer vil kreve økonomiske og administrative ressurser. En forutsetning for slike etableringer er imidlertid at ansvarsforhold avklares. Etablering av felles akuttmottak krever tydelige og velavklarte ansvarsforhold, slik at det er entydig hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten. Arbeidsgruppa mener derfor at det raskt må iverksettes et arbeid for å utrede og avklare hva som vil være de faglig riktige ansvarsposisjonene. Dette arbeidet vil kreve økonomiske og administrative ressurser. En gjennomgang av finansieringen av felles akuttmottak, slik arbeidsgruppa anbefaler, må sees i sammenheng med en utredning av ansvarsposisjonene.

Arbeidsgruppas forslag til faglige standarder for lokalsykehusenes akuttfunksjoner vil kunne medføre økte kostnader til ambulansetransport. Arbeidsgruppas (og traumeutvalgets) forslag til krav til akuttpsykehus, vil trolig medføre at færre sykehus kan ta imot traumepasienter. Dette vil kreve mer transport av dårlige pasienter. Opprusting av ambulansetjenesten for å håndtere dette, vil koste. Også en endring i behandlingen av slagpasienter, slik arbeidsgruppa anbefaler, vil medføre flere ambulansetransporter.

Arbeidsgruppa foreslår at man i Norge utreder nærmere driftskonseptet med lokalsykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap, og eventuelt gjennomfører pilotprosjekter etterfulgt av evalueringer og/eller eventuelt følgeforskningsprosjekter. Bakgrunnen for at arbeidsgruppa anbefaler dette, er at det er begrenset kunnskap og erfaring i Norge om drift av slike sykehus, samt at det synes å mangle systematisert kunnskap om hvilke erfaringer som finnes fra andre europeiske land. Det bør derfor, i tillegg til

pilotprosjekter, innhentes kunnskap om internasjonale erfaringer. Både innhenting av kunnskap og etablering av pilotprosjekter som evalueres, vil kreve økonomiske og administrative ressurser.

Arbeidsgruppa mener at sykehus med et tilpasset akuttmedisinsk tilbud, jamfør forrige avsnitt, må beherske visse basale kirurgiske prosedyrer. Arbeidsgruppa mener derfor at man må enes om et sett av prosedyrer som det må stilles krav om at beherskes for at man kan arbeide på et lokalsykehus. Hvilke prosedyrer dette skal være, anbefaler arbeidsgruppa at utredes. Den anbefaler også at det utredes hvilke prosedyrer som eventuelt kan overtas av annet personell og da spesielt sykepleierne. Slike utredninger vil kreve både økonomiske og administrative ressurser.

Arbeidsgruppa anbefaler at man vurderer å teste ut nye driftsformer ved de mindre sykehusene, spesielt de som bare omfatter begrenset kirurgisk beredskap ut over akutt indremedisin inkludert anesthesiologi. En viktig begrunnelse for utprøving av nye driftsformer er mulighetene som ligger innenfor IKT og telemedisin. Å ta i bruk disse mulighetene, som foreslått i denne rapporten, vil kreve investeringer både i utstyr og i opplæring, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det vil også være behov for tilrettelegging på nasjonalt nivå for å stimulere dette. For eksempel er det behov for å utforme regelverk for krav om åpne standarder og muligheter for sikker informasjonsutveksling. Det bør også vurderes å ta i bruk økonomiske incentiver for at de som leverer telemedisinske løsninger også ser nytteverdien av å gjøre dette, slik at dette ikke bare gir inntjening på mottakersiden.

At arbeidsgruppens forslag krever administrative og økonomiske ressurser innebærer at mange av de endringer arbeidsgruppa anbefaler, vil ta tid. Det tar imidlertid kortere tid å etablere etterutdanningskurs, enn å utrede endringer i etablerte utdanninger. Dette tidsaspektet må hensyntas, slik at det eventuelt etableres overgangsordninger.

Vedlegg

Vedlegg 1: En analyse av to lokalsykehusforetak¹¹⁵

Beskrivelse av Blefjell sykehus HF og Helgelandssykehuset HF

Blefjell sykehus HF ligger i Helse Sør, i fylkene Buskerud og Telemark. Det er et helseforetak med tre driftsenheter/sykehus på Kongsberg, Notodden og Rjukan, og fungerer som lokalsykehusforetak for befolkningen i 18 kommuner med et opptaksområde på 96000. Det er 96 km fra Rjukan til Kongsberg, 78 km mellom Rjukan og Notodden, og 34 km mellom Notodden og Kongsberg. *Kongsberg sykehus* er den største driftsenheten med 97 døgnssenger. Her er det generell indremedisin, dialyse, kirurgi, ortopedi, fødeavdeling, palliativ enhet og dagkirurgisk enhet. Kongsberg distriktpsikiatriske senter (DPS) åpnet i 2005 med 6 døgnssenger. *Notodden sykehus* har 50 døgnssenger fordelt på 20 innen kirurgiske fag og 30 innen generell indremedisin. Lærings- og mestringssenteret tilbyr individuell rehabilitering i tillegg til kurs i helsepedagogikk og kurs for pårørende. Notodden og Seljord DPS har døgnssenger på Notodden og i Seljord. *Rjukan sykehus* er den minste enheten. Her er det sengeposter for generell indremedisin med 22 sengeplasser og ortopedi/kirurgi med 15 sengeplasser. En rehabiliteringsenhet skal etableres i 2007, anslagsvis med 4 nye senger.

Helgelandssykehuset ligger i Nordland fylke, og er det sørligste helseforetaket i Helse Nord RHF, på grensen til Helse Midt-Norge. Helseforetaket består av 3 lokalsykehusenheter i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen, og i tillegg er det spesialistpoliklinikk, fødestue, hemodialyse og DPS-enhet i Brønnøysund og deler av rehabiliteringsvirksomheten er lokalisert i Sømna kommune. Opptaksområdet er 18 kommuner med tilsammen ca. 78.000 innbyggere, men én kommune, Bindal (1800 innbyggere) har Sykehuset Namsos som sitt lokalsykehus. Det er 7 mil mellom Mosjøen og Sandnessjøen, ca. 9 mil langs E6 mellom Mosjøen og Mo i Rana, og 10 mil og ferge, alternativt 16 mil uten ferge, mellom Mo i Rana og Sandnessjøen. *Sykehuset i Mo i Rana* er den største enheten med 82 senger, hvorav 16 er 5-døgnssenger. Her er indremedisin med revmatologi, fødeavdeling, kirurgi og i tillegg er all akutt og elektiv ortopedi oppgavefordelt til Mo i Rana. *Sykehuset i Sandnessjøen* har 76 senger hvorav 17 er lettpost/hotellsenger. Her er indremedisin, kirurgi, en fødeavdeling, fysikalsk medisin og rehabilitering og øre-nese-hals. 12 rehabiliteringssenger i Sømna og 2 fødesenger i Brønnøysund er også organisert under Sandnessjøen. *Sykehuset i Mosjøen* har vært gjennom et stort omstillingsprosjekt. 01.06.04 ble fødeavdelingen gjort om til fødestue og 01.11.06 ble akuttberedskapen i kirurgi endret slik at det ved inngangen til 2007 finnes dagkirurgi og døgnkontinuerlig poliklinikk/skadestue med kirurg i beredskap. Det er ikke lenger senger for kirurgiske/ortopediske akuttinnleggelser. Etter omstillingen har sykehuset 21 indremedisinske senger, 5 senger i fødestuen og 4-

¹¹⁵ Fagdirektør Hanne Thürmer har utført de statistiske analysene i denne analysen.

5 døgnsenger til dagkirurgiske pasienter. Det er spesialister i nevrologi, hudsykdommer og øyesykdommer ved sykehuset. Det er hemodialyseenheter ved alle tre sykehusenhetene og i Brønnøysund. Ved alle 3 sykehusenhetene er det røntgenavdelinger med CT. Det er MR i Mo i Rana og Mosjøen, mammografi i Sandnessjøen. Det er også DPS ved alle tre sykehusenhetene samt i Brønnøysund. DPS'et i Mosjøen er størst, med klinikkavdeling med 14 senger, barne- og ungdomsavdeling og familieavdeling. Det er 8 senger for psykiatrisk rehabilitering ved DPS'et i Mo i Rana.

Felles for Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset er at de er "lokalsykehusforetak" med tre driftssteder. Begge har utfordringer i forhold til å rekruttere fagfolk og store reiseavstander for pasienter, og begge er lokalisert uten eget "sentralsykehus". En forskjell mellom foretakene er at enhetene i Helgelandssykehuset er mer jevnstore enn enhetene i Blefjell sykehus. Det er også slik at avstandene og transporttiden til andre sykehus er større for mange pasienter i Helgelandssykehusets opptaksområde enn for pasienter i Blefjell sykehus sitt opptaksområde. Nordlandssykehuset i Bodø er nærmeste større sykehusenhet, ca. 25 mil fra Mo i Rana. UNN i Tromsø ligger ca. 68 mil fra Mo i Rana, mens St. Olavs Hospital ligger ca. 48 mil fra Mo i Rana og ca. 40 mil fra Mosjøen. Om vinteren kan værforholdene på Helgeland vanskeliggjøre transport, inkludert lufttransport. Til sammenlikning er avstanden fra Kongsberg til Buskerud sykehus (Drammen) 4 mil, fra Notodden til Sykehuset Telemark 7,8 mil, og fra Rjukan til både Buskerud sykehus og Sykehuset Telemark er det i overkant av 15 mil. Avstanden fra Drammen til Oslo (Rikshospitalet – Radiumhospitalet) er ca. 4 mil.

Total aktivitet og andel øyeblikkelig hjelp

Som tabell 1 viser, ble det innlagt ca. 14800 pasienter på Helgelandssykehuset og om lag 13400 ved Blefjell sykehus i 2005. Andelen øyeblikkelig hjelp av alle innleggelser ved begge helseforetakene var i gjennomsnitt er 60-70 %. Indremedisinske innleggelser utgjør om lag 50 % av det totale antall innleggelser, mens de kirurgisk/ortopediske utgjør ca. 30 %. 55-64 % (dvs. opp mot to tredjedeler) av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser er indremedisinske pasienter. Ca. 30 % av øyeblikkelig hjelpinnleggelser er kirurgiske og ortopediske pasienter. Helgelandssykehuset har høyere andel øyeblikkelig hjelp enn Blefjell sykehus totalt og for kirurgi/ortopedi, mens Blefjell sykehus har høyest andel innenfor indremedisin. Mens i overkant av 60 % av innleggelsene i kirurgi/ortoped var øyeblikkelig hjelp, var tilsvarende tall for indremedisin 70-75 %.

Helgelandssykehuset hadde ikke bare flere innleggelser enn Blefjell sykehus, på tross av mindre opptaksområde, men også stor poliklinisk aktivitet generelt, og mye øyeblikkelig hjelppoliklinikk sammenliknet med Blefjell sykehus. Noe av forskjellen mellom de to helseforetakene, men ikke all, skyldes noe ulik koding.¹¹⁶

¹¹⁶ I tabellen er psykiatriske konsultasjoner, som utgjorde 4000 stk på Helgeland, tatt ut.

Tabell 1.1: Aktivitet ved de to helseforetakenes enheter og samlet for hvert helseforetak

	Ble Kongsb	Ble Notod	Ble Rjukan	Blefjell sykehus	Helge Rana	Helge Vefsn	Helge Sandn	Helge-landssh
Total	7134	4199	2038	13371	5566	3576	5652	14794
Elektiv	2954	1721	798	5473	1880	1185	1947	5012
Øhj	4180	2478	1240	7898	3686	2391	3705	9782
% øhj	59	59	61	59	66	67	66	66
Øhj pr døgn	11,5	6,8	3,4	21,7	10,1	6,6	10,2	26,9
Kir/ort Tot	2078	1189	887	4154	2014	1080	1264	4358
% av tot				31				29
Kir/ort elektivt	693	374	522	1589	927	349	308	1584
Kir/ort øhj	1385	815	365	2565	1087	731	956	2774
% av øhj				32				28
% av kir/ort øhj.	67	69	41	62	54	68	76	64
Kir/ort øhj pr døgn	3,8	2,2	1,0	7,0	3,0	2,0	2,6	12,0
Med tot	3663	2005	1026	6694	2776	2142	2554	7472
% av tot				50				50
Med. el	998	363	264	1625	817	768	492	2077
Med. øhj	2665	1642	762	5069	1959	1374	2062	5395
% av øhj				64				55
% av med øhj	73	82	74	76	71	64	81	72
Med øhj pr døgn	7,3	4,5	2,1	13,9	5,4	3,8	5,7	14,8
Annet tot	1393	1005	125	2523	776	354	1834	2964
elek	1263	984	12	2259	136	68	1147	1351
øhj	130	21	113	264	640	286	687	1613
% øhj	9	2	90	10	82	81	37	54
Polikl. tot				37876				59930
Elektivt				34462				50059
Øhj				3414				9871
% øhj				9				16

Ser man på forbruket av sykehus tjenester i de to foretakenes opptaksområder (per 1000 innbyggere) (tabell 1.2) finner man også at forbruket er høyt i Helgelandssykehusets opptaksområde. Forbruket er imidlertid stort sett høyere enn landsgjennomsnittet også for Blefjells befolkning. Tabellen viser at det særlig er flere døgnopphold i de to foretakenes opptaksområder, og for Helgelandssykehusets befolkning fremfor alt flere øyeblikkelig hjelpopphold, spesielt for medisinske DRG. Når det gjelder antallet øyeblikkelig hjelp operasjoner (kirurgiske DRG) er Blefjells og Helgelandssykehusets

befolkninger på linje med befolkningen i egen region. Befolkningen i begge foretak ligger over både landsgjennomsnitt og egen region på omfanget av elektiv kirurgi.

Tabell 1.2¹¹⁷: Forbruket av sykehustjenester i de to foretakenes opptaksområder

Per 1000 innb	Blefjell	Helse Sør	Helgeland	Helse Nord	Totalt
Døgnbeh	212	194	227	201	183
Dagbeh	99	137	112	110	111
Samlet ant opphold	311	331	339	311	294
Polikl kons	684	726	906	879	744
Elektive opph	185	200	188	173	169
Kir DRG	81	75	82	70	71
Med DRG	103	129	105	104	98
Ø-hj opph	117	118	148	130	116
Kir DRG	16	17	20	21	18
Med DRG	100	97	120	103	95

Lokalsykehuspasienten: pasientpopulasjonen ved de to helseforetakene

Et interessant spørsmål er hvilke pasienter i sitt opptaksområde de to "lokalsykehusforetakene" har et tilbud til, herunder hvor stor andel av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp som innlegges her, og hvor stor andel av disse pasientene som ferdigbehandles i foretaket.

Tall fra 2002 gir et bilde av dette. 83 % av alle øyeblikkelig hjelp pasienter i Helgelandssykehusets opptaksområde ble innlagt ved Helgelandssykehuset, mens andelen for Blefjell sykehus var 66,6 %. Dette betyr at Blefjell hadde større lekkasje av pasienter til andre helseforetak enn Helgelandssykehuset hadde. Hver tredje øyeblikkelig hjelp pasient i Blefjell sykehus sitt opptaksområde reiste til annet helseforetak. Dette kan nok delvis forklares med kortere transporttid til andre helseforetak for pasienter i Blefjell sykehus sitt opptaksområde enn for pasientene på Helgeland. Til gjengjeld behandlet Blefjell sykehus flere pasienter som ikke tilhørte eget opptaksområde enn Helgelandssykehuset (ca. 10 % mot ca. 3 %). Dette skyldes i hovedsak turistbehandling. Rjukan var den eneste enheten med stort innslag av elektive pasienter fra områder utenfor eget opptaksområde. Alt i alt viser dette at Blefjell sykehus har større mobilitet i pasientgrunnlaget enn Helgelandssykehuset.

En annen tilnærming til dette spørsmålet er hvor stor andel av sengedøgn knyttet til øyeblikkelig hjelpsopphold som befolkningen i de to foretakenes opptaksområde bruker, og hvor de ligger i disse døgnene. Totalt tilsvarer bruken av sengedøgn for befolkningen i Blefjells kommuner et forbruk på 195 helårssenger, mens Helgelands befolkning bruker 190 senger. Av disse sengedøgnene lå pasienter i Blefjell sykehus sitt opptaksområde i "Blefjellsenger" 65 % av døgnene mens pasientene i Helgelandssykehusets opptaksområde lå i "Helgelandssenger" 81,5 % av døgnene.

Med utgangspunkt i tall fra 2005 er analysert hvor stor andel av pasienter som innlegges ved de to foretakene, som også ferdigbehandles der. Her er selektert de

¹¹⁷ Tall i denne tabellen er fra Samdata somatikk sektorrappport 2005

pasienter som innlegges fra hjemmet og som utskrives til hjemmet, dvs. ikke pasienter overflyttet fra andre behandlingsinstitusjoner eller som dør i sykehus. Analysen viser at 78 til 84 % av pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp ved Blefjell sykehus sine tre enheter ferdigbehandles, mens tilsvarende tall for Helgelandssykehuset er 81-84 %, dvs. marginalt høyere. Tallene for elektive pasienter er naturlig nok noe høyere. For Blefjell sykehus ferdigbehandles 88-96 %, mens 91-97 % av elektive pasienter ferdigbehandles ved Helgelandssykehuset. Ser man på faggruppene kirurgi/ortopedi og indremedisin finne man at 80-82 % av de kirurgiske pasientene ferdigbehandles ved Blefjells enheter og 80-85 % ved Helgelandssykehusets enheter, mens tilsvarende tall for indremedisin er 79-86 % for Blefjell sykehus og 84-90 % for Helgelandssykehuset. Det er altså litt flere indremedisinske enn kirurgiske/ortopediske pasienter som ferdigbehandles. Overflytting til rehabiliteringsinstitusjoner bidrar til å trekke ned andel ferdigbehandlede.

Funnene taler for at lokale faktorer, spesielt transporttid til annet tilbud, er avgjørende for hvor stor andel av pasientene i lokalsykehusforetakets opptaksområde, som trenger øyeblikkelig hjelp, som innlegges ved dette. Av pasientene i Blefjell sykehus sitt opptaksområde er det ca. 15 % flere som reiser forbi "eget sykehus" enn i Helgelandssykehusets opptaksområde. Tallene viser at ca. 15-20 % av pasientene skal/må reise forbi sitt lokalsykehusforetak.

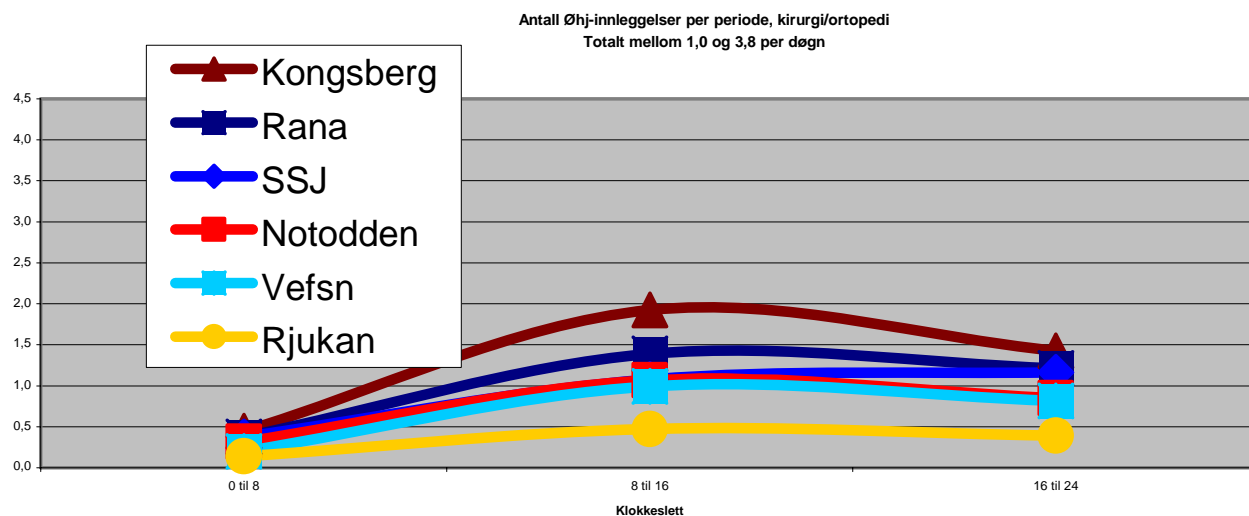
Lokale forhold rundt lokalsykehusforetaket påvirker i mindre grad hvor mange av pasientene som innlegges som øyeblikkelig hjelp, som ferdigbehandles der. Mellom 80 og 90 % av alle pasienter som innlegges fra bosted ferdigbehandles, dog slik at andelen er nærmere 80 % ved øyeblikkelig hjelp og nærmere 90 % for elektive pasienter.

Aktivitet: tid på døgnet og ukedag

Som tabell 1.1 viser, innlegges det fra 3,4 (Rjukan) til 11,5 (Kongsberg) pasienter som øyeblikkelig hjelp per døgn ved de seks enhetene i de to helseforetakene. Ser man bare på øyeblikkelig hjelpinnleggelser innen *kirurgi og ortopedi* ved foretakenes 6 enheter finner man at det totalt innlegges fra 1 til 3,8 pasienter per døgn ved hver enhet (Figur 1).¹¹⁸ Det er nesten fire ganger flere innleggelser ved Kongsberg enn ved Rjukan, dog allikevel ikke mer enn i gjennomsnitt 2 pasienter daglig i tidsrommet 08-16. For alle enheter gjelder at det innlegges mindre enn 0,5 pasient i gjennomsnitt fra midnatt til kl. 08 om morgenen. Totalt innlegges 12,6 % av pasientene i dette tidsrommet (12 % ved Helgelandssykehuset og 13 % på Blefjell sykehus). Det er større variasjon i antall øyeblikkelig hjelpinnleggelser mellom kl. 08-16 (fra 0,5 - 2 pasienter) og 16-24 (fra <0,5 - 1,5 pasienter). Ser man på foretakene samlet finner man at 47 % av de kirurgiske/ortopediske pasientene innlegges i tidsrommet 08-16, og 69 % i tidsrommet 08-20.

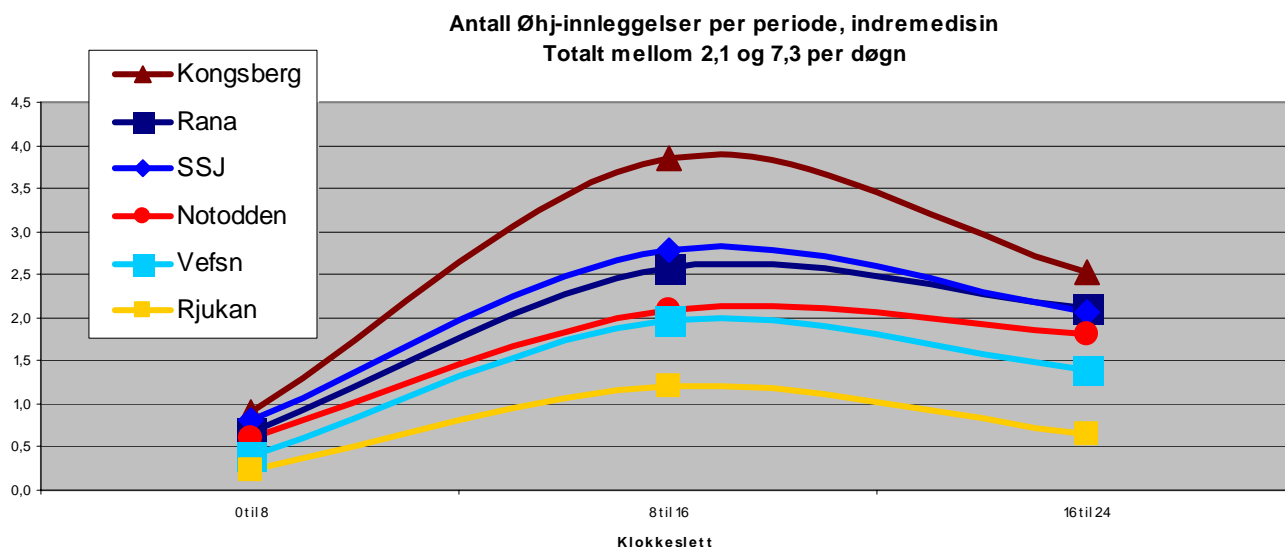
¹¹⁸ Kirurgi og ortopedi er her samlet fordi Helgelandssykehuset ikke har data som muliggjør deling.

Figur 1.1



På foretakenes *indremedisinske avdelinger* innlegges det til sammenlikning i gjennomsnitt 2,1-7,3 pasienter per døgn som øyeblikkelig hjelp, dvs. dobbelt så mange som for kirurgi/ortopedi (Figur 2). Aktiviteten i indremedisin er høyere på alle tidspunkt enn i kirurgi/ortopedi, også om natten. Det er allikevel i gjennomsnitt under én pasient som innlegges per døgn i tidsrommet 00-08. Dette utgjør samme andel, dvs. 13 % (både samlet sett og på hvert av de to foretakene) som innen kirurgi/ortopedi. Ca. 50 % innlegges i tidsrommet 08-16 og ca. 70 % i tidsrommet 08-20.

Figur 1.2

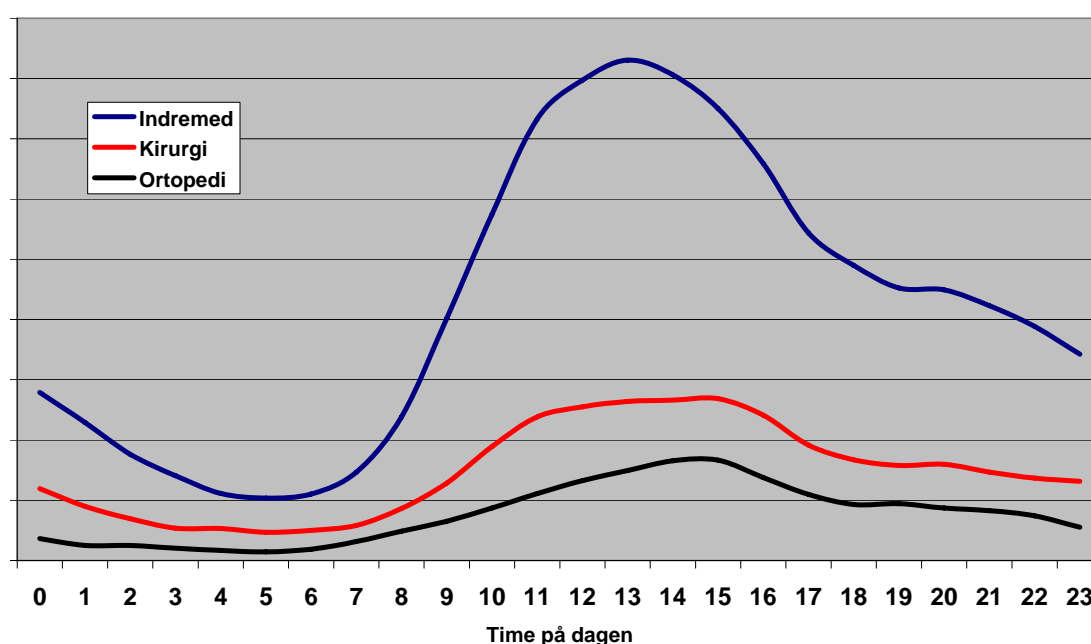


Figurene viser også at det er større forskjell mellom de to enhetene med størst og minst aktivitet, dvs. Kongsberg og Rjukan, enn det er mellom fagområdene når alle enheter sees under ett. Aktiviteten ved sykehusene i Mo i Rana, Vefsn, Sandnessjøen og Notodden er nokså lik.

Dersom man deler inn tidsintervallene i 4-timers intervaller (00-04-08-12-16-20), finner man at det er færrest øyeblikkelig hjelpinnleggelser i tidsrommet 04-08 i både medisin og kirurgi/ortopedi. Det er omtrent like mange slike innleggelser i tidsrommet 16-20, som i tidsrommet 20-24. Flest øyeblikkelig hjelpinnleggelser skjer i tidsrommet 12-16.

Fordi Helgelandsykehuset koder kirurgi og ortopedi samlet, og det er ikke mulig å vise andel innleggelser innen ortopedi og kirurgi separat for dette foretaket. For Blefjell sykehus er imidlertid dette mulig. Figur 3 viser antall øyeblikkelig hjelpinnleggelser per time på døgnet innen indremedisin, generell kirurgi og ortopedi ved Blefjell sykehus.¹¹⁹ Som det fremgår er ortopediske øyeblikkelig hjelpinnleggelser sjelden fra midnatt til kl 0600, og antall innleggelser er hele tiden sjeldnere enn innen generell kirurgi, som igjen er sjeldnere enn indremedisinske innleggelser.

Figur 1.3



Ser man på aktiviteten fordelt gjennom uka (tabell 1.2), finner man at antallet elektive innleggelser er høyest i begynnelsen av uka og reduseres gradvis mot fredag, for så å falle brått i helgen. For øyeblikkelig hjelp er antallet innleggelser høyest på mandag, jevnt stort på de øvrige hverdagene men reduseres med om lag 1/3 i helgen. Noe av reduksjonen i helgen kan trolig forklares av at skadefrekvensen følger trafikkmengde og aktivitet i arbeidsliv og skole. Reduksjonen kan også skyldes at terskelen for å søke lege og/eller for å bli innlagt er høyere i helgen. Svingningene i øyeblikkelig hjelpinnleggelser i indremedisin er mindre enn i kirurgiske fag.

¹¹⁹ Fordelingen mellom kirurgi og ortopedi i Blefjell samsvarer med andre sykehus, og er sannsynligvis nær fordelingen også i Helgelandsykehuset.

Tabell 1.2: Aktiviteten ved de to helseforetakene fordelt på ukedager

	Ukedag innlagt	Helgeland	Blefjell	Totalt
Elektiv	Man	1422	1398	2820
	Tirs	1116	1157	2273
	Ons	1024	980	2004
	Tors	624	947	1571
	Fre	621	570	1191
	Lør	30	165	195
	Søn	175	256	431
	Tot	5012	5473	10485
Ø-hjelp	Man	1656	1344	3000
	Tirs	1575	1173	2748
	Ons	1555	1175	2730
	Tors	1337	1154	2491
	Fre	1580	1222	2802
	Lør	1004	904	1908
	Søn	1075	926	2001
	Tot	9782	7898	17680

Av de totalt 28165 innleggelsene ved Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset i 2005 ble 6312 (22 %) operert. Av de totalt 17680 øyeblikkelig hjelpinnleggelsene ble 2425 (14 %) operert. 80 % (78-84 %) av pasientene som innlegges elektivt på ortopedisk/kirurgisk avdeling opereres. Det samme gjelder bare 28 % (21-35%) av de som innlegges for øyeblikkelig hjelp på samme avdeling.¹²⁰ Det betyr at ca. 70 % av ortopediske/kirurgiske øyeblikkelig hjelp pasienter legges inn til observasjon og vurdering, for eksempel av magesmerter, hjernerystelse, infeksjoner og annet som ikke fører til større operasjoner. Ca. 1 % av indremedisinske pasienter kodes som kirurgisk DRG (dvs. får utført en prosedyre). Det er stor forskjell i antall øyeblikkelig hjelpoperasjoner på de seks driftsenhetene/sykehusene, fra 95/år på Rjukan (dvs. mindre enn 2 pr uke) til 502/år på Kongsberg (i overkant av 1 pr dag). På Rjukan var det totalt 24 øyeblikkelig hjelpoperasjoner på lørdager og søndager i 2005, dvs. en pasient annenhver helg, mens det på Kongsberg var 135, dvs. 2-3 per helg.

Ser man på antallet kirurgiske/ortopediske øyeblikkelig hjelp operasjoner fordelt på ukedager, finner man ganske jevnt stor operasjonsaktivitet på hverdagene, men at aktiviteten reduseres betydelig i helgene. Hvor mye den reduseres, varierer fra ca. 25 % til opp mot 70 %. Unntaket til dette mønsteret Kongsberg, der det utføres flere lettere prosedyrer i helgene enn ved de øvrige enhetene, men ikke flere operasjoner.¹²¹

Av de pasientene som ble operert, ble ca. 50 % operert samme dag som de ble lagt inn (varierer fra 35 % i Sandnessjøen til 62 % på Rjukan). Andel som blir operert samme dag

¹²⁰ ISF-systemet deler innleggelser i kirurgiske og medisinske DRG avhengig av operasjonsprosedyren som er registrert. For å havne i gruppen "kirurgisk DRG" skal pasienten ha gjennomgått en prosedyre som krever operasjonsstue og en viss oppdekning. Dette utelater mindre inngrep på skiftestuer, skopier, intravasale inngrep etc.

¹²¹ I disse kodene ligger enklere prosedyrer som skopier, invasive undersøkelser innen radiologi med mer. Det ser ut til å være en mer omfattende registrering av mindre prosedyrer på Kongsberg.

som de ble lagt inn var i helgene høyere ved Blefjell sykehus (59-90 %) enn ved Helgelandssykehuset (26-54 %). Generelt ble en høyere andel av øyeblikkelig hjelp pasientene operert samme dag ved Blefjell sykehus (57,1 %) enn ved Helgelandssykehuset (41,6 %). Dette kan være et uttrykk for at Blefjell sykehus opplever høyere konkurranse om pasientene, som vil kunne velge å reise videre til annet sykehus dersom de ikke får behandling raskt. Dette er imidlertid også uttrykk for at det ofte er medisinsk sett forsvarlig å utsette operasjoner. Til gjengjeld ble en større andel av de elektive pasientene operert samme dag ved Helgelandssykehuset (46,4 %) enn ved Blefjell sykehus (31,5 %).

Viktigste pasientgrupper – øyeblikkelig hjelp og elektivt

En oversikt over årsaker til innleggelse ved de to helseforetakene samlet for både øyeblikkelig hjelp og elektivt, viser følgende

Tabell 1.3: Årsaker til både øyeblikkelig hjelp og elektive innleggelser (diagnoser) ved de to helseforetakene samlet:

Samlediagnose	Antall	Prosent
Føde/gyn	3461	12,3
Hjerte/karsykdom	3044	10,8
Skader, brudd, kutt	2671	9,5
Rehabilitering	2473	8,8
Lunge/KOLS	2250	8,0
Dialyse	2227	7,9
All gastro	2090	7,4
Kreft/svulst	1863	6,6
Akutte symptomer, uklart	1662	5,9
Ledd, artrose	937	3,3
Nyresykdom	795	2,8
Endokrine	713	2,5
Infeksjoner	677	2,4
Nevrologi	620	2,2
Hjerneslag	560	2,0
Bursitter m.m.	477	1,7
Psyk	428	1,5
Rygg	364	1,3
Ymse Z kontakter	345	1,2
Prostata	210	,7
Hud mm	182	,6
ØYE+ØNH	70	,2
Syst bindevev	45	,2

Deler man i øyeblikkelig hjelp og elektive innleggelser får man et noe annet bilde.

Tabell 1.4: Diagnoser ved øyeblikkelig hjelpinnleggelser - begge foretakene

Diagnose	Prosent gjennomsnitt	Min-maks i enhetene
Hjerte- og karsykdom	14,4	12,1-18,0
Skader, brudd og kutt	13,6	9,8-17,7
Fødsler/gyn/nyfødt	13,7	
Infeksjoner i luftveiene/KOLS	10,8	8,9-13,7
Akutte symptomer, uklart	8,5	7,5-12,0
All gastro	7,9	6,2-10
Kreft/svulst	7,1	6,3-8,1
Nyresykdom	3,7	3,3-4,4
Genitale infeksjoner	3,3	2,8-4,0
Hjerneslag	3,0	2,3-4,0

Tabell 1.5: Diagnoser ved elektive innleggelser – begge helseforetak

Diagnose	Prosent gjennomsnitt	Min-maks i enhetene
Rehabilitering	21,0	1,5-52,6
Dialyse	16,5	0,1-39,7
Fødsler/gyn/nyfødt	12,3	
Ledd, artrose	7,7	0,2-27,2
All gastro	7,0	5,2-15,4
Kreft/svulst	5,8	4,0-8,3
Infl bryst/ovarian	4,8	0,4-9,4
Hjerte- og karsykdom	4,7	1,1-8,9
Endokrine	3,7	0,3-8,3
Infeksjoner i luftveiene/KOLS	3,1	0,1-7,3

Vi ser at forskjellene de ulike enhetene (sykehusene) i mellom er langt større for elektive innleggelser enn for øyeblikkelig hjelp.

Tabell 1.6: De tre hyppigste elektive diagnoser for de seks enhetene

Kongsberg	Notodden	Rjukan	Rana	Vefsn	Sandnessj.
Fødsler, svangerskap, medfødt 20,8	Rehab 52,1	Ledd, artrose 27,2	Dialyse 33,0	Dialyse 39,7	Rehab. 52,6
Dialyse 20,8 (NB som over)	Kreft/svulst 8,3	Rehab 17,3	Ledd, artrose 11,3	Nevrologi 15,1	Hjerte-kar 8,9
Nyfødt, barsel 11,2	Infl bryst/ovarian 7,3	Øvre gastro, brokk kirt 10,2	Rygg, sener, bursitter 9,8	Infl bryst/ovarian 9,4	Endokrine 8,3

Disse forskjellene reflekterer variasjonen i tilbud ved de ulike enhetene i de to helseforetakene.

Tabell 1.7: Seks vanligste diagnoser (samlet elektiv og ø-hjelp) fordelt på avdelinger:

Kirurgi/ortopedi (%)	Medisin (%)	Annet (%)
Skader (27,6)	Hjerte-kar (23,9)	Rehab/dialyse (57,6)
Muskel-skjelett (18,4)	Rehab/dialyse (19,4)	Svangerskap/fødsel (27,1)
Fordøyelse (17,0)	Lunge (14)	Øye/ØNH (7,1)
Urin/kjønn (7,5)	Symptomer (7,7)	Urin/kjønn (5,3)
Kreft (7,2)	Kreft (4,8)	Lunge (3,4)
Symptomer (6,4)	Fordøyelse (4,5)	Perinatal (3,2)

Tabell 1.8: Seks vanligste diagnoser ved øyeblikkelig hjelp innleggelser fordelt på avdelinger:

Kirurgi/ortopedi (%)	Medisin (%)	Annet (%)
Skader brudd (39,3)	Hjerte-kar (23,3)	Føde/gyn (96,2)
Gastro (17,1)	Lunge/kols (17,6)	
Akutte symptomer (9,5)	Akutte symptomer (9,4)	
Kreft/svulst (8,9)	Kreft/svulst (7,3)	
Nyresykdommer (3,8)	Hjerneslag (4,9)	
Rygg (3,4)	Infeksjoner (4,7)	

Tabell 1.9: Seks vanligste diagnoser ved elektive innleggelser fordelt på avdelinger:

Kirurgi/ortopedi (%)	Medisin (%)	Annet (%)
Ledd/artrose (25)	Dialyse (45,7)	Rehabilitering (52,0)
Gastro (16,8)	Hjerte-kar (11,0)	Føde/gyn (38,1)
Bursitter med mer (9,5)	Kreft/svulst (6,9)	Lunge/kols (5,2)
Kreft (8,7)	Nevrologi (5,4)	
Skader/brudd (8,0)	Gastro (5,2)	
Endokrine (6,1)	Endokrine (5,1)	

Analysen viser at de tilstandene som hyppigst fører til innleggelser, både totalt, og som øyeblikkelig hjelp, dersom man ser bort fra tilbud som varierer sterkt mellom enhetene (dialyse, rehabilitering og føde/gyn), er sykdommer i hjerte-karsystemet, skader og brudd, sykdommer i luftveiene, fordøyelsessykdommer, kreft/svulst og akutte uklare symptomer. Akutt innlegges også en del pasienter for urologiske og gynekologiske tilstander.

Den tredje hyppigste diagnosen blant øyeblikkelig hjelpspasientene både på medisin og kirurgi er "akutte symptomer". Pasienter med symptomdiagnoser utgjør nesten 10 % på begge avdelinger. Fordi det er omlag dobbelt så mange øyeblikkelig hjelp innleggelser på medisin som på kirurgisk/ortopedisk side, utgjør gruppen som innlegges på indremedisinsk avdeling dobbelt så mange pasienter (totalt 64,5 % av de totalt 1662 pasientene med symptomdiagnose, mens 32,5 % innlegges på kirurgisk/ortopedisk avdeling). Nesten alle pasientene som innlegges på kirurgisk/ortopedisk avdeling med symptomdiagnose har magesmerter, mens pasientene som innlegges på indremedisinske avdelinger oftest har brystmerter eller feber/hodepine.

Ser man nærmere på kreftpasientene, finner man at det innlegges omtrent like mange kreftpasienter (kreft/svulst som hoveddiagnose) på indremedisinske og kirurgiske

sengeposter (46,7 % på kir/ort, 51 % på medisin og 1,8 % på annen avd.).¹²² De utgjør 8,8 % av kirurgiske/ortopediske pasienter og 7,2 % av indremedisinske pasienter. Av alle pasienter som ble innlagt med kreftdiagnoser og svulster/blodsykdommer som hoveddiagnose¹²³, gjennomgikk 20 % en litt større kirurgisk prosedyre (fått en kirurgisk DRG) i 2005. Av pasienter innlagt på kirurgisk/ortopediske avdelinger med kreft som hoveddiagnose fikk 38,4 % utført en prosedyre. Det samme gjaldt 2,2 % av disse pasientene innlagt på indremedisinsk avdeling. Mange av disse prosedyrene er trolig diagnostiske biopsier og primæroperasjoner (evt. reoperasjon). Når kreftpasienter innlegges for eksempel for palliativ behandling, infeksjoner eller for å få cellegift, gis de annen hoveddiagnose, og de kommer derfor ikke inn blant de pasienter som her er sett på. Blant kreftpasientene ved Helgelandssykehuset og Blefjell sykehus var det 30 % som fikk annen hoveddiagnose i 2005. Disse diagnosene var (fallende hyppighet) sykdom i lunge/KOLS, rehabilitering, mage-tarmsykdom, hjertekarsykdom, palliasjon/cytostatika, infeksjoner og akutte, uklare symptomer.

Pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet utgjør 7,4 % av de to foretakenes pasienter. Om lag 70 % av disse innlegges på kirurgisk avdeling. De utgjør 17,0 % av pasientene ved kirurgisk/ortopedisk avdeling og 4,5 % av pasientene på indremedisinske avdelinger. 50 % av disse pasientene innlagt på kirurgiske/ortopediske avdelinger på grunn av sykdommer i fordøyelsessystemet ble operert, og 1,9 % av pasienter på indremedisinsk avdeling.

Ser man på den kirurgiske aktiviteten, finner man at 47,7 % av pasienter på de kirurgiske avdelingene får en kirurgisk DRG (opereres), mens det samme gjelder 1,1 % av pasientene på indremedisinske avdelinger og 38,2 % av pasientene på øvrige avdelinger. Pasienter med kirurgiske DRG på kirurgisk avdeling fordeler seg slik:

Tabell 1.10: Fordeling av typer kirurgiske prosedyrer totalt for begge helseforetak

Skader, brudd, kutt - 25,4 %
Leddsykdom/artrose - 19,5 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet -17,8 %
Bursitter med mer - 7,4 %
Kreft/svulst -7,1 %
Føde/gyn – 4,8 %
Prostata – 4,2 %
Endokrine 3,1 %, hjerte-kar 3,0 %, rygg 2,9 %, hud 1,7 %

Dette betyr at mer enn 50 % av operasjonsaktiviteten er på pasienter med ortopediske lidelser, mens under 20 % utføres på pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet.

Ser man på prosedyrene (totalt 18964), finner man at den hyppigste enkeltprosedyren er hemodialyse (670) etterfulgt av gastroskopi (546). I tråd med tabell 1.10 utgjør operasjoner i bevegelsesapparatet største gruppe av prosedyrer (2243), hvorav innsetting av hofteproteser er hyppigste største enkeltprosedyre (425) etterfulgt av

¹²² Dette gjelder pasienter med hoveddiagnose i kapittel C, dvs. kreft. Pasienter med celleforandringer, usikker kreft, blodkreft m.m. (diagnoser i kapittel D) blir i hovedsak lagt på medisinske sengeposter (63 %), men også på gyn/føde-avdelinger (12 %).

¹²³ Pasienter med hoveddiagnose i ICD-kapittel C og D.

innsetting av kneproteser og inngrep på menisk. Prosedyrer i fordøyelsesorganene er nest største gruppe (963), og her er kolesystectomy den hyppigste enkeltprosedyren (det utføres 204, hvorav 177 laparoskopisk).¹²⁴ Det ble utført 118 appendektomier, hvorav 13 laparoskopisk. Tredje største prosedyregruppe er fødselshjelp (593), og her er keisersnitt hyppigste prosedyre (145) etterfulgt av sutur av fødselsrifter (135).

Helgelandssykehuset har, som beskrevet tidligere, høyere poliklinisk aktivitet pr innbygger enn Blefjell sykehus har, på tross av et mindre opptaksområde. Ser man på hva som er de hyppigste kontaktårsakene, er imidlertid mønsteret ganske likt. Skader, brudd og sår er viktigste kontaktårsak begge steder, etterfulgt av det som her er kalt ymse kontaktårsaker. Dette omhandler kontaktdiagnoser i kapittel XXI i ICD-10.¹²⁵ Totalt utgjør disse to gruppene 55-80 % av øyeblikkelig hjelp poliklinikk. Ser man på faktisk antall kontakter er imidlertid forskjellene store. På tross av at Helgeland dekker en mindre befolkning, er øyeblikkelig hjelp på poliklinikken langt mer vanlig for alle tilstander, inkludert skader, enn i Blefjell. Forskjellen kan trolig delvis forklares av at Helgelandssykehuset behandler en større andel av polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter i sitt opptaksområde, slik de gjør for øyeblikkelig hjelp innleggelser, enn Blefjell sykehus. Det kan imidlertid også skyldes andre forhold, som hvilke pasienter allmennlegene/legevakslegene ivaretar.

Tabell 1.11: Hyppigste polikliniske diagnoser ved de to helseforetakene for øyeblikkelig hjelp og elektiv aktivitet

	Hyppigste diagnoser (andel + antall pasienter)	
	Blefjell	Helgeland
Ø-hj.	Skader, brudd, kutt (63,1 % - 2160)	Skader, brudd, kutt (31,5 % - 3120)
	Ymse kontakter (16,6 % - 568)	Ymse kontakter (26,0 % - 2572)
	Føde/gyn (3,3 % - 112)	Føde/gyn (10,3 % - 1022)
	Akutte symptomer (3,2 % - 108)	Akutte symptomer (7,8 % - 770)
Elektivt:	Ymse kontakter (31,4 % - 10837)	Ymse kontakter (19,2 % - 10379)
	Føde/gyn (10,1 % - 3488)	Føde/gyn (11,2 % - 6081)
	Hjerte-kar (9,3 % - 3218)	Hjerte-kar (7,7 % - 4182)
	Gastro (7,4 % - 2545)	Gastro (7,6 % - 4098)

Ser man på den elektive polikliniske aktiviteten er det også her de samme fire diagnosegruppene som er hyppigst i begge foretak. Med unntak av "ymse kontakter" er imidlertid aktiviteten høyere ved Helgelandssykehuset. Det gjelder også for en rekke diagnosegrupper som ikke er blant de fire hyppigste. Helgelandssykehuset har langt høyere elektiv poliklinisk aktivitet innen nevrologi og urologi/nefrologi, det har generelt høyere indremedisinsk poliklinisk aktivitet (hjerte, lunger, gastro) og det har også dobbelt så høy aktivitet innen øre-nese-hals og øye.

Bare Helgeland har kodet klokkeslett for polikliniske kontakter og har en god registrering av øyeblikkelig hjelp på poliklinikkene. Tabell 1.12 viser fordeling av den polikliniske aktiviteten totalt i tidsintervallene 00-08, 08-16, 16-20 og 20-24 og tabell 1.13

¹²⁴ Ser da bort fra gruppene "mindre kirurgiske inngrep" som rommer bl.a. biopsier og dialyse, og "transluminal endoskopi" der størstedelen er gastroskopi.

¹²⁵ Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99).

fordeling på fagområder i samme tidsintervaller.¹²⁶ Tabellene viser at 55 % av all poliklinisk aktivitet skjer i tidsrommet 08-16. 82 % av øyeblikkelig hjelp poliklinikk skjer i samme tidsrom. Kirurgi/ortopedi utgjør mer enn 56 % av øyeblikkelig hjelp poliklinikk. Også denne aktiviteten skjer i hovedsak i tidsrommet 08-16 (81 %). 90 % skjer i tidsrommet 08-20. Bare 3 % skjer om natten (00-08).

Tabell 1.12: Fordeling av den polikliniske aktiviteten totalt i fire tidsintervaller

Inn klokka:	Rana sh	Vefsn sh	Sandnessj sh	Totalt
0-0759	377	114	202	693
8-1559	24898	19897	16227	61022
16-1959	773	634	276	1683
20-2359	481	88	196	765
Totalt	26529	20733	16901	64163

Tabell 1.13: Fordeling av den polikliniske aktiviteten på fagområder i fire tidsintervaller

	Inn kl	Kir/ort	Ønh/øye	Gyn/føde/barn	Indremed	Rehab	Totalt
Øhj	0-755	163	0	20	114		297
	8-1559	4462	32	709	2804		8007
	16-1959	511	2	97	252		862
	20-2359	379	0	45	211		635
Tot		5515	34	871	3381		9801
elektiv	0-755	172	0	50	173	0	395
	8-1559	20455	2534	6495	16968	93	46545
	16-1959	26	156	150	418	0	750
	20-2359	8	1	54	65	0	128
Tot		20661	2691	6749	17624	93	47818

Produktivitet og økonomiske aspekter ved lokalsykehusenes aktivitet

I følge Samdata sykehus for 2005 var begge helseforetak i 2005 mer produktive enn gjennomsnittet i sin region. Driftskostnader per korrigert opphold for Blefjell var 31 405 og i Helse Sør 31 712, mens det ved Helgelandssykehuset var 32 997 og i Helse Nord var 38 057. Landsgjennomsnittet var 32 948. Når det gjelder opphold per årsverk er resultatet for de to sykehusene nokså likt (Blefjell 21,1, Helgelandssykehuset 23,2, landsgjennomsnitt 22,0). Sett i forhold til egen region er imidlertid resultatet forskjellig. Blefjell sykehus kommer dårligst ut i Helse Sør, mens Helgelandssykehuset kommer best ut i Helse Nord.

Ser man på de to helseforetakenes DRG-finansiering samlet, finner man at gjennomsnitts DRG-vekt på kirurgisk side for innlagte pasienter i begge foretak i 2005 var 1,23. Sykehusene behandlet 8 512 innlagte kirurgiske pasienter, noe som ga ca 10500 DRG-poeng. Til sammenlikning var gjennomsnitts DRG-vekten for de indremedisinske pasientene 0,75. Foretakene behandlet 14 166 innlagte pasienter, noe som ga nesten samme antall DRG-poeng (10600). Med 100 % DRG-betaling og DRG-vekt på ca 31 000 kroner utgjør dette ca 330 millioner NOK for hvert fagfelt. Det vil si at

¹²⁶ Alle innlagt klokken 00 er utelatt fordi dette er default for ikke registrert klokkeslett og det var over 1000 pasienter på det klokkeslettet.

foretakene måtte behandle 67 % flere indremedisinske pasienter for å få om lag samme betaling som for sine kirurgiske pasienter.

Ser man på de to helseforetakene hver for seg finner en at Blefjell sykehus HF hadde en DRG-indeks på 0,92 fordelt på 13400 innleggelser, noe som ga 12300 DRG-poeng. Helgelandssykehuset hadde en DRG-indeks på 0,79 fordelt på 14800 innleggelser, og fikk 11800 DRG-poeng. Med DRG-pris (100 %) på ca 31000 ga dette 366 millioner NOK til Helgelandssykehuset og 381 millioner NOK til Blefjell sykehus. I tillegg kommer DRG-poeng for dagbehandling, RTV-finansiering til poliklinikkene, og rammetilskudd og opptrappingsplan innen psykisk helsevern.

Funn fra andre analyser

Dagens Medisin skrev 8. februar 2007 (bilag om lunge) at 10-20 % av alle akuttinnleggelser ved norske indremedisinske avdelinger skyldes KOLS. Mens hjertepasienter og pasienter med astma tidligere dominerte blant pasientene som trengte ambulanse og sykehusbehandling, øker nå forekomsten av KOLS-pasienter som trenger lengre innleggelse. Funnene i denne analysen samsvarer med dette, dog ligger forekomsten av lungeinfeksjoner/KOLS i nedre ende av det Dagens Medisin angir (10 %). Blant disse 10 % er imidlertid telt med både kronisk KOLS og lungeinfeksjoner. Dersom pasienter med kronisk KOLS skilles ut, utgjør de ikke en større andel enn 3,8 % i vår analyse. Ser man imidlertid på pasienter med KOLS/astma både som hoved- og bidiagnose, finner man at 1276 av totalt 12314 innleggelser, dvs. 10 %, var knyttet til disse diagnosene.

Akuttutvalget (NOU 1998: 9) gjennomførte en undersøkelse av både øyeblikkelig hjelpinnleggelser og øyeblikkelig hjelpoperasjoner i tre måneder fra 1. desember 1997. Innleggelsene fordelte seg i denne undersøkelsen med 60,3 % til medisinske avdelinger, 36,4 % til kirurgiske avdelinger og 3,3 % til andre avdelinger. Akuttutvalget fant at øyeblikkelig hjelpinnleggelser i indremedisinske avdelinger var dominert av pasienter med hjertelidelser, hjerneslag og lungesykdommer, mens kirurgiske øyeblikkelig hjelpinnleggelser var dominert av ulike typer beinbrudd og mage-tarm-sykdommer. Både innen det kirurgiske og indremedisinske fagområdet ble en betydelig andel av pasientene lagt inn med symptomdiagnoser (totalt ca. 25 prosent).

Akuttutvalget fant videre at 11 % flere øyeblikkelig hjelppasienter ble lagt inn på mandager enn gjennomsnittet for de øvrige virkedagene, og at det i helga (lørdag og søndag) ble lagt inn 27 % færre. Ved sykehus med mindre enn 40.000 mennesker i opptaksområdet, ble 62 prosent av øyeblikkelig hjelpoperasjonene utført i tidsrommet 08-16, og bare fem prosent av øyeblikkelig hjelpkirurgien ble utført i tidsrommet 00-08, hvilket tilsvarte ett inngrep i løpet av 10-20 netter. Konklusjonen til akuttutvalget var at beredskapen for nattlige operasjoner sjelden var i bruk ved små sykehus (gjennomsnittlig en til to ganger pr måned ved sykehus med mindre enn 40 000 innbyggere i opptaksområdet), noe som også er tilfellet ved de seks enhetene ved Blefjell og Helgelandssykehuset, dog er det variasjoner mellom enhetene.

Funnene til akuttutvalget samsvarer i stor grad med funnene i analysen av Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset.

Helse Nord har analysert NPR-data fra 1997-2001.¹²⁷ Det fant da at ved de minste lokalsykehusene utgjorde øyeblikkelig hjelp 70-80 %, noe som var høyere enn ved de større sykehusene. De hadde imidlertid lavest andel med prosedyrekode. Ettersom rater for inngrep pr. 1000 innbyggere stort sett var lik, mente Helse Nord at dette talte for at det var lavere terskel for innleggelser ved små sykehus.

Helse Nord har også reanalysert dataene brukt i akuttmeldingen. Det ble foretatt 2243 operasjoner hvorav 33 % innen ortopedi, 36 % innen gastroenterologi, 12 % innen gynekologi, 9 % innen føde og 3 % i urologi. Øyeblikkelig hjelpaktiviteten (heldøgnsopphold) oppsummeres blant annet slik: For alle sykehusene (UNN og NLSH unntatt) er antall øyeblikkelig hjelpinnleggelser lavt (2-3 per døgn per sykehus). For alle sykehusene (UNN og NLSH unntatt) utgjør øyeblikkelig hjelp 60-80% av den totale virksomhet ved de kirurgiske avdelingene. For alle sykehusene (UNN og NLSH unntatt) har 35-50 % av alle øyeblikkelig hjelp innlagte pasienter en prosedyrekode. Ca. 50 % av alle øyeblikkelig hjelp innleggelser skjer i dagarbeidstiden (08-16), og ca. 2/3 av innleggelsene i perioden 08-19.

De kirurgiske inngrepene som er utført kan i hovedsak grupperes slik: Brudd og andre skader i muskel-skjelett-systemet. Sårskader og pussansamlinger (abscesser). Inngrep i bukhulen, i endetarmsåpning og for brokk. Inngrep i forbindelse med fødsel. Dette samsvarer med benchmarkingsrapporten fra Helgelandssykehuset HF som viser at 71 % (295 av 418 øyeblikkelig hjelpoperasjoner) skjer i hovedkategoriene ortopedi, fødselshjelp eller fordøyelsesorganer. Innen ortopedi dominerer ulike former for brudd, særlig knyttet til lårhalsen. Innen fødselshjelp utgjør keisersnitt nesten halvparten av inngrepene, mens blindtarmsoperasjoner representerer nesten 40 % av gastrokirurgiske inngrep.

Funnene til Helse Nord samsvarer ikke helt med funnene i analysen av Blefjell sykehus og Helgelandssykehuset. I sistnevnte finner vi at 59-66 % av alle innleggelser ved disse to mindre helseforetakenes enheter er øyeblikkelig hjelp, ikke 70-80 %. Vi finner også at en noe lavere andel av de kirurgisk/ortopediske pasientene er øyeblikkelig hjelp enn det Helse Nord fant. Videre finner vi at en større andel av operasjonsaktiviteten er ortopedi. Når det gjelder andelen som opereres finner vi i denne analysen at denne er 50 %, mens Helse Nord fant at den var 35-50 %. Funnene med hensyn til andelen som innlegges ulike tider på døgnet er imidlertid helt sammenfallende med Helse Nord sine funn, dvs. at ca. 50 % innlegges i tidsrommet 08-16 og at ca. 2/3 skjer i tidsrommet 08-19 (vi har sett på tidsrommet 08-20).

Det er altså både slik at funn fra analyser før sykehusreformen i stor grad samsvarer med det vi her finner, men det kan også se ut som det er enkelte forskjeller. Det interessante spørsmålet blir da om disse forskjellene er uttrykk for at noe har endret seg etter sykehusreformen (kan være uavhengig av den), eller om dette skyldes

¹²⁷ Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord. Prosjektgruppe 2003.

egenskaper ved de enhetene vi har analysert. De to viktigste forskjellene er en høyere elektiv aktivitet og høyere andel ortopedi innenfor den operative aktiviteten. Det er mulig at dette er uttrykk for generelle trender i sykehus, med økning i elektiv (dagaktivitet/dagkirurgi) og generelt høyere ortopedisk aktivitet kombinert med en viss sentralisering av gastrokirurgi og annen kirurgi.

Diskusjon

Analysen viser at det er om lag dobbelt så mange medisinske øyeblikkelig hjelp innleggelser som det er kirurgiske og ortopediske samlet. Ved de 6 enhetene som inngår i analysen innlegges fra 1-4 kirurgiske/ortopediske pasienter i døgnet og 0,1- 0,5 pasienter innlegges i tidsrommet 00-08. Det betyr at det ved den minste enheten kan gå over en uke mellom hver kirurgiske innleggelse om natten. Fordi mindre enn 50 % av disse opereres, er den operative øyeblikkelig hjelp aktiviteten ennå lavere.

Analysen viser at forbruket av sykehus tjenester er høyt i de to lokalsykehusforetakenes opptaksområder, spesielt i Helgelandssykehusets. Dette taler for at terskelen for innleggelse er lavere enn ved andre sykehus. Dette kan være uttrykk for egenskaper ved allmennlege- og legevaktstjenesten, men det kan også være uttrykk for bedre kapasitet. Noe av forklaringen kan også være at pasienter, som sendes til mer spesialiserte sykehus, og som så returnerer til lokalsykehusforetaket, telles som flere innleggelser.

Høyere poliklinisk aktivitet ved Helgelandssykehuset enn ved Blefjell sykehus kan delvis forklares av helseforetakets poliklinisk spesialisttilbud, som ivaretas av egne spesialister, i noen grad ved at spesialister ambulerer mellom sykehusenhetene, samt av ambulerende spesialister fra UNN, Nordlandssykehuset Bodø og St. Olavs Hospital. Mange pasienter i opptaksområdet til Blefjell sykehus har overkommelig avstand til mer spesialiserte sykehus og også til privatpraktiserende spesialister, noe som trolig fører til at utredninger og kontroller i noe mindre grad foregår ved sykehusenhetene i Blefjell sykehus.

Det gjentas ofte at 60-75 % av pasientene i norske sykehus utgjør lokalsykehuspasienter. Denne analysen viser at andelen varierer fra foretak til foretak. Alt i alt viser dataene at ca. 50-70 % av alle øyeblikkelig hjelp pasienter kan behandles ferdig på lokalsykehus (80-85 % av 65-80 %). Det tilsier at en stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter ikke har behov for et høyt spesialisert tilbud. Hva som er den faglig sett riktige andelen er ikke mulig å si. Lokale forhold påvirker ikke bare pasientenes valg, men også hva som er optimale behandlingsskjeder. Også tilpasninger i lokalsykehusforetakets tilbud, for eksempel med utgangspunkt i en lokal risiko- og sårbarhetsanalyse, vil kunne redusere andelen som velger, eller som bør/må, reise forbi.

Analysen viser at de tilstandene som hyppigst fører til innleggelser, både totalt og som øyeblikkelig hjelp, dersom man ser bort fra tilbud som varierer sterkt mellom enhetene, er sykdommer i hjerte- og karsystemet, skader og brudd, sykdommer i luftveiene, sykdommer i fordøyelsessystemet, kreft/svulst og akutte uklare symptomer. Akutt innlegges også en del pasienter for urologiske og gynekologiske tilstander. Det er

viktig å merke seg at en stor andel av kreftpasientene som innlegges, også på kirurgiske avdelinger, ikke opereres.

Legeforeningen tar i sin rapport om lokalsykehus til orde for at dagens finansieringssystem av spesialisthelsetjenesten ikke fremmer riktig prioritering ved at systemet favoriserer lavt prioriterte grupper (enkle, ikke-kroniske lidelser). Det hevdes at medisinske pasienter med sammensatte lidelser og stort behov for pleie og rehabilitering er underfinansiert, noe foreningen mener skyldes at dagens DRG-system ikke fanger opp kompleksiteten i behandlingen av disse pasientene.

Funnene i denne analysen støtter i noen grad dette synet. Helseforetakene måtte behandle 67 % flere indremedisinske pasienter for å få om lag samme betaling som for sine kirurgiske pasienter. At det er slik kan forklares med at kostnadene for støttefunksjoner er lagt inn i de kirurgiske DRG-ene, noe som skyldes at kirurgiske pasienter benytter disse funksjonene hyppigere enn medisinske. De kirurgiske pasientene er sann sett mer kostbare enn de medisinske. De kirurgiske fagene bærer imidlertid økonomisk sett støttefunksjonene, som også indremedisinske avdelinger og mange medisinske pasienter er avhengig av. Dette kan gjøre det vanskelig for lokalsykehus å redusere kirurgisk aktivitet og vri denne i retning av prioriterte pasientgrupper og aktiviteter, dersom ikke det regionale helseforetaket fordeler DRG-inntekter/rammer annerledes mellom helseforetakene.