

Bilag til
høringsnotat**KOMPENDIUM - DISTRIKTSMEDISINSKE SENTER****SAMMENFATNING:**

NASJONAL HØRINGSKONFERANSE OM DISTRIKTSMEDISINSKE SENTER (DMS) arrangert av Norsk Sykehus- og Helsetjenesteforening. Oslo Kongressenter 6. og 7. november 2003.

*

119 DELTAGERE (hvorav 15 foredragsholdere og møteledere) fra hele helse-Norge inklusive departement og direktorat. Administrasjonene i landets 5 regionale HF stilte med til sammen 3 deltagere.

Styrene i Helse Øst og Sykehuset Østfold var ikke påmeldt, heller ikke styrelederne som ikke har helsefaglig bakgrunn.

TEMA var helsetjenester og spesialisttjenester utenfor de store sykehus og relatert til vårt lands store geografiske og demografiske forskjeller, og relatert til medisinsk faglig utvikling og forandringer i sykdomspanorama. Og framfor alt om nytten av enklere institusjoner, DMS. Konferansen ga et perspektiv; at egentlig er meget allerede tilrettelagt for å løse vanskelighetene med økende antall eldre syke, manglende nærhet, køer og overbelegg i høyteknologisk sykehus.

*

Nedenfor beskrives INNHOLDET i enkelte foredrag og debattinnlegg. Noen få navn er nevnt og enkelte sitater. Det refereres ikke i konferansens kronologiske rekkefølge, men mer i en slags "tema-orden".

*

Stortingsrepresentant og lege O.G. Ballo innledet med at det skal være likhet for pasientene i forhold til geografi og deres økonomi. Spesialisten skal nå ut til befolkningen, ikke omvendt. Ballo er fra Finnmark med store avstander, og han påpekte at fra januar skal Helseforetakene betale pasientenes reisekostnader. Utgiftene vil bli mindre når pasientene er nærmere bosted i enklere perifere institusjoner enn å sende dem på kostbare reiser til kostbare sykehus.

Avdelingsdirektøren for spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet H.P.Aarseth talte om "hvordan få en god DESENTRALISERT SPESIALISTHELSETJENESTE?" og beskrev hvilke store og voksende PASIENTGRUPPER vi nå har, nemlig eldre og gamle, som stiller krav til spesialisttjenester og institusjonsopphold i større grad enn yngre. "De fleste av disse pasientene skal ikke være i et sykehus med masse ressurser", det er rimeligere i DMS eller Nærpsykehus som det heter enkelte steder. Eldre og gamle har større behov for nærhet til bosted og pårørende.

Aarseth omtalte flere voksende pasientgrupper: Kronikere med svingninger i sykdomsbildet, uklare lidelser, demente, kreftomsorg, folk med rehabiliteringsbehov. Omsorg ved livets slutt. Få av alle disse behøver opphold i kostbart høyteknologisk sykehus unntatt ved den første diagnostikk og behandlingsstart.

Sitat: De fleste gamle er friske. De fleste syke er gamle.

Fakta: I år 2006 er det i Norge 69 % flere 60-åringene enn det var i 1996.

De eldste eldre har økende behov for helsetjenester, og gruppen vokser. I Bergen hadde noen regnet ut at om 20 år vil det der være behov for enda en institusjon like stor som nye Haukeland sykehus.

Alt dette gjelder den store og voksende INDREMEDISINSKE pasientgruppe, hvor de fleste er gamle og trenger lengre sykehusopphold for å komme seg. Såkalt ferdigbehandlede pasienter som fremdeles behøver tilsyn og institusjonsopphold - er en stor gråsoner, og de fleste av disse tilhører indremedisin, og det kommer også mange av dem som har hatt kirurgiske sykdommer.

Det var kommentarer fra auditoriet om at altfor mange skrives for tidlig ut fra sykehusene.

Det er et stort behov for rehabilitering, særlig for slagpasienter. D.Haga understreket at disse pasientene ikke skal til sykehjem, men til rehabilitering og deretter ut og hjem. Dette gir meget bedre resultater for pasientene. DMS bør altså ha rehabiliteringsenhet.

Haga tok også fram utsagnet om at kreftpasienter skal dø hjemme, men funnet at 20 % av dem dør hjemme, 20 i sykehus og 60 i DMS (antagelig gjaldt dette Alta distrikt eller Finnmark fylke, men det generelle inntrykk i landet for øvrig er at en stor del av kreftpasientene er sine siste dager i institusjon).

De KIRURGISKE PASIENTGRUPPER er annerledes "mindre statiske". Særlig i venteliste-kirurgien kan pasientene reise til et ensidig spesialisert sted for operasjon. Dette har gitt en utvikling av entreprenørselskaper som har spesialisert seg på en eller noen få typer operasjoner hvor de da naturligvis blir ekstra effektive og dyktige. Som landets fremste eksempel på dette skal nevnes Feiring-klinikken med sine hjerteoperasjoner. Den eies av en ideell organisasjon og økonomisk overskudd pløyes inn i virksomheten igjen.

Styreleder O.Breivik fra Ringvoll Klinikken i Østfold fortalte om en mer rendyrket privat entreprenørvirksomhet og at dette er godt forenlig med samarbeid med offentlige sykehus, slik han hadde fått med ledelsen i Sykehuset Østfold og økende overtak av visse operasjoner fra det offentlige der. Det er mer effektivt og det er økonomisk gunstigere. En "vinn-vinn-situasjon" som han kalte det. Naturligvis går all akuttkirurgi og det meste av venteliste-kirurgi til de offentlige akutt-sykehus.

Konferansen kom ikke særlig inn på forholdet økonomi/effektivitet i spesialistpoliklinikker som er en vesentlig del av DMS. Undertegnede REFERENT TILFØYER for egen del at det kan ikke være tvil om at effektiviteten i poliklinikkene i de fleste tilfelle er avhengig av et stykkprissystem. For eksempel stykkpris for legene og bonusordninger for øvrig personale, mens kontroller skal være skarpt innstilt på kvalitetssikring av det som blir gjort med pasientene. Legemangel ved DMS løses enkelt ved å binde deres driftstilskudd og stykkpris til virksomhet der. Dette bør særlig gjelde spesialistleger.

INNHALDET I DMS bestemmes av ulike hensyn å ta, særlig til avstander, befolkningstetthet og lokale tradisjoner og samfunnsutvikling. Derfor blir det flere måter å organisere, men prinsipielt skal DMS inneholde lokal legevakt, spesialistpoliklinikker, enkel sengepost, rehabiliteringsenhet med fysikalsk behandling, enkel laboratorie- og røntgenservice. Og det skal være tett samarbeid med nærmeste sykehus.

Hovedprinsippet skal være desentralisering av pasientene i samhandling mellom HF og kommunene (og Stat og RTV).

Høringsmøtet refererte 2 hovedmodeller for DMS:

Den ene er utviklet fra det gamle begrepet sykestue i tynt befolket område og som har fått mer og mer polikliniske spesialisttjenester og mer spesifikke funksjoner og sengeposter - som det ble beskrevet fra Alta av fhv kommunelege D. Haga, fra Ørland av helsesjef A. Hestnes og av adm.sjef R. Aasheim i Hallingdal sjukstugu.

Den andre hovedmodellen for DMS er også kalt NÆRSYKEHUS som ble beskrevet i Florø av direktør L. Kapstad. Det er et pilotprosjekt hvor man benytter bygningen til det som tidligere var et akuttsykehus og fylt det med funksjoner som legevakt, spesialistpoliklinikker, rehabiliteringsavdeling og annet (fødestue?). Det er lagt vekt på at befolkningen skal føle at det her er viktige helsetjenester i det gamle nedlagte sykehus.

Så finnes det modeller med mer eller mindre poliklinikk, eller mest dagkirurgi, med dialysebehandling, modeller i samarbeid med forsvaret som i Bardu, eller med fødestue o.s.v. Desentraliserte poliklinikker kan gi tilpasset tilbud innen en rekke spesialiteter.

Det er intet rekrutteringsproblem i DMS. Bare spesialistleger kan være vanskelig, men også det kan løses enkelt med at deres poliklinikk har driftstilskudd og stykkprisordninger som knyttes geografisk til DMS.

Det er viktig at personale av ulike kategorier møtes på én arena.

E. Johnsen fra Tromsø foredro om telemedisinske tjenester. I hele landet utvikles nå dette. For eksempel kan det tas røntgenbilder lokalt i DMS, og tolkingen kan gjøres umiddelbart i stort og fjernt sykehus. Pasientenes laboratoriedata settes i en database og kan hentes ut på legekontorer hvor som helst (naturligvis med sikring av anonymitet). Det samme med pasientjournaler og annet. Alt slikt gjør det enklere for pasientene og lettere for personale. Spesialisttjenestene bringes ut til pasientene, noe som er særlig bra for dem som har store avstander. Og reisekostnader elimineres.

SAMARBEID, SAMLOKALISERING OG DRIFTSANSVAR i DMS ble under konferansen berørt i de fleste foredrag som hadde annet hovedtema, men mest i kommentarer fra auditoriet. Stikkord skal være samhandling og desentralisering. Samhandling mellom Stat, helseforetak (HF) og kommuner.

Flere var opptatt av at kommunene var altfor svake i forhold til HF som ble beskrevet som dominerende og kunne omdisponere for å spare sine utgifter. Det ble uttrykt ønske om at samhandlingsbegrepet også ble en realitet i HF.

Det er viktig med godt samarbeid, og det bør være individuelle løsninger for hvert enkelt DMS.

Departementet har strategigruppe for samhandling i helsetjenesten, og L. Stenkløv fortalte om etablering av forpliktende samarbeidsstrukturer mellom HF, DMS og kommuner for nye Fosen Medisinske Senter.

DMS er i etableringsfase, og det er åpent hvem som skal ha driftsansvar og hvem som skal ha tjenestansvar.

H.K. Hauge, ekspedisjonssjef i Helsedepartementet refererte til Stortingsmelding nr 5. Han fortalte om nye finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten fra januar 2004.

Inntektsbasis skal økes og innsatsstyrt finansiering (ISF) skal reduseres fra 60 til 40 % og poliklinikkstatsene reduseres tilsvarende. ISF utvides til større grad av desentralisert

spesialisttjeneste. Han fortalte om fordeler og ulemper ved rammefinansiering og dagens blandingsmodell. Sistnevnte er best egnet til å la pengene følge pasienten. Ulempen med den er svak kostnadskontroll og at det blir vridning mellom pasientgrupper som vi ser når det blir entreprenørvirksomhet omkring visse veldefinerte behandlinger (og takster). D.Haga: "Vi produserer på de gruppene som har penger med seg, men ikke på de som virkelig trenger det." Men det er effektivt, og det skal vi ta med oss.

Det gjelder å finne ordninger som effektiviserer virksomheten også for de store indremedisinske gruppene, og her kommer DMS inn.

Det er en utfordring i et DMS å fordele arbeidsoppgaver og kostnadene mellom HF og kommunene - til pasientenes beste.

En kommentar var at i England ble det ikke sett kvalitetsforbedring for pasientene i den store sentraliseringsprosess som har foregått der, og at nå forsøkes det å skyve så meget som mulig ut lokalt.

Når HF nå skal overta transportutgiftene, vil HF arbeide mer for desentralisering av spesialisttjenester. Blant annet vil prehospitale lokale utredninger øke.

Fra Vestfold ble det sagt at fylket har vært omtalt i statsbudsjettet om samarbeid og økonomi, men Horten kommune opplever å ha overtatt et helt gammelt sykehus, hvor det økonomiske ansvar er uklart og vanskelig.

Også pasientene i tettbefolkede områder som Vestfold, Østfold og Akershus m.fl. vil ha nytte av DMS. Fra auditoriet ble det nevnt at flere hundre år gamle samfunn som har mistet akuttfunksjonene i sine sykehus kan bruke de gamle sykehus i forenklede utgaver som Nærsykehus (beskrevet ovenfor) eller DMS. Også her vil store pasientgrupper ha en god spesialisthelsetjeneste, også her kan det spares store reisekostnader, og det er nærhet for de grupper indremedisinske pasienter som har mest behov for det. Og nybygginger kan konsentrere seg om høyteknologi.

*

Høringskonferansen var givende for alle kategorier helsepersonale og særlig for dem som nå skal organisere Distriktsmedisinske senter og Nærsykehus.

Referenten fikk ikke med alle replikker og detaljer, men mener at representative uttalelser, holdninger og idéen med konferansen er dekket. Og for egen del tilføye at utviklingen av de medisinske fag, IT og logistikk nå gir muligheter for å myke opp de gamle forestillinger om at alle pasienter må samles i store sykehus. Utviklingen fører nå deler av den gamle sykehusvirksomheten tilbake til pasientenes nærmiljø. Det er medisinsk faglig riktig, det er humant, og det er økonomisk mindre belastende.

Den medisinske faglige utvikling pågår kontinuerlig, og organisering av helsetjenestene i sykehus må følge med. Vi er nå i et stadium da de beskrevne Distriktsmedisinske senter og Nærsykehus sammen med høyteknologiske sykehus og entreprenørvirksomhet er gode løsninger på nye utfordringer.

I det håp at referatet er til nytte

Trond Holm 10.11.2003