

**Lokalsykehusfunksjonen må
styrkes ved alle sykehus**

Innhold

Forord	3
Lokalsykehusfunksjonen må styrkes - ved alle sykehus	4
Hva er morgendagens utfordring for spesialisthelsetjenesten?	10
Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus – breddekompetanse må vektlegges	12
Lokalsykehusenes plass i sammenhengende behandlingsskjeder må klargjøres	15
Hva gir kvalitet på tjenestene ved lokalsykehusene?	18
Desentralisering – Hva kan desentraliseres og til hvilket nivå?	21
Samhandling	24
Hvor akutt er det akutte	26
Utdanning – Hva er lokalsykehusenes rolle i grunn og videreutdanning av helsepersonell?	29
Utfordringer ved finansieringen av lokalsykehusene.	33
Hva vil myndighetene med lokalsykehusene?	35
Vedlegg 1	40
Vedlegg 2	40
Vedlegg 3	41

Forord

Legeforeningen har det siste halvannet året drøftet lokalsykehusenes fremtidige rolle. Lokalsykehusene har vært et helsepolitisk stridsspørsmål i mange år, som også har berørt mange av Legeforeningens medlemmer. Etter drøftinger på Legeforeningens lederkonferanse i mars 2005 nedsatte sentralstyret i juni 2005 en arbeidsgruppe med oppgave å utarbeide et problemnotat til sentralstyret og en anbefaling om hva Legeforeningens syn burde være. Gruppen leverte i desember 2005 en grundig rapport som ble sendt på høring internt i Legeforeningen. Høringsrunden viste at det er stor interesse i Legeforeningen for dette tema. Nesten 40 grundige og omfattende høringsuttalelser ble avgitt. Flesteparten av fylkesavdelingene og yrkesforeningene, flere regionsutvalg, samt mange spesialforeningene avga uttalelser. Høringsrunden viste stor støtte til problemnotatet, både til begrepsbruk, analyse og tiltakspunkter. Temaet ble diskutert på Legeforeningens lederkonferanse i mars 2006 og på årsmøtene til Yngre legers forening (Ylf) og Overlegeforeningen (Of) i april 2006. Arbeidsgruppens rapport, synspunktene i høringen og debattene internt i Legeforeningen har dannet grunnlag for foreningens politikk og synspunkter på lokalsykehusenes rolle.

Den nye regjeringen uttalte ved tiltredelsen at ingen lokalsykehus skal nedlegges. Det er en konklusjon som nok høster applaus fra mange. Sett fra Legeforeningens ståsted er det grunn til å påpeke at lokalsykehusenes faglige innhold ikke er nevnt. Legeforeningen mener det er nødvendig å sette søke-lyset på lokalsykehusfunksjonens plass i den samlede spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusfunksjonen må styrkes – ved alle sykehus. Pasienter som kommer akutt til lokalsykehuset har ofte uavklarte, sammensatte og ev. diffuse problemstillinger, noe som krever breddekompetanse i tilnærming til diagnostikk og behandling. Lokalsykehusene må dessuten ha en tydelig plass i godt forankrede behandlingsskjeder, som har som formål å sikre den enkelte god og trygg behandling og befolkningen mest mulig lik tilgang til gode helsetjenester.

Legeforeningen mener det må stilles klare kvalitetskrav til akuttfunksjonen og støtter ikke departementets forslag om at lokalsykehusene skal kunne ha begrensede akuttfunksjoner, dvs. akuttberedskap bare i indremedisin. Akuttfunksjonen må som et minimum innebære tilstedeværelse av indremedisinsk, anestesilogisk og generellkirurgisk vaktkompetanse samt tilgang til nødvendig laboratorie- og radiologiske tjenester.

Rapporten om lokalsykehusenes fremtidige rolle er et resultat av en bred faglig debatt i Legeforeningen, og jeg retter en stor takk til arbeidsgruppen og til Legeforeningens sekretariat. Videre vil jeg takke foreningens avdelinger for gode og utfyllende høringsuttalelser og en rekke øvrige fagpersoner for synspunkter og kommentarer.

Den endelige rapporten er redigert av Legeforeningens sekretariat. Legeforeningens syn på lokalsykehusenes fremtidige rolle legges frem i de første seks sidene. Resten av rapporten består av arbeidsdokumenter utarbeidet av arbeidsgruppen/sekretariatet. Disse er dels utarbeidet underveis og er ikke ment å være fullt ut utdypende for det tema som behandles. De er likevel tatt med i heftet for å gi en utdyping av enkelte aktuelle problemstillinger.

Torunn Janbu
President

Lokalsykehusfunksjonen må styrkes – ved alle sykehus

Lokalsykehusenes plass i spesialisthelsetjenesten har vært et konflikttema i mange år. Etter år med fakkeltog og mobilisering lokalt for å bevare lokalsykehusene, besluttet regjeringen Stoltenberg høsten 2005, i Soria-Moria-erklæringen, at ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen har imidlertid ikke gitt noen føringer for hva det faglige innholdet i lokalsykehusene skal være. I statsbudsjettene for 2005 og 2006 har lokalsykehusenes rolle som trygghetsbase for befolkningen vært fremhevet, og det har vært understreket at lokalsykehusene skal ha sin hovedoppmerksomhet rettet mot å gi tilbud til de største pasientgruppene med de vanligste lidelsene (eldre, kronikere, psykiatri, rehabilitering). Videre har det vært åpnet for at lokalsykehusene kan organiseres med begrenset akuttberedskap, f.eks. bare i indremedisin.

Legeforeningen mener:

- Norges geografi tilsier at vår sykehusstruktur må være relativt desentralisert sammenlignet med de fleste andre europeiske land. En grunnleggende forutsetning er imidlertid at tilstrekkelig kvalitet i pasientbehandlingen sikres.
- En viktig utfordring i spesialisthelsetjenesten er å gi den stadig voksende gruppen kronikere og eldre pasienter med sammensatte lidelser en tjeneste av tilstrekkelig kvalitet og tilgjengelighet.
- Beskrivelsen av sykehusenes kvalitet har i for stor grad blitt knyttet til spissfunksjoner; de avanserte operasjoner med høyspesialisert medisinsk teknologi for de mer «smale pasientgrupper».
- Kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse: God diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en bredde tilnærming for utredning, diagnos-

tikk og vurdering av et samlet behandlingsopplegg.

- De største lokalsykehusene er de store sykehusene i de største byene, og utfordringene med hensyn til å ivareta lokalsykehusfunksjonen for de store pasientgruppene (breddekompetanse) er minst like stor her.
- Lokalsykehusenes faglige tjenester må tilpasses geografiske utfordringer og mulighet for tilgang til faglig kompetanse. Dette forutsetter at lokalsykehusene har en klar plass i sammenhengende behandlingsskjeder basert på definerte faglige vurderinger og faglige retningslinjer.
- Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.
- En forutsetning for satsing på breddekompetanse er at de generelle spesialitetene i indremedisin og generell kirurgi opprettholdes og videreutvikles.
- Ved endringer av oppgave- og arbeidsfordeling mellom sykehus må konsekvensene dette får for utdanningen vurderes.

Lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle sykehus – breddekompetanse må vektlegges

Ofte tenker man lokalsykehus som de små sykehusene, men de største lokalsykehusene ligger i de største byene. Undersøkelser har vist at ca. 70 % av alle pasienter i spesialisthelsetjenesten primært kan behandles på «lokalsykehusnivå». Etter Legeforeningens syn forutsetter dette at lokalsykehusfunksjonen også ved de store sykehusene vektlegges langt sterkere, jf. utdyping i arbeidsdokument 2.

Kvalitet i spesialisthelsetjenestens tilbud må ikke bare vurderes i forhold til hvordan man

håndterer det spektakulære og vanskelige, men i like stor grad legge vekt på kvaliteten ved håndtering av det alminnelige, det sammensatte og de multisyke. Voksende grupper av eldre pasienter, kronikere og pasienter med psykiske lidelser og behov for rehabilitering, kommer ofte til sykehusene med sammensatte og tildels uavklarte lidelser, jf. utdyping i arbeidsdokument 1. De fleste kommer akutt, mens andre er henvist til utredning og vurdering. Mange kronikere og eldre pasienter og mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, vil ha behov for gjentatte sykehusbehandlinger. Derfor er nærhet til tjenesten, men også at sykehuset ivaretar en lokalsykehusfunksjon med vekt på breddekompetanse, viktige kvalitetsdimensjoner for disse pasientgruppene.

Nærmere om bredde- og spisskompetanse

Kvalitet i spesialisthelsetjenesten har i stor grad vært vurdert i forhold til ivaretagelse av spisskompetanse.

- Med spisskompetanse mener Legeforeningen den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta en nærmere avklart pasient med en avgrenset problemstilling, med de prosedyrer for diagnostikk og behandling som dette krever.

Mange pasienter som henvises til sykehus har imidlertid ikke en entydig og avklart diagnose. Sammensatte og uavklarte lidelser krever at sykehuset har breddekompetanse til å vurdere pasienten.

- Med breddekompetanse mener Legeforeningen den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta en pasient med en uavklart eller sammensatt problemstilling med et bredt faglig perspektiv – enkelt sagt evnen til å vurdere helhet.

Til et symptom kan det finnes mange diagnoser. Å sette en diagnose er oftest å gjenkjenne et symptomknippe og deretter bekrefte mistanken ved videre undersøkelser og prøver, eventuelt å avkrefte mistanken og arbeide videre. Som oftest arbeider leger med flere hypoteser samtidig, med oppmerksomhet på det som er vanlig og på det som kan være farlig eller haster. I denne prosessen er breddekompetanse avgjørende for et effektivt forløp. Satser man for smalt kan man gå i feil retning. Det er både tidkrevende og ressurskrevende, og i verste fall kan det føre til feildiagnostisering. Breddekompetanse er dessuten spesielt viktig for å ivareta pasienter med flere sykdommer.

Mellom bredde- og spisskompetanse er det et innbyrdes avhengighetsforhold. Det er ikke mulig å bygge spisskompetanse uten å ha breddekompetanse i bunn, og det er heller ikke mulig å ha tilstrekkelig breddekompetanse uten å kjenne til de muligheter som ligger i spisskompetanse.

Både store sykehus med bredt spekter av tjenester og subspecialister, og mindre sykehus med færre og mer generelle spesialiteter, må i større grad vektlegge breddekompetanse. Hvorvidt store eller mindre sykehus har en tilstrekkelig breddekompetanse i tilnærmingen til den uavklarte pasient med sammensatte lidelser, handler i stor grad om sammensetting av kompetanse, diagnostisk tilbud og behandlingsteam.

Lokalsykehusenes plass i helhetlige behandlingsskjeder må klargjøres

Legeforeningen mener lokalsykehusene må ha en tydelig plass i godt forankrede behandlingsskjeder, med det formål å få pasienten raskt til rett sted i kjeden, enten dette er internt i sykehuset eller innebærer at pasienten må flyttes til et annet sykehus eller til primærhelsetjenesten, jf. arbeidsdokument 3. Det er to sentrale faglige forutsetninger for at lokalsykehusene skal kunne fungere innenfor dette systemet, jf. arbeidsdokument 4:

- Lokalsykehusene må ha ressurser til å utføre de funksjoner de er tillagt.
- Lokalsykehusene må henvise videre i behandlingsskjeden de pasienter man ikke er tillagt funksjon for.

Ingen kjede er sterkere enn dens svakeste ledd. I dag er det ofte i overgangen mellom de ulike leddene i kjeden at de største problemene oppstår, enten overgangen er internt i et sykehus, mellom sykehus eller mellom forvaltningsnivåer. Derfor må samhandling og klar ansvars- og oppgavefordeling i behandlingsskjeden basert på faglige vurderinger og retningslinjer være et viktig bidrag for å sikre en samlet spesialisthelsetjeneste av tilstrekkelig kvalitet. De overordnede faglige prinsipper, som dog ikke er uten unntak, vil være at vanlige og ukompliserte tilstander diagnostiseres og behandles ved lokalsykehuset/lokalsykehusavdelingen, mens de mer sjeldne og/eller kompliserte tilstander henvises til mer spesialiserte sykehusavdelinger.

Pasienter som kommer til lokalsykehusene skal tilbys utredning, diagnostikk og stabilisering av akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike sykdoms- og skadetilstander må være faglig fundert, men åpent kommunisert både til pasientene og lokalbefolkningen.

Lokalsykehusene må ha en tydelig plass i godt forankrede behandlingsskjeder. Formålet skal være å få pasienten raskt til rett sted i kjeden, enten dette er internt i sykehuset eller innebærer at pasienten må flyttes til et annet sykehus eller annet behandlingsnivå, som f.eks. primærhelsetjenesten eller sykehjem. Pasienter kommer til sykehusene på ulike måter og med ulike behov. Øyeblikkelig hjelp-pasienter har andre behov enn pasienter som kommer til planlagt behandling, bl.a. fordi tidsdimensjonen for hjelp ofte vil variere. Kronikere med gjentagne sykehusbehandlinger har andre behov enn pasienter

som i hovedsak er friske men som har fått en «engangs» akutt sykdom. Og pasienter med psykiske lidelser har andre behov enn somatiske pasienter. Legeforeningen mener at trygg og faglig god ivaretagelse av ulike pasientgrupper i lokalsykehus generelt og pasienter med sammensatte lidelser spesielt best sikres ved at det etableres:

- Behandlingskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp
- Behandlingskjeder for planlagte behandlinger
- Behandlingskjeder for kroniske sykdommer
- Behandlingskjeder for pasienter med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblemer

Lokalsykehusenes plass i behandlingsskjeden vil variere:

- For behandling innen de store sykdomsgrupper i indremedisin, generell kirurgi/ortopedi, psykiatri, for eldre og kronikere vil lokalsykehuset selv kunne diagnostisere og behandle de fleste pasienter.
- For mange akutte tilstander vil lokalsykehuset ha en sentral oppgave i å diagnostisere, behandle og evt. stabilisere pasientene og henvise videre.
- For noen øyeblikkelig hjelp-tilstander vil pasienten sendes direkte til mer spesialiserte sykehus uten å være innom lokalsykehuset.

Organiseringen av behandlingsskjedene må oppdateres og endres i tråd med utvikling av behandlingsformer som gir bedre kvalitet. Utviklingen innen medisin og medisinsk teknologi har i seg både sentraliserende og desentraliserende krefter; en rekke tjenester som tidligere ble gitt ved sentraliserte sykehusavdelinger kan nå gis i egne hjem (f.eks. dialyse), samtidig som utviklingen i medisinsk teknologi og behov for avansert kompetanse medfører at en del behandling helt klart må sentraliseres til få og spesiali-

serte miljøer, jfr. utdyping i arbeidsdokument 5. Hvilke tjenester som av faglige grunner bør være hvor, må mao. vurderes med jevne mellomrom. Alle lokalsykehus vil heller ikke ha de samme tilbudene, men vil innholdsmessig variere pga. geografiske forhold og faglige forutsetninger og retningslinjer.

Privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med de regionale helseforetakene (avtalespesialister) representerer en betydelig ressurs i spesialisthelsetjenesten, både kvalitativt og kvantitativt. Denne ressursen kan med fordel benyttes mer aktivt enn hittil, både i forhold til realisering av helsepolitiske mål og prioriterte pasientgrupper. Det er derfor meget positivt at avtalespesialistene nå skal få sin virksomhet inntatt i oversikten Friitt sykehusvalg i Norge. Avtalespesialistenes plass i behandlingsskjeden må klargjøres for å motvirke unødig dobbeltarbeid, sikre hensiktsmessig elektiv pasientbehandling og bedre det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud til prioriterte pasientgrupper. Avtalespesialistene må være en viktig part i arbeidet med å avhjelpe helsekøer og løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

De prehospitale tjenester, som utgjør en viktig del av det samlede akutttilbudet, må ha en sentral og avklart plass i behandlingsskjeden, for å kunne sikre at pasientene - når det virkelig haster - kommer raskt til rett behandlingssted.

En helhetlig oppmerksomhet på behandlingsskjeden innebærer også avklaringer med hensyn til samhandling, oppgave- og ansvarsfordeling i forhold til primærhelsetjenesten og fastlegene. Samhandling er en forutsetning for at behandlingsskjedene skal fungere optimalt, jf. arbeidsdokument 6. Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten er henvist fra primærhelsetjenesten, og skal etter endt behandling få eventuell videre oppfølging i primærhelsetjenesten med fastlegen som koordinator og medisinsk faglig ansvarlig i førstelinjen. Samarbeidsavtaler, klare arenaer for samhandling, tilgjengelighet, utnyttelse av IT- og telemedisinske løsninger, helhetlig pasienttenkning, praksiskonsulentordningen

og gjensidige hospiteringsordninger er nøkkelområder for at samhandlingen skal bedres.

Lokalsykehus bør ikke organiseres med begrenset akuttfunksjon

Norge er et langstrakt land med spredt befolkning og mange mindre sykehus. I dag utgjør lokalsykehuspasientene 60-75 % av pasientene i alle norske sykehus, og ca. 60 % av pasientene som legges inn har akutt hjelpebehov innen 24 timer. Myndighetene har gitt klare helsepolitiske føringer (jfr. statsbudsjettet 2005) om at lokalsykehusene kan organiseres med begrenset akuttfunksjon, f.eks. bare akuttfunksjon i indremedisin.

- Det er viktig å definere hva som er minstekrav til forsvarlig innhold i akuttfunksjon. På denne måten kan politiske vedtak om opprettholdelse av lokalsykehus som trygghetsbaser for befolkningen gi mening.
- For å kunne være en slik trygghetsbase, må lokalsykehusene både kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdommer og skadetilfeller, kunne utrede og diagnostisere pasienter med uavklarte tilstander og velge de «riktige» behandlingsforløpene.

Den store gruppen av eldre pasienter som trenger lokalsykehusfunksjoner blir i dag innlagt ved indremedisinske avdelinger. Legeforeningen har derfor forståelse for at man politisk kan mene at lokalsykehusene derfor bare trenger akuttberedskap i indremedisin. Imidlertid kan en akutt funksjonssvikt hos en eldre pasient bety en meget komplisert diagnostisk utfordring, ofte i samspill mellom akuttkirurgi og akuttindremedisin. Utredning, diagnostikk og valg av behandling er avgjørende for utfallet av en sykdom eller skadetilstand, og vel så viktig for det endelige resultat som kvaliteten i selve det tekniske behandlingssopplegget. Eldre pasienter har ofte sammensatte lidelser og behov for samspill mellom den indremedisinske og kirurgiske fagkompetanse.

- Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompe-

tanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester, jf. arbeidsdokument 7.

Et lokalsykehus må gi lokalbefolkningen tilgang til de vanligste og mest nødvendige helsetjenestene - både akutt og elektivt. I noen deler av landet vil det på grunn av geografi og værforhold være nødvendig å opprettholde et sykehusstilbud med akuttfunksjon, til tross for lavt pasientgrunnlag. Også her er breddekompetanse avgjørende for at lokalsykehusene skal kunne gi et forsvarlig akuttilbud.

- Det må tas geografiske og befolkningsmessige hensyn når en definerer hvor omfattende innholdet i akuttfunksjonen skal være ut over minstetilbudet.
- Akuttkjeden krever også tilgang på et kvalitetssikret fødetilbud og psykiatri.
- Lokalsykehus av en viss størrelse bør dessuten ha tilgang til radiolog for intervensjonsdiagnostikk.
- Lokalsykehus som har ortopedi av et betydelig volum må ha ortopedisk akuttberedskap.

Beredskap er å ha klare behandlingsskjeder som fører pasienten til rett diagnostikk og behandling til rett tid på rett sted. Stabilisering og transport av kritisk syke til rett behandlingssted er en viktig og nødvendig del av dette.

- Alle akuttkjeder krever tilgang til et høyere kompetansenivå i en sammenhengende behandlingsskjede.
- I områder med korte avstander mellom sykehusene og stor befolkningstetthet, kan det åpnes for å lage avvikende løsninger med lokalsykehus uten komplett innhold av det som ovenfor er definert som minste standard for akuttfunksjon. Slike løsninger vil nødvendigvis innebære økt transportbelastning

på pasientene, som i større grad vil måtte fraktes mellom ulike enheter. Slike løsninger er derfor primært ikke ønskelige, og i den grad de benyttes, må avstanden mellom enhetene være svært kort. Behandlingskjeden må utformes slik at verken disse institusjonene eller primærhelsetjenesten får oppgaver de ikke har forutsetninger for å mestre.

For å ivareta lokalsykehusfunksjonen er det behov for spesialister med breddekompetanse

For å ivareta lokalsykehusfunksjonen er det behov for spesialister med breddekompetanse. Legeforeningen mener dette best ivaretas gjennom den generelle indremedisin og den generelle kirurgi, og gjennom organisering og vektlegging av breddekompetanse ved organisering av sykehusene, fremfor å satse på utdanningsløp som skal gi egne lokalsykehusspesialiteter, jf. arbeidsdokument 8.

Lokalsykehusene gir et viktig bidrag til utdanning av leger og annet helsepersonell i Norge. Legeforeningen har imidlertid erfart at de regionale helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har vurdert konsekvensene for utdanningen ved endringer i oppgave og arbeidsfordeling mellom sykehusene. Sterk funksjonsfordeling kan føre til at lokalsykehusene blir mindre egnet som utdanningsinstitusjoner. Legeforeningen mener de regionale helseforetakene også må vurdere konsekvensene for utdanningen når det skal vurderes nye oppgave og funksjonsfordelinger mellom sykehusene.

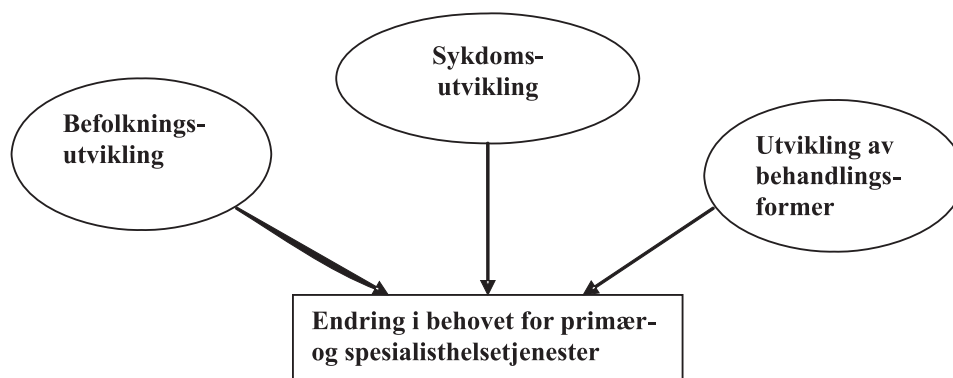
Finansieringsordningene

Legeforeningen har fra start av vært en støttespiller til innføring av Innsattsstyrt finansiering av pasientbehandlingen. Parallelt har Legeforeningen bemerket at dagens utforming av ordningen fører til en underfinansiering av medisinske pasienter

(oftest eldre) med sammensatte lidelser, stort pleie- og rehabiliteringsbehov og av pasienter med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblemer. Det er med andre ord dårlig samsvar mellom dagens finansieringssystem og spesialisthelsetjenestens prioriterte oppgaver, jf. utdyping i arbeidsdokument 9. Spissformulert er de gruppene som det politisk og faglig er ønske om at lokalsykehusene skal prioritere, underfinansiert. Legeforeningen mener dagens finansieringssystem ikke fører til optimal koordinering og samordning.

Legeforeningen synes derfor det er positivt at Helse- og omsorgsdepartementet har tatt initiativ til utvikling av en stykkpris finansiering av helse-tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, men mener det også må gjøres grep som sikrer at eldre, medisinske pasienter med sammensatte lidelser og stort pleie- og rehabiliteringsbehov ikke blir taperne i finansieringssystemet.

Hva er morgendagens utfordring for spesialisthelsetjenesten?



- De generelle utviklingstendenser i Norge, og også i stort sett alle andre vesteuropeiske land, vil være en sterk økning i antall eldre – i 2020 vil det være mer enn 30 % flere i aldersgruppen 67–80 år.
- Behandlingen av kronisk syke og langtidsyke vil være et av de mest utfordrende områder i helseplanleggingen de nærmeste år, og spesielt planlegging av arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og ut fra dette utvikling av kapasitet og utvikling i de to sektorer.

Legeforeningen mener:

- Hovedutfordringen i spesialisthelsetjenesten fremover er å gi den stadig voksende gruppen kronikere og eldre pasienter med sammensatte og tildels uavklarte lidelser en tjeneste av tilstrekkelig kvalitet

Bakgrunn

Befolkningsutviklingen og sykdomsutviklingen legger i hovedsak grunnlaget for det fremtidige behovet for sykehustjenester. Hvordan dette behovet møtes er i stor grad avhengig av utviklingen innen behandlingsformer, og hvordan

arbeidsfordelingen og samarbeidet mellom de ulike nivå i helsetjenesten blir.

Det viktigste og mest utfordrende området for å kunne forutsi fremtidig dimensjonering og kapasitetsutnyttelse innenfor den samlede helsetjenester, er den voksende andel av eldre i befolkningen og økt andel med kroniske og langvarige sykdommer. Det er ulike utgaver av fremskrivninger og fremskrivningsnivå i de vesteuropeiske land for kroniske og/eller langvarig syke pasienter. OECD har samlet noen av de forskjellige analyser og fremskrivninger vedrørende området, og finner en prognose med vekstrater på mellom 0,7 % og 1,8 % årlig fram mot 2012 for sykdommer som diabetes, astma, forhøyet blodtrykk, demens, kreftsykdommer, ryggglidelser. Generelt angir OECD tilsvarende prognose for hele spekteret av kroniske og langvarige sykdommer. Samtidig beregner OECD prognoser med tilbakegang for sykdomsgrupper som livsstilssykdommer, som hjerte-karsykdommer - eksempelvis i relasjon til blodpropper i hjerne og hjerte, hvor det er fallende tendenser, men hvor den demografiske utviklingen likevel kan komme til å eliminere denne effekten.

Det har i lang tid vært en trend innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten å gå fra innleg-

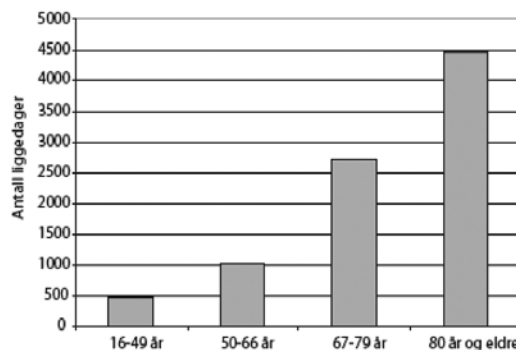
gelses til dagopphold og poliklinikk, blant annet gjennom bedre samarbeid med primærhelsetjenesten og økt bruk av observasjonsposter og pasienthotell. Innenfor psykisk helsevern er trenden knyttet til utbygging av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Hvordan denne utviklingen vil være i årene som kommer vil i stor grad påvirke utviklingen av spesialisthelsetjenestene og samarbeidet mot psykisk helsevern.

Samtidig pågår en økende spesialisering og organisatorisk oppsplitting av helsetjenesten. Den medisinskteknologiske utvikling samt spesialisering og subspecialisering krever etter hvert langt større grad av samling og konsentrasjon, særlig når det gjelder de mer spesialiserte deler av spesialisthelsetjenesten. Det har vært en klar tendens de siste ti årene at behovet for samling av fagområder særlig har omfattet det kirurgiske område, men at det er en tilsvarende tendens innenfor indremedisin, nevrologi og pediatri.

Parallelt med dette innebærer hensynene til samspill og samhandling mellom stadig mer oppdelte spesialiteter og fagområder også behov for samling og konsentrasjon.

Den medisinske utviklingen berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling. Som en konsekvens har norske sykehus vært sterkt preget av to parallelle utviklingslinjer – spesialisering og funksjonsdeling. Økende detaljkunnskap har delvis fortrent en mer generell kompetanse. De store medisinske spesialitetene er delt i «smalere» gren- og subspecialiteter.

Likeledes viser alle erfaringer og tendenser fra de siste ti år (ikke minst i de vestlige OECD-landene), at optimale rekrutteringsmuligheter i tillegg til attraktive, bæredyktige og utviklingsorienterte fagmiljøer ikke kan etableres eller opprettholdes uten økende grad av samling og konsentrasjon – ikke minst for den mer spesialiserte aktivitet.



Figur hentet fra NOU 3 2005: Viser forbruk av liggedager per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper i 2003 (gjelder heldøgnsopphold på norske sykehus) og gir et bilde på utfordringen ved veksten i antall eldre

Endelig peker det økte fokus på sammenhengen mellom behandlingsvolum og -kvalitet i samme retning, altså mot samling og konsentrasjon.

For de indremedisinske avdelinger har aldersutviklingen i befolkningen store konsekvenser, og gjennomsnittsalderen på innlagte pasienter er over 75 år. De siste tiårene har ført til framvekst av store pasientgrupper som lever med kronisk sykdom, og akuttfunksjon innen fagfeltet dreier seg ofte om forverring og akutte hendelser hos pasient med flere kroniske sykdommer.

Lokalsykehusfunksjonen må styrkes – ved alle sykehus

Morgendagens store utfordring for spesialisthelsetjenesten er å ta vare på de medisinske behovene som en stadig voksende gruppe kronikere og eldre pasienter med sammensatte lidelser har. Denne pasientpopulasjonen fordrer en bred tilnærming av høy kvalitet. Det er en klar forventning i befolkningen til at denne pasientgruppen primært skal tas hånd om ved lokalsykehuset, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

Legeforeningen mener:

- Lokalsykehusfunksjonen må styrkes – ved alle sykehus.
- Sykehusenes kvalitet har i for stor grad blitt knyttet til ivaretagelse av spissfunksjonene; de avanserte operasjoner, med høy-spesialisert medisinsk teknologi, for de smale pasientgrupper.
- Kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse: god diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en bredde-tilnærming i utredning, diagnostikk og vurdering av behandlingsopplegg.
- De største lokalsykehusene er i de største byene, og utfordringene med hensyn til å ivareta lokalsykehusfunksjonen for de store pasientgruppene er minst like stor her.

Bakgrunn

Lokalsykehusfunksjonen er å tilby en spesialisthelsetjeneste som skal møte brede behov i befolkningen innenfor et geografisk definert kjerneområde. De store sykehusene har langt på vei organisert seg bort fra denne typen lokalsykehusfunksjon. De mindre sykehusene har problemer med rekruttering av fagfolk. Kvaliteten i spesialisthelsetjenesten er avhengig av hvordan man møter disse utfordringene.

Kvaliteten i spesialisthelsetjenesten har vært vurdert primært på bakgrunn av dens spisskompetanse, med et tilsvarende behov for gren-

kvistspesialisering. Vi får en oppstyking av tjenestene med tilsvarende behov for flere vaktlag. Konsekvensen er at spesialisthelsetjenesten i dag mange steder ikke er godt nok innrettet verken faglig eller organisatorisk.

- Legeforeningen stiller spørsmål ved om spesialisthelsetjenesten i dag har en riktig balanse mellom bredde- og spisskompetanse sett i forhold til den epidemiologiske utviklingen

Definisjon av begrepene bredde- og spisskompetanse

Legeforeningen ser det som hensiktsmessig å skille mellom to ulike kompetanser som spesialisthelsetjenesten må bygge på; breddekompetanse og spisskompetanse.

- Med spisskompetanse mener Legeforeningen den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta en nærmere avklart pasient med en avgrenset problemstilling, med de prosedyrer for diagnostikk og behandling som dette krever.
- Med breddekompetanse mener Legeforeningen den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta en pasient med en uavklart eller sammensatt problemstilling med et bred faglig perspektiv – enkelt sagt evnen til å vurdere helhet.

Mellom bredde- og spisskompetanse er det et innbyrdes avhengighetsforhold. Det er ikke mulig å bygge spisskompetanse uten å ha breddekompetanse i bunn og motsatt, det er ikke mulig å ha tilstrekkelig breddekompetanse uten å kjenne til de muligheter som ligger i spisskompetanse.

Breddekompetanse

Breddekompetanse ved spesialisthelsetjenesten kan ligge på flere nivå

- individnivå
- avdelingsnivå
- sykehusnivå

Breddekompetanse på individnivå

Dette handler om den enkelte leges evne og mulighet til å møte den uavklarte eller sammensatte pasient med en helhetlig forståelse og tilnærming. Dette er det primære fokus for en allmennlege. Imidlertid vil allmennlegen i de kompliserte og sammensatte tilfellene ikke sitte på tilstrekkelig diagnostiske muligheter til endelig å avklare pasientens problem(er). Dette dreier seg bl.a. om tilgang til utstyr for diagnostikk og mulighet for kvalifisert observasjon over tid (timer/dager). Særlig er dette et viktig forhold ved subakutte/akutte forverrelser hos pasienter med sammensatte lidelser.

- Pasienten trenger å møte leger innen spesialisthelsetjenesten med en tilsvarende erfaring til å se helhet og utrede bredt for å få avklart pasientens tilstand og behov for behandling.
- Dette syn ligger til grunn for det norske utdanningssystemet av leger gjennom en felles og allmenn grunnutdanning og en felles generell spesialistutdanning før evt. subspecialisering.
- Å bibeholde et helhetlig fokus på pasienten er en utfordring for alle leger i klinisk virke.

Breddekompetanse på avdelingsnivå

Den klassisk breddekompetente avdeling har et relativt uselektert inntak og møter pasienten med en bred men noe mer spisset tilnærming. Breddekompetanse vil også på avdelingsnivå primært hvile på den enkelte lege og pleiepersonellets kompetanse.

- Breddekompetanse på avdelingsnivå handler også om organisering, dvs. hvorvidt avdelingen har fokus på å gi pasienten en bredere

tilnærming og innrettes slik at leger og pleiepersonell, med deres særskilte og komplementære spisskompetanse, i fellesskap gjør dette.

- Avdelingsoverlegens fokus og vilje til helhetlig tilnærming til pasienten på den spisskompetente avdeling er ofte avgjørende for hvorvidt pasienten møtes med en tilstrekkelig breddekompetanse også på den spisskompetente avdeling.

Sykehusnivå

Både et stort sykehus med et bredt spekter av tjenester og subspecialiteter og et mindre sykehus med færre og mer generelle spesialiteter, vil kunne sies å inneha breddekompetanse.

- Hvorvidt det store eller mindre sykehuset har en tilstrekkelig breddekompetanse på sin tilnærming til den uavklarte pasient med sammensatte lidelser, handler i stor grad om organisering av mottak og pasientflyt.
- I særskilt grad påvirkes sykehusets breddekompetanse av avdelings/klinikkstruktur.

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten styres også av de økonomiske incentiver i finansieringssystemet der «stykkevis og delt» gir en bedre uttelling enn «bred og hel». Dette forhold blir nærmere diskutert vedlegg 9.

Spisskompetanse

På samme måte som for breddekompetanse vil spisskompetanse kunne ligge på tre forskjellige nivå; individ-, avdelings- og sykehusnivå.

- For å kunne tilby pasientene de muligheter som ligger i stadig mer subspecialiserte diagnostiske og behandlingmessige tiltak, er en avhengig av større avdelinger eller sykehus for å sikre tilstrekkelig kvalitet på tilbudet. Det er ikke lenger mulig å opprettholde tilstrekkelig spisskompetanse på alle fagområder ved mindre sykehus.

Diskusjon

I motsetning til det historisk omnipotente lokalsykehus som selvstendig garantist for kvaliteten på spesialisthelsetjenesten, inngår lokalsykehuset i dag i en behandlingkjede der det er funksjonsfordeling mellom sykehusene.

- Skal morgendagens pasienter sikres en spesialisthelsetjeneste av tilstrekkelig kvalitet, må en i langt større grad skille mellom hvilke pasientgrupper som profiterer på breddekompetanse og spisskompetanse eller et fornuftig samspill mellom disse.
- Den ensidige fokuseringen mot spisskompetanse har fått styre mye av debatten i forhold til fremtidig sykehusstruktur.

Det er en betydelig diskrepans mellom den epidemiologiske utvikling og spesialisthelsetjenestens utvikling. Mens et betydelig økende pasientvolum av eldre og kronisk syke med sammensatte og dels uavklarte lidelser peker i retning av å styrke kunnskapen om og innsatsen mot spesialisthelsetjenestens breddekompetanse, innrettes ressurser og forskning mot spesialisthelsetjenestens spisskompetanse.

- Legeforeningen mener det må rettes en betydelig innsats og forskning mot spesialisthelsetjenestens breddekompetanse.

Lokalsykehusenes plass i sammenhengende behandlingsskjeder må klargjøres

Samhandling innad og mellom tjenestenivåene har fått økt oppmerksomhet de siste årene¹. Det er dokumentert at svikten i behandlingstilbudet ofte skjer i overgangene mellom ulike forvaltningsnivåer, institusjoner og behandlingssenheter. God kunnskap om kompetanse og tilbud på alle nivåer vil også kunne bedre behandlingen på det enkelte nivå, da denne kan bli bedre tilrettelagt. Like viktig som å ha oppmerksomhet på å få samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten til å bli bedre, må man også ha oppmerksomhet på å lage klare og entydige behandlingsskjeder internt i spesialisthelsetjenesten, som også inkluderer de privatpraktiserende spesialistene. Pasienter som kommer til lokalsykehus har ulike behov, derfor bør behandlingsskjeder for elektive pasienter innrettes annerledes enn behandlingsskjeder for øyeblikkelig hjelp-pasienter, bl.a. fordi tidsdimensjonen for hjelp ofte vil variere. Tilsvarende bør behandlingsskjeder for kroniske pasienter med sammensatte lidelser innrettes annerledes enn for «friske» pasienter med «en gangs» akutt sykdom. Når det virkelig haster og det kan stå om minutter og timer før adekvat behandling må iverksettes, er det avgjørende at det er etablert klare og entydige behandlingsskjeder som raskt bringer pasienten til rett sted i kjeden, enten dette er internt i sykehuset eller innebærer at pasienten må flytte til et annet sykehus.

Legeforeningen mener:

- Pasienter som kommer til lokalsykehusene skal tilbys utredning, diagnostikk, behandling og stabilisering av akutte sykdoms- og skadetilfeller.
- Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike sykdoms- og skadetilstander må være faglig fundert, men åpent kommunisert både til pasientene og lokalbefolkningen.

- Lokalsykehusene må ha en klar plass i entydige, sammenhengende behandlingsskjeder, som skal ha som formål å få pasienten raskt til rett sted i kjeden, enten dette er internt i sykehuset eller innebærer at pasienten må flyttes til et annet sykehus eller til primærhelsetjenesten.
- Ulike pasienter har ulike behov. Trygg og faglig god ivaretagelse av ulike pasientgrupper i lokalsykehus generelt og pasienter med sammensatte lidelser spesielt sikres best ved at det etableres:
 - Behandlingsskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp
 - Behandlingsskjeder for planlagte behandlinger
 - Behandlingsskjeder for kroniske sykdommer
 - Behandlingsskjeder for pasienter med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblemer

Bakgrunn

Legeforeningen har i mange år arbeidet for å bedre samhandlingen i helsetjenesten, spesielt mellom første- og andrelinjetjenesten, jfr bla Legeforeningens statusrapport «Fra stykkevis og delt til fullt og helt» fra oktober 2000. Også gjennom Wisløff-utvalgets rapport NOU 2005: 3 «Fra stykkevis til helt» fra 2005 er det dokumentert at svikten i behandlingstilbudet ofte skjer i overgangene mellom ulike forvaltningsnivåer, institusjoner og behandlingssenheter. Like viktig som å ha oppmerksomhet på å få samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten til å bli bedre, må man også ha oppmerksomhet på å lage klare og entydige behandlingsskjeder internt i spesialisthelsetjenesten.

¹ Jf. bl.a. Legeforeningens statusrapport «Fra stykkevis og delt til fullt og helt» fra oktober 2000, og Wisløffutvalgets rapport NOU 2005: 3 «Fra stykkevis til helt» fra 2005

Lokalsykehusfunksjonen, både ved store og små sykehus, har en sentral rolle i helsetjenesten. Sett under ett utgjør lokalsykehuspasientene mellom 60 og 75 % av alle pasienter i sykehus. Pasienter som kommer til sykehus har imidlertid ulike behov. De færreste har en klar og entydig diagnose. Sykehusets oppgave blir da å finne ut hva pasienten feiler. Kvalitet i utredning og diagnostikk er avgjørende for å kunne velge riktig behandlingssopplegg, jf. vedlegg 2 om behovet for økt vektlegging av breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Pasienter som kommer til lokalsykehus skal tilbys utredning, diagnostikk, behandling og stabilisering av akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike sykdoms- og skadetilfellene må være faglig fundert – men åpent kommunisert både til pasientene og lokalbefolkningen. Hvordan behandlingsskjedene er organisert må dessuten oppdateres og endres i tråd med utviklingen av behandlingsformer som gir bedre kvalitet. Alle lokalsykehusene vil m.a.o. ikke ha de samme tilbud, men vil innholdsmessig variere pga geografiske forhold og faglige retningslinjer og forutsetninger. To fundamentale forutsetninger er avgjørende: Lokalsykehusene må ha kompetanse til å gjøre de funksjoner de er tillagt, og de må henvise videre i behandlingsskjeden de pasienter de ikke er tillagt funksjon for. Etablering av sammenhengende behandlingsskjeder er således viktig både for å klargjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike tjenesteyterne, og for å strukturere tilbudet til de vanligste pasientgruppene. Selv om lokalsykehusene for eksempel har en sentral rolle i å stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller, kan det likevel være nødvendig å etablere klare behandlingsskjeder som gjør at noen pasientgrupper ikke sendes til lokalsykehuset. For eksempel vil pasientgrupper der det står om livet, og rett behandling ved spe-

sialiserte sykehusavdelinger må være iverksatt innen kort tid (timer), ikke komme til lokalsykehuset før i etterkant av den livreddende behandlingen. Men for de vanligste pasientgrupper haster det ikke på denne måte. Like fullt vil etablering av klare og sammenhengende behandlingsskjeder bidra til økt fokus på faglige retningslinjer og kvalitet i behandlingen for de vanligste pasientgrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at pasienter som kommer til lokalsykehus skal tilbys utredning og behandling, organisert etter behandlingsskjeder med utgangspunkt i pasientenes behov, jf. utdyping i vedlegg 10. Departementet mener det skal være behandlingsskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, behandlingsskjeder for planlagte innleggelser og kjeder for kroniske tilstander. Tilbudet skal omfatte både somatikk og psykisk helsevern. Helse Sør støtter i rapporten «Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør» målsettingen om at det skal etableres klare behandlingsskjeder, og mener at utredning og diagnostikk bør finne sted innenfor fire innganger til helsetjenesten. Hver inngang skal lede over i en sammenhengende behandlingsskjede som er oversiktlig og kommunisert til pasientene. Tilsvarende mener også Helse Sør at det skal etableres behandlingsskjeder for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, for planlagte behandlinger, for kroniske sykdommer og for psykiatri organisert i et distriktpsikiatrisk senter.

Privatpraktiserende spesialister med driftsavtale med de regionale helseforetakene (avtalespesialister) representerer en betydelig ressurs i spesialisthelsetjenesten, både kvalitativt og kvantitativt. Denne ressursen kan med fordel benyttes i større grad enn hittil, både i forhold til realisering av helsepolitiske mål og prioriterte pasientgrupper. Det er derfor meget positivt at avtalespesialistene nå skal få sin virksomhet inntatt

i oversikten Fritt sykehusvalg i Norge. Avtalespesialistenes plass i behandlingsskjeden må klargjøres for å motvirke unødig dobbeltarbeid, sikre hensiktsmessig pasientflyt og bedre det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud til prioriterte pasientgrupper. Avtalespesialistene må sees som en viktig part i arbeidet med å hjelpe helsekøer og løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

De prehospitale tjenester, som utgjør en viktig del av det samlede akutttilbudet, må ha en sentral og avklart plass i behandlingsskjeden, for å kunne sikre at pasientene – når det virkelig haster – kommer raskt til rett behandlingssted.

En helhetlig oppmerksomhet på behand-

lingsskjeden innebærer også avklaringer med hensyn til samhandling, oppgave- og ansvarsfordeling i forhold til primærhelsetjenesten og fastlegene. Samhandling er en forutsetning for at behandlingsskjedene skal fungere optimalt, jf. vedlegg 6. Nesten alle pasienter i spesialisthelsetjenesten er henvist fra primærhelsetjenesten, og skal etter endt behandling få eventuell videre oppfølging i primærhelsetjenesten. Samarbeidsavtaler, klare arenaer for samhandling, tilgjengelighet, utnyttelse av IT- og telemedisinske løsninger, helhetlig pasienttenkning, praksiskonseptordningen og gjensidige spiteringsordninger er nøkkelområder for at samhandlingen skal bedres.

Hva gir kvalitet på tjenestene ved lokalsykehusene?

Hva er problemet?

Lokalsykehusene er under press fra flere hold. Noen lokalsykehus sliter med mangel på tillit i befolkningen mht. om tjenestetilbudet som leveres er adekvat kvalitetssikret. Andre sykehus kritiseres for ikke å ivareta sitt lokalsykehusansvar. Det finnes foreløpig lite dokumentasjon på hvilken tilnæringsform innen spesialisthelsetjenesten, bred eller spisset, som gir den beste kvalitet i utredning og behandling av den uavklarte pasient med sammensatte lidelser.

Følgende aspekter trekkes inn i diskusjonen om kvalitet i lokalsykehusene:

- Stort versus lite volum, herunder sykehusvolum og individuelt legevolum.
- Avstand versus nærhet.

Andre klassiske utfordringer har betydning for kvaliteten:

- Rekruttering/kontinuitet: Den kanskje største utfordringen for lokalsykehusenes kvalitet er kontinuitet i bemanning for de tjenester som skal utføres.
- Teknologi: Investering i ny teknologi kan være nødvendig for å opprettholde og videreutvikle utrednings- og behandlingstilbudene ved lokalsykehusene.

Legeforeningens syn

- Lokalsykehusene må baseres på et innhold som gjør at de rekrutterer fagpersoner til nødvendige og meningsfulle oppgaver, slik at en desentralisert helsetjeneste tilpasset norsk geografi og bosetningsmønster sikres.
- Det kan ikke aksepteres at kvaliteten på behandlingen i lokalsykehusene vurderes etter andre standarder enn behandlingen i de store enheter. Det må legges til rette for dokumentasjon og sikring av kvalitet innen både små og store enheter.

- Det er nødvendig med forskning på hvilken tilnæringsform som best sikrer faglig breddekompetanse, og på forholdet mellom volum og kvalitet for sammensatte og diffuse lidelser. Slik forskning må involvere både små og store lokalsykehus.
- Legeforeningen mener sentralisering av enkelte oppgaver er nødvendig både av kvalitets- og økonomihensyn. Slik sentralisering må være faglig begrunnet og dokumentert, og vurdert med hensyn på samfunnsmessige konsekvenser. Legeforeningen vil samtidig peke på at den medisinske teknologiske utvikling åpner for at en rekke oppgaver som tidligere var sentralisert, nå kan desentraliseres. Sentralisering og desentralisering må baseres på god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, spiss- og breddekompetanse.

Bakgrunn

Volum og kvalitet

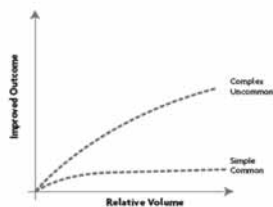
Hva er volum? Institusjonsvolum eller behandlervolum? I litteraturen vil en finne en rekke enkeltstående materialer som taler for samling i storvolum-enheter. En vil imidlertid også finne arbeider som konkluderer med det motsatte. Vi må være åpne for at det i all denne dokumentasjonen kan finnes seleksjonsbias, og at det meste som produseres av dokumentasjon kommer fra sentra som er langt større enn selv de største i Norge. Samtidig er det et gjennomgående problem at de arbeider som finnes på feltet er utformet for å se på kvalitetsfordeler ved stort versus lavt volum på enkelte spesifikke aktiviteter. Legeforeningens fagpersoner har ikke funnet noen arbeider som vurderer kvalitet på ivaretagelse av en pasient med en kompleks problemstilling i et breddekompetent miljø, sammenlignet med hvordan den samme komplekse pasient håndteres i et mer spisset og oppstykket miljø. Dette er et felt som burde undersøkes nærmere.

I norsk målestokk er det mest omfattende arbeidet som finnes på dette feltet en rapport fra senter for medisinsk metodevurdering fra 2001 om pasientvolum og behandlingskvalitet (1). Litteraturen på feltet er imidlertid under endring og rapporten trenger stadig justering.

Den skotske Kerr-rapporten (2) har gått grundigere inn i volum-kvalitet-problemstillingen, og viser at denne kan differensieres:

Volum - kvalitet

Figure 3: volume and outcome



Sjeldne tilstander som krever avansert, individuelt tilrettelagt behandling av spesialtrenet personale ved hjelp av kostbar teknologi må sentraliseres. På de fleste områder er utviklingen her allerede sluttført eller på vei.

På en del andre felt har oppgavene tradisjonelt vært, og blir fortsatt ivaretatt ved lokalsykehusene. En del av disse oppgavene er under press, uten at det foreligger dokumentasjon på at dette er nødvendig av kvalitetsmessige hensyn. Her er det viktig at en vurderer innhold, kvalitet, utgangspunkt og grunnlag for den dokumentasjonen som legges frem før endringer gjøres.

Bedre teknologisk tilgjengelighet gir rom for å desentralisere tradisjonelt sentraliserte oppgaver uten at dette går utover kvaliteten.

Brukerperspektivet

Det er forventninger i befolkningen om geografisk lik tilgang på gode spesialister. Det er krav om nærhet til akuttfunksjoner og til utredning, behandling og oppfølging ved kroniske sykdommer. Dette kan løses ved å oppnå stabile fagmiljøer av breddekompetente spesialister som deler de spissede fagområdene mellom seg. Evt. kan tilbudet suppleres med avtaler om rotasjon av spisskompetente spesialister fra de sentrale enheter til lokalsykehusene.

I en verden med fritt sykehusvalg er det en stadig utfordring å få formidlet til befolkningen at kvaliteten på tjenesten ved lokalsykehusene er adekvat. Det er et behov for lokalsykehusene til både å dokumentere sin kvalitet og å forbedre kvaliteten på de områder det påvises at kvaliteten er inadekvat. Dette er en utfordring som krever større innsats fra fag- og forskningsmiljøene i tiden fremover.

Avstand versus nærhet

De fleste medisinske tilstander kan ikke behandles på smale, spesialiserte og ressurskrevende nivå og krever ikke sentralisering. For de fleste medisinske tilstander er oversikt og bredde viktigere enn smal og dyp faglig innsikt.

Faglig kvalitet

Det stilles i dag spørsmål ved om den relativt spissede legeutdanningen gir tilstrekkelig faglig bredde til å oppnå vaktkompetanse på lokalsykehusene. Med målrettet planlegging både i grunn-, videre- og etterutdanningen kan man lage gode systemer for opplæring i og vedlikehold av kunnskap og ferdigheter som trengs på lokalsykehusene. Gjensidig hospitering og rotasjon mellom små og store sykehus vil bidra til dette.

Styrken til fagmiljøene i lokalsykehusene ligger i små og effektive organisasjoner med kort

avstand og muligheter for god intern samhandling. Kvaliteten sikres av gode prosedyrer og kvalitetssystemer. Bredde og oversikt er en faglig kvalitet som bør oppvurderes av alle medisinske miljøer.

Referanser:

- 1) «Pasientvolum og behandlingskvalitet Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgransking». SMM-rapport nr.2/2001.
- 2) KERR rapporten: «Building a health service fit for the future». A National Framework for Service Change in the NHS in Scotland. Scottish Executive, May, 2005, jfr. (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/924/0012113.pdf>.)

Desentralisering – Hva kan desentraliseres og til hvilket nivå?

Hva er problemet?

Endringene i landets sykehusstruktur og medisinsk utvikling fører til at utredning og behandling av flere tilstander nå sentraliseres.

Ensidig sentralisering gir følgende problemer:

- Lokalsykehusene mister volum i oppgaver og trues av nedleggelse.
- Mindre allsidighet i lokalsykehusenes fagmiljøer.
- Større press på de sentrale enheter i behandlingsskjeden.
- Tilbudene blir geografisk fjerne og genererer økte transportutgifter og ulemper for pasientene.

I mange tilfeller er det ønskelig å motvirke denne effekten ved å identifisere de oppgaver som til fordel for pasientene kan utføres utenfor de sentrale enheter uten at dette går ut over kvaliteten eller blir for økonomisk kostbart.

Det er en utfordring å finne ut i hvor stor grad desentraliserte tjenester skal utføres av de eksisterende lokalsykehusorganisasjonene, eller om tjenestene skal ytes ved at spesialister fra sentralsykehusene skal ambulere nærmere pasientene.

Legeforeningens syn

- Desentraliserte tjenester sparer fellesskapet for utgifter til transport og tapt arbeidsfortjeneste. I tillegg kan desentraliserte tjenester bidra til bedret tilgjengelighet og større kontinuitet i behandlingen. Et veldefinert desentralisert system vil gjøre det lettere for de sentrale enheter å holde kontakten med behandlingsskjeden.
- Følgende tjenestenivåer er aktuelle for å ta seg av oppgaver som desentraliseres fra sentralsykehus-nivå:
 - 1) Lokalsykehusene

- 2) Privatpraktiserende spesialister med avtale med de regionale helseforetakene
- 3) Primærhelsetjenesten
 - Desentralisering må foregå på en faglig kvalitetssikret måte.
 - Ved riktig bruk av desentraliserte tjenester kan en oppnå både å avlaste de sentrale enheter og å sikre lokalsykehusenes eksistens ved å gi fagmiljøene meningsfulle oppgaver utover ren vaktberedskap.

Bakgrunn

Noen forutsetninger for desentraliserte tjenester

- Oppgaver som har lavt volum og krever avansert teknologi og høyspesialisert kompetanse holdes sentralt. Oppgaver med større volum, eller som er mindre teknologi/kompetansekrevende kan desentraliseres.
- Oppfølging som ikke er teknologikrevende kan ofte desentraliseres.
- For å spare reiseutgifter kan det lønne seg å investere i behandlings- og utredningsteknologi, muligvis støttet av telemedisinsk teknologi.
- Desentraliserte tjenester må følge kvalitets-sikrede og standardiserte retningslinjer.
- Pasientenes nærhet til tjenestene kan redusere nødvendighet for sykehusinnleggelse.
- Eldre og kronikergruppene krever sentrale tilbud for at ikke behandlingen i for stor grad skal gå ut over livskvaliteten.

Noen mer fagspesifikke betraktninger

Kirurgiske fag

Lokalsykehusene bør i den grad det er hensiktsmessig ta seg av den operative behandlingen av de vanligste kirurgiske tilstandene. Enkelte tilstander er det nasjonal enighet om at skal regionaliseres. Utredning, preoperativ vurdering, oppfølging og kontroll kan ofte desentraliseres.

Hvilke primærkirurgiske oppgaver som blir igjen perifert, bestemmes av kvalitet, volum og rekruttering av helsepersonell. Noen oppgaver må derfor bevares lokalt for å sikre tilstedeværelse og rekruttering til fagmiljøer for å dekke lokal akuttberedskap.

Tilgjengelig kirurgisk beredskap er en forutsetning for en trygg indremedisinsk beredskap ved lokalsykehusene.

Indremedisinske fag

Indremedisinens hovedtyngde er kroniske, indremedisinske tilstander innen gruppene hjertesykdommer, lungesykdommer, gastroenterologiske lidelser og diabetes. Mange av pasientgruppene har høy aldersprofil. I de fleste tilfellene bør utredning og oppfølging av disse gruppene foregå nærmest mulig pasientens bosted, gjerne uten innleggelse i sykehusavdeling.

Selv ved høyt spesialiserte behandlingsformer er det oftest mulig å lage opplegg for desentralisert oppfølging.

Tilgjengelig medisinsk beredskap er en forutsetning for en trygg kirurgisk beredskap ved lokalsykehusene.

Kreftomsorg

Mye av den primære kreftbehandlingen blir i dag startet opp sentralt og fulgt opp med videre behandling lokalt. Noen spesialiserte oppgaver som f.eks. strålebehandling, gjøres bare ved større kreftavdelinger. Cytostatikabehandling, laboratorie- og røntgenkontroll utføres like bra lokalt forutsatt at kontrolloppleggene standardiseres.

For å oppnå et komplett behandlingstilbud kombinert med best mulig livskvalitet for pasientene, krever kreftomsorg i de fleste tilfeller godt samarbeid i behandlingsskjeden.

Føde/Gynekologi

Helseforetakene skal som hovedregel følge de krav til beredskap, kompetanse og nivåinndeling som ble foreslått i Helsetilsynets utredning «Faglige krav til fødeinstitusjoner» fra 1997:

- Kvinneklinikker: Minst 1.500 fødsler, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsbemanning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte
- Fødeavdelinger: Minst 400–500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemanning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen
- Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, jordmorstyrte enheter med vaktberedskap av jordmødre. Systemansvaret og det medisinske faglige ansvar skal ligge ved den fødeavdelingen fødestua sokner til.

Som for den øvrige akuttberedskapen vil hensynet til geografi og befolkningsgrunnlag kunne medføre at man må avvike noe fra de absolutte krav.

Innen fagfeltet gynekologi vil det være områder som skal sentraliseres, f.eks. mye av cancerkirurgien og behandling av barnløshet. Det er likevel viktig også her at sykehusene tildeles oppgaver etter hvilke kvalifikasjoner staben har.

Psykatri

Tendensen er nedbygging av de store sentrale institusjonene og oppbygging av polikliniske enheter. Fra 90-tallet er det også bygd opp distriktspsykiatriske sentra med og uten tilknytning til lokalsykehus.

Det vil fremdeles være naturlig å sentralisere behandling og utredning som trenger spesiell kompetanse til egne kompetansesentre. Det gjel-

der f.eks. en del behandling av spiseforstyrrelser, flyktning- og traumeproblematikk, rus/psykiatri-kombinasjonen, pasienter i sikkerhetsavdelinger.

I tillegg stilles spesielle krav til tvangsinnleggelses som gjør at det både ut fra ressurs- og kompetansehensyn er fornuftig å sentralisere slike innleggelses.

Andre spesialiserte tjenester

Også når det gjelder andre spesialiserte tjenester som pediatri, geriatri, øye og øre-nese-hals er det ofte både økonomisk lønnsomt, mulig og ønskelig å opprettholde desentraliserte tilbud.

Primærhelsetjenesten

Fastlegens styrke er kjennskap til pasientens psykososiale situasjon, geografisk nærhet og et lengre tidsperspektiv i lege-pasient forholdet. I sentraliserings/ desentraliseringsprosesser er lokalsykehusenes nærhet til fastlegene noe som styrker argumentasjonen for desentralisering av tjenester.

I mange tilfeller kan både utredning og oppfølging overlates til fastlegene etter retningslinjer fastsatt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Ambulerende tjenester

Økt ønske om desentralisering har gjort det mer aktuelt å gjøre avtaler om ambulerende tjeneste av spesialister til lokalsykehus. Ambulering har

administrativt vært sett på som en effektiv måte å få legespesialisten ut til nærmeste sykehus for pasientene, og dermed spare pasienter for reisebelastning. I tillegg ser en for seg ambulerende spesialister som bidragsyttere til lokalsykehusenes fagmiljøer.

Pasientene er fornøyde med ambulerende tjenester når det er organisert slik at de opplever kontinuitet i lege-pasientforholdet og at de får stabil og faglig oppfølging med moderne utstyr av en kvalitet som ikke ligger tilbake for den de ellers ville ha fått på et større senter.

Løsningen med ambulerende tjeneste har en rekke begrensinger. Tiden den enkelte legespesialist deltar på sin faste arbeidsplass reduseres. Dette kan bidra til å fragmentere det medisinske fagmiljøet i avdelingen. Bruken av ambulerende tjeneste må også avveies mot behovet for fast tilstedeværelse i avdelingen for å dekke daglig behandling, sikre kontinuitet i behandling og dekke oppgaver som undervisning, forskning og fagutvikling. Sett fra legespesialisten som arbeidstaker, er det et krav at ambuleringsordningene er sosialt og arbeidsmiljømessig akseptable og ikke forringer muligheten til å opprettholde en god faglig standard på det øvrige behandlingstilbudet. Legeforeningen mener derfor at ambulerende tjeneste må være frivillig og avtales med den enkelte lege.

Arbeidsdokument 6

Samhandling

Hva er problemet?

Manglende kontakt og koordinering av oppgaver mellom de faglige aktørene i kommunehelsetjenesten og sykehusene og mellom seksjoner og avdelinger internt i sykehusene, er et hovedproblem i helsetjenestens samhandling.

En stor utfordring i samhandling er å fastsette hvilke medisinske problemstillinger som skal behandles i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både innen psykiatri, indremedisin, kirurgi og gynekologi. Omforent fordeling av ansvar og handlinger er en forutsetning for god organisering av samhandling.

Dårlig logistikk fører til oppstykkede pasientforløp. Hvis hver og en tenker for lite helhet og ikke ser egen rolle som del av en behandlingsskjede, blir resultatet dårligere og mindre effektiv pasientbehandling. Felles mål og strategi gjennom hele behandlingsskjeden er en forutsetning for å lykkes i pasientbehandlingen både med hensyn til kvalitet og ressursbruk.

Legeforeningens syn

- Lokalsykehuset har en sentral rolle som knutepunkt for samhandling både mot første- og tredjelinjetjenesten. Lokalsykehuset skal være et fast og nært tilbud for samhandling med primærhelsetjenesten. Lokalsykehuset er avgjørende for å skjerme tredjelinjetjenesten for problemer som kan løses kvalitativt like godt eller endog bedre på et lavere nivå. Lokalsykehuset er en vesentlig aktør for at helsetjenesten skal kunne fungere etter LEON-prinsippet. Hvis lokalsykehuset skal inneha en slik rolle, forutsetter det kvalitet på tjenestene og lojalitet i samhandlingen både fra første-, andre og tredjelinjetjenesten.
- Det er en overordnet politisk målsetting å tilby spesialiserte helsetjenester nær befolk-

ningen. De medisinske tjenester som etterspørres oftest, må være lokalisert så nær pasientene som mulig basert på faglighet og en ressursbruk som står i et rimelig forhold til gevinsten.

- Legetjeneste under utdanning i lokalsykehus kan ikke erstattes av tilsvarende funksjonstid i tredjelinjen, fordi en desentralisert spesialisthelsetjeneste bl.a. krever mengdetrening i hyppig forekommende og sammensatte problemstillinger samt innsikt og erfaring i samhandling med primærhelsetjenesten.
- Alle parter må på gjensidig vis innrette sine organisasjoner og prosesser slik at egne og partners behov innfris, til beste for pasientene. Disse partene er sykehusene, fastlegene og kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Bakgrunn

Samhandlingens kjerne er at man på gjensidig vis innfrir samarbeidspartners behov, for at sluttresultatet skal bli bedre enn om hver av partene utfører oppdrag alene. I lokalsykehusets samhandling må partene evne å se lenger enn det medisinskfaglige terrenget. Man må ta tilstrekkelige hensyn til faktorer som lokal infrastruktur, befolkningens trygghetsopplevelse, arbeidsplasser og reisetider.

En stadig mer komplisert organisert helsetjeneste stiller større krav til samhandling.

Godt samarbeid forutsetter bl.a. likeverdighet, respekt, personlige og stabile relasjoner, stabile organisasjoner, felles språk, felles mål og strategier og åpen dialog uten skjulte agendaer.

Godt samarbeid i helsetjenesten forutsetter avklaring i spørsmål om hvem som har kompetanse til å utføre ulike oppgaver, hvordan oppgaver skal organiseres og lokaliseres, og enighet

om at pasientbehandling og omsorg følger LEON-prinsippet.

Samhandling er kontinuerlig kvalitetsutvikling av fag og organisasjon, og oppgaven bør sees som en del av det daglige virke i alle ledd i helsetjenesten.

Lokalsykehus:

Lokalsykehuset skal yte målrettet diagnostikk og behandling for hyppig forekommende problemstillinger som krever breddekompetanse i andrelinjen. Praksiskonsulentordningen må tas aktivt i bruk for å skape gode pasientforløp og riktig oppgavefordeling. Lokalsykehuset har en sentral rolle i faglig veiledning og opplæring av pasienter og personell i primærhelsetjenesten. Lokalsykehuset må etablere gode samarbeidslinjer mot kommunene også på et administrativt plan.

Primærlegen:

Primærlegen prioriterer hvilke pasienter som henvises til lokalsykehus. Han/hun må være tilgjengelig for og gi råd til lokalsykehusets behandlere og pleiepersonell om egne pasienter som er innlagt i sykehus. Vilje til å bidra til vel fungerende praksiskonsulentordninger er en forutsetning for at lokalsykehuset kan lykkes med en hensiktsmessig samhandling mot primærhelsetjenesten.

Kommunene:

Kommunene må legge til rette for samhandling og kvalitetsløp gjennom arbeid bl.a. i allmennlegeutvalg og lokale samarbeidsutvalg. De må ha organisert kontakt med lokalsykehusets ledelse. Pleie- og omsorgstjenesten må etablere og vedlikeholde nødvendige ressurser (organisering, plasser, personell og kompetanse) til å overta og videreføre behandling som er satt i gang i lokalsykehuset. Hjemmesykepleie og kommuneadministrasjon må også bevege seg ut av revirtenkningen.

Hvor akutt er det akutte

Hva er problemet?

Norge er et lite, men langstrakt land med mange mindre sykehus. Dette medfører at det kan bli uforholdsmessig kostbart å opprettholde vaktkompetanse i 24 timer, 360 dager i året på flere av disse sykehus.

Det er angitt at lokalsykehuspasientene utgjør 60–75 % av alle pasientene i norske sykehus. Ca. 80 % av pasientene har de 20 vanligste diagnosene, mens oppmerksomheten gjerne rettes mot de mer sjeldne og akutte diagnoser. De store pasientgruppene vil i fremtiden være innen indremedisin med fokus på multisyke eldre, store kronikergrupper, pasienter med behov for rehabilitering og psykiatri. Det er intet som tyder på at behovet for kirurgiske tiltak vil avta.

Hva er akutt i denne sammenheng?

Pasienter med akutt hjelpebehov innen 24 timer pga. somatisk eller psykisk lidelse vurderes i denne sammenheng som akutte. Dette utgjør 60 % av pasientene som innlegges/undersøkes ved norske sykehus. De tiltakene som er aktuelle skal sikre ventilasjon og sirkulasjon hos pasientene, forhindre og/eller begrense funksjonstap og lindre smerte. Dessuten skal pasientene få god informasjon.

For de pasientgrupper som presenterer vanlige akutte problem vil lokalsykehusene kunne rekruttere fagpersoner med god faglighet og kvalitet på tjenestene. De store pasientgruppene i indremedisin vil være pasienter med brystsmarter og hjerteproblemer samt sirkulasjonsproblemer og respirasjonsproblemer. Mange er gamle med forverring av funksjonsbegrensninger som gjør det nødvendig med tiltak for å komme over «en knekk». For det kirurgiske fagområdet vil problemene være sykdom og skader i mage/tarm som medfører behov for akuttvurdering pga. smerter, forskjellige ileustilstander, blødninger og skader. De ortopediske pasientene har medi-

sinsk sett ofte lavest prioritering når det gjelder hastegrad.

Legeforeningens syn:

- For de helt akutte tilstandene er det slik at det vanligste bør kunne håndteres ved et relativt lite sykehus. Dette forutsetter at sykehuset har kirurgisk og medisinsk kompetanse, anestesilog og evt. gynekolog for fødsler. Sykehuset må også ha laboratorium og røntgenservice. Lokalsykehusene må ha tilstrekkelig kompetanse og nødvendig bemanning og rekruttering for å kunne håndtere de oppgavene de er tillagt funksjon for forsvarlig.
- Lokalsykehus av en viss størrelse bør dessuten ha tilgang til radiolog for intervensjonsdiagnostikk.
- Lokalsykehus som har ortopedi av et betydelig volum må ha ortopedisk akuttberedskap.
- For vurdering av medisinske og kirurgiske (inkl ortopedi) akuttpasienter vil det være en fordel om lokalsykehuset og kommunenes legevakt har et felles akuttmottak med mulighet for dialog (FAM). Med moderne informasjonsteknologi bør det også være mulig å diskutere pasienthistorie, laboratoriefunn og bildeundersøkelser med aktuell fagspesialist på nærmeste større sykehus.
- Vaktordningen ved lokalsykehusene må tilpasses den aktivitet som er tenkt utført ved sykehuset.
- De store pasientgruppene i indremedisin vil være pasienter med brystsmarter og hjerteproblem samt sirkulasjonsproblem og respirasjonsproblem. Mange er gamle med forverring av funksjonsbegrensninger som gjør det nødvendig med tiltak for å komme over «en knekk».

- For det kirurgiske fagområdet vil problemene være sykdom og skader i mage/tarm som medfører behov for akuttvurdering pga. smerter, forskjellige ileustilstander, blødninger og skader.
- De ortopediske pasientene har medisinsk sett ofte lavest prioritering når det gjelder hastegrad. Her vil mye kunne løses på dagtid og tidlig kveld, bortsett fra for eksempel akutte leddinfeksjoner, akutte luksasjoner og åpne og alvorlige bruddskader samt ryggpasienter med truende tverrsnittsskade.

Bakgrunn

For mange mindre sykehus, særlig på Vestlandet og i Nord-Norge, er det problemer med rekruttering av nøkkelpersoner. Det er derfor også problemer med opplæring og vedlikehold av kompetanse. Ved mindre sykehus med lavt befolkningsgrunnlag vil det i perioder av døgnet være lav aktivitet. Vaktberedskap fører allikevel til et stort fravær på dagtid. Hvis de mindre sykehusene skal ha full døgnerberedskap (i medisin, anestesilogi, kirurgi, ortopedi og fødselshjelp) vil dette kreve en uforholdsmessig stor legestab.

De medisinske diagnosene som dominerer (60 %) er vanlige sykdommer og skader. Det er få innleggelser mellom kl 24 og 08 og tilsvarende få operasjoner i det samme tidsrommet. «Beredskapen for nattlige operasjoner er sjelden i bruk ved små sykehus». Det er en høy andel elektiv ortopedi som opereres etter kl 16, men det skyldes ofte at disse pasientene kommer sist i den akutte operasjonskøen.

Kost/nytteeffekt for de akutte pasientene

Det er gjort undersøkelse om overlevelse ved hjer-testans utenfor sykehus. Estimert antall 5 000 per år. Det angis at overlevelsen kunne bedres fra 5 % til 15 % med en bedre akuttinnsats.

Det er angitt at 1 700 personer i Norge dør av skader i forbindelse med ulykker, hvorav 300 i trafikken. Av disse er 50 % under 40 år. Halvparten av disse dør i løpet av de første minutter, mens 30 % dør i løpet av timer. Ved bedre akuttfunksjoner kunne 20–25 % flere redde. Det vil trolig være stort behov for rehabilitering av disse pasientene.

Det er angitt ferdighetskrav i kirurgi som må forventes ved nærmeste sykehus for opprettholde en god akuttfunksjon.

Lokalsykehus og fødsler

I dag skjer 98 % av fødslene på sykehus. Av de antatte ukompliserte fødslene er det 4,5 % som trenger hjelp med kirurgisk forløsning. Antall dødfødte i Norge har vært jevnt fallende slik at fødselsomsorgen synes å være god. Det er angitt et minimumstall på 400 fødsler pr. år for å opprettholde en fødeavdeling.

Konklusjon

For de helt akutte tilstandene er det slik at det vanligste bør kunne håndteres på et relativt lite sykehus. Dette forutsetter at sykehuset har akuttberedskap med kirurgisk og medisinsk kompetanse, anestesilog og ev. gynekolog for fødsler. Sykehuset må også ha laboratorium og røntgenservice. Alle sykehus kan således ikke ha akuttfunksjon.

For vurdering av medisinske og kirurgiske (inkl. ortopedi) akutt pasienter vil det være en fordel om lokalsykehuset og kommunenes legevakt har et felles akutt mottak med mulighet for dialog (FAM). Med moderne informasjonsteknologi bør det også være mulig å diskutere pasienthistorie, laboratoriefunn og bildeundersøkelser med aktuell fagspesialist på nærmeste større sykehus.

Et lokalsykehus må gi lokalbefolkningen tilgang til de vanligste og mest nødvendige helse-

tjenestene – både akutt og elektivt. I noen deler av landet vil det på grunn av geografi og værforhold, til tross for lavt pasientgrunnlag, være nødvendig å opprettholde et sykehusstilbud med akutfunksjon. Også her er breddekompetanse avgjørende for at lokalsykehusene skal kunne gi et forsvarlig akutttilbud.

- Det må tas geografiske og befolkningsmessige hensyn når en definerer hvor omfattende innholdet i akutfunksjonen skal være ut over minstetilbudet.
- Akuttkjeden krever også tilgang på et kvalitetssikret fødetilbud og psykiatri.
- Lokalsykehus av en viss størrelse bør dessuten ha tilgang til radiolog for intervensjonsdiagnostikk.
- Lokalsykehus som har ortopedi av et betydelig volum må ha ortopedisk akuttberedskap.

Beredskap er å ha klare behandlingsskjeder som fører pasienten til rett diagnostikk og behandling til rett tid på rett sted. Stabilisering og transport av kritisk syke til rett behandlingssted er en viktig og nødvendig del av dette.

- Alle akuttkjeder krever tilgang til et høyere kompetansenivå i en sammenhengende behandlingsskjede.
- I områder med korte avstander mellom sykehusene og stor befolkningstetthet, kan det åpnes for å lage avvikende løsninger med lokalsykehus uten komplett innhold av det som ovenfor er definert som minste standard for akutfunksjon. Det er da viktig at en ikke fremstiller dette som et lokalsykehus med komplett akutfunksjon. Slike løsninger vil nødvendigvis innebære økt transportbelastning på pasientene, som i større grad vil måtte fraktes mellom ulike enheter. Slike løsninger er derfor primært ikke ønskelige, og i den grad de benyttes, må avstanden mellom enhetene være svært kort. Behandlingsskjeden må utformes slik at verken disse institusjonene eller primærhelsetjenesten får oppgaver de ikke har forutsetninger for å mestre.

Utdanning – Hva er lokalsykehusenes rolle i grunn og videreutdanning av helsepersonell?

Hva er problemet

Lokalsykehusene gir et viktig bidrag til utdanning av leger og annet helsepersonell i Norge.

Endringer i lokalsykehusenes innhold fører til behov for en evaluering av kvaliteten på utdanningsoppgavene. Er det ved det enkelte sykehus grunnlag for å opprettholde status som utdanningsinstitusjon? Hva skal utdanningen kvalifisere for? Hvor stor del av utdanningen skal foregå ved lokalsykehus?

Utfordringen ligger i å utdanne leger for både små og store sykehus. Er det behov for en egen «breddespesialitet»? Gir tjenesten ved de store sykehusene en god nok breddeutdanning, eller er det behov for lokalsykehustjeneste som ledd i alle spesialistutdanninger?

De små lokalsykehusene har de største rekrutteringsutfordringene. Hvor viktig er det for rekrutteringen at utdanningskandidatene gjennom perioden ved lokalsykehusene får lokal tilknytning?

Hvor stor betydning har utdanningskandidatene for lokalsykehusene? Er de en fornyende og inspirerende ressurs for miljøene? Trenger lokalsykehusene utdanningskandidatenes arbeidskraft? Hvor stor betydning har det for fagutvikling og kvalitetssikring at det opprettholdes lokale utdanningsprogrammer?

Legeforeningens syn

- Spesialistutdanningen for leger må være nasjonal og enhetlig uavhengig av hvor legene har gjennomført sin utdanning.
- Den helhetlige tenkemåten som ligger i generell indremedisin må synliggjøres i organiseringen av sykehus. Spesialiteten generell indremedisin må styrkes.
- Det volum av utdanningstjenester, både for leger og annet helsepersonell, som foregår ved lokalsykehusene er så stort at en reduksjon vil få alvorlige konsekvenser for utdan-

ningskapasiteten. Utdanningsaktivitet ved lokalsykehusene har stor betydning for lokal fagutvikling og kvalitet. Disse oppgavene kan vanskelig sentraliseres.

- Endringer i lokalsykehusfunksjonen fører til at lengde og kvalitet i utdanningen må vurderes kontinuerlig. Dette er en oppgave som sikres best gjennom Legeforeningens spesialitetskomiteers regelmessige vurdering av årlige rapporter og avlagte besøk.
- For å ivareta lokalsykehusfunksjonen er det behov for spesialister med breddekompetanse. Dette ivaretaes bedre gjennom at lokalsykehusene får muligheten til å sikre sine spesialister breddekompetanse, enn ved å satse på særskilt utdanningsløp som skal gi egne lokalsykehusspesialister. Dessuten har de fleste større sykehus, inkludert de større i byene, også lokalsykehusfunksjoner med behov for leger med breddekompetanse.
- Den tilknytning som oppstår ved legenes tjenestegjøring ved lokalsykehus, har betydning for lokalsykehusenes evne til å rekruttere fagpersonell og påvirke de kunnskaper disse fagpersonene innehar.
- Turnustjeneste og spesialistutdanning i lokalsykehusene bør videreføres. Både turnustjenestens og spesialistutdanningens kvalitet sikres best ved at lokalsykehusene beholder oppgaver, dimensjonering og rammebetingelser som rettferdiggjør dette.

Bakgrunnsdata

Tallmateriale

Tall for turnusleger

Tall er basert på SAFH databasen. Lokalsykehusene har 53 % av landets turnusplasser, jf. vedlegg 1, tabell 9.3.A.

Tall for leger i spesialisering, fordelt på spesialitet

Tall er basert på Nasjonalt Råds database. Lokalsykehusene utgjør ca. 30 % av spesialist utdanningskapasiteten i Norge. Lokalsykehusene bidrar i vesentlig grad til breddekompetansen i spesialistutdanningen, jf. vedlegg 1, tabell 9.3.B.

Utdanningens innhold

Turnustjenestens innhold

Turnustjenesten skal inneholde indremedisinsk, kirurgisk og allmennterapeutisk tjeneste, eventuelt med tredeling av sykehusetjenesten. Målsettingen er at turnustjenesten skal være en bred inngangsport til videre legevirke, og fungere som en periode under veiledning før endelig autorisasjon som lege.

Tilbakemeldinger om turnustjeneste

Tilbakemeldinger fra turnustjenesten sikres gjennom turnusrapportene.

Rapportene spriker, men ikke noe tyder på at turnustjenesten ved lokalsykehusene er dårligere enn ved de større sykehusene. Lokalsykehusenes styrke i turnusutdanningen er bredde og nærhet til veiledning.

Turnustjenesten har stor betydning for kvalitet i norsk legeutdanning og fyller et behov som ikke dekkes gjennom grunnutdanningen.

Spesialistutdanningens innhold

Den norske spesialistutdanningen bygger på:

- 1) Tjeneste under supervisjon og veiledning: Fordelt på tid i generell utdanning (Gruppe2) og tid i mer spesialiserte enheter (Gruppe 1), samt supplerende tjeneste i relevante fag og eventuelt forskning. Det er ingen minimumskrav til gruppe 2 tjeneste.
- 2) Deltakelse i internundervisning på avdelingen (min. to timer per uke)
- 3) Deltakelse i kursprogram med godkjente kursprøver

- 4) Utforming av individuelle og avdelingsvise utdanningsplaner, godkjenning av lokale undervisnings- og veiledningsprogram.
- 5) Godkjente prosedyrelister/ferdighetskrav/ loggbok mv.

Mester/svenn prinsippet i norsk spesialistutdanning stiller store krav til kontinuerlig kvalitets-sikring. Kvaliteten i utdanningen sikres ved et veiledningssystem som gir den enkelte utdanningskandidat kontinuerlig evaluering under hele utdanningsløpet. Kvaliteten ved den enkelte utdanningsinstitusjon vurderes kontinuerlig av spesialitetskomiteene i Legeforeningen.

Tilbakemeldinger om spesialistutdanningen

Som for turnustjenesten varierer tilbakemeldingene. Spesialitetskomiteene påpeker mangler i utdanningsprogrammene. I sjeldne tilfeller er manglene så store at komiteene må anbefale reduksjon eller tilbaketrekking av godkjenningen som utdanningsinstitusjon.

Forutsetninger for god kvalitet.

Kontinuerlig veiledning med tilbakemelding, systematisk undervisning, pasienttilgang, volum på prosedyrer, tilstedeværelse på dagtid i avdelingen, tid til undervisning, fordypning og deltakelse i vaktordning i faget er grunnforutsetninger for kvalitet på den lokale utdanningen. Mye hviler på at det legges ned arbeid i å skape gode utdanningsprogrammer lokalt.

For lokalsykehusene er trusselen manglende kontinuitet i supervisjon og i strukturert veiledning. Der det ikke finnes tilstrekkelig overlegetekning til kontinuerlig supervisjon og veiledning, er det heller ikke grunnlag for å drive spesialistutdanning. Det kan ikke kompromises med dette.

Et fremtidig trusselbilde er redusert aktivitet ved lokalsykehusene. Det er først når en kjenner utformingen av lokalsykehusene en kan ta stilling til kvaliteten og godkjent lengde på utdanningen.

Lokalsykehusenes behov

En kan identifisere følgende behovsområder:

Behov for generalister – styrking av generell indremedisin og generell kirurgi som spesialitet

Den helhetlige tenkemåten som ligger i generell indremedisin og generell kirurgi er særlig viktig for ivaretagelse av lokalsykehusfunksjonen.

Generell indremedisin og generell kirurgi er sentralt ved vurdering av sammensatte sykdommer, ved koordinering av tjenester ved tilstander som omfatter flere spesialiteter/grenspesialiteter og gir en funksjonell tilnærming ved kroniske sykdommer.

Da grenspesialiseringen ble innført i 1975 i indremedisin, var det av hensyn til sykehusstrukturen i Norge viktig at generell indremedisin ble hovedspesialitet. Man måtte sikre norske sykehus både spisskompetanse i form av grenspesialister, og samtidig sikre at disse spesialistene hadde nødvendig bred kompetanse til å fungere ved et vanlig norsk sykehus. Tilsvarende for lokalsykehusfunksjonen i store og mindre sykehus er generell kirurgi minst like viktig for å ivareta pasientenes behov for behandling av vanlige kirurgiske lidelser.

Fortsatt er situasjonen slik at Norge, med en spesiell topografi, og med så vidt liten befolkning spredt utover et stort geografisk område, har mange små sykehus. Ressurssituasjonen er også slik at man fortsatt må ha spesialister ved disse sykehusene som både har spisskompetanse og generell kompetanse. Med unntak av de største og mest spesialiserte universitetsavdelinger, fungerer landets indremedisinske og generell kirurgiske avdelinger ut fra en forutsetning om at alle overlegene har en solid, bred utdanning. Dette gir et fruktbart, interdisiplinært samarbeid på avdelingene på det enkelte sykehus og mot indremedisinske og kirurgiske avdelinger ved regionsykehusene /universitetssykehusene.

Generalistfunksjonen må synliggjøres i syke-

husene, gis gode arbeidsfasiliteter og anseelse.

Bredt utdannede, gode diagnostikere er viktig i norske sykehus. Det er minst like verdifullt å ha en bred basis for sin legevirkosomhet, være generelt orientert og å kunne trekke inn flest mulige faktorer og bredest mulig kunnskap ved diagnostisering og behandling, som å ha spisskompetanse innenfor et snevert område. Dette må synliggjøres i sykehusene. Det er heller ingen klar motsetning mellom en bred orientering og spisskompetanse på et spesielt område, dersom arbeidet organiseres slik at leger ser både generelle og «spesialiserte» pasienter.

Arbeidskraft

Turnusleger og leger i spesialisering (LIS) utgjør en betydelig del av lokalsykehusenes arbeidskraft. Spesielt gjelder dette dekning av vaktberedskap. Andre krav enn utdanningshensyn spiller inn i dimensjoneringen av vaktstjiktene. Det er viktig at dette tas hensyn til når utdanningsstillinger deles ut lokalt. Det er ikke akseptabelt at antall utdanningsstillinger er til hinder for at en lokalt kan innfri andre regler til arbeidstid/lengde etc.

En kan se for seg i fremtiden at enkelte lokalsykehus mister sin akuttfunksjon. Manglende vakttagelse og redusert bredde i oppgaver er betydelige kvalitetsutfordringer både for turnustjeneste og spesialistutdanning.

Behov for lokale tilpasninger i utdanningen

Medisinsk utvikling går i retning av mer spesialisert medisin og er en utfordring for lokalsykehusene som har behov for breddekompetanse. Når utdanningen utformers bør dette problemet vektlegges.

Diskusjonen om hvordan en skal møte breddebehovet i spesialiseringen går i to retninger: Enten ved å sikre fortsatt bred grunnutdanning for spesialitetene, eller ved å utforme egne breddespesialiteter.

Tanken om egne lokalsykehusspesialister

møter motbør i de berørte fagmiljøene. Det viktigste argumentet er hvorvidt slike spesialiteter vil rekruttere. Et annet spørsmål er om en slik utdanning fyller lokalsykehusenes behov. Spesialistkompetent tilnærming av oppgavene er også nødvendig ved lokalsykehusene. En er bekymret for kvaliteten i de lokale fagmiljøer ved en ordning der breddespesialister ender opp med akuttfunksjonen, mens ambulerende spesialister skal ta seg av alle andre oppgaver.

Det er et paradoks at satsingsområder som geriatri, revmatologi, psykiatri og rehabilitering, har så vidt dårlig spesialistdekning på lokalsykehusene. Det påhviler Legeforeningen et ansvar å bidra for å løse dette problemet.

Det kan av rekrutteringsmessige hensyn være nødvendig for lokalsykehusene med tilpasninger

i utdanningen (desentralisering, rotasjoner, tidsbegrensede utdanningsgodkjenninger). Dette krever i så fall individuell vurdering og ekstra oppfølging av hvert enkelt tilfelle. Det må stilles samme krav til kvalitet og innhold.

Litteratur

NR basen, <http://www.nr.dep.no/>

Liste over turnusplasser: <http://www.safh.no/>

Veileder for turnus i sykehus: http://www.legeforeningen.no/asset/26226/1/26226_1.pdf

Regler for spesialistutdanning: www.legeforeningen.no

Utfordringer ved finansieringen av lokalsykehusene

Hva er problemet?

Lokalsykehusets oppdrag er å ivareta nærhets- og trygghetsperspektivet for befolkningen, være spesialisthelsetjenestens kvalitative og brede tilbud til de vanligste lidelser og ha en hovedrolle i forhold til en økende gruppe pasienter med sammensatte, kroniske lidelser og høy alder. Lokalsykehuset tenkes videre å være den primære samarbeidspartner for primærhelsetjenesten som sikrer uproblematisk overgang mellom nivåene over og under med en vektlegging av LEON-prinsippet.

Dagens finansieringssystem av spesialisthelsetjenesten inkludert ordningen med fritt sykehusvalg, fremmer ikke denne prioritering – tildels er de direkte motstridende. Stykkprisfinansieringen på somatisk side favoriserer de politisk lavere prioriterte gruppene, ikke-kroniske fremfor kroniske lidelser, enkle fremfor komplekse tilstander, oppstykkete forløp fremfor helhetstenkning, behandling fremfor forebygging, dagbehandling fremfor bruk av liggedøgn, konkurranse om pasienten fremfor «geografisk monopol» osv. Private aktører eller lokalsykehus står fritt til å spille seg inn på den «lønnsomme» siden, bokstavelig talt på det hjemlige foretaksregning.

Lokalsykehus som dreier sin aktivitet mot de politisk prioriterte målgruppene uten andre mer lønnsomme ben å stå på, styres uvegerlig inn i et økonomisk strupetak helt uavhengig av kvalitet på behandlingen og god virksomhetsstyring.

Vedlegg 3 viser den manglende kongruens mellom prioritering og finansiering på lokalsykehusnivå, ved å følge finansieringen av et helt ordinært pasientforløp hjemmehørende i prioriterte grupper tiltenkt lokalsykehusene.

Legeforeningens syn

- Finansieringen av medisinske pasienter med sammensatte lidelser, stort pleie- og

rehabiliteringsbehov er underfinansiert.

Dette skyldes at dagens DRG-system ikke fanger opp kompleksiteten i behandlingen av medisinske pasienter med sammensatte lidelser. Slik finansieringsordningene virker i dag, er det et økonomisk selvmord for lokalsykehusene å gå inn for behandling av prioriterte pasientgrupper.

- Manglende dokumentasjon av kostnader knyttet til kompliserte, sammensatte medisinske opphold er nærliggende å koble til de aktuelle pasientgruppens «lavstatus» i det medisinske sykdomshierarki. Dette synliggjøres gjennom få hjemler og sviktende rekruttering til fagene, eksempelvis geriatri og fysikalsk medisin og habilitering. Dette forsterkes ytterligere gjennom disse pasientgruppens manglende evne og mulighet til å mobilisere sterke pressgrupper. Det er behov for en betydelig statusheving, forsknings- og dokumentasjonsinnsats for å rette opp de finansielle skjevhetene hvis disse pasientgruppene skal få sin rettmessige «DRG-vekt» og lokalsykehusene sine utgifter dekket i forhold til denne type behandling
- Ideelt sett burde finansiering av tjenestene og prioritering av hvilke pasientgrupper som får et tjenestetilbud være to helt uavhengige faktorer. Dette bygger på en forutsetning om et økonomisk nøytralt finansieringssystem som dekker de kostnader som påløper tjenesteleverandøren. Dette er ikke tilfelle i dagens finansieringssystem. Krav om økonomisk balanse tvinger lokalsykehuset til å bruke større ressurser på de ikke prioriterte men lønnsomme pasientene, på bekostning av de prioriterte men underfinansierte pasientgruppene. Vilje til politisk prioritering må også bety vilje til å utvikle et finansieringsverktøy som gjør det mulig

å gå i balanse når prioriteringene følges. Det er vanskelig å se at dette kan gjøres på annen måte enn ved en reell omdisponering av midler fra de lavere prioriterte pasientgrupper til de prioriterte.

- Samhandling og samordning har i dagens system ingen reell finansiering i spesialisthelsetjenesten. På samme vis som behandling må kunne gå i økonomisk balanse, må også samhandling og samordning få en finansiering som gjør det mulig å yte denne type tjenester uten at dette må tjenes inn igjen ved satsning på behandling av ikke prioriterte men mer lukrative pasientgrupper.

Bakgrunn

SINTEF Helse publiserer årlig Samdata-tall spesialisthelsetjenesten. Tallene for 2004 viser at ventetiden for mindre alvorlige inngrep går ned (eks. brokk, stær, fjerning av mandler etc.) pga. økt bruk av private, kommersielle sykehus og privatpraktiserende spesialister. For pasienter med alvorlige sykdommer (eks. kreftoperasjoner) viser ventetiden en liten økning. Utgifter til somatikken vokser like mye som psykiatrien tross krav fra eier/HOD om at veksten i psykiatri skal overgå somatikken.

Ordningen fritt sykehusvalg er en utfordring og et tapsprosjekt for lokalsykehuset når den tas i bruk, gitt at det enkelte lokalsykehus ikke selv klarer å konkurrere seg til tilsvarende inntekter fra andre foretak. Den harde virkelighet er at lokalsykehusene i mer perifere strøk er rene nettoeksportører av pasienter i fritt sykehusvalgordningen til privatklinikker og større lokalsykehus, for tjenester som kan tilbys lokalt og med samme kvalitet. Dette truer det finansielle grunnlaget for å opprettholde lokalsykehuset som spesialisthelsetjenestens plattform for de politisk prioriterte pasientgruppene eldre, kronikere, terminale og psykisk syke.

Kombinasjonen av høyt innslag av ISF-finansiering, fritt sykehusvalg, ønsket om konkurranse mellom foretak internt og private aktører eksternt, gjestepasientfinansieringen, «avkorting» av ISF-refusjon for korte opphold når pasientene overføres mellom sykehusene som en følge av hensiktsmessig funksjons- og beredskapsfordeling, fravær av finansieringsordninger for samhandling med primærhelsetjenesten og bruk av telemedisin, manglende refusjon for poliklinisk arbeid utført av andre spesialiserte helseprofesjoner enn legene ved poliklinikkene og utilstrekkelig kompensasjon for lokalsykehusenes rolle i den minst produktive men helt grunnleggende delen av utdanningen av fremtidige legespesialister, trekker ikke i den retning politikerne peker verken for lokalsykehusenes fremtid eller med hensyn til hvilke pasienter som skal ha prioritet når de faktiske tall legges på bordet.

Skal en nå de helsepolitiske målsetningene som storting og regjering har satt for spesialisthelsetjenesten, må dette følges opp med en vilje til prioritering som også viser seg i finansieringsordningene. Om ikke rammene skal økes innebærer det evne til å flytte penger fra de pasientgruppene som har en lav prioritet til de en ønsker å prioritere. Det er igjen ensbetydende enten med økt bruk av egenandeler for de lavt prioriterte lidelser eller mer radikalt, å fjerne enkelte tilbud helt fra det offentlige helsevesenets ansvarsområde. Lønning I og II har levert politikerne et fullt ut anvendbart prioriteringsverktøy. Fortsatt gjenstår imidlertid den politiske vilje og evne til å ta verktøyet i bruk. Med basis i nøktern kunnskapsbasert faglighet bød Legeforeningen kunne innta en posisjon som aktiv støttespiller og gi politikere tilstrekkelig mot og handlingsrom til å gjennomføre endringer som nevnt ovenfor.

Hva vil myndighetene med lokalsykehusene?

Hva er problemet?

Lokalsykehusenes plass i spesialisthelsetjenesten har vært et konflikttema i mange år, og har ofte vært en utfordring for legestanden, både regionalt og lokalt. Etter år med fakkeltog og mobilisering lokalt for å bevare lokalsykehusene, har myndighetene endret fokus. Funksjonsfordeling og samling av høyspesialiserte tjenester til færre sykehus står fortsatt på dagsorden, men betydningen av nærhet til tjenestetilbudet for de vanligste sykdomstilstandene blir stadig tyngre vektlagt. Lokalsykehusenes rolle som trygghetsbase for befolkningen og en målrettet klargjøring av lokalsykehusenes plass i den helhetlige behandlingsskjede fremheves. Samtidig åpnes det også opp for at det ikke nødvendigvis skal være 24 timers kirurgisk akuttberedskap ved alle lokalsykehus. I felleserklæringen for regjeringen Stoltenberg av 13. oktober 2005, heter det at regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehus-tilbud som bla sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Videre understrekes det at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Bakgrunn

Sykehusenes beliggenhet i Norge har dels geografiske årsaker, dels historiske. Det har ført til at sykehusstrukturen er svært ulik fra fylke til fylke, med mange små lokalsykehus nær hverandre i noen fylker, og få med lange avstander mellom i andre. Sykehusstrukturen har vært gjenstand for flere utredninger og er stadig fremme i mediebildet. Moderne kommunikasjonsmidler og utvikling i medisinsk teknologi, har medført at forutsetningene i dag er svært forskjellige fra de forutsetninger som en gang lå til grunn for norsk sykehusstruktur. I årtier har departementet arbeidet for å etablere en mer hensiktsmessig sykehusstruktur og en mer rasjonell funksjonsfordeling mellom sykehusene (jfr.

f.eks. St. meld 50 (1993–04) Samarbeid og styring. Virkemidler for en bedre helsetjeneste). Dette var også en av drivkreftene bak at staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene.

Dagens sykehusstruktur i Norge har sitt grunnlag i St. meld. nr. 9 (1974–75) «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen». De senere årene har det imidlertid skjedd forandringer i forhold til dette grunnlaget, slik at bildet i dag ikke lenger fullt ut dekkes av føringene fra stortingsmeldingen. Stortingsmeldingen delte de norske sykehusene inn i tre hovedgrupper: Regionsykehus, et i hvert av landets fem helseregioner, Fylkessykehus I (sentralsykehus), ett plassert i hvert fylke med noen unntak, og Fylkessykehus II (lokalsykehus). Tilsvarende fikk man en inndeling i funksjoner: landsfunksjoner, regionsfunksjoner, sentralsykehusfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner:

- *Landsfunksjon*: Funksjoner som bare er lokalisert til ett sykehus. Eksempler er transplantasjonsvirksomheten (Rikshospitalet) og avansert brannskadebehandling (Haukeland Sykehus). De fleste landsfunksjonene er samlet på Rikshospitalet.
- *Regionsfunksjoner*: Funksjoner ved ett sykehus i hver helseregion. Eksempler er nevrokirurgi og medisinsk genetikk.
- *Sentralsykehusfunksjoner*: Spesialiteter det er hensiktsmessig å samle til ett sykehus i hvert fylke, f. eks. øyesykdommer, øre-nese-hals sykdommer og nevrologi.
- *Lokalsykehusfunksjoner*: Grunnlaget for de såkalt tredelte sykehus, indremedisin, kirurgi og radiologi.

Den medisinske utviklingen har utfordret denne modellen på en rekke områder, og de faglige begrepene er i liten grad oppdatert eller videreutviklet. På den ene side har den faglige utviklingen med kostnadskrevenende utstyr og/eller høyspesia-

liserte behandlingsformer ført til sentralisering av oppgaver og spesialister og subspecialister i større fagmiljøer. På den annen side har den medisinske teknologi og utviklingen av nye behandlingsformer parallelt ført til at en rekke inngrep som tidligere bare kunne gis til pasienter innlagt i avanserte sykehusavdelinger, nå kan desentraliseres og gis poliklinisk, som dagbehandling eller i egne hjem.

De helsepolitiske signaler har dessuten dreid de siste årene. Etter år med mye lokalpolitisk debatt, konflikt og demonstrasjonstog for å bevare lokalsykehusene, har myndighetene endret fokus. Funksjonsfordeling og samling av høyspesialiserte tjenester til færre sykehus står fortsatt på dagsorden, men betydningen av nærhet til tjenestetilbudet for de vanligste sykdomstilstandene blir stadig tyngre vektlagt i styringsdokumenter, statsbudsjett, NOU-er og andre helsefaglige utredninger.

I St. prp nr 1 (2004–2005) Statsbudsjettet for 2005 presenterte regjeringen en ny strategi for lokalsykehusene. I strategien var det lagt vekt på at lokalsykehusene i større grad må fokusere på tilbud til de store sykdomsgruppene der pasientene særlig trenger nærhet til tjenesten. Dette innebærer bl.a. at lokalsykehusene i større grad skal utvikle tilbud for syke eldre og kronisk syke, og utvikle indremedisinske tjenester og geriatri. Videre skulle rehabiliteringstjenester og tilbud til psykisk syke styrkes og lærings- og mestringstiltak utvikles. Tjenestene skulle utvikles for å sikre at basale spesialisthelsetjenestebehov blir dekket. I strategien for lokalsykehusene må oppgaver i forhold til et forsvarlig og godt opplegg for akuttberedskap klargjøres. I statsbudsjettet het det videre:

«Lokalsykehusene skal være en trygghetsbase for befolkningen, og de må derfor spille en rolle og ha oppgaver i akuttberedskapen. I debatten om lokalsykehusene er dette ofte ensbetydende med at alle sykehusene, i tillegg til indremedisinsk

beredskap, må ha 24 timers kirurgisk akuttberedskap. (...) Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at en nasjonal strategi for bruken av lokalsykehus må gi åpenhet for strategier og planer som ikke nødvendigvis vil inkludere 24 timers kirurgisk akuttberedskap ved alle sykehus. Hensynet til kvalitet på tjenestene og akseptabel ressursutnyttelse kan tilsi at andre løsninger bør velges. Uansett må alle lokalsykehus være i stand til å ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller. Hvordan behandlingsskjeden deretter organiseres for de ulike tilstander og sykdomsgrupper, må klargjøres i et helhetlig opplegg» (St.prp. nr 1 (2004–2005) Del 3, kap. 7.5. Lokalsykehusenes rolle)

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp dette i Bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene for 2005 der det stilles krav om at de regionale helseforetakene skal utarbeide helhetlige strategier for utvikling av lokalsykehusene fremover med vekt på behovene i de store sykdomsgruppene. I St. prp nr 65 (2004–2005) Revidert nasjonalbudsjett for 2005, ble bevilgningen til regionale helseforetak økt med 100 mill. kroner til planprosesser og tiltak for å forsere prosessen med styrking og omstilling av lokalsykehusene.

I statsbudsjettframlegget for 2006 fra den avgåtte Bondevik-regjeringen, ble lokalsykehusenes rolle som trygghetsbase for befolkningen på nytt fremhevet og at lokalsykehusenes fokus skal være de mer alminnelige spesialisthelsetjenester for de store sykdomsgrupper. I dette statsbudsjettet ble det dessuten fremhevet at lokalsykehusfunksjonen ikke bare er knyttet til lokalsykehusene:

«Lokalsykehusene har en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten. Også i de store sykehusene er hoveddelen av pasientene lokalsykehuspasienter. Samlet sett utgjør lokalsykehuspasientene mellom 60 og 75 pst av alle pasienter i sykehus.» (St.prp nr 1 2005–2006, s. 136)

I statsbudsjettframlegget for 2006 fra avgåtte regjeringen Bondevik, poengteres vidare at lokalsykehusene skal inngå i en helhet både mot primærhelsetjenesten og til den øvrige spesialisthelsetjenesten, og at lokalsykehusenes plass i den helhetlige behandlingsskjeden skal klargjøres og på nytt fremheves.

«Pasienter som kommer til lokalsykehuset skal tilbys utredning og behandling, organisert etter behandlingsskjeder med utgangspunkt i pasientens behov. Det skal vere behandlingsskjeder for pasienter som trengjer øyeblikkelig hjelp, behandlingsskjeder for planlagte innleggelser, og kjeder for pasienter med kroniske tilstander. Tilbudet skal omfatte både somatikk og psykisk helsevern.

For hvert lokalsykehusområde skal det foreligge en struktur for akuttberedskap som angir sykehusets rolle og ansvar for akuttjeneste, hvilke oppgaver som utføres lokalt og hvilken kjede som foreligger for vidareføring av pasienten til annett sykehus for de oppgavene lokalsykehuset ikke utfører. Akuttkjeden skal også ha en entydig og beskrevet samhandlingsskjede innen øyeblikkelig hjelp med kommunehelsetjenesten. For pasientgrupper med kroniske sykdommer skal det vere etablert tydelige behandlingssregimer. Disse skal både inkludere samhandling med primærhelsetjenesten og høyspesialiserte tjenester. Det skal vere et system for elektive tjenester der pasienten raskt og forutsigbart får tilbakemelding på henvisning, et entydig kontaktpunkt ved henvendelse til sykehuset, og pedagogisk utformet informasjon om behandlingstilbudet som blir foreslått. Lokalsykehusene skal ha et beskrevet og autalebasert system for overføring, oppfølging og rehabilitering av pasientene. Systemet skal vere lett tilgjengelig og pedagogisk formidlet til pasient og pårørende. Befolkningen skal lett kunne hente ut informasjon om sykehusets

forskjellige tilbud». (St. prp nr 1 2005–2006, s. 136)

Felleserklæringen mellom Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet, som la grunnlaget for regjeringen Stoltenberg, gir også sentrale føringer om lokalsykehusenes framtid:

«Regjeringen vil:

- opprettholde et desentralisert sykehustilbud som blant annett sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil vidareføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen
- at omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må begrenses. Ledig kapasitet i de offentlige sykehusene skal utnyttast. Avtaler mellom helseforetakene og private kommersielle sykehus må ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små lokalsykehusene
- tilføre økte ressurser til forskning i helsesektoren. Sentral- og lokalsykehus skal spille en sterkere rolle i helsetjenesteforskningen i et samarbeid med universitetssykehusene
- utarbeide en handlingsplan for styrking av tilbudet for eldre i sykehus. Denne skal blant annett ha fokus på:
 - at lokalsykehusene skal ha en viktig rolle i helsetjenesten for eldre og sikre nærhet til nødvendige sykehus-tjenester
 - at det må utdannes flere spesialister i geriatri (eldremedisin)
 - at finansieringsordningene for sykehus må sikre prioriteringen av eldre med sammensatte lidelser»

De regionale helseforetakene har, på bakgrunn av bestillerdokumentet for 2005, startet arbeidet med å utarbeide en helhetlig strategi fremover for de enkelte lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen².

Helse Sør kom i januar 2006 med en omfattende arbeidsgrupperapport om «Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør», som ligger tilgjengelig på nettsiden www.helse-sor.no. Rapporten gir en god innføring i de helsepolitiske føringer med hensyn til lokalsykehusfunksjonen, Helse Sørs strategiplan, og den har forslag til strategi for utviklingen av lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør. I rapporten heter det bl.a.:

«Lokalsykehusfunksjonen inkluderer det som kalles mer alminnelige spesialisthelsetjenester, både innen somatikk og psykiatri/avhengighetsbehandling. Som minimum for å være en trygghetsbase for befolkningen må det inneholde en akutfunksjon innen indremedisin, kirurgisk diagnostikk og behandling (differensiert etter volum) herunder ta hånd om og stabilisere akutte sykdoms- og skadetilfeller, og ha et tilstrekkelig bredt elektivt behandlingstilbud for pasienter i opptaksområdet, slik at pasienten kan få hovedtyngden av den behandlingen de trenger ved lokalsykehuset».

Når det gjelder anbefalte satsingsområder i forhold til lokalsykehusfunksjonen fremheves:

- Prioriterte grupper; syke eldre, pasienter med kroniske tilstander, pasienter med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblemer, pasienter med kreft, pasienter med behov for lindrende behandling og pasienter med behov for rehabilitering og habilitering

- Behandlingskjeder; Utredning og diagnostikk bør finne sted innenfor fire innganger til helsetjenesten. Hver inngang skal lede over i en sammenhengende behandlingsskjede som er oversiktlig og kommunisert til pasientene:
 - En behandlingsskjede for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp
 - En behandlingsskjede for planlagte behandlinger
 - En behandlingsskjede for kroniske sykdommer
 - En behandlingsskjede i psykiatri organisert i et distriktpsikiatrisk senter
- Samhandling med primærhelsetjenesten; Helse Sør, har sammen med KS i regionen utviklet et felles, langsiktig program for samhandling i Helseregion Sør – Helsedia-log.
- Utvikling av nye behandlingsformer
- Prehospitaltjenester og akuttberedskap; økt kapasitet til å bidra til fjerndiagnostikk gjennom å utvikle et system der ambulansesepersonell er trent til å observere og betjene utstyr som formidler objektive data til sykehus eller legevakt for derved å kunne gi raskere hjelp, redusere transport og sikre at transporten går direkte til riktig behandlingssted
- Ambulante tjenester

Helse Øst arbeider med en overordnet utviklingsstrategi med 2025 som målbilde, jf. www.helse-ost.no, under Helse Øst 2025.

Helse Midt forankrer tilsvarende sitt arbeid i prosjektet «Helse-Midt 2010», jf. www.helse-midt.no

² Informasjonen om statusen i de regionale helseforetakene er hentet fra Helse Sørs rapport «Lokalsykehusfunksjonen i Helse Sør. Rapport fra arbeidsgruppe med kommentarer fra prosjektgruppen» 20.1. 2006, s. 19.

Helse Nord skal opprette et eget prosjekt for å utvikle en helhetlig strategi for lokalsykehusenes rolle og oppgaver. Grunnlaget for Helse Nords strategier for desentralisering og lokalsykehusenes rolle er først og fremst rapporten «Desentralisering av spesialisthelsetjenesten i Nord» (2005) samt langsiktige handlingsplaner for kronikeromsorgen, jfr. www.helse-nord.no

Vedlegg 1

Tabell 9.3.A Tall for turnusleger

Ant turnusleger	Lokalsykehus 420	Sentralsykehus 376	Totalt 796	%Lokal sykehus 53%
-----------------	---------------------	-----------------------	---------------	-----------------------

Sykehusene i følgende byer teller som lokalsykehus:
Hammerfest, Kirkenes, Harstad, Stokmarknes, Narvik, Lofoten, Mo i Rana, Sandnessjøen, Mosjøen, Levanger, Namsos, Orkdal, Kristiansund, Molde, Volda, Nordfjord, Lærdal, Stord, Voss, Odda, Bergen (Haraldsplass), Notodden, Rjukan, Larvik/Sandefjord, Lister, Hønefoss (Ringerike), Kongsberg, Lillehammer, Gjøvik, Hamar, Elverum, Kongsvinger, Tynset, Oslo (Diakonhjemmet), Stensby, Asker og Bærum, Moss,

Sykehusene i følgende byer teller som sentralsykehus:

Tromsø (UNN), Bodø, Trondheim (St Olavs hospital), Ålesund, Bergen (Haukeland), Haugesund, Stavanger, Arendal, Skien, Tønsberg, Drammen, Oslo og Akershus (Ullevål, Aker, Akershus), Fredrikstad.

Vedlegg 2

Tabell 9.3.B Tall for leger i spesialisering

Spesialitet	Lok sykehus	Sentr sykehus	Totalt	% Lok
Generell Indremedisin	190	250	440	43 %
Grenspesialiteter (1)	19	184,5	203,5	9 %
Totalt indremed	209	434,5	643,5	32 %
Generell kirurgi	130,5	153	283,5	46 %
Ortopedi	43	108	151	28 %
Grenspes (2)	8	88,5	96,5	8 %
Totalt kirurgi	181,5	349,5	531	34 %
Psykiatri	211	277	488	43 %
Andre (3)	189	717	906	21 %
Totalt	790,5	1778	2568,5	31 %

Sykehusene i følgende byer regnes som lokalsykehus:
Kongsberg, Notodden, Rjukan, Oslo (Diakonhjemmet), Bergen (Haraldsplass), Mosjøen, Mo i Rana, Sandnessjøen, Voss, Hammerfest, Kirkenes, Odda, Stord, Lærdal, Nordfjord, Kristiansund, Molde, Namsos, Levanger, Volda, Harstad, Narvik, Stokmarknes, Oslo (Lovisen

berg), Leknes (Lofoten), Valen, Orkdal, Hønefoss (Ringerike), Asker og Bærum, Larvik, Sandefjord, Elverum, Gjøvik, Hamar, Kongsvinger, Lillehammer, Tynset, Kragerø, Lister.

Følgende er tatt ut: Granheim, RHF-ene, Rogaland A-senter, Statens helseundersøkelser

Vedlegg 3

Eksemplifisering av økonomi knyttet til et ordinært pasientforløp

Med utgangspunkt i en fiktiv person illustreres divergensen mellom politiske føringer og dagens finansieringsordninger.

Eksempel 1

Olaug Zakariassen, 75 år og bosatt i en liten by 16 mil i vestlig retning fra nærmeste lokalsykehus og 30 mil i østlig retning fra sentralsykehuset, Olaug er godt overvektig, har moderat angina, høyt BT, diabetes T-II, utslitte hofter og knær. Hun bor sammen med sin 80 år gamle mann som er begynnende dement men fysisk

frisk. Olaug har fått tiltagende smerter i hofter og knær, våkner om nettene av smerter, kommer ikke lengre opp på kvisten hvor hun og mann har soveværelset. Skal til årskontroll hos øyelege for sin diabetes og er planlagt for halvårlig kontroll på medisinsk poliklinikk for sin diabetes, angina og hypertensjon. Primærlegen finner behov for å starte utredning mhp. cox- og gonartrose med tanke på evt. protesekirurgi og henviser til MR begge hofter og knær og ber samtidig om mulig at de planlagte kontrollene koordineres pga. lang reisevei og omsorg for dement ektemann.

Tabell 1. Lokalsykehuset samordner øyepol, med.pol og all røntgen til samme dag

Tiltak	Egenandel	Refusjon	Kostnad
Drosje t/r + ventetakst 5 timer *	230,-		3415,-
Diabeteskontroll øyepol	0	40,-	
Kontroll angina/HT/diab med.pol lege m/ekg	265,-	415,-	
Diabeteskontroll med.pol spl.	0	0	
Diabeteskontroll med.pol ernæringsfysiolog	0	0	
Rtg Thorax (bestilt med pol)	0		
Rtg begge hofter + knær (supplert av radiolog)	200,-	3230,-	
MR begge hofter + knær	0		
Sum	695,-	3685,-	3415,-
Gevinst lokalsykehuset			270,-
Gevinst lokalsykehus uten transportkostand			4150,-

* I hht. avtale Helse Finnmark HF og Finnmark Taxi as

Tabell 2 Lokalsykehuset samordner ikke

Olaug må 1 dag til øyelege, 1 dag til med.pol diabetesspl/ern.fys, 1 dag til kardiolog og rtg thorax, 1 dag til MR + rtg. hofter, 1 dag til MR + Rtg. Knær

Tiltak	Egenandel	Refusjon	Kostnad
Drosje t/r + ventetakst 2 timer x 5 *	1130,-		13440,-
Diabeteskontroll øyepol	265.-	40.-	
Kontroll angina/HT med.pol lege m/ekg	265.-	415.-	
Diabeteskontroll med.pol spl.	0	0	
Diabeteskontroll med.pol ernæringsfysiolog	0	0	
Rtg Thorax (bestilt med pol)	200,-	155,-	
Rtg + MR begge hofter	200,-	1196,-**	
Rtg + MR begge knær	200,-	1196,-**	
Sum	2260,-	3002	13440,-
Tap lokalsykehuset			8178,-

* I hht. avtale Helse Finnmark HF og Finnmark Taxi as

** Oppstyking av rtg us som angitt gir en samlet sum refusjon og egenandel 4745,-. Om en velger bare ett ledd pr dag til MR blir samlet sum refusjon og egenandel for røntgenundersøkelsene 8252,-

Gjør vi imidlertid et tankesprang og bosetter Olaug i en stor by der det tar 10 minutter med trikken å komme seg til sykehuset, er det i dag aksept fra myndighet og sykehuseier for en slik løsning. Den gjør det mulig å effektivisere pasi-

entbehandlingen ved de respektive poliklinikker evt. hos private spesialister med redusert ventetid og økt produktivitet og inntjening til følge.

Dette gir følgende uttelling:

Gevinst lokalsykehus uten transportkostnad (refusjon + egenandel)	4132,-
--	---------------

Gjør vi nok et tankesprang og gjør Olaug til en like syk men mentalt oppegående og reiseglad enke som ikke ønsker sine behov for tjenester ivaretatt ved lokalsykehuset, står hun fritt til å

velge og reise til et lokalsykehus på en annen kant av landet, for dette lokale helseforetakets kostnad og regning. Da ser regnestykket i verste fall slik ut for det lokale foretaket:

Flyreise t/r "storbyen" x 5 (Eks. billigste alternativ Vadsø-Oslo minus egenandel)	5850,-
Tilslutningstransport "hjemme" og i storbyen x 5 minus egenandel	3000,-
Overnatting og diett x 5 pga ikke mulig å komme frem og tilbake på dagen (RT takst)	2175,-
Tapte polikliniske inntekter	4132,-
Tap lokalsykehuset hjemme	15157,-
Gevinst for det valgte lokalsykehus	4132,-

Mottakende spesialist/foretak står «fritt» til å definere behov for videre kontroll og intervall på disse uten annen begrensning enn at det er innenfor rammene av en akseptabel medisinsk norm (betydelig variasjonsbredde). Hjemmeforetaket har ingen mulighet til å overprøve behovene faglig med mindre det kan påvises et klart misbruk, og står uten mulighet til å kunne øve styring gjennom budsjett.

Eksempel 2.

Olaug blir akutt syk, primærlegen mistenker «stroke in progres» evt. subarachnoidalblødning, innlegges ø-hjelp lokalsykehuset. Vaktavende kirurg og medisiner tilkalles da Olaug er blitt gradvis mer og mer somnolent/vanskelig kon-

taktbar. CT utelukker subarachnoidalblødning men viser hjerneblødning og hun innlegges med.avd. Etter 10 dager stabil og overføres rehabiliteringsavdelingen for 4 ukers opphold. Kommer seg bra og en planlegger overføring til videre rehabilitering i kommunehelsetjenesten. For å planlegge overføring til hjemkommune reiser Ambulant rehabiliteringsteam (ergoterapeut, sosionom og spl.) tilknyttet rehabiliteringsavdelingen til møter 1 dag med primærhelsetjenesten for å informere og undervise og senere ytterligere en dag for å bistå kommunen med råd og veiledning med tanke på å tilrettelegge Olaugs bolig slik at hun kan komme hjem.

Tabell 2.1 Lokalsykehusets ISF regnskap

Tiltak	Egenandel	Refusjon	Kostnad
Ambulansetransport (1/2 døgn beredskap)	0	0	1250,-*
10 dager innlagt på med.avd	0	27.474,-	40.000,-***
Alt. 1 28 dager i direkte fortsettelse på rehab.avd	0	53.675,-	168.000,-**
Alt. 2 28 på slagenheten med.avd	0	29.475,-	56.140,-***
Vaktberedskap lokalsykehuset	0	0	17.200,-****
Hjemtransport drosje	115,-	0	1340,-
Ambulant rehabiliteringsteam 2 dager	0	300,-	12.950,-
Reiseregning ambulant rehabiliteringsteam	0	0	1700,-
Sum	115,-		
- bruk av rehab.avd.		81.500,-	222.500,-
- bruk av slagenhet		57.250,-	110.250,-
Tap lokalsykehuset (rammetilskudd ikke medregnet)			
- bruk av rehab.avd (takst kompleks rehabilitering)			141.000,-
- bruk av slagenhet (takst enkel rehabilitering)			73.000,-
Tap lokalsykehus (inkl. 40% rammetilskudd)			
- bruk av rehab.avd.			53.000,-
- bruk av slagenhet			32.000,-

* pris på ? døgn ambulansedrift i Vadsø regnet ut ifra totalrammen/årsverk/dager

** basert på døgnpris rehab.avd. Kirkenes sh.

*** basert på døgnpris med.avd. Kirkenes sh.

**** basert på prisen for å holde kirurgisk, gynekologisk, medisinsk og føde vaktberedskap 1døgn på Kirkenes sh delt på et gjennomsnittlig antall ø-hjelpsinnleggelser på 3,5 pr vakt døgn 8252,-

Lokalsykehuset gjennomfører diabeteskontroll, øyepol., med.pol. (diabetesteamet), tar MR + Rtg av hoftene og knærne under oppholdet.

Tapte inntekter pga ingen refusjon/egenandel for rtg/polikliniske us. inneliggende pas.	4132,-
Sparte kostnader pasienttransport til poliklinisk undersøkelse 1 dag (tab. 1.1)	3415,-
Tap lokalsykehuset	717,-
Tap lokalsykehus uten transportkostnad	4132,-