

STYRESAK 78-2007/6**FELLES PLANFORUTSETNINGER FOR
LOKALSYKEHUS**

Møtedato: 22. august 2007

Formål/sammendrag

Helseforetakene arbeider med planlegging av flere nye lokalsykehus. Nordlandssykehuset Vesterålen har første prioritet. UNN Narvik er i startfasen av planleggingen og skal bruke deler av planleggingsgrunnlaget fra Vesterålen. Helse Nord RHF arbeider med en overordnet strategi for lokalsykehus, men denne vil ikke foreligge før ved utgangen av året. Det er derfor behov for å etablere felles forutsetninger for pågående planlegging inneværende år. Denne orienteringssaken gir en oversikt over planforutsetninger som allerede er nedfelt i vedtatte nasjonale og regionale planer og strategier.

Bakgrunn

Bygging av nytt lokalsykehus i Vesterålen har vært høyt prioritert i Helse Nord over lang tid. Adm. direktør har besluttet at det skal utarbeides et alternativt skisseprosjekt fordi planforutsetningene er endret, delvis fordi Stokmarknes sykehus nå er organisert som en del av Nordlandssykehuset HF og delvis fordi det er gitt nye føringer for lokalsykehusene. Gjennomgang av bygningsmessige forhold ved Narvik sykehus har vist mangler som gjør at nybygg også i Narvik må prioriteres høyt. Det foreligger i tillegg planer om betydelig ombygging eller nybygg i Hammerfest og Kirkenes.

Nasjonal helseplan er vedtatt, og utredningene fra Lokalsykehusutvalget og Traumeutvalget er avlevert og ventes å bli retningsgivende for en mer detaljert nasjonal strategi for akutfunksjoner ved lokalsykehus. Det foreligger vedtatte regionale føringer for kronikersatsingen, ortopedi og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Helse Nord RHF har i tillegg startet utredninger av tilbudene innenfor blant annet intensivbehandling og laboratoriemedisin.

Vurdering

Ovenfor nevnte planer, strategier og utredninger utgjør til sammen felles forutsetninger ved planlegging av nye lokalsykehus. Planforutsetningene vil bli ytterligere utdypet i mer detaljert lokalsykehusstrategi som styret vil få til behandling mot slutten av året. Ut fra det som er kjent, må tjenestetilbudet ved lokalsykehusene bygges rundt fire hovedområder:

1. Gode diagnostiske tilbud som raskt leder pasienten inn i riktig behandlingsskjede
2. Trygge akutttilbud som inngår i en samlet akuttmedisinsk kjede
3. Et bredt tilbud i generell indremedisin og geriatri med hovedvekt på tjenester til kronikergruppene og det økende antallet eldre pasienter med sammensatte lidelser. Dette må suppleres med et tilbud som minimum dekker behovet for enklere elektiv kirurgi til de samme pasientgruppene, og polikliniske tjenester fra ambulante spesialister på områder der det foreligger pasientvolumer som gir grunnlag for det.
4. Differensierte fødetilbud

De bygningsmessige konsekvensene er blant annet at det bør etableres felles akuttmottak (FAM) og akuttposter der det tradisjonelle skillet mellom kirurgiske og indremedisinske senger utviskes. Geriatiske senger og rehabiliteringssenger bør samlokaliseres og vurderes integrert i akuttposten ved de minste sykehusene, eller etablert som egen sengepost ved litt større sykehus. Det må legges opp til tett samarbeid med vertskommunen og omkringliggende kommuner for å vurdere om samlokalisering av kommunale tjenester og sykehustjenester kan være hensiktsmessig.

Konklusjon

Vedlagte saksfremlegg gir en oversikt over nasjonale og regionale planer, strategier og utredninger som til sammen danner grunnlag for felles planforutsetninger for nye lokalsykehus. Disse forutsetningene legges til grunn i det videre arbeidet med planlegging av nybyggene i Vesterålen og Narvik. Konsekvenser som følger av styrets behandling av overordnet lokalsykehusstrategi og organisering av intensivbehandling senere i år skal innarbeides i planene når de foreligger. Tilsvarende gjelder for konsekvensene av Regjeringens behandling av lokalsykehusutvalgets rapport.

Trykte vedlegg: Brev til helseforetakene vedrørende felles planforutsetninger for lokalsykehus

Til
Helse Finnmark HF
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Nordlandssykehuset HF
Helgelandssykehuset HF

FELLES PLANFORUTSETNINGER FOR LOKALSYKEHUS

Bakgrunn

Soria-Moria-erklæringen

I Soria-Moria-erklæringen fra desember 2005 er det et overordnet mål at alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester. Regjeringen slo fast at den vil ha et desentralisert sykehusstilbud som sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned, men arbeidet med bedre arbeidsdeling, som fremmer kvalitet i pasientbehandlingen, skal videreføres. Samhandlingen med kommunehelsetjenesten samt opptrenings- og rehabiliteringstilbudet skal styrkes. Regjeringen annonserte at Stortinget kom til å få en nasjonal helseplan til behandling hvert fjerde år.

Nasjonal helseplan

Stortinget har vedtatt Nasjonal helseplan for perioden 2007 til 2010. Planen beskriver seks "bærebjelker" som skal prege alle typer helsetjenester. Nærhet og trygghet, samt faglighet og kvalitet, er to av disse. En helhetlig sykehusstruktur med hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling er vurdert som viktig for å oppnå nærhet og god kvalitet samtidig.

Planen slår fast at lokalsykehusene skal være reelle sykehus med innhold ut fra befolkningens behov. Lokalsykehusene skal representere en trygghetsbase for befolkningen, blant annet ved å tilby gode diagnostiske tilbud som raskt leder pasientene inn i riktig behandlingsskjede og avklarer hvem som må sendes videre til mer spesialiserte sykehus.

Nasjonal helseplan slår fast at tjenestetilbudet skal konsentreres om behovene i store pasientgrupper der behandling krever en generell tilnærming. Dette gjelder særlig pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser. Planen legger vekt på at lokalsykehusene skal være spesialisthelsetjenestens bindeledd til kommunehelsetjenesten, og stå for den praktiske samhandlingen om pasientgrupper og enkeltpasienter. Planen tar sikte på ytterligere desentralisering av lokalsykehusenes tjenester via samarbeid med sykestuer og distriktsmedisinske sentra, og påpeker at lokalsykehusene også skal tilby spesialisthelsetjenester i pasientenes hjem, for eksempel i form av ambulante team innenfor geriatri, psykiatri og kreftbehandling. Lokalsykehusene skal sammen med distriktpspsykiatriske sentra (DPS) spille en sentral rolle i den varslede opptrappingsplanen for rusfeltet, og lokalsykehusene er tildelt viktige funksjoner for kronikergruppene gjennom de nasjonale strategiene for kreft, diabetes, KOLS og kvinnehelse.

Planen legger opp til at det skal sikres nærhet til fødetilbudene gjennom differensierte fødetilbud der lavrisikofødsler kan finne sted på fødestuer i eller utenfor lokalsykehus, mens risikofødsler samles på fødeavdelinger.

Nasjonal helseplan understreker at lokalsykehusenes akuttfunksjon må ses i sammenheng med hele den akuttmedisinske kjeden, og at det er helheten som er avgjørende for et godt tilbud. Planen vektlegger de prehospitale tjenestene, og slår fast at det må være rom for fleksibel organisering og oppgavefordeling, og at det ikke er hensiktsmessig å ha fulldøgns akuttberedskap i mange spesialiteter ved små sykehus. Regjeringen oppnevnte et utvalg (Lokalsykehusutvalget) for å utrede akuttfunksjonene og den samlede behandlingsskjede.

Lokalsykehusutvalget

Lokalsykehusutvalget la frem sin innstilling i mars 2007. Innstillingen er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet, og den ventes å bli retningsgivende for en mer detaljert nasjonal strategi for akuttfunksjoner i lokalsykehus som presenteres i Statsbudsjettet for 2008. Utvalget konkluderte med at det er behov for videreutvikling av lokalsykehusene, og peker på at omstilling ikke bør forstås som *flytting* av tjenester mellom nivåer (desentralisering og sentralisering), men som *endring* av tjenestene og måten helsepersonell arbeider på.

Utvalget legger til grunn at akuttfunksjonen må utvikles med vekt på lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og sykehus, tidlig diagnostikk som leder pasientene inn i riktig behandlingsskjede og forpliktende nettverkssamarbeid. Det understrekes at det diagnostiske tilbudet kan forbedres med økt bruk av teleradiologi og telemedisin, og det anbefales opprettet felles akuttmottak (FAM) der kommunal legevakt, ambulansestasjon og sykehusets akuttmottaks er samlokalisert, med tilgang til observasjonssenger.

Lokalsykehusutvalget erkjenner at det kirurgiske tilbudet ved lokalsykehusene har gjennomgått store endringer på grunn av økende spesialisering og sentralisering av teknisk komplisert kirurgi, og på grunn av vansker med å utdanne og rekruttere nok generelle kirurger. Utvalget legger samtidig vekt på at de fleste akutte livstruende tilstander allerede i dag håndteres av indremedisinere og anestesileger. Pasienter med alvorlige skader har likevel behov for å bli møtt med kompetanse som gir trygghet for at livreddende og skadebegrensende kirurgiske prosedyrer blir utført i tide. Utvalget anbefaler derfor tiltak for å utvikle den akuttmedisinske breddekompetansen uten å nødvendigvis knytte dette til spesialiteten generell kirurgi. Det foreslås en rekke mulige tiltak på utdanningsiden, og mulighet for å differensiere tilbudet etter to faglige standarder:

- *Akuttsykehus* skal kunne ta imot alle indremedisinske akutttilfeller og beherske et bredt spekter av kirurgiske prosedyrer slik at sykehuset kan håndtere de fleste typer alvorlige skader i den tidlige akuttfasen. Mange alvorlig skadde (for eksempel pasienter med alvorlig hodeskade, som utgjør om lag 50 % av dem med alvorlige skader) må likevel sendes videre til universitetssykehus for endelig behandling. Utvalget understreker at det ikke er krav om spesialisert bakvakt i ortopedi ved akuttsykehusene.
- *Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner* har hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, supplert med en enklere kirurgisk beredskap for prosedyrer som er nødvendige for å stabilisere pasienter, eller som det er urimelig å måtte reise langt for å få. Eksempler kan være intubasjon og sedasjon, innlegging av dren i brysthulen, avlastning av urinretensjon og midlertidig stabilisering av brudd. Utvalget mener at prosedyrene ikke nødvendigvis må utføres av spesialister i kirurgi. Sykehus med tilpassede akuttfunksjoner må som minimum ha spesialist i indremedisin i døgnerberedskap, og med dagens kompetanseprofil også spesialist i anestesi. Innenfor vanlig arbeidstid må også disse sykehusene kunne tilby vanlig elektiv kirurgi som de store pasientgruppene nevnt ovenfor har behov for.

Traumeutvalget

Et utvalg oppnevnt av fagdirektørene i de regionale helseforetakene (Traumeutvalget) fikk i 2005 i oppdrag å utrede eventuell etablering av et nasjonalt traumesystem.

Lokalsykehusutvalget bygde noen av vurderingene på anbefalingene fra Traumeutvalget, og anbefalte organisatoriske og kompetansehevende tiltak for å bedre tilbudet til pasienter som er alvorlig skadd. Utvalget fant at de fleste lokalsykehus har materielle rammer til å ta imot hardt skadde pasienter, men anbefalte at det bør stilles mer spesifikke kompetansekrav når det gjelder prosedyrer som skal beherskes ved akuttisykehusene.

Legeforeningens lokalsykehusutredning

Legeforeningen presenterte i 2006 rapporten *Lokalsykehusenes fremtidige rolle*, som også konkluderer med at lokalsykehusene må styrkes for å gi den voksende gruppen kronikere og eldre med sammensatte lidelser tjenester med god kvalitet og tilgjengelighet. Utvikling av breddekompetanse og sammenhengende behandlingsskjeder trekkes også her frem som viktige virkemidler. Rapporten konkluderer likevel med at lokalsykehus med akuttfunksjoner må videreføre spesialiserte vaktordninger for både indremedisin og generell kirurgi, men den unnlater å ta stilling til hvilke konsekvenser dette kravet vil ha når det gjelder mulighetene for å opprettholde akuttfunksjonen ved de minste lokalsykehusene.

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Den legger opp til at de største pasientgruppene skal få sine tilbud på lokalsykehusene som beskrevet ovenfor. Arbeidet viste at desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulerende er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø. Strategien konkluderer med at lokalsykehusene bør ha fleksible løsninger for å ta imot ambulerende spesialister, og for bruk av telemedisinske tjenester mellom sykehusene.

Intensivbehandling

Helse Nord RHF har etablert en prosess for å vurdere intensivkapasiteten i landsdelen. Utgangspunktet er blant annet gjentatte bekymringsmeldinger rundt kapasitetssvikt ved Universitetssykehuset HF og til dels ved Nordlandssykehuset HF Bodø, samt mulig ledig kapasitet ved lokalsykehusene. Utredningen skal bygge på anbefalinger fra Kunnskapssenteret når det gjelder samlet kapasitetsbehov, og det skal vurderes om intensivtilbudet kan differensieres, for eksempel ved å skille mellom intensivavdelinger og overvåkingsenheter (intermediærenheter) med beredskap for kortvarig respiratorbehandling.

Ortopedi

Helse Nord RHF har vedtatt at ansvaret for ortopedisk kirurgi skal lokaliseres til ett sykehus i hvert helseforetak, og at spesialisert ortopedisk beredskap skal være tilgjengelig kun ved disse sykehusene. Det er en forutsetning at det etableres rutiner som sikrer at vanlige og mindre alvorlige ortopediske skader som ikke krever umiddelbar kirurgisk behandling fortsatt håndteres ved lokalsykehusene. Denne organiseringen fullføres i løpet av inneværende år.

Laboratoriemedisin

Helse Nord RHF utreder struktur og arbeidsfordeling for laboratoriemedisin og blodbankvirksomhet. Det er i utgangspunktet klart at alle lokalsykehus må ha laboratorievirksomhet og at driften må være døgnkontinuerlig, men utviklingen går i retning av flere automatiserte analyser og standardisering av prøveoppsettet. Dette gjør at virksomheten blir mindre arealkrevende enn tidligere. Sykehus med tilpassede akuttfunksjoner vil sannsynligvis ikke ha behov for komplett blodbankfunksjon.

Revisjon av regional smittevernplan

Den regionale smittevernplanen skal revideres i 2007 og dette kan få konsekvenser når det gjelder vurdering av behovet for luftsmitteisolater.

Habilitering og rehabilitering

Den regionale handlingsplanen for habilitering og rehabilitering legger opp til at det skal være en sengepost for rehabilitering i hvert helseforetak, og i tillegg ambulante team.

Psykatri og rusfeltet

Den nasjonale opptrappingsplanen og den regionale tiltaksplanen for psykisk helsevern samt den regionale tiltaksplanen for tverrfaglig behandling av rusmisbruk, legger lokalsykehusfunksjonene for til DPS-ene. Lokalsykehusutvalget anbefaler at DPS-funksjonene vurderes samlokalisert med somatikken.

Vurderinger

Soria-Moria-erklæringen og Nasjonal helseplan gir klare føringer for hvordan lokalsykehusene skal utvikles. Retningen er ytterligere klargjort gjennom Lokalsykehusutvalgets rapport, som langt på vei er i overensstemmelse med rapportene fra Traumeutvalget og Legeforeningen. Det foreligger i tillegg vedtatte regionale føringer blant annet gjennom strategien for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester og vedtak om organisering av ortopedi. Disse forholdene kommer til å bli enda bedre belyst i løpet av høsten når Regjeringens vurdering av Lokalsykehusutvalgets rapport og fødselsomsorgen blir kjent, samtidig som resultatet av den regionale utredningen rundt organisering av intensivbehandling blir ferdigstilt. Det er likevel allerede nå mulig å utvikle felles planforutsetninger for nye lokalsykehusbygg.

Hovedområder i tjenestetilbudet

Ut fra de forutsetningene som er kjent, er det klart at tjenestetilbudet ved lokalsykehusene må bygges rundt fire hovedområder:

5. Gode diagnostiske tilbud som raskt leder pasienten inn i riktig behandlingsskjede
6. Trygge akutttilbud som inngår i en samlet akuttmedisinsk kjede
7. Et bredt tilbud i generell indremedisin og geriatri med hovedvekt på tjenester til kronikergruppene og det økende antallet eldre pasienter med sammensatte lidelser. Dette må suppleres med et tilbud som minimum dekker behovet for enklere elektiv kirurgi til de samme pasientgruppene, og polikliniske tjenester fra ambulante spesialister på områder der det foreligger pasientvolumer som gir grunnlag for det.
8. Differensierte fødetilbud

Det må gjøres lokale tilpasninger selv om forutsetningene i hovedsak er de samme for alle lokalsykehus. Transporttider, værforhold, rekrutteringssituasjonen og lokale behandlingstradisjoner er eksempler på forhold som det kan være nødvendig å ta hensyn til. Helse Nord RHF vurderer Kirkenes sykehus å være i en særstilling både regionalt og nasjonalt når det gjelder geografiske forhold og transporttider.

Tilbudene må utvikles i nær samhandling med kommunehelsetjenesten, og suppleres med nettverkssamarbeid med mer spesialiserte sykehus gjennom bruk av telemedisinske løsninger og ambulering. Det er lagt et godt grunnlag for utvikling av modeller for slikt samarbeid siden lokalsykehusene i Lofoten og på Stokmarknes samt i Narvik og Harstad er organisert som enheter i henholdsvis Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Omstillingsprosjektene ved Helgelandssykehuset Mosjøen og Nordlandssykehuset Lofoten representerer verdifulle erfaringer.

Konsekvenser for planlegging av nye sykehusbygg

Akutfunksjoner

Det bør planlegges akuttmottak som drives i samarbeid med interkommunal legevakt, såkalt felles akuttmottak (FAM). Erfaringene fra Helgelandssykehuset HF Mosjøen tyder på at FAM med fordel kan samlokaliseres med interkommunal legevaktformidling, og med et kommunalt legesenter for vanlig fastlegevirksomhet. FAM må i tillegg

- Ha et stort akuttrom med mulighet for videokonferanse med større sykehus og mulighet for enkel billeddiagnostikk (ultralyd, røntgen toraks). Det bør også være mulig å utføre enkle kirurgiske prosedyrer på akuttrommet.
- Ha observasjonssenger som både sykehusleger og allmennleger kan bruke til observasjon av pasienter med uavklarte tilstander
- Ha tilgang til laboratoriet og CT-undersøkelse i umiddelbar nærhet. Hvis det billeddiagnostiske tilbudet (røntgenavdeling) organiseres i en samlet enhet, bør denne ligge nær FAM
- Være samlokalisert med ambulansestasjon

Billeddiagnostikk

Lokalsykehusene må tilby ordinær røntgendiagnostikk, ultralydundersøkelser og CT. Det bør ved planlegging av nye bygg tas høyde for at det kan bli aktuelt å installere MR.

Sengeposter og normering av sengetall

Kjeden mellom FAM, billeddiagnostikk og sengepost for håndtering av akutte indremedisinske og geriatriske tilstander, vil være lokalsykehusets viktigste. Det er dokumentert sammenheng mellom størrelsen på sengeposter og kostnader, med rundt 25 senger som mulig optimal størrelse for kostnadseffektiv drift. Behovet for antall senger bør derfor vurderes både ut fra behov (basert på nasjonale normtall og lokale fremskrivninger av befolkningsutviklingen), og ut fra beregninger av befolkningsgrunnlag og nedslagsfelt. Det kan som eksempel være kostnadseffektivt å øke opptaksområdet fremfor å nedskalere en sengepost, eller omvendt. Bygningsmessige løsninger som gir rom for fleksibilitet i sengetallet, for eksempel såkalte sengetun som er bygd slik at deler av sengeposten kan åpnes og stenges etter behov, må også vurderes.

Ved de minste lokalsykehusene vil det ikke være pasientgrunnlag for å drive kirurgiske sengeposter av rasjonell størrelse, og man bør derfor vurdere felles akuttposter der det tradisjonelle skillet mellom kirurgiske og indremedisinske pasienter ikke videreføres.

Erfaringene fra omstillingsprosjektet ved Nordlandssykehuset Lofoten går i retning av at det er mulig å dekke akutfunksjonen uten egen intensivitet. Dette spørsmålet vil bli nærmere vurdert i den regionale intensivutredningen. Det bør til denne foreligge tas høyde for at det kan være hensiktsmessig å integrere intensiv- og/eller intermediærsenger i sengeposten på en måte som muliggjør fleksibel bruk av bemanning.

Det er omdiskutert hvorvidt det er mulig å drive rehabilitering i senger som er integrert i en akuttpost. Helse Nord RHF har bestilt en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapscenteret for å få belyst denne problemstillingen. Rehabilitering blir gradvis mer integrert i akuttbehandlingen av for eksempel hjerneslag, og sengeposter for rehabilitering bør derfor i fremtiden lokaliseres til sykehus. I lokalsykehus med rehabiliteringssenger, bør samlokalisering med senger som brukes til akutte geriatriske problemstillinger vurderes.

Erfaringene fra omstillingsprosjektet i Lofoten går i retning av at somatiske senger og senger til psykisk helsevern samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan samlokaliseres. Dette bør vurderes i byggeprosjekter der det er behov for nye lokaler også til DPS-funksjonene.

Fødeenhet

Alle lokalsykehus skal ha en fødeenhet. Differensieringen av fødetilbudene vil bli nærmere avklart når departementet har fullført sine pågående vurderinger i løpet av høsten. Det må uansett vurderes om fødeenheter med lave fødselstall kan integreres i en felles sengepost, eventuelt i kombinasjon med bruk av hotellsenger (se nedenfor).

Intervensjonsrom og luftsmitteisolat

Fagutviklingen går i retning av en sammensmelting mellom kirurgi, radiologisk intervensjon og invasive medisinske prosedyrer. Det bør vurderes om man skal bygge en felles intervensjonsenhet istedenfor en tradisjonell operasjonsavdeling. Minst ett intervensjonsrom må tilfredsstille de strenge kravene til sterilitet som gjelder ved implantasjonskirurgi. Når den reviderte regionale smittevernplanen foreligger, må det vurderes om det skal være luftsmitteisolater ved alle nye sykehus, og om det i så fall er teknisk hensiktsmessig å bygge disse i tilknytning til intervensjonsrommene.

Dagbehandlingsenhet og pasienthotell

Erfaringene fra blant annet Helgelandssykehuset HF Mosjøen viser at det er mulig å drive en omfattende dagkirurgisk virksomhet uten tilgang til tradisjonelle kirurgiske senger. Det bør planlegges en dagbehandlingsenhet med observasjons-/postoperative senger. Desentralisert dagbehandling blir i økende grad tatt i bruk blant annet i forbindelse med cellegiftbehandling av kreftpasienter og behandling med biologisk aktive medikamenter for pasienter med revmatisk sykdom. Det bør vurderes om all dagbehandling skal samles i en enhet i tilknytning til intervensjonsenheten. Det må ut fra lokale geografiske forhold, reiseavstander etc. vurderes om det er grunnlag for å knytte et hotelltilbud til dagbehandlingsenheten.

Poliklinikker og lokaler for ambulante team

Lokalsykehusene kommer til å ha et differensiert poliklinisk tilbud dekket av både fast personale og ambulerende spesialister. Antall behandlingsrom bør dimensjoneres slik at det ikke oppstår fysiske begrensninger i mulighetene for ambulerende. Lokalsykehusene skal ha ambulante team for blant annet geriatri, rehabilitering og habilitering. Det er her spesielt viktig å få til god samhandling med kommunehelsetjenesten, og det bør diskuteres med vertskommunene om det er behov for bygging av felles lokaler.

Konklusjon

Det skal i løpet 2007 fremmes en sak for styret i Helse Nord RHF om lokalsykehusstrategi. Dette notatet viser at mange av elementene allerede er på plass gjennom vedtatte nasjonale føringer og regionale handlingsplaner, samtidig som det på noen områder gjenstår uavklarte problemstillinger som har betydning ved planlegging av nye lokalsykehus. De overordnede prinsippene må inntil videre være at tjenestetilbudet skal bygges rundt de fire hovedområdene diagnostikk, akutttilbud, generell indremedisin/geriatri og fødetilbud. Det bør etableres felles akuttmottak (FAM) og akuttposter der det tradisjonelle skillet mellom kirurgiske og indremedisinske senger utviskes. Geriatrike senger og rehabiliteringssenger bør samlokaliseres og vurderes integrert i akuttposten ved de minste sykehusene, eller etablert som egen sengepost ved litt større sykehus. Det må legges opp til tett samarbeid med vertskommunen og omkringliggende kommuner for å vurdere om samlokalisering av kommunale tjenester og sykehus tjenester kan være hensiktsmessig.

Vennlig hilsen

Lars Vorland
adm. direktør

Tor Ingebrigtsen
fagdirektør

