

NÆRSYKEHUSET

- rett pasient på rett sted til rett tid

**Rapport fra
prosjektgruppe
desember 2003**

Forord

To hovedtrender innen sengetall i sykehus er på den ene side et økende behov for indremedisinske senger og på den annen side avtagende behov for kirurgiske senger. Viktige forklaringer er økende antall eldre og kronikere, samt utvikling av nye kirurgiske teknikker som kan utføres som dagbehandling eller med kortere liggetider. Men hvis akutt kirurgi forsvinner fra et mindre sykehus, må det da forvitte eller hva kan indremedisinen få til? Denne arbeidsgruppen fikk i oppdrag å gi en faglig beskrivelse og drøfting av hvordan indremedisin kan videreutvikles i et slikt sykehus.

Helse Nords utredninger gir fra tid til annen noe diskusjon i fagmiljøene. Dette anses å være nødvendige brytninger. Avgjørende er imidlertid at prosessene stimulerer fagmiljøene til å delta aktivt. Full konsensus er nødvendigvis ikke et hovedmål i utredningsfasen. Dette mener vi vil styrke Helse Nord RHF-styrets muligheter til å prioritere gjennom sine vedtak. I denne rapporten er det konsensus om besvarelse av hovedspørsmålet; faglig sett det kan være svært meningsfullt å bevare og utvikle indremedisin i et ”endelt” sykehus. Det er en grundig utredning hvor noen av deltakerne også har vært på studietur til Sverige og sett på ”indremedisinske sykehus” i Dalarna.

Utredningen er grundig, og vil sannsynligvis være av nasjonal interesse da ”distriktsmedisinske sentre” eller ”nærpsykehus” er ofte fremme i både den politiske og helsefaglige debatt. Et viktig spørsmål knyttet til vår definisjon av nærpsykehus er anestesilogisk service eller akuttmedisinsk kompetanse. Dette er inngående drøftet og redegjort for.

Vi takker både helsepersonell fra Nord som har deltatt aktivt i arbeidet og gitt en rekke viktige innspill, samt ekstern prosjektleder fra Sørlandet Sykehus HF som har gitt klar merverdi til utredningen og prosessen.

Rapporten sendes nå på høring til helseforetakene, bruker- og arbeidstakerorganisasjonene. Saken styrebehandles i Helse Nord RHF januar 2004.

Bodø desember 2003

Einar Hannisdal
Fagdirektør

INNHold

Forord.	02
1. Sammen drag og konklusjoner	05
2. Prosjektgruppens oppnevning, sammensetning og virksomhet Mandat	07
3. Innledning og bakgrunn	10
3.1 Akuttmedisin i det indremedisinske fagfelt	10
3.2 Informasjonsteknologiens rolle	11
3.3 Generell indremedisin i nærsykehuset	11
3.4 Bredde i nærsykehusets somatiske organisasjon	12
3.5 Intensjoner og fremvekst av nærsykehuset	12
3.6 Internasjonale informasjoner	13
4. Akuttmedisin i det indremedisinske fagfelt	17
4.1 Hjertesykdommer	17
4.2 Lungesykdommer	19
4.3 Mage-tarmsykdommer	20
4.4 Nyresykdommer	20
4.5 Blodsykdommer	20
4.6 Infeksjonssykdommer	21
4.7 Endokrinologi, diabetes	21
4.8 Geriatri	21
5. Akuttmedisin innen andre fagfelt	22
5.1 Kirurgi	22
5.2 Barnesykdommer	23
5.3 Nevrologi, øre/nese/halssykdommer, øyesykdommer, Hudsykdommer	23
5.4 Gynekologi, fødselshjelp	23
5.5 Psykiatri	23
6. Nærsykehusets organisasjon for akuttmedisin	24
6.1 Overvåkningsenhet/dialyseenhet	24
6.2 Anestesiservice	24
6.3 Akuttmottak, observasjonspost	26
6.4 Transport til spesialavdeling	26
6.5 Serviceavdelinger, røntgenologi, klinisk-kjemi, mikrobiologi, blodbank	27
7. Samhandling primærhelsetjenesten og nærsykehuset	27

7.1	Forbedret kommunikasjon	29
7.2	Legestilling for allmennmedisiner i nærsykehuset	29
7.3	Hospiteringsordninger	30
8.	Nærsykehusets tilbud til kronikergruppene	30
8.1	Dagmedisin	31
8.2	Nærsykehuset og kreftomsorg	32
8.3	Lærings- og mestringscenter	33
9.	Geriatrici	33
9.1	Organisasjon av geriatricien	34
9.2	Spesialoppgaver i geriatrici	35
10.	Hjerneslagenhet	36
11.	Rehabilitering	36
12.	Poliklinisk virksomhet og dagkirurgi	37
13.	Psykisk helsevern	38
14.	Rusomsorg	39
15.	Nærsykehusets personellbehov, rekruttering, utdanning av personell, forskning	39
15.1	Personellbehov	39
15.2	Rekruttering	40
15.3	Utdanning	41
15.4	Forskning	42
16.	Referanser	42

1. Sammendrag og konklusjoner.

Nærpsykehuset slik denne prosjektgruppen bruker begrepet, inneholder akuttmedisinske tilbud, videreutviklet indremedisinsk fagfelt og dagkirurgi, uten kirurgisk døgnvakt.

Mandatet for prosjektgruppen inneholder ikke føringer for at utvalget skal foreslå at nærpsykehus skal erstatte et eller flere konkrete lokalsykehus.

Nærpsykehuset bør bygge på lokalsykehusenes utviklede tjenester og tradisjoner, og legge til rette for å bevare disse ved nye organisatoriske tiltak. Basis vil her være befolkningens krav på trygghet for tilgang på spesialisttjenester. Gruppens syn er at det for enkelte lokalsykehus vil overgang til nærpsykehusmodell være eneste mulighet for å bevares. Erfaringer gjennom en årrekke ved to svenske sykehus organisert som nærpsykehusmodellen taler for at modellen er gjennomførbar. De svenske erfaringene må imidlertid vurderes med varsomhet da de aktuelle svenske sykehusene fungerer under forhold som er forskjellig fra norske forhold på flere viktige områder.

Sykehusorganisasjonen er som et stort skip som ligger tungt på roret og hvor det å endre kurs er krevende og tar tid. Endringer i pasienters behov for sykehustjenester samtidig med den medisinske utvikling med nye viktige muligheter for diagnostikk og behandling tilsier behov for endringer i sykehusorganisasjonen.

Utviklingen i akuttmedisinen medfører krav til nærhet mellom pasient og sykehustjenesten for eksempel ved blodproppløsende behandling ved akutt hjerteinfarkt og etter hvert muligens også ved hjerneslag. På den annen side nødvendiggjør kompleksiteten og kompetansekravene innen kirurgi behov for sentralisering av en del kirurgiske tjenester.

Pasienters nærhet til spesialisthelsetjenesten i akuttmedisinsk sammenheng er den viktigste målsetningen å klargjøre i denne utredningen. Samtidig søkes forholdene lagt til rette for pasienters tilgang i nærpsykehuset på en rekke medisinske fagfelter, og det legges vekt på et helhetlig tilbud slik at psykisk helsevern inkluderes. Utviklingen i informasjonsteknologi muliggjør tilgang på kompetanse uavhengig av geografiske avstander. Siktemålet er å fremme forslag på videreutvikling av kvalitativt gode akuttmedisinske tjenester og ikke reduksjon av disse.

Behovene for nærhet til spesialisthelsetjenesten er større enn noen gang og utgjør det viktige grunnlag for en sykehusmodell som nærpsykehuset. Mandatet inneholder ikke føringer på at utvalget skal foreslå at nærpsykehus skal erstatte et eller flere konkrete lokalsykehus.

I utredningen behandles et stort antall akuttmedisinske tilstander innen indremedisin og alle grenspesialitetene innen dette fagfeltet. For å tilby

akuttmedisinske tjenester på et adekvat kvalitativt nivå stilles krav til anestesistjeneste, og utvalget legger stor vekt på denne forutsetningen. Samtidig påpekes svakheter i de kommunale legevaktsordninger, som preges av uttalt bruk av vikarer grunnet for hyppige vakter, og behovet for samordning av den totale akuttberedskap. Videre påpekes kravene til bredde i kompetanse til indremedisinske spesialister, og endringene i akuttmedisinske behov stiller nye kompetansekrav og behov for videreutdanning.

Helseminister Høybråten uttaler i interpellasjonsdebatt i Stortinget 8.mai 2003 at ” en bedre integrasjon av førstelinjetjeneste og andrelinjetjeneste er neste generasjons helsereform”. I samme debatt presiseres behovet for ”halvannenlinjetjeneste” og sammenhengende behandlingsskjeder.

Utredningen innebærer forslag til organisasjon i nærsykehuset som muliggjør akuttmedisinsk virksomhet på adekvat kvalitativt nivå ved videreutvikling av samhandling mellom primærhelsetjenesten og nærsykehuset og tilrettelegging av seleksjon og transport av pasienter som trenger overføring til spesialavdeling. Videre søkes klarlagt tjenester for de store kronikergruppene med polikliniske og dagmedisinske tilbud, og personell, lokaler og utstyr som legger til rette for ambulante spesialisttjenester. Nærhet til sykehustjenester er spesielt viktige i sykdomsforløpet for pasienter med alvorlige og livstruende sykdommer, og utredningen gir forslag på organisasjon av tilbud på dette området.

Det er varierende syn i prosjektgruppen på behovet for strukturendringer i spesialisthelsetjenesten. Mye taler for at endringer i pasient behov, økte muligheter for diagnostikk og behandling, utvikling teknologisk spesielt innen informasjonsteknologi gjør at strukturendringer tvinger seg fram. Disse skjer imidlertid i et spenningsfelt av interessekonflikter mellom nærhet og sentralisering, mellom fagpersonellens generelle og spesialiserte kompetanse, mellom behovene innen akuttmedisin og tilbudene til kronikergruppene. Selv om behovene for strukturendringer i små sykehus vurderes forskjellig blant prosjektgruppens medlemmer, har prosessen i gruppens virksomhet imidlertid ført til stor enighet om de faglige forhold som er gjennomgått i rapporten. Det dreier seg om oppslutning om forslagene til videreutvikling innen akuttmedisin og organisatoriske tiltak for videreutvikling av fagfeltet indremedisin.

Mye taler for at rekruttering av fagpersonell vil være avgjørende for gjennomførbarheten av nærsykehusmodellen. Dette gjelder flere faggrupper, men spesielt indremedisinske spesialister, anesthesi personell og spesialister for å gjennomføre ambulant poliklinisk og dagmedisinsk/dagkirurgisk virksomhet. Prosjektgruppen foreslår tiltak for rekruttering og at Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og fordeling av leger oppfordres til å ta initiativ for å videreutvikle spesialistutdanningen innen generell indremedisin og akuttmedisin for indremedisinske spesialister.

2. Prosjektgruppens oppnevning, sammensetning og virksomhet.

Helse Nord oppnevnte 28.04.03 en prosjektgruppe til å utrede en sykehusmodell med indremedisinsk avdeling med akuttmedisinske funksjoner, dagkirurgi uten kirurgisk avdeling med døgnvakt.

Prosjektgruppens sammensetning:

Overlege dr.med. Kjell A. Grøttum, Sørlandet sykehus Kristiansand, prosjektleder.

Overlege dr.med. Hanne Bjørnstad, kardiolog, Nordlandssykehuset HF, Bodø.

Overlege Jørgen Hansen, anestesilege, Nordlandssykehuset HF, Bodø.

Overlege Leiv Th. Hansen, indremedisin, Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes.

Overlege Johanne Harang, indremedisin, Hålogalandssykehuset HF, Narvik.

Oversykepleier Trine P. Haugen, spesialsykepleier, Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes.

Sykepleiefaglig rådgiver Marit H. Løvlien, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen.

Spesialrådgiver Oddvar Larsen, Helse Nord RHF, Bodø, sekretær.

Kommunelege Trond Rydsaa, allmenntmedisin, Hemnesberget.

Overlege Sigurd Sparr, geriatri, Universitetsklinikken Nord Norge, Tromsø.

Avdelingsoverlege Dag Stefansen, indremedisin, Helgelandssykehuset, Sandnessjøen.

På det psykiatriske fagfelt er det innspill fra rådgiver Beathe Reiert Nilsen.

Innen geriatrisk fagfelt er tatt kontakt med Prosjektgruppe geriatri, Helse Nord, med innspill fra prosjektgruppens leder avdelingsoverlege Wenche Frogn Sellæg.

Mandat

I prosjektgruppens første møte ble foreslått endringer i mandatet, og dette ble tatt til følge slik at mandatet av 04.05.03 er:

”Hvordan videreutvikle indremedisin i mindre sykehus?

Følgende rammer settes opp i dette arbeidet:

Nærsykehuset defineres i denne utredningen til ikke å måtte ha:

- Akutt beredskap hele døgnet/hele uken i
 - kirurgi og gynekologi/føde

Men nærsykehuset kan ha:

- elektiv kirurgi og evt. beredskap på dagtid
- jordmorstyrt fødestue
- spesialistpoliklinikker med ambulante eller faste spesialister innen viktige fag:
 - kirurgi/ortopedi
 - gynekologi/føde
 - pediatri
 - nevrologi
 - ØNH
 - øye
 - hud
 - psykiatri
 -

Hovedoppgaven for gruppen blir således:

- å se hvordan dagens indremedisinske avdelinger kan ekspandere med å utvikle tjenester innen indremedisin, akuttmedisin, pediatri, geriatri, rehabilitering og evt. psykiatri
- å ta stilling til om nærsykehuset trenger anestesileger, evt. hvilke begrensninger det medfører uten dette.

Følgende rammebetingelser gjelder:

- med.avd. har full øyeblikkelig hjelp-beredskap som nå
- avdelingen har intensivhet med hjerteovervåkning som nå
- sykehuset skal bl.a. behandle hjerneslagpasienter
- avdelingen har klinisk fysiologisk laboratorium m/endoskopi, respirasjonstester, ekkokardiografi
- sykehuset har støttefunksjoner fysioterapi/ergo
- sykehuset har anestesisykepleier i døgnvakt (gjern tilknyttet intensivhet)
- sykehuset har radiologisk service i form av bildetaking (skjelett, thorax, CT, evt. MR og ultralyd)
 - det er radiolog kun til stede deler av døgnet, på sikt kan hele bildegransking tenkes å foregå i andre sykehus/radiologiske

avdelinger pga. PACES/telemedisin når avdelingen er heldigitalisert.

- sykehuset har klinisk-kjemisk service som utfører døgkontinuerlig ”vanlige” analyser
- mikrobiologi og blodbankservice forutsettes som nå
- sykehuset har et akuttmottak kombinert med legevakt med tett samarbeid med allmennleger
- sykehuset har dagkirurgisk enhet hvor man for eksempel kan få tatt biopsier

Mandatet er å besvare følgende:

- finnes denne type ”endelte” nærsykehus andre steder i verden – erfaringer?
- er det gjort tilsvarende utredninger før i Norge?
- er det begrensninger i lovverket for en slik løsning ?
- hvilke begrensninger i tilbudet kan en slik løsning innebære ?
 - besvare dette generelt
 - ved å drøfte om de 20 hyppigste ICD-10 eller DRG gir spesielle utfordringer
 - ved å drøfte 10-20 akutttilstander hvor tilbudet kan bli marginalt eller uforsvarlig og pasient må videresendes annet sykehus
- hvordan kan en slik løsning kompenseres ?
 - videretransport, tekniske hjelpemidler, personell, samhandling andre sykehus
 - ta evt. utgangspunkt i de 10-20 akutttilstander
- hvordan kan ”nærsykehuset” bidra til å stabilisere pasienter som skal videresendes til større sykehus (traumer etc.)?
- hvordan kan allmennleger trekkes inn i avdelingen, evt. som rotasjonsordning?
- i konklusjonen skal gruppen ta stilling til om slike løsninger anses realistisk (faglig og organisatorisk) for de 2 ulike hovedforutsetningene”

Prosjektgruppen aksepterte mandatet.

Det er gjennomført en faglig utredning, men mandatet inneholder ikke oppgaver med å utrede faktagrunnlag, noe som er bl.a. er tidligere grundig gjennomført i utredningen ”Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap” fra 1998 (1).

Prosjektgruppen har hatt 4 heldagsmøter i Bodø og ellers kommunisert via

e-post. Johanne Harang har bare deltatt i et møte. Prosjektgruppen ble gitt en tidsramme innen utgangen av september 2003. Denne ble utvidet bl.a. for å få gjennomført studietur til Sverige til sykehusavdelinger som i flere år har erfaringer med å være uten kirurgisk døgnvakt men med dagkirurgi.

3. Innledning og bakgrunn.

Det indremedisinske fagfelt og indremedisinske avdelinger har behov for videreutvikling faglig og organisatorisk (1). Fagfeltet omfatter ca. 900 hoveddiagnoser og er først og fremst en kunnskapsbank og arbeidsmåte mer enn bygningsmessige avgrensede enheter, og har nære relasjoner til samfunnsutviklingen. Det har de siste årene vært en dramatisk endring i det indremedisinske fagfelt og i funksjonene ved de indremedisinske avdelinger. De akuttmedisinske tilstandene dominerer i økende grad og er et viktig grunnlag for nærsykehuset som modell (3,4,5,6).

For fagfeltet og de indremedisinske avdelinger har aldersutviklingen i befolkningen store konsekvenser når gjennomsnittsalderen på innlagte pasienter er over 75 år. De siste 10-årene har ført til framvekst av store pasientgrupper som lever med kronisk sykdom, og akuttmedisinen innen fagfeltet dreier seg ofte om forverrelser og akutte hendelser hos pasient med flere kroniske sykdommer. Sykdom og symptomer fra flere organer hos samme pasient medfører behov for flere sykehusopphold, polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger gjennom lange tidsrom med kvalitative krav til helsetjenester om kontinuitet i tjenestetilbudet. Lindrende behandling og omsorg for pasienter i livets slutfase er ofte utfordringer for indremedisinske avdelinger, og nærhet mellom pasient, pårørende og sosialt nettverk er meget viktig. Disse forhold har stor betydning som begrunnelse for nærsykehuset.

3.1 Akuttmedisin i det indremedisinske fagfelt.

De siste årene har 80-90 % av innleggelsene i indremedisinske avdelinger vært øyeblikkelig hjelp innleggelser. De første timene etter innleggelse som tidligere ble benyttet til diagnostikk, sortering og pleieplanlegning, preges nå av akutt innsatt og målrettet diagnostikk og behandlingsmessige tiltak, ikke sjelden startet i ambulansen på vei til sykehuset. Sykdomstilstander som for en del år tilbake bare kunne konstateres, kan nå diagnostiseres, ofte uten invasive inngrep, og være tilgjengelig for effektiv behandling.

Indremedisinen som fagfelt er i sin natur mer innrettet på forståelse og fortolkning enn på tekniske prosedyrer og ferdigheter, men medisinsk og teknologisk utvikling går så raskt at utvidelse av kunnskapsmengde og teknologiske krav er enorm.

Behandlerne må derfor kunne rådføre seg med aktuelle grenspesialister ved andre institusjoner og med aktuelle databaser og informasjonssystemer.

3.2 Informasjonsteknologiens rolle.

Teknologiske fremskritt innen diagnostikk med billedfremstilling, klinisk-kjemi, mikrobiologi, molekylærbiologi og genetikk gjør diagnostikk og behandling enklere, mer presis og effektiv. Et økende antall sykdommer kan forventes å kunne behandles kausalt snarere enn palliativt. Telemedisin med faks- og datakommunikasjon gjør det mulig raskt å kunne kommunisere med kolleger og kompetansemiljø innen det aktuelle fagområde. Samvirke mellom primærleger, institusjoner og grenspesialister kan redusere utfordringer som geografi skaper i diagnostikk og behandling av pasienter. Oppfølging og kontroller kan i større grad utføres ved lokale helsetjenester.

Det pågår en rekke utviklingsprosjekter innen dette feltet (8). Det dreier seg om elektronisk henvisning fra primærhelsetjenesten til sykehus, mellom sykehus, utvikling av kvitteringsfunksjon mellom journalsystem til journalsystem, dialogfunksjon og system for røntgenrekvisisjoner. Lov om pasienters rett til fritt sykehusvalg blir ingen realitet før pasienten via sin henvisende lege har et bookingsystem hvor behandlingssted kan velges ut fra ventetid, kvalitets- og serviceparametere. Det er i dag overforbruk av øyeblikkelig hjelpfunksjoner ved sykehus på grunn av manglende alternativer. Ved innføring av en elektronisk vaktfunksjon kan en rekke calling-avbrytelser i vakthavendes hverdag flyttes til en elektronisk kommunikasjon på et tidspunkt med lavere aktivitet. Overføring av kontroller til primærhelsetjenesten kan bedre utvikles ved valg av egnede pasientgrupper og utarbeiding av elektronisk dokumenterte rutiner og medisinsk faglige prosedyrer.

For akuttmedisinen blir informasjonsteknologi stadig viktigere i diagnostikk og behandling. Eksempelvis med Ekg tatt hjemme hos infarktpasienten før blodproppløsende behandling kan gis enten av legen på vakt eller ambulansepersonell på stedet. Røntgenbilder av skadde pasienter i akuttmottak kan overføres til andre kompetansemiljø for å avklare behandlingsstrategi og transport til rette behandlingsnivå.

Informasjonsteknologien kan være et godt redskap i undervisning, opplæring og kompetanseoppbygging.

3.3 Generell indremedisin i nærsykehuset.

Økningen av de akuttmedisinske innslag i virksomheten ved de indremedisinske avdelinger de siste årene er så omfattende at avdelingene har problemer med å

dekke de aktuelle behov og muligheter innen diagnostikk og behandling (9,10) Andelen av akuttmedisinske behov hos eldre pasienter med flere samtidige sykdommer er så stor at belastningen på indremedisinske avdelinger blir spesielt stor og økende. Oppgaven er å forstå den multisyke pasientens situasjon,

vurdere et komplekst symptombilde, gjøre prognostiske bedømmelser og behandle hele pasienten og ikke bare enkeltdiagnoser. Dette løses best i samarbeid med fastlegen av en geriater eller en indremedisiner med bred generell kompetanse innen det indremedisinske fagfeltet og erfaring med symptomatologi og sårbarhet i den eldre aldersgruppen (11,12). Dette stiller krav til spesialistutdanningen ved å vektlegge den generelle utdanningen innen fagfeltet.

Nærpsykehusets rolle i denne sammenheng er først og fremst begrunnet gjennom sin geografiske nærhet og med utviklingen som gjør at tidsfaktoren får en stadig større betydning diagnostisk og behandlingsmessig. Kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet er avhengig av et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten. Det ligger her et potensial til forbedringer i organisering, kommunikasjon og prehospital diagnostikk og behandling.

3.4 Nærpsykehusets somatiske organisasjon.

Mange indremedisinske avdelinger har problemer med å dekke sengebehovet, noe som resulterer i korridorpasienter (13). Dette har sammenheng med økningen i behovene for akuttmedisin, økt antall eldre pasienter og også ved at pasienter som tradisjonelt har hørt inn under andre fagfelt, blir lagt inn i indremedisinske avdelinger med sin tradisjon med "åpen dør" holdning. Antallet sengeplasser i indremedisinske avdelinger bør økes. Som et alternativ til å øke antallet senger er det vesentlig å vurdere hvilke pasientgrupper som kan nytte seg av poliklinisk og dagmedisinsk utredning og pasienthotelltilbud. Pasienter i Akuttmottak må så snart som mulig få avklaring fra spesialist med bred kompetanse, noe som vil føre til færre innleggelser i overvåkningsenhet eller sengeavdeling. Dette dreier seg om rett pasient på rett sted til rett tid.

3.5 Intensjonene for og fremvekst av nærpsykehuset.

Akuttmedisinens utvikling stiller krav til spesialisthelsetjenestens nærhet ved at tidsfaktoren tillegges stor betydning i diagnostikk og behandling av en rekke sykdomstilstander. På den annen side ser man økt kompleksitet og risiko i sykdomsbildet hos eldre pasienter som skal til for eksempel kirurgisk behandling. Dette gir økte krav til kompetanse og avansert utstyr bl.a. for kirurgi, anestesi og

intensivmedisin, og vil føre til en sentralisering av visse pasientgrupper og behandlingstilbud.

Nærsykehuset med et videreutviklet tilbud innen akuttmedisin med nødvendig kompetanse, utstyr og utviklede tjenester fra serviceavdelingene som klinisk-kjemi, røntgen, anestesi og blodbank vil kunne øke befolkningens trygghet på tilgang av nødvendige spesialisthelsetjenester. Nærsykehuset kan organiseres med en videreutviklet indremedisinsk avdeling uten kirurgisk døgnvakt, men med nødvendig diagnostisk utstyr og serviceavdelinger. Økt tilgang på spesialister fra andre fagfelt kan oppnås ved å legge til rette for ambulerende virksomhet i spesialistpoliklinikker, dagmedisin og dagkirurgi.

For det økende antall pasienter med kroniske sykdommer, kreftsykdom o.a. vil tilbudene i akuttsituasjoner og ved elektive kontroller og behandlinger kunne etableres lokalt, evt. som en videreføring av opplegg utredet ved annet kompetansenivå.

Psykisk helsevern er allerede utviklet etter en desentralisert modell, der kontinuitet, tilgjengelighet, kvalitet og nærhet til brukeren er sentrale verdier. Gjennom en organisering av tjenesten innen både somatikk, psykisk helsevern og rus, vil nærsykehuset kunne gi befolkningen i sitt område et integrert og helhetlig tilbud.

Tilbudet til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk skal være helhetlig og sammenhengende i et behandlingsnettverk hvor brukerperspektivet står i fokus. DPS-ene skal være en faglig selvstendig enhet som ivaretar ansvaret for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen opptaksområdet. Senteret skal ha en poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. I tillegg skal det være en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

3.6 Internasjonale informasjoner.

National Health System i England har utarbeidet en 52 siders rapport med visjoner om et helsevesen rundt pasienten publisert februar 2003 (9). Ideen om ”jo større jo bedre” blir satt på prøve, og rapporten tar opp mange forhold ved de små sykehus (disse er sikkert relativt store etter norsk målestokk). Det argumenteres med at antall og rollen for små sykehus i nær relasjon til befolkningen vil øke på basis av restrukturering av institusjoner og ny teknologi.

Det legges til grunn 3 hovedprinsipper:

endringsforslag **sammen med** pasienter og personell, ikke **for** disse restrukturere helsetjenesten i stedet for å flytte og sentralisere institusjoner helhetlig system hvor primærhelsetjenesten og sosialtjenesten sees i sammenheng med de forskjellige nivåer i spesialisthelsetjenesten. Systemet

som lanseres består i tillegg til primærhelsetjenesten institusjoner med akutt indremedisin og akutt kirurgi på 24 timers basis, institusjoner med akutt indremedisin og elektiv kirurgi og polikliniske tilbud.

Modernisering strategier baseres på:

- nye og utvidete roller for leger, sykepleiere og andre medarbeidere tverrfaglighet
- endret hospitalfunksjon om nettene
- bedre ballanse mellom generalister og spesialister
- nettverksutvikling inklusive utnytting av potensialet i telemedisin

Flere sykehusmodeller nevnes, inklusive indremedisin med akuttmedisinske tilbud og bare elektiv kirurgi. Det hevdes at akuttmedisin uten akutt kirurgi kan utvikles under forutsetning av at akutte kirurgiske pasienter ikke innlegges her og at kirurgisk kompetanse blir tilgjengelig når nødvendig.

Ideene i National Health System rapport har mye til felles med idegrunnlaget for nærsykehuset. Informasjonene om at det i Sverige gjennomføres forsøksvirksomhet med indremedisinsk akuttmedisin uten kirurgisk døgnvakt viser at dette er en tankegang som gjør seg gjeldende internasjonalt. Det samme kan sies om vektleggingen i rapporten fra National Health System på behovene for videreutviklingen av samhandlingen mellom de forskjellige deler og nivåer i helsetjenesten. Dette er i tråd med helseministeren nylige oppnevning av et utvalg for å utrede dette feltet som betegnes som neste generasjons helsereform. Prosjektgruppen vår kunne ut fra det gitte mandat ha to siktemål: Et kortsiktig med tidsramme for iverksetting på få år og et langsiktig på 10 – 15 år. Visjoner på lengre sikt vil kunne basere seg på store teknologiske fremskritt som til dels er utviklet men ikke tatt i bruk i helsetjenesten ennå. Dette vil dreie seg om telemedisinske løsninger, IT informasjon som for eksempel at pasienter har egne elektroniske journaler. Visjoner på sikt kunne også baseres på utdanningsmessige endringer for å skape en bedre ballanse mellom generalist og spesialist, bedre utdanning innen akuttmedisin på tvers av tradisjonelle spesialitetsgrenser og en utvikling hvor andre faggrupper overtar en del av tradisjonelle legefunksjoner.

Prosjektgruppen har valgt en relativt kortsiktig målsetning, og bestrebet seg på å være konkret i forslagene om den nye sykehusmodellen. Dette innebærer at rapporten har begrenset de langsiktige visjoner, men til gjengjeld søkt å legge et praktisk grunnlag for gjennomføring.

Studietur til Sverige.

Tre av prosjektgruppens medlemmer (Trine Haugen, Dag Stefansen, Kjell Arne Grøttum) har gjennomført en studietur til Sverige sammen med representanter for Helgelandssykehuset HF.. Reisen var forberedt gjennom en utredning om sykehusene i Dalarna i Sverige utført av Øyvind Fjeld. Hensikten med reisen var å besøke 2 sykehus som er organisert med medisinsk akuttjeneste, indremedisinsk avdeling og dagkirurgi men uten kirurgisk sengeavdeling og uten kirurgisk døgnvakt, og høste erfaringer fra disse sykehusene som har hatt sin organisasjonsform i nærmere 10 år. Studieturen ble lokalt organisert av administrativ leder og tidligere kirurgisk overlege Claes-Göran Björck ved Falun lasarett ved først et besøk ved dette regionale sykehuset og møte med representanter som redegjorde for strukturendringer i sykehusvesenet som er gjennomført i denne regionen. Deretter var det besøk til Avesta lasarett som yter sykehustjenester til en befolkning på ca. 37 000 og dernest til Ludvika lasarett med en tilsvarende stor befolkning. Avstanden Avesta til Falun er 65 km, Ludvika til Falun 63 km. De to sykehusene er ganske like i sin organisasjon bortsett fra at dagkirurgien ved Avesta lasarett er ortopedisk kirurgi mens dagkirurgien ved Ludvika lasarett er bløtdelskirurgi.

Erfaringene kan summeres opp i følgende punkter:

Akutt kirurgi. Pasienter med åpenbare kirurgiske tilstander sendes til Falun lasarett. Det ble ved begge sykehus hevdet at grensetilfeller innen akutt kirurgi ikke representerte noe problem. Medisinsk overlege ved Avesta lasarett var meget klar på dette viktige punkt, og her ligger flere års erfaring bak. Kirurger som gjennomfører dagkirurgi, blir benyttet til tilsyn til pasienter ved behov på dagtid, og ved Ludvika lasarett er det avsatt en fastsatt tid for dette formålet.

Anestesiservice. Ved begge sykehus er erfaringene at anestesilege til stede på dagtid og hjemmevakt på kveld/natt og helger er nødvendig i akuttmedisinsk sammenheng og for gjennomføring av dagkirurgi. Uten dagkirurgi ville arbeidsoppgavene for anestesilege være for begrenset, og tjenestene akuttmedisinsk og dagkirurgisk må sees i sammenheng. Begge sykehus angir meget gode erfaringer med stafett av 12 – 15 danske anestesileger til hvert av sykehusene, og anestesilegene har en ukes tjeneste i gangen. Ordningen har vært gjennomført i flere år, og det har vært en relativt stabil og kvalitativt god gruppe anestesileger som deltar. Ordningen koster 2.6 mill.kr. pr år, mens en stab av 4 – 5 fast ansatte anestesileger vil koste vesentlig mer. De negative sider ved ordningen er først og fremst i sammenheng med fagutvikling og utdanning av anesthesisykepleiere.

Akuttmedisinsk virksomhet. Begge sykehus har hjerteovervåkningsenhet/intensivenhet, og i Avesta er hjerteovervåkningsenhet (3 senger) lagt inn i Medisinsk avdeling. Vaktordning omfatter underordnet lege i tilstedevakt og indremedisinsk spesialist i bakvakt. Akuttmedisinsk virksomhet ved

Avesta lasarett er noe mer begrenset, bl.a. har sykehuset ikke respiratorpasienter eller pasienter med intoksikasjoner. Ambulansetjenesten synes høyt prioritert med god organisasjon, god tilgang på kvalifisert personell og godt utstyr. Prehospital diagnostikk og behandling av hjertepasienter gjennomføres. Ambulansene er bemannet med sykepleiere. Helikopter transport av pasienter benyttes ikke innen regionen, men for eksempel mellom Falun og Uppsala, en avstand på 168 km.

Medisinsk avdeling. Avesta lasarett har ca. 2500 pasient innleggelser pr år inklusive 800 i geriatriisk sengepost, mens Ludvika lasarett har medisinsk sengepost med 25 senger og geriatriisk enhet med tilsvarende antall plasser, inklusive hjerneslagenhet. Geriatriisk team reiser ut på hjemmebesøk til pasienter. Begge sykehus er organisert med hjerteovervåkningsenhet/intensivenhet, observasjonspost, klinisk-fysiologiske laboratorievirksomhet innen gastroenterologi, kardiologi, lungemedisin. Det gjennomføres dagmedisinsk virksomhet innen diabetes, venetromboser, hjertesvikt, cytostatikabehandling, palliativ medisin (2 sengeplasser). Avesta lasarett har i motsetning til Ludvika lasarett omfattende dialysebehandling med ca.2500 behandlinger pr år. Allmenntillegger inngår i vaktfunksjon ved sykehusene. Ved begge sykehusene er etablert felles akuttmottak (FAM), som faglig fungerer tilfredsstillende. Begge sykehusene har vansker med å rekruttere til legestillingene.

Dagkirurgi. Denne er organisert med ortopedisk kirurgi i Avesta og dagkirurgi innen bløtdelskirurgi i Ludvika. Dagkirurgien vurderes nødvendig for de pasienttilbud dette representerer og nødvendig for å beholde anestesistjeneste med leger.

Poliklinikker innen andre fagfelt. Det er fungerende poliklinikker innen gynekologi, øyemedisin, øre/nese/hals, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri med varierende fordeling på de to sykehusene avhengig av tilgang på fagpersonell.

Serviceavdelinger. Begge sykehus har Klinisk-kjemiske avdelinger med vaktordning, og enkle laboratorieprøver kan tas og analyseres på Medisinsk avdeling uten at spesial personell fra Klinisk-kjemisk avdeling tilkalles. Røntgenavdelingene har CT utstyr men ikke MR. Radiologien baserer seg en del på telemedisinske løsninger. Det er problemer med rekruttering av radiografer.

Psykiatrien er organisatorisk underlagt lenssjukvården, og psykiatriske sengeavdelinger lagt til andre sykehus.

Vurderinger. Det er viktige forskjeller mellom forholdene i Dalarna og nordnorske forhold vedrørende befolkning tetthet, geografi, kommunikasjonsforhold og organisasjon av primærhelsetjenestens forhold til

spesialisthelsetjenesten. Dette tilsier varsomhet i sammenligninger og direkte overføringer av svenske erfaringer til norske forhold.

Imidlertid viser de mangeårige svenske erfaringer ved de to besøkte sykehus at det er gjennomførbart med en sykehusmodell med akuttmedisin, indremedisinsk avdeling og dagkirurgi men uten kirurgisk sengeavdeling og uten kirurgisk døgnvakt. Fra indremedisinsk hold hevdes at akutt kirurgi ikke representerer noe problem, og det legges stor vekt på å stabilisere pasienter som trenger transport til større sykehus. En klar forutsetning er at funksjonsområdene innen akuttmedisin, indremedisin og dagkirurgi må sees i sammenheng, og anestesileger må inngå i bemanningen. Overordnet personell ved Avesta lasarett og Ludvika lasarett hadde tro og trygghet på egen framtid som nærsykehus.

4. Akuttmedisin i det indremedisinske fagfelt.

4.1 Hjertesykdommer

Fagfeltet har de siste årene vært inne i en helt spesiell rivende utvikling både i diagnostikk og behandling. Nærhet mellom pasient og behandlingstilbud har fått økende betydning da tidsfaktoren er helt avgjørende for noen av behandlingstilbudene og da spesielt for pasienter med akutt hjerteinfarkt. Det må være faglig kompetanse og innarbeidede rutiner både for diagnostikk og behandling både prehospitalt og i nærsykehuset.

Prehospitale funksjoner.

Nærsykehuset må ha utrykningsteam som kan behandle hjertestans med avansert hjerte-lungeredning etter standardiserte retningslinjer (se 6.3 side 24).. En må kunne håndtere hemodynamiske ustabile pasienter, og stabilisere disse før transport til nærsykehuset. Det må også være mulighet for å behandle alvorlige hjerterytmeforstyrrelser med elektrokonvertering/defibrillering.

Ved akutt hjerteinfarkt må forholdene ligge til rette for prehospital diagnostikk, behandling og stabilisering. Dette innebærer taking av Ekg og overføring av dette til nærsykehuset eller annet kompetansemiljø for tolkning. Dermed må det kunne iverksettes blodproppløsende behandling (trombolyse) etter modell og retningslinjer utarbeidet av Arbeidsgruppen for Prehospital trombolyse i Helse Nord (15).

I nærsykehuset.

Nærsykehuset må kunne håndtere **hjertestans** ved umiddelbart å iverksette avansert hjerte-lungeredning, inklusive defibrillering. Det må være mulighet for stabilisering av pasient og videreføre medikamentell behandling.

Det må være kompetanse og utstyr for **respiratorbehandling** av pasienter som overlever hjertestans og akutt hjertesvikt i tillegg til diagnostikk og behandling av akutt høyre og venstresidig hjertesvikt. Det må kunne utredes tilgrunnliggende årsaker og settes i gang målrettet behandling og monitorering bl.a. behandle kardiogent sjokk med medikamentell sirkulasjonsstøtte (pressorbehandling).

Nærsykehuset må kunne håndtere **akutt koronar syndrom**. Forholdene må ligge til rette for raskt å diagnostisere **akutt hjerteinfarkt**. Man må kunne identifisere pasienter som skal ha trombolysbehandling (ST-elevasjons hjerteinfarkt), samt å kunne overvåke pasienter i forløpet av slik behandling. Pasienter må kunne selekteres for rask eller eventuell senere invasiv utredning og revaskularisering gjennom god kommunikasjon og samarbeid med sentra for invasiv hjertesykdom behandling.

Andre pasientgrupper med akutt koronarsyndrom som non-Q-hjerteinfarkt og ustabil angina pectoris må kunne tas hand om med diagnostikk, stabilisering og målrettet behandling etter gjeldende nasjonale og internasjonale retningslinjer. God kommunikasjon med invasive hjertesentra må også her avklare opplegg for invasiv diagnostikk og behandling.

Hjerterytmeforstyrrelser må kunne diagnostiseres i nærsykehuset med kompetanse for innleggelse av temporær pacemaker ved behov før overflytning til spesialavdeling for permanent pacemakerinnleggelse. Dette behandlingstilbudet bør sentraliseres til få spesialavdelinger i regionen. De vanligste hjerterytmeforstyrrelser må kunne diagnostiseres og mulighet til stede på døgnbasis for elektrokonvertering med nødvendig anestesistervice. Spesifikk medikamentell behandling av hjerterytmeforstyrrelser må kunne iverksettes før eventuell overflytning til spesialavdeling for videre diagnostikk og behandling.

Besvimelser (synkoper) må kunne utredes på årsaker med identifisering av pasienter med behov for spesiell medikamentell behandling og eventuell henvisning til spesialavdeling.

Infeksjoner i hjerte som akutt infeksjøs endokarditt må kunne diagnostiseres og så langt mulig påvise kardial patologi/hjerteklaffepatologi ved disse tilstandene. Det må foreligge mulighet for målrettet diagnostikk for å kunne identifisere pasienter for hjertekirurgisk behandling. Mikrobiologisk diagnostikk er nødvendig, og kan gi grunnlag for spesifikk behandling av ulike typer infeksjøs endokarditt.

Akutt blodpropp i lunger kan være vanskelig å diagnostisere og kan forutsette røntgenologisk diagnostikk med spiral CT. Forekomst av hemodynamiske komplikasjoner som akutt høyresidig hjertesvikt er avgjørende for indikasjon for trombolytisk behandling. Ekkokardiografisk diagnostikk er her av vesentlig betydning.

Akutt forverring av kronisk **hjertesvikt** må kunne tas hånd om i Nærpsykehuset med diagnostikk og målrettet behandling.

4.2 Lungesykdommer

Antallet pasienter med kroniske lungesykdommer er økende. Disse vil kunne representere faglige og etiske utfordringer i forbindelse med akutte forverrelser i sykdommen med infeksjoner og respirasjonssvikt. Behandlingstilbudet blir alt fra ren symptomlindring til avansert respiratorbehandling i intensivavdeling. Pasientene representerer alle stadier i sykdomsutviklingen fra lettere KOLS til langtkommen sykdom der det verken faglig eller etisk vil være forsvarlig å starte respiratorbehandling. Den faglige vurderingen om behandlingsstrategi i akutte forverrelser spesielt på pasienter med langtkommen sykdom, bør gjøres i diskusjon med lungespesialist, anestesilege, kardiolog og fastlege. Pasient og pårørende skal ha anledning til å uttale seg og formidle sine holdninger og ønsker.

Respiratorbehandling og respirasjonsstøttebehandling med BiPAP/C-PAP må kunne gjennomføres som et tilbud i nærpsykehuset til pasienter enten med sviktende respirasjon i forbindelse med akutt sykdom (hjertesvikt, lungebetennelse, større skader, etter gjenopplivning etc.) eller ved forverring av kronisk lungesykdom (astma, KOLS). Ved hjelp av støttebehandling kan mange pasienter unngå å måtte komme i respirator.

Respiratorbehandling kan være ressurskrevende med anestesilege, spesialsykepleiere, radiograf og laboratoriepersonell i vakt foruten dyrt og avansert utstyr for behandling og overvåkning.

Respiratorbehandling i nærpsykehuset vil begrense seg som et tilbud til mer akuttpregete tilfeller med respirasjonssvikt. Der hvor det går mot behandling over noe tid og flerorgansvikt vil pasienten vanligvis overføres til Helseforetakets Intensivavdeling.

Hjemmerespiratorbehandling er et tilbud til stadig flere pasientgrupper. Det er behandling som utfordrer til et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (lungespesialister, anestesileger, spesialsykepleiere) og primærhelsetjenesten

(fastlegen, hjemmetjenesten). Behandlingen krever avansert utstyr og spesialopplært personell i vakt på døgnbasis på pasientens hjemsted.

Pneumothorax kan nødvendiggjøre innleggelse av thoraxdren. Kompetanse for dette bør utvikles hos indremedisinere i vakt hvis den ikke foreligger. Anestesilege kan evt. bistå.

4.3 Mage-tarmsykdommer.

Mage/tarmblødninger tas i dag i de fleste tilfeller hand om ved endoskopisk diagnostikk og behandling. Ved store blødninger hvor det ikke oppnås stans av blødningen, må forbehandling og stabilisering av pasienten gjennomføres før overflytning til spesialavdeling. Blodbank service må foreligge på døgnbasis.

Betennelse i galleveier med evt. sepsis, bukspyttkjertelbetennelse må kunne tas hand med diagnostikk med klinisk – kjemiske laboratorieprøver tilgjengelig på døgnbasis og billeddiagnostikk med ultralyd og CT. Sepsis diagnostikk må gjennomføres med blodkulturer innsendt til Mikrobiologisk laboratorium.

4.4 Nyresykdommer.

Dialysebehandling må kunne gjennomføres for pasienter med kronisk nyresvikt hvor nærhet til behandlingstilbudet er svært viktig med behov for dagmedisinske tilbud 2 – 3 ganger ukentlig.

Akutte forgiftninger må kunne tas hand om med adekvat klinisk diagnostikk og laboratediagnostikk med gjennomføring av respiratorbehandling, bruk av lokalt tilgjengelige motgifter, avklaring av indikasjonsstilling for akutt dialyse og overflytning til spesialavdeling.

4.5 Blodsykdommer.

Akutte anemier stiller krav til klinisk diagnostikk og laboratediagnostikk foruten krav til blodbankservice på døgnbasis.

Blødningstilstander må kunne diagnostiseres først og fremst med klinisk-kjemisk diagnostikk. Trombocytopenier og koagulasjonsdefekter stiller krav til blodbank for enten å ha beredskap med blodplatekonsentrater og koagulasjonsfaktor konsentrater eller avtaler med spesialavdeling om rask tilgang på disse produktene. Nærsykehuset vil kunne ha oversikt over pasienter i nærområdet som har hemostasedefekter.

Granulocytopenier vil sannsynligvis opptre med økende hyppighet hos pasienter med proliferative blod/benmargssykdommer, lymfekreft og kreftpasienter med solide svulster under cellegiftbehandling som følge av tendensen til intensivering av kjemoterapien. Organisatoriske tiltak må være foretatt slik at disse pasientene raskt kommer under sykehusbehandling da tidsfaktoren kan være av avgjørende betydning, og beskyttende isolasjon av pasienten er nødvendig ved alvorlig grad av granulocytopeni.

4.6 Infeksjonssykdommer.

Hjernehinnebetennelse/hjernebetennelser må kunne diagnostiseres ved spinalpunksjon, lokal Gram-farging av spinalvæskepreparat og innsendelse av spinalvæske til Mikrobiologisk laboratorium. Spesielt ved meningokokksykdom er tidsfaktoren så vesentlig at det bør gjennomføres prehospital prøvetaking og eventuell behandling i henhold til nasjonale retningslinjer.

Alvorlige subcutane streptokokkinfeksjoner øker i hyppighet og kan stille krav til kirurgisk intervensjon som forutsetter overflytning av pasienten til spesialavdeling etter initial behandling.

Sepsis kan føre til sykdomsforløp som stiller krav til å ha pasient i overvåkningsenhet, og diagnostikk må gjennomføres på tilgrunnliggende årsak og mikrobiologisk diagnostikk som basis for målrettet antibiotisk behandling.

Alvorlige infeksjoner med truende organsvikt nødvendiggjør spesiell overvåkning og evt. overflytning til spesialavdeling.

4.7 Endokrinologi, diabetes mellitus.

Binyrebarksvikt diagnostiseres først og fremst klinisk med tillegg av klinisk-kjemiske laboratorieprøver, og tidsfaktoren for iverksetting av adekvat behandling kan være av avgjørende betydning.

Akutte komplikasjoner ved diabetes som ketotiske og non-ketotiske hyperglykemier og hypoglykemi stiller krav til Klinisk-kjemisk laboratorium på døgnbasis og eventuell observasjon av pasient i overvåkningsenhet.

4.8 Geriatri.

Nærsykehuset må ha tilgang til geriatrik kompetanse for diagnostikk og behandling av gruppen gamle pasienter med akutt sykdom på toppen og i tillegg til flere kroniske lidelser. Nærsykehuset må ha lokaliteter og kompetanse i

akuttmottaket til å håndtere og diagnostisere eldre pasienter med svær akutt forvirring som symptom på underliggende sykdom.

5. Akuttmedisin innen andre fagfelt.

5.1 Kirurgi.

I Rapport om organisering av framtidig kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord foreslås 3 modeller (16).

- heldøgns (24 timers) kirurgisk akuttberedskap
- begrenset kirurgisk beredskap
- ingen kirurgisk akuttberedskap, men etablering av enten elektiv kirurgisk operasjonsvirksomhet eller en spesialistpoliklinikk med tilhørende dagkirurgisk virksomhet.

I rapporten anføres ”elektiv spesialisthelsetjeneste innen det kirurgiske fagfeltet også kan og må ytes i eksisterende sykehus slik det er beskrevet i Modell 3, selv om akuttkirurgisk tilbud opphører. En slik virksomhet er beregnet på poliklinisk og dagkirurgisk behandling av faste eller ambulerende spesialister. De kirurgiske spesialistene må kunne foreta vurderingen og stabiliserende behandling for pasienter fra nærmiljøet som trenger akutt kirurgisk vurdering”.

Nærpsykehusets organisasjon kan ha kirurgisk kompetanse tilgjengelig på dagtid i Dagkirurgisk enhet, men ikke kirurgisk vakt på døgnbasis. I fravær av kirurgisk døgnberedskap vil den kirurgiske kompetanse i nærpsykehuset til enhver tid være avhengig av hvilken grenspesialitet (ortopedi, urologi, gastro), evt. spesialitet (kirurgi, Øre/Nese/hals, gynekologi etc.) som har tjeneste i dagkirurgisk enhet.

Dette medfører at akuttmedisinske tilstander innen fagfeltet kirurgi må planlegges tatt hånd om ved at pasienter overflyttes til spesialavdeling. Det er her viktig med manualer og handlingsprogrammer for håndtering av situasjoner med akutte kirurgiske problemstillinger slik at pasienten får tilbud på rette sted til rett tid (for eksempel ved forverring ut fra gitt kriterier av Crohns sykdom, ulcerøs colitt etc.).

Ved akutte traumer, hodeskader og multitraumer vil nærpsykehuset spille en viktig rolle sammen med primærhelsetjenesten i den tidlige diagnostikk og stabilisering av pasienten før transport til spesialavdeling. Anestesiservice med lege og/eller spesialsykepleier må være tilgjengelig avhengig av den enkelte situasjon. Hvilke tilstander som skal kunne overvåkes og behandles i nærpsykehuset bør være avklart med relevant kompetansemiljø i foretaket via for eksempel behandlingsstandarder (algoritmer) som klargjør gitte tiltak ut fra gitte hendelser og symptomatologi (se vedlegg om hodeskader). Ved for eksempel høyenergiskader (eks. store hastigheter, høye fall etc.), hodeskader, mange bruddskader osv. er det viktig med rask diagnostikk, stabilisering, avklaring av behandlingsnivå med påfølgende transport.

5.2 Barnesykdommer.

The Royal College of Pediatrics and Child Health i England har beskrevet hvordan tilbudet på spesialisthelsetjeneste til barn har endret seg (14). Alvorlige infeksjoner er ikke så hyppige, men er erstattet av kompliserte og kroniske tilstander som tidligere kunne være fatale. Dette stiller spesielle krav til spesialistkompetanse.

Akuttmedisinske behov hos barn har økt, men sykehusoppholdenes varighet er redusert fra 9 døgn for 30 år siden til under 2 døgn nå.

Nærpsykehuset vil måtte ta seg av noen akuttmedisinske tilstander hos barn uten at pediater er tilgjengelig på samme måte som lokalsykehuset gjør i dag, evt. organisert med egen barnestue. Det dreier seg om akutte, mindre alvorlige infeksjoner, pseudokrapp, ørebetennelser m.m., mens barn med tilstander som krever spesiell pediatriisk kompetanse og/eller akuttmedisinsk/intensivmedisinsk kompetanse forutsettes overflyttet til spesialavdeling. Dette vil omfatte alle tilstander innen nyfødtmedisin.

5.3 Nevrologi, øre/nese/halssykdommer, øyesykdommer, hudsykdommer.

Akuttmedisinske tilstander innen disse fagfeltene vil måtte tas hand om i spesialavdelinger når pasientens tilstand er slik at spesialistkompetanse som er til stede på dagtid i poliklinikker innen de forskjellige fagfeltene, ikke er tilstrekkelig.

5.4 Gynekologi, fødselsomsorg.

Prosjektgruppen har ikke drøftet forholdene innen disse fagfeltene nærmere, men viser til "Rapport om organisering av framtidig fødselsomsorg i Helse Nord". Nærpsykehuset bør legge til rette for gynekologisk poliklinikk/dagkirurgi med ambulante spesialister ved avtale med spesialavdeling eller fra privat spesialistpraksis.

5.5 Psykiatri.

Intoksikasjoner varierer mye når det gjelder bakgrunn. Det kan være pasienter med alvorlige depresjoner, akutte faser i bifasisk sykdom og seriøse forsøk på suicid. Disse pasientene må tas hand om i nært samarbeid med psykisk helsevern. Det samme gjelder pasienter med **alvorlige sinnssykdommer, psykoser**. Det ønskelige vil være at nærpsykehusets medisinske avdeling har fagpersonell med kompetanse innen psykiatri. På den annen side er det allerede etablert samarbeid

mellom Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og medisinske avdelinger i lokalsykehusene. Her bidrar psykisk helsevern med konsultasjoner. Det må i fremtidens nærsykehus være et mål å sørge for at dette samarbeidet utvikles slik at pasienten kan gis et helhetlig tilbud, og at DPS med fordel er lokalisert under samme tak.

6. Nærsykehusets organisasjon for akuttmedisin.

Nærsykehuset som sykehusmodell forutsettes organisert med indremedisinsk avdeling med serviceenheter som sikrer akuttmedisinske funksjoner på adekvat kvalitativt nivå. Forutsetningen er at nærsykehuset ikke skal ha fødeavdeling, kirurgisk døgnvakt for akuttkirurgi eller kirurgiske senger.

6.1 Overvåkningsenhet, dialyseenhet.

Akuttmedisinske tilstander krever i dag kompliserte prosedyrer i diagnostikk og behandling med behov for kontinuerlig overvåkning av pasientene. Nærsykehuset som forutsettes å ta hand om akuttmedisinske tilstander på avansert nivå, må derfor ha overvåkningsenhet med spesialpersonell og nødvendig utstyr. Prosjektgruppen mener behovet er 1 – 2 senger pr 10 000 i nedslagsfeltet. Overvåkningsenheten må foreta moderne hjerteovervåkning med mulighet for 24-timers lagring av hjerterytme, monitorering av vitale funksjoner som blodtrykk og respirasjon/pulsoksymeter, muligheter for respiratorbehandling, C-PAP/BiPAP behandling. Overvåkningsenheten må ha nødvendig utstyr for avansert hjerte-lungeredning, inklusive defibrillator og medikamenter tilgjengelig for håndtering av ulike akutte tilstander. Det må være muligheter for telemetri overvåkning av oppegående pasienter og moderne utstyr for ekkokardiografi, helst med øsofagusprobe. Innleggelse av temporær pacemaker forutsetter gjennomlysning (C-bue) lokalisert i overvåkningsenhet eller i Røntgenavdeling avhengig av lokale forhold.

Dialyseenhet med nødvendig spesialpersonell og utstyr må dekke behovene og sikre behandlingstilbud til pasienter med kronisk nyresvikt.

6.2 Anestesiservice.

I en nærsykehusmodell kan det være riktig å **organisere all anestesiservice** til anesthesiavdelingen i det sykehuset i foretaket som har størst og mest omfattende kirurgi og på pasienter i høye risikoklasser, største intensivavdeling og bredest akuttmedisinsk aktivitet. Leger og sykepleiere vil få sin spesialutdanning der, og de ferdige spesialistene kan også opprettholde og videreutvikle sine faglige ferdigheter. En alternativ organisasjonsform for tilgang på anestesileger vil fortsatt

kunne være avtaler med utenlandske anestesileger slik det er omtalt ovenfor i omtalen av studieturen til Sverige.

I nærsykehuset blir de totale faglige og prosedyrerelaterte ferdighetene for anestesilog og spesialsykepleiere i anesthesiologi og intensivmedisin ensartede og begrensede i volum og variasjon. Dette kan kompenseres for via rotasjonsordninger i tjenesten internt i foretaket.

Omfang og kompetansekrav innen akuttmedisin medfører at adekvat anestesistilgjengelighet døgnet rundt vil være en forutsetning for at nærsykehuset skal kunne sikre befolkningen den trygghet for sykehustjenester som de har krav på. Ved en rekke akuttmedisinske tilstander er dette blitt en forutsetning for god pre- og intrahospital akuttmedisin og sikrer befolkningen riktig akuttbehandling på riktig sted til riktig tid.

På sykehusene i dag er anesthesiologen i kraft av sin medisinskfaglige kompetanse og sine prosedyreferdigheter blitt allrounderen i akuttmedisin og intensivmedisin som man forventer stiller opp til alle døgnets tider.

Omfang og nivå på intensivbehandlingen som gis, blir avhengig av om man har anestesilog i vakt eller ikke.

Akuttmedisinske tilstander som i dag ofte krever anesthesiologisk kompetanse er for eksempel:

- sviktende vitale funksjoner der det er aktuelt med intubasjon og respiratorbehandling, evt. i påvente av transport til spesialavdeling
- barn med respirasjonssvikt som følge av luftveisinfeksjon, fremmedlegemer, skader etc.
- stabilisering av pasienter med kirurgiske akutt-tilstander før transport, for eksempel truende ruptur av aortaaneurysme, multitraumer etc.

Når det gjelder behovet for anestesilog i vakt (hjemme eller til stede) er dette diskutert mye i gruppen. En ordning med akuttmedisinsk beredskap uten anestesilog i vakt vil kreve store endringer i spesialistutdanningen for framtidens indremedisinere. Det vil være krav både til medisinskfaglig bredde og til prosedyreferdigheter man ikke ser er realistisk å oppnå i nær framtid. Etablering av respiratorbehandling vil kunne utføres av vakthavende indremedisiner under forutsetning av at denne har bred erfaringsbakgrunn og kompetanse i intubasjon, basale innstillinger av respirator og tolkning av respirasjonsparameter. Intubasjon kan gjøres av anesthesisykepleier eller annet intubasjonskyndig personell uten anestesilog til stede, men skal det gis medikamenter som påvirker pasientens våkenhetsgrad, respirasjon og muskulær kraft må anestesilog kontaktes evt. via telefonkonsultasjon.

Korttids respiratorbehandling i nærsykehuset kan sikres medisinskfaglig ved felles visitt av indremedisiner og anestesilege på dagtid og det indremedisinske vaktteam på kveld, natt og helger. Respiratorbehandling vil kreve spesialsykepleier i anestesi eller intensivmedisin i tilstedevakt.

Selv om lovverket ikke er til hinder for at anesthesisykepleier kan gi narkose på delegasjon fra kirurg, er dagens anesthesisykepleiere, kirurger og indremedisinere ikke villig til en slik praksis.

Å fjerne anesthesiologen fra nærsykehusets akuttmedisinske vaktteam vil kreve endring i krav til kompetanse, utdanning og praksis både for andre legespesialiteter og spesialsykepleiere.

Det anesthesiologiske team må bestå av anesthesiolog og anesthesisykepleier dersom det skal drives anestesivirksomhet ved kirurgi eller gis narkoser og andre anesthesiologiske prosedyrer ved akuttmedisinske tilstander.

6.3 Akuttmottak, observasjonspost.

Legevakslelege eller primærvakt indremedisin og sykepleier med akuttkompetanse kan utgjøre akutteamet/utrykningsteamet ved hjertestans, alvorlige intoksikasjoner, hjerneblødninger, ulykker, skader osv. Relevant akuttmedisinsk kompetanse vil være å kunne etablere fri luftvei/evt. intubasjon, ventilasjon, legge venevei, avansert hjerte-lungeredning. Vaktlege i samråd med indremedisinsk spesialistvakt og evt. anesthesiolog utfører observasjon, diagnostikk og stabilisering i akuttmottak eller overvåkningsenhet, mens spesialsykepleiere i anestesi, intensivmedisin og operasjonssykepleie deltar etter kompetanse, erfaring og problemstilling. Pasienter overflyttes fra akuttmottak til overvåkningsenhet eller sengeavdeling etter behov, og det bør være organisert observasjonspost slik at pasienter kan observeres for vurdering om innleggelser er nødvendig. God logistikk og rasjonell bruk av kompetanse og utstyr nødvendiggjør en mest mulig samlokalisering av akuttmottak, observasjonssenger, overvåkningsenhet.

6.4 Transport til spesialavdeling.

Pasienter med intakte vitale funksjoner kan transporteres i ambulanserbiler eller ambulansefly med ambulansepersonell eller spesialsykepleier. Dersom det er truende eller manifest svikt i vitale funksjoner er det indikasjon for legefølge på turen uavhengig av om transporten foregår med ambulansebil, ambulansefly eller helikopter.

Ambulansefly er bemannet med lege og/eller spesialsykepleier og helikopter er bemannet med anestesilege i vaktturnus og eller/spesialsykepleier, og kontinuitet i tjenesten er nødvendig for å sikre høy kvalitet. God samhandling mellom primærhelsetjenesten og nærsykehuset er en annen forutsetning for kvalitet i denne

viktige delen av det akuttmedisinske tilbudet. Det må legges opp til en transporttjeneste der pasienten på riktig indikasjon transporteres til riktig kompetansemiljø, til rett tid og med kvalifisert ledsagertjeneste.

Kompetansen til ambulanspersonell og ledsagerpersonell blir viktig ressurs i en framtid med stor interhospital flyt av pasienter på grunn av sentralisering av behandlingstilbud som krever spesiell medisinsk faglig spisskompetanse og høyteknologisk utstyr. Spesialiststruktur endres og alle sykehus kan ikke gjøre alt for alle pasientkategorier. Å redusere kirurgisk akuttberedskap og overgang til fødestuer vil medføre at flere pasienter må flyttes mellom sykehus eller transporteres over større avstander til sykehus. Det konstateres at disse overføringene og transportene ofte vil ha i seg en grad av hast i tillegg til at de skal finne sted i all slags vær til alle døgnets tider. Hvor mange transporter dette representerer og cost-benefit kalkyler har prosjektgruppen ikke vurdert. Det vises til nåværende ordning med kuvøsetransport.

6.5 Serviceavdelinger, røntgenologi, klinisk-kjemi, mikrobiologi, blodbank.

Røntgenavdelingen må ha adekvat utstyr inklusive CT utstyr, eventuelt MR, og nødvendig spesialpersonell. Filmuavhengig utstyr og IT utstyr kan sikre mulighet for direkte og tidsbesparende kommunikasjon med kompetanse på spesialavdeling, og dette bør være tilgjengelig på døgnbasis. Dette kan innebære at nærsykehuset ikke trenger radiolog til stede, men radiograf må være i vaktordning med hjemmevakt på kveld/natt/helger. Ultralydundersøkelse akutt og som ikke kan vente til pasienten kan overføres til spesialavdeling med radiolog, er sjelden. Diagnostikk på urinveier og postrenal nyresvikt og diagnostikk av hematomer og abscesser kan utføres med CT.

Klinisk-kjemisk avdeling må ha døgnberedskap med laboratorieprosedyrer relevante i akuttmedisinsk sammenheng som troponin, blodgassanalyser, elektrolytter, perifere blodtelling, nyrefunksjonsprøver, biokjemiske leverprøver etc. Avdelingen må forestå prøvetaking innen mikrobiologi og forsendelse av prøver til spesiallaboratorium.

Blodbank må ha døgn beredskap på forlikelighetsprøver for transfusjon av blodlegemekonsentrater og beredskapslager av konsentrater røde blodlegemer (SAG) og eventuelt blodplatekonsentrater.

7. Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Utviklingen av befolkningens behov for akuttmedisinske tilbud og de stadig større pasientgruppene som forutsetter et velutviklet samarbeid over forvaltningsnivåene, tilsier at de organisatoriske muligheter som ligger i fastlegeordningen og foretaksreformen innen spesialisthelsetjenesten, må utnyttes. Problemene med å rekruttere og beholde allmenntmedisinere i primærhelsetjenesten har som en viktig

faktor de stadig økende og kompliserte krav innen akuttmedisinen i primærhelsetjenesten. De kommunale legevakter er preget av uttalt bruk av vikarer. Primærleger oppgir hyppige legevakter som viktigste grunn til at de forlater primærhelsetjenesten, og anfører samtidig at denne akuttberedskapen er faglig utilfredsstillende. I spesialisthelsetjenesten har mange av problemene sammenheng med interessekonflikten som ligger mellom avansert spisskompetanse og den generelle medisin.

Nye organisatoriske tiltak innen sykehustjenesten og utnyttelse av de muligheter som informasjonsteknologien innebærer, gir grunnlag for å løse en del av disse problemene. Nye akuttmedisinske tilbud øker kravene til nærhet mellom pasienten og behandlingstilbudet, og informasjonsteknologien kan bidra til å sikre at adekvat kompetanse er til stede lokalt.

Problemene i primærhelsetjenesten har vært og er mange, og fastlegeordningen har bidratt til å løse en del av disse. Hovedproblemer er fortsatt at det er mange ubesatte stillinger og stor bruk av vikarer i områder med stor vaktbelastning.

Fastlegeordningen kan bidra til at

- fastlegen har fått et definert ansvar for en pasientgruppe, og pasientene har sin rett til helsehjelp hos en navngitt lege og hans/hennes team
- fastlegen blir via takstsystemet stimulert til tverrfaglig arbeid eksempelvis i forhold til kommunale samarbeidspartnere og trygdekontor
- fastlegen er via forskrift pålagt offentlige helseoppgaver
- fastlegen er gitt ansvar for øyeblikkelig hjelp (daglegevakt) for sin pasientgruppe

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å vanskeliggjøre denne oppgaven ved at spesialistene prioriterer spisskompetente oppgaver og overlater til primærhelsetjenesten en rekke andre tjenester. En videreutvikling av samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten representerer etter manges mening et stort potensial til forbedringer:

- etablering av interkommunal legevakt i nærsykehuset
- felles akuttmottak (FAM)
- sammenslåing av legevakt/mottakelsesavdeling
- observasjonsenhet i tilknytning til denne enhet
- bemanning fra både primærhelsetjenesten og fra sykehus

Et viktig område for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er planlegging av utskrivning av pasienter fra sykehus. Spesielt innen geriatrien er det viktig at pleiepersonalet raskt etter innleggelse tar

kontakt med primærhelsetjenesten for å kartlegge pasientens tilstand og hjemmeforhold før den akutte sykdommen som førte til innleggelse, oppsto. Utskrivningen bør planlegges i samarbeid med primærhelsetjenesten for å avklare hvem som har ansvar for hva etter utskrivningen av pasienten.

En utredningsgruppe innen Helse Nord har ved sin rapport ”Samhandling er godt for helse” foreslått en rekke tiltak som gir en basis til denne utredningen om nærsykehuset (17).

7.1 Forbedret kommunikasjon.

Det foreslås økt satsning på utviklingen av elektroniske epikriser og henvisninger og et system for gjensidig utveksling av enkeltpasienters medikamentliste mellom journaler på begge nivåer. Videreutviklede muligheter for direkte kommunikasjon mellom primærlegen og nærsykehuset vil kunne forbedre og effektivisere systemet innen akuttmedisinen og i valg av tjenester for enkeltpasienter mellom innleggelse, poliklinisk tjeneste og dagmedisin. Direkte timebestilling fra primærlege til nærsykehusets poliklinikker vil oppleves som tjenlig for pasient og primærlege og være hensiktsmessig for nærsykehuset.

7.2 Legestilling for allmennmedisiner i nærsykehuset.

Allmennmedisiner i sykehusstillinger er en etablert ordning mange steder, ikke minst i vårt naboland Danmark, med gode erfaringer.

Ved funksjoner spesielt i Akuttmottak vil allmennmedisineren

- sammen med sykehusets øvrige leger diagnostisere, stabilisere og behandle akuttmedisinske tilstander
- delta i seleksjonen og forbehandling av pasienter som bør sendes videre til spesialavdeling
- vurdere pasienters behov for innleggelse eller opplegg for utnyttelse av andre tjenestetilbud uten innleggelse
- i samhandling med sykehusets øvrige personell øke sin kompetanse, mens allmennlegens kompetanse og brede erfaring vil kunne tilføre nærsykehuset viktig og ny kompetanse, ikke minst i forhold til kronikergrupper, kreftpasienter, eldre med flere samtidige sykdommer med allmennlegens kunnskap om de kommunale helse- og sosialtjenester, trygdeforhold og attføringstjeneste
- allmennmedisiner i deltidsstilling ved nærsykehuset vil kunne fungere som konsulent for utvikling av samhandlingen mellom nærsykehuset og primærhelsetjenesten

Utvalget mener legestilling for allmennmedisiner bør opprettes i nærsykehuset.

7.3 Hospiteringsordninger for flere grupper helsepersonell mellom nærsykehuset og spesialavdelinger og mellom nærsykehuset og primærhelsetjenesten vil både kunne bidra til økt kompetanse og også til opplevelse av samhørighet og økt fleksibilitet over forvaltningsnivåer. Hospiteringsordninger bør fortrinnsvis virke begge veier, men det er erfaringsvis vanskeligst å få sykehuspersonell til å ta tjenesteperioder utenfor sykehuset.

8. Nærsykehusets tilbud til kronikergruppene.

Den medisinske utvikling og bedrede behandlingsmuligheter fører til at store pasientgrupper som lever med kronisk sykdom lever lenger med økte krav til helsetjenesten. Dette omfatter spesielt pasienter i de eldre aldersgruppene, og når disse øker betydelig i antall i årene som kommer, vil dette medføre store konsekvenser både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

De største kronikergruppene omfatter

- hjertesykdommer
- blodtrykkssykdom
- kroniske lungesykdommer
- diabetes mellitus
- muskel- og skjelettsykdommer
- demenstilstander
- hjerneslag
- kreftsykdommer
- nyresviktpasienter
- pasienter med alvorlige psykiske lidelser
- pasienter med alvorlig rusproblematikk

Kronikergruppens største problemer er

- mangel på trygghet
- problemer med tilgjengelighet til helsetjenesten
- sviktende innsikt i egen sykdom
- sviktende egenbehandling
- helsetjenestens svikt i samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehustjenesten
- ”svingdør”problematikk
- trykk fra media og helseprofeter
- sviktende organisert tverr/flerfaglighet i sykehus

Nærsykehuset vil ha spesielle muligheter til å løse eller redusere en del av disse problemene, og bør i sin organisasjon ha dette som et viktig siktemål. Akutte forverrelser i sykdomsforløpet hos disse pasientgruppene utgjør en meget vesentlig andel av øyeblikkelig hjelp pasientene i sykehusene, og nærsykehuset vil gjennom sin nærhet og poliklinikker/dagmedisintilbud kunne spille en viktig rolle.

8.1 Dagmedisin.

Dette innebærer tilbud om diagnostikk, behandling og opplæring utført av tverrfaglige team med pasienten til stede noen timer og reiser hjem samme dag. Målsetningene for dagmedisin er:

- øke pasientens trygghet og tilfredshet
- bedre behandlingsresultater
- færre ”svingdør”pasienter
- mindre press på sengeavdelinger
- bedre helsetjenestens økonomi

Dagmedisinens organisasjon:

- organisert pasient undervisning
- vektlegge pasient egenbehandling
- organiserte tverrfaglige tilbud
- tilgjengelighet
- hensiktsmessige lokaliteter
- takstsystem for finansiering

Dagmedisinske tilbud bør utvikles til følgende pasientgrupper:

Nyresviktpasienter. Dialyseenhetene har lange tradisjoner og utgjør det beste eksemplet på fordelene i dagmedisinens organisasjon. Pasientenes tilstand og overlevelse forutsetter 2 – 3 ukentlige behandlinger, og det er innlysende at nærhet til behandlingstilbudet blir av meget stor betydning.

Kroniske lungesykdommer. Det er vitenskaplig vist at opplæring til pasient egenbehandling av astma bronkiale og kronisk obstruktiv lungesykdom gir bedre behandlingsresultater, færre ”svingdør”pasienter og bedret helseøkonomi. Forutsetninger er lege med lungemedisinsk kompetanse, spesialsykepleiere, fysioterapeut og enkle metoder til måling av pasientens lungefunksjon.

Hjertesvikt pasienter. De senere år er det utviklet betydelig forbedrede behandlingsmuligheter for denne pasientgruppen. Adekvat diagnostikk med bl.a. ekkokardiografi er en forutsetning og kan kreve noe tid som et dagmedisinsk tilbud kan tilfredsstillende. Behandlingsopplegg kan være kompliserte og kreve pasient opplæring.

Diabetes mellitus. Det foreligger sikker dokumentasjon på at adekvat blodglukosekontroll hos diabetikere reduserer forekomst av alvorlige diabetiske komplikasjoner som nyresvikt, høyt blodtrykk, hjertekomplikasjoner, redusert syn og nevropati. De senere år er metoder til diabetikernes egenkontroll og

egenbehandling utviklet, men forutsetter opplæring som i stor grad kan utføres av sykepleiere.

Pasienter med dype ventromboser. Det har vært tradisjon med at disse pasientene er innlagt for diagnostikk og behandling, men det er vist at 70 – 80 % av disse pasientene kan tas hand om uten innleggelse. Unntak er pasienter med bekkenvenetromboser og proksimale lårvenetromboser med stor risiko for blodpropp til lungearterier. Snart vil trolig behandling med peroral trombin hemmer i tablett form bli tilgjengelig, og dette vil forenkle dette behandlingstilbudet vesentlig.

Eldre pasienter, knfr. avsnitt om geriatri.

Kreftpasienter. Dette omtales i eget avsnitt nedenfor.

8.2 Nærpsykehuset og kreftomsorg.

Antallet kreftpasienter øker betydelig i årene som kommer, dels på grunn av endring i alderssammensetningen i befolkningen og økt kreftforekomst hos eldre, dels som reell økning av noen kreftsykdommer av mer og mindre ukjente årsaker. Helsetjenesten står her overfor store utfordringer som også vil ha store konsekvenser for sykehustjenesten (18). Kunnskapseksplosjonen på området resulterer i økt kompleksitet i diagnostikk og behandling, og som uvegerlig nødvendiggjør sentralisering av en del tjenester.

Nærpsykehuset vil imidlertid ha oppgaver i den primære diagnostikk, inklusive taking av vevsprøver, men histologisk diagnostikk av biopsiene må skje på spesialavdeling. Biopsier bør kunne tas ved dagkirurgi med tilgang av kompetanse innen kirurgi og anestesi. Diagnostikk ellers bør skje innen røntgenologi, inklusive CT, eventuelt MR teknologi og med muligheter for telemedisinske løsninger i tolkninger i samarbeid med sentrale røntgenavdelinger, endoskopi innen gastroenterologi og bronkoskopi med taking av biopsier.

Kreftbehandling med kirurgi og strålebehandlinger bør sentraliseres.

Medikamentell behandling med cytostatika, hormonbehandling og immunologiske metoder med monoklonale antistoffer bør legges opp og gjennomføres i spesialavdeling. Kjemoterapi med enkle opplegg for cytostatika i palliativ sammenheng kan og bør gjennomføres i nærpsykehuset hos pasienter med spredning av kreftsvulster i brystkjertel, tykktarm, lunger m.fl. Cellegiftkurer innen hematologisk onkologi som lymfekreft, benmargskreft og leukemier vil kunne gjennomføres i nærpsykehuset i samarbeid med spesialavdeling.

Enheter for lindrende behandling. Antallet pasienter som lever med uhelbredelig kreft, øker, og mange av disse har plagsomme symptomer som smerter, kvalme, pustvansker, allmennsymptomer som slapphet, anemi,

søvnproblemer, anoreksi og vekttap (19). Mye nyttig kan gjøres i symptomrettet behandling, men minst like viktig er den støtte og omsorg som nærsykehuset kan organisere for disse pasientgruppene i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Dette kan organiseres med noen få sengeplasser øremerket for dette formål med lege/sykepleiere med interesse og kompetanse innen fagfeltet, eller gjennomføres med et dagmedisinsk opplegg eller ambulant team.

8.3 Lærings- og mestringssentra.

Mye kan oppnås til fordel for kronikergruppene ved å vektlegge pasientenes evne til egenbehandling og mestring av konsekvensene av den kroniske sykdommen. Lærings- og mestringssentra er opprettet flere steder og utvikler sine tilbud. Det vil være urealistisk at alle nærsykehusene skal utvikle egne mestringssentra, men nærsykehuset bør utnytte de behandlingsprinsipper som her ligger til grunn og eventuelt henvise utvalgte pasienter til etablerte lærings- og mestringssentra. I denne sammenheng er det viktig å vektlegge pårørendes rolle.

9. Geriatri.

Fagfeltets sentrale rolle fremgår ikke minst av andelen eldre pasienter blant innlagte i indremedisinske avdelinger. Ved en endags prevalensundersøkelse på 59 medisinske avdelinger over hele landet ble påvist at 42 % av i alt 4234 pasienter innlagt i medisinske avdelinger på registreringsdagen var over 75 år, gjennomsnittsalderen var 82 år (20). Andelen av pasientene med behov for geriatrisk vurdering var i gjennomsnitt 21 %.

Den demografiske utvikling i landet er slik at vi regner med at antallet gamle vil øke betydelig de nærmeste år slik at på ca. 30 år vil:

antallet over 67 år øke med 50 %
antallet over 80 år øke med 80 %
antallet over 90 år øke med 120 %

Den geriatriske pasient er karakterisert av å ha flere sykdomstilstander samtidig med funksjonssvikt fysisk og/eller mentalt. De har reduserte reserver og økt sårbarhet. Mange eldre pasienter bruker svært mange medikamenter samtidig (polyfarmasi). Fagfeltet har en helhetlig tilnærming til pasientene med å vektlegge funksjon og livskvalitet, og diagnostikk, medisinsk behandling og rehabilitering skjer i tverrfaglige team. Det legges vekt på pasientens autonomi og høy bevissthet om etikk. Stor vekt legges på samarbeide med pårørende og primærhelsetjenesten. Geriatrien arbeider med akutt medisin, behandling og rehabilitering. Geriatrien skal også ha et særlig fokus på livets slutfase og akseptere den naturlige død.

Fagfeltet er lite utbygget i regionen med mangel på geriater og spesialutdannet personell for øvrig. Det er en geriatrisk avdeling ved UNN og en geriater med et

tverrfaglig team i Narvik, samt to områdegeriatiske team i Troms. Legetjenesten ved sykehjemmene er mangelfull. Det er liten tvil om at geriatrien representerer en av de største utfordringene for helsetjenesten.

9.1 Organisasjon av geriatrien.

Poliklinikk og ambulant team.

Det geriatiske team bør ha en grunnbemanning med lege, sykepleier, fysio- og ergoterapeut knyttet til geriatrik poliklinikk og ambulant virksomhet. Teamet bør fortrinnsvis bemannes med geriater og fagpersonell med geriatrik kompetanse, eventuelt personell som er villig til å ta slik videreutdanning. Dette er avgjørende både for kvaliteten i arbeidet og for i hvilken grad det geriatiske team har noe å tilføre primærhelsetjenesten gjennom ambulant virksomhet.

Den geriatiske virksomheten er forholdsvis lite utstyrskreven, men vil kreve gode lokaliteter i poliklinikken for å kunne utnytte det tverrfaglige team effektivt. I tillegg til pasienten vil som oftest pårørende ha behov for samtale og veiledning.

Dagtilbud.

Et daghospital/dagtilbud er svært nyttig for utredning og oppfølging av denne pasientgruppen og reduserer presset på sengeenheten. Dagtilbudet kan innrettes mot:

- observasjon og utredning av tidlig demens/depresjon
- fallutredning
- utredning av uklar funksjonssvikt
- inkontinensutredning og behandling
- oppfølging av pasienter etter sykehusopphold

Geriatiske senger.

Et geriatrik sengeavsnitt, fortrinnsvis tilknyttet slagenheten med spesialutdannet personell med overlege, assistentlege (i utdanningsstilling), spesialutdannet personell i form av sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og sosionom. I likhet med det som er anført over, kan man i en overgangsfase være nødt til å bemanne enheten med personell som tilbys og er villig til å ta videre/etterutdanning for å tilegne seg den kompetanse som er nødvendig. Pasientene overflyttes fra akuttmottak eller observasjonsposten til sengeavsnittet på linje med overflytning til de øvrige avsnitt i Medisinsk avdeling. Gamle pasienter med i hovedsak en sykdom eller et problem skal ikke overflyttes geriatrik sengepost, men annet relevant avsnitt i avdelingen.

Geriatrik sengeenhet og slagenheten må ha egnede treningslokaler på posten slik at man slipper å flytte pasienten til andre lokaliteter og kan utnytte muligheten for å oppøve funksjonsnivået også utover de timene ergo-/fysioterapeut er engasjert i den individuelle pasient.

Den gjennomsnittlige liggetiden ved geriatrik sengepost vil sannsynligvis være noe lenger enn ved de øvrige medisinske avsnitt siden pasienter med langtkomne aldersforandringer og omfattende sykdom trenger lengre tid til å gjenvinne funksjon.

Enheten må ha muligheter for skjerming av akutt forvirrede pasienter. Omsorg i livets slutfase vil også kreve en spesiell tilrettelegging som kan sees i sammenheng med det som er anført foran om enhet for lindrende behandling.

Telemedisin.

Det er allerede utstrakt bruk av telemedisin i regionen. Dette har vært flittig brukt også innen geriatrien i kommunikasjon med primærhelsetjenesten. Bruken bør kunne utvides. Den omfatter eksempelvis: Undervisning, veiledning i forbindelse med enkeltpasienter eller problemsituasjoner, ”overføring” av pasienter mellom sykehus og kommune og vice versa (demonstrasjon av treningsopplegg, pasientfremgang etc.), møter, internundervisning hvor nærsykehusene underviser hverandre, evt. mottar undervisning fra universitetsklinikken.

Ambulant virksomhet.

Enkeltpersoner, ofte hele teamet må ha anledning til å reise ut i nærsykehusområdet for å bistå kommunene i den grad og omfang kommunene selv ønsker dette. Det er viktig at det er kommunene som tenker gjennom og fremmer ønske om hva de vil bruke sykehusets ambulante team til. Naturlige arbeidsoppgaver er besøk i sykehjem, evt. sykestuer og aldersinstitusjoner, hjemmebesøk, pasientkonsultasjon, samtale med pårørende, deltakelse i nettverksmøter, veiledning og rådgivning innen problemområder og undervisning generelt.

Teamet kan suppleres med psykiatrisk sykepleier, personale med kompetanse innen rehabilitering, logopedi etc. etter behov.

9.2 Spesialoppgaver i geriatri.

Disse vil kunne være:

- diagnostikk og behandling av hjerneslag hos gamle
- utredning og behandling av inkontinens
- utredning av demens
- diagnostikk og behandling av akutt delir
- ernæringssvikt
- behandling av uklare og flere samtidige tilstander hos gamle
- behandling av pasienter med gjentatte fall
- polyfarmasi hos gamle
- utredning av funksjonssvikt mentalt og fysisk
- rehabilitering etter hjerneslag og annen akutt sykdom hos gamle
- nettverksproblemer

Rehabilitering bør være en naturlig del av behandlingen, med tverrfaglig tilnærming. Stor nytte av rehabiliteringstiltak i forbindelse med akutt sykdom og en tid etterpå sees spesielt hos gamle med hjerneslag eller med gangvansker etter brudd og skader, hos gamle med skjelettplager i forbindelse med osteoporose, ved annen kronisk sykdom som diabetes med komplikasjoner og ved utbredt hjerte/karsykdom. En slik rehabilitering i sykehus vil være en god start som vil kunne videreføres utenfor sykehus i regi av primærhelsetjenesten.

10. Hjerneslagenhet.

Behandling i slagenheter er det best dokumenterte tilbud vi har ved akutt hjerneslag: Dødelighet, funksjonshemming og liggetid i sykehus reduseres og færre pasienter trenger varig plass i sykehjem (21,22,23). Metaanalyser viser at akutt dødelighet i gjennomsnitt reduseres med 28 % ved behandling i slagenhet sammenlignet med behandling i vanlig avdeling (22). Ved oppfølging ett år etter hjerneslaget, gir behandling i slagenheter en samlet reduksjon av dødelighet og behov for omsorg i institusjon på til sammen 36 %. Enheter med utgangspunkt i en vanlig sengepost med et systematisk opplegg for observasjon og akuttbehandling og vekt på tidlig mobilisering og start av funksjonell trening synes å gi de beste resultatene.

Kjennetegn på en god slagenhet er:

- rask diagnostikk
- systematisk observasjon
- standardiserte akuttmedisinske behandlingsregimer
- tidlig start av mobilisering og rehabilitering
- utredning av underliggende årsaker, ledsagende sykdommer og risikofaktorer
- konstruktivt teamarbeid
- vurdering av rehabiliteringspotensiale og behov for videre rehabilitering
- grundig og gjentatt informasjon til pasient og pårørende
- nært samarbeid med kommunehelsetjenesten

Antall sengeplasser, lokaliteter og bemanning vil være avhengig av lokale forhold. En lege med spesiell interesse for slagpasienter bør være faglig ansvarlig for enheten som ellers bør ha bemanning med spesialopplærte sykepleiere, fysio- og ergoterapeut. Mulighet til logoped- og psykologtjenester er også ønskelig. Et samarbeid med en geriatrik enhet er hensiktsmessig.

11. Rehabilitering.

I forskrift om rehabilitering og habilitering som kom i 2001, er angitt følgende definisjon: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (24). Pasienten skal få hjelp til å delta i samfunnet på egne premisser, med samme rettigheter og plikter som andre. Ofte må andre instanser enn helsetjenesten på banen. Brukernes behov skal være i fokus, og retten til individuell plan for rehabilitering trådte i kraft 1.juli 2001 (24).

Stortingsmeldingen om rehabilitering presiserer behovet for lokal forankring, idet et brukerperspektiv innebærer at hovedvekten må legges på lokale og fleksible løsninger nær brukerens hjem og hverdag (25). I rehabiliteringsmeldingen er anført at ”Ulike faggrupper og sektorer har hatt sin egen forståelse av, og tilnærming til, rehabiliteringsbegrepet (25). Rehabilitering skal være en helhetlig prosess, og selv om dette primært er et ansvar for kommunehelsetjenesten, vil samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og nærsykehuset være av stor betydning for arbeidet sammen med en rekke andre aktører.

I nærsykehuset er det mange pasienter med et behov og potensiale for rehabilitering. Dette gjelder i kronikergruppene, hjerneslagpasienter, følgetilstander etter kreft, lidelser i muskel/skjelettsystem, personer med progredierende nevrologiske tilstander, multitraumetilstander, traumatiske og moderate hodeskader, rehabilitering etter hjerteinfarkt, funksjonssvikt som følge av alder. Av de forskjellige diagnosegruppene er det pasienter med hjerneslag som legger størst beslag på liggetid i norske sykehus (26). År 2000 ble det diagnostisert kreft hos 22 185 personer i Norge, og mot 2020 ventes dette å øke til nærmere 27 000 pr år (27). Ved en rekke kreftsykdommer kan pasienter leve fullt førlige eller med en stabil funksjonshemming i mange år. Dette gjelder også kreftsykdommer som ikke helbredes. Når behandlingstilbudet bedres vil antallet kreftpasienter som er helbredet eller har sykdommen under kontroll, øke meget betydelig. Rehabiliteringstiltak hos mange av disse representerer en stor utfordring, og vil bli viet mye oppmerksomhet i den nye kreftplanen som er under planlegging.

12. Poliklinisk virksomhet og dagkirurgi.

Forholdene bør legges til rette for omfattende poliklinisk virksomhet i nærsykehuset. Den bør være integrert i sykehusets øvrige virksomhet, og kan representere tilgang på medisinsk kompetanse som nærsykehuset ikke har i fast tilsatt personell. Dette vil kunne styrke kvaliteten i den akuttmedisinske virksomhet og øke mangfoldet i medisinske tilbud til en rekke pasientgrupper. Poliklinisk virksomhet bør omfatte:

Medisinsk poliklinikk. Tilbudet her bør omfatte generell indremedisin og innen grenspesialiteter avhengig av kompetanse som legestaben har. Økte behov her vil først og fremst dreie seg om pasienter med hjertesykdommer, inklusive hjertesvikt med de mange nye behandlingstilbud som her er utviklet, infeksjonsmedisin, gastroenterologiske sykdommer, lungesykdommer, kreftsykdommer o.a. Geriatrisk poliklinikk bør ha spesiell organisasjon som omtalt i eget avsnitt.

Gynekologisk poliklinikk/dagkirurgi. Denne bør organiseres med tilgang av spesialister ved avtale med sentral gynekologisk avdeling. I tillegg til tilbud innen fagfeltet vil den representere en viktig trygghet for gravide kvinner for vurdering av graviditet evt. forbundet med økt risiko.

Kirurgisk poliklinikk/dagkirurgi. Denne bør organiseres med tilgang av spesialister ved avtale med sentral kirurgisk avdeling. En klar forutsetning her vil være tilgang på anestesipersonell med lege og anestesisykepleiere foruten operasjonssykepleiere. Det må legges til rette for virksomheten med lokaliteter og utstyr. Hvor omfattende den dagkirurgiske virksomhet vil være, avhenger av lokale forhold og tilgang på fagpersonell.

Kirurgisk virksomhet i nærsykehuset vil omfatte elektiv dagkirurgi, kirurgi på operasjonsprogram på dagtid representerer en organisatorisk utfordring. Alle pasienter til kirurgi skal vurderes av kirurg og risikoscores (ASA-klassifiseres), og dette kan skje i samråd med anestesilege. En anestesilog kan betjene anestesi på flere operasjonsstuer samtidig med minimum en anestesisykepleier pr pasient til stede i operasjonsstue til enhver tid under operasjon med annen anestesi enn lokal eller regional infiltrasjon uten sedasjon. Ved innledning og avslutning av narkoser skal det alltid være to anestesisykepleiere eller en anestesisykepleier og en anestesilege til stede ved pasienten.

Overvåkningsfaciliteter til vanlig postoperativ overvåkning av vitale funksjoner må foreligge med spesialsykepleiere i intensivmedisin eller anestesi i tillegg til sykepleiere med spesialopplæring. Retningslinjer og kompetanse for postoperativ smertelindring må foreligge. Et optimalt postoperativt forløp kan sikres gjennom godt samarbeid mellom kirurg, anestesilog og sykepleiere.

Poliklinikker innen andre fagfelt. Det vil være ønskelig at nærsykehuset har poliklinisk virksomhet innen fagfelt som reumatologi, nevrologi, og avgjørende her vil være tilgang på spesialister. Hvis avtaler med aktuelle spesialister kan oppnås, bør forholdene legges til rette med lokaliteter og utstyr. I tillegg vil nærsykehuset kunne ha voksenpsykiatriske poliklinikker og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

13. Psykisk helsevern.

I løpet av livet vil over 30 % av befolkningen rammes av en psykisk lidelse. Det synes å være en økning av psykiske lidelser de siste tiår, særlig personlighetsforstyrrelser, depresjon og spiseforstyrrelser, spesielt blant yngre mennesker. Barn og unge med adferdsforstyrrelser er den største brukergruppen som henvises til spesialisthelsetjenesten i barne – og ungdomspsykiatri. Hovedmålsetningen innen Opptappingsplanen for psykisk helsevern er å videreutvikle de eksisterende desentraliserte tilbudene, med distriktpsikiatriske sentra (DPS) og barne – og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Ulik organisering og allerede gjennomført utbygging, tilsier at det vil være forskjellige behov som skal ivaretas i den videre utviklingen av tjenesten. Dagens hovedorganisering videreutvikles, slik at det sikrer lik tilgjengelighet til tilbud i de ulike områder i helseregionen.

Distriktpsikiatriske tjenester skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgntilbudene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.

Prosjektgruppen mener det er en målsetning med en tilnærming mellom somatiske og psykiatriske spesialisttjenester, og ser det som en fordel om distriktpsikiatrisk tjeneste kunne være lokalisert under samme tak som nærsykehuset.

14. Rusomsorg.

Fra 2004 skal rusfeltet integreres i spesialisthelsetjenesten, og dette vil få konsekvenser for den videre utvikling av tjenestetilbudet. Rusmiddelbruk er et stadig økende problem. Et stort antall mennesker har både en klassifiserbar alvorlig psykisk lidelse og et rusmiddelproblem, også omtalt som dobbeldiagnose pasienter (DD-pasienter). Ca. 60 % av pasienter med psykiske lidelser antas også å ha et rusproblem. I det videre arbeidet med utviklingen av gode helsetjenester til rusmiddelmisbrukere, vil det være en sentral oppgave å ivaretas avrusning som etter henvisning krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging. Andre oppgaver vil være helsefaglig utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov, samt spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon.

15. Nærsykehusets personellbehov, rekruttering, utdanning av personell, forskning.

15.1 Personellbehov.

Den mest avgjørende faktor for nærsykehuset som sykehusmodell vil være tilgangen på fagpersonell og deres kompetanse. En viktig utviklingstendens er at personell som fysisk er til stede, via informasjonsteknologi kan innhente nødvendig

kompetanse og rådgivning utenfra som anført ovenfor. Et annet utviklingstrekk er at kompleksitet og kvalitetskrav stiller behov for volum i diagnostikk og behandling for å utvikle og vedlikeholde kompetanse. Dette medfører behov for sentralisering av en del funksjoner innen flere fagfelt og spesielt innen kirurgi. Antallet kvinner som opereres for brystkreft må for eksempel være på et visst nivå for at kvalitetskrav kan tilfredstilles. Innen akuttmedisinen kan imidlertid kravet til nærhet mellom pasient og behandlingsinstitusjon på grunn av tidsfaktoren være ennå mer avgjørende. Innen det indremedisinske fagfelt er dette stadig i utvikling. Balansen mellom kvalitetskrav med sentralisering på den ene siden og hensynet til nærhet på den annen side er organisatoriske utfordringer for sykehuset

Sykehuset er preget av behov for mange grupper fagpersonell, og nærsykehuset trenger:

- leger med spesialitet generell indremedisin, evt. grenspesialitet
- leger med spesialitet allmennmedisin
- leger med spesialitet anestesi, kirurgi, gynekologi, nevrologi, rheumatologi, evt. flere i avtalefestede deltidstillinger
- leger i utdanningsstillinger, inklusive turnuskandidater
- spesialsykepleiere innen anestesi, intensivmedisin, operasjonssykepleie og kreft.
- sykepleiere med spesialkompetanse innen dialyse, diabetes, hygiene m.fl.
- sykepleiere med videreutdanning innen geriatri, rehabilitering og psykiatri
- sykepleiere
- hjelpepleiere
- fysioterapeuter med videreutdanning innen geriatri, rehabilitering og psykiatri
- ergoterapeuter med videreutdanning innen geriatri, rehabilitering og psykiatri
- sosionomer med spesialutdanning innen geriatri, rehabilitering og psykiatri
- ernæringsfysiologer
- bioingeniører
- radiografer
- kontorpersonell m/fagbrev, datakompetanse

15.2 Rekruttering.

For å dekke personellbehov er det sterke grunner til å vektlegge faktorer av betydning for å sikre og øke rekruttering av fagpersonell som:

- godt arbeidsmiljø. Det er mye erfaring for at det er lettere å skape et godt arbeidsmiljø i mindre institusjoner
- godt fagmiljø
- utdanningsmuligheter. Fagpersonell vektlegger erfaringsmessig muligheter for videreutdanning og økning av egen kompetanse
- stipendier for utdanning. Dette kan bidra til å øke fagpersonellens kompetanse og representere en viktig faktor for å sikre rekruttering. Stipendordninger må ha et visst volum for å kunne være utslagsgivende for rekruttering
- bolig, barnehageplasser. Det dreier seg i rekrutteringssammenheng ofte om å tilby stillinger til potensielle medarbeidere i yngre aldersgrupper med behov for tilfredsstillende boligforhold og barnehageplasser

15.3 Utdanning.

Leger. Det mest kritiske for gjennomførbarheten av nærsykehuset som sykehusmodell og for at nærsykehuset kan fungere på et adekvat medisinsk faglig nivå, er dekning av spesialiststillingene innen generell indremedisin. Et viktig prinsipp i spesialistutdanningen er og har vært at spesialitet i generell indremedisin må innehas før godkjenning i grenspesialitet. Hvis indremedisinsk spesialistkompetanse skal komme i bedre samsvar med pasient behovene, er det sterkt ønskelig at Råd for spesialistutdanning og fordeling av leger tar et initiativ for å styrke stillingen for fagfeltet generell indremedisin. Dette vil kunne bidra til den faglige bredde som er nødvendig for spesialister i nærsykehuset, men dette vil formodentlig ha en langsiktig horisont. På kort sikt vil tiltak for å øke indremedisinernes kompetanse innen akuttmedisin ved faglige kurs og handlingsprogrammer øke mulighetene for å holde et adekvat faglig nivå på et felt i meget rask utvikling.

Nærsykehuset vil ha funksjoner som gjør at utdanningsstillinger (assistentleger) vil ha et godt utdanningstilbud innen generell indremedisin med tidsbegrensning. Likeledes vil turnuskandidater i nærsykehuset ha et meget godt utdanningstilbud innen det indremedisinske fagfelt, og det er derfor svært viktig at nærsykehuset får tildelt turnuskandidatstillinger, selv om kandidatene må flytte til annet sykehus for å få fullført sykehustjenesten innen kirurgi og evt. andre fagfelt. Allmennlegene har et stort behov for sideutdanning ved spesialisering i allmenntmedisin, og ved fornying av sin spesialitet.

Prosjektgruppen legger stor vekt på anestesistjeneste i nærsykehuset hvis de akuttmedisinske tilbud skal holde et adekvat kvalitativt nivå. For å øke mulighetene for å oppnå dekning av behov for anestesileger i nærsykehuset forutsettes spesielle organisatoriske tiltak i relasjon til spesialavdeling som anført ovenfor, og dessuten

må vurderes kapasitet innen utdanning av anestesileger. Alternativ er en ordning med anestesileger i stafett, evt. tilsvarende for andre faggrupper.

Nærsykehuset som sykehusmodell vil ikke være realistisk uten at sykehuseier gjennomfører spesielle tiltak med høy prioritet for dekning av spesialiststillinger og utdanningsstillinger, inklusive turnuskandidatstillinger for leger.

Sykepleiere. Någjeldende rammeplan med forskrift for sykepleierutdanningen forutsetter praksisstudier i spesialisthelsetjenesten både ved medisinske og kirurgiske sengeposter der medisinsk og kirurgisk praksis hver for seg må ha et omfang på minst 6 uker. Når nærsykehuset ikke har kirurgisk sengepost, må sykepleiestudentene få slik praksis ved annet sykehus med kirurgisk avdeling. I forslag til ny rammeplan for helsefagutdanningene som er sendt ut på høring våren 2003, må sykepleiestudentene ha praksis fra medisinsk/kirurgisk sengepost. Nærsykehuset har behov for spesialsykepleiere og sykepleiere med spesialkompetanse innen en rekke fagfelt som anført ovenfor. Sykehusfunksjonene i nærsykehuset ligger til rette for at deler av spesialutdanningen og praksisplasser kan gjennomføres her, noe som også vil virke rekrutterende.

Andre personellgrupper. Innen fysioterapi er det i år under etablering et desentralisert utdanningstilbud ved Universitetet i Tromsø, og nærsykehuset vil kunne tilby praksisplasser i denne forbindelse. Praksisplasser for andre faggrupper kan også være aktuelt.

15.4 Forskning.

I den nye lovgivningen for helsepersonell er sykehustjenesten tillagt oppgaver innen medisinsk forskning. Nærsykehuset vil i høy grad måtte prioritere gjennomføring og utvikling av tjenestetilbud slik at det vil være begrensede rom for egen forskningsevne. Det vil imidlertid ligge til rette for populasjonsbasert klinisk forskning, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner. Forskningsvirksomhet bidrar til å høyne medisinsk faglig nivå.

16. Referanser.

1. NOU: "Hvis det haster ... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap". NOU 9, 1998.
2. Lindgren S., Kjellström T.: "Future development of general internal medicine: a Swedish perspective". *Europ.J.Int.Med.* 12, 464-69, 2001.
3. Lindgren S., Juhlin P.: "Internmedicinen naturlig bas før akutmedicinsk innriktning". *Lakartidn.* 95, 4047-48, 1998.
4. Lind L, Mattsson M-O, Olsson T, Safenberg U.: "Behøver Sverige akutmedicinare?". *Lakartidn.* 95, 3156-58, 1998.
5. Hållmarker, U, Gustfsson, C, Hanson, P-O, Magnusson, S, Nilsson, H: "Akutsjukvården krever sterkare internmedicinska resurser". *Lækartidn.* 99, 2858-61, 2002.
6. Fagerberg B, Widgren B: "Internmedicinsk akutsjukvård i støpsleven". *Lækartidn.* 100, 3214-5, 2003.
7. Persson J, Ryden S: "Nærakutmottagningar viktig del av ny sjukvårdsstruktur i Skåne". *Lækartidn.* 100, 3238-40, 2003.
- 8 Helse Nord: "Si@prosjekter", 2003.
- 9 Krarup E, Pedersen N.T. Hansen M.G.J., Hartling S.G., Kirkegaard B.C.: "Kvalitetsudvikling på medicinsk afdeling". *Ugeskr. Læger* 162, 4394, 2000.
10. Hellebek A. Et al.: "Den gode medicinske afdeling. Resultater fra en national undersøgelse af kvalitet i 1998". *Ugeskr. Læger* 164, 4431-7, 2002.
11. Hjort P.F., Stene Larsen G.: "Indremedisinens rolle i helsetjenesten – moderfaget som må på gamle hjem?". *Tidsskr. Nor. Lægefor.* 110, 3352-6, 1990.
12. Rasmussen K.: "Refleksjoner over indremedisinens faglige og organisatoriske utvikling". *Tidsskr. Nor. Lægefor.* 110, 3359-61, 1990
13. Kjekshus L.E., Nerland S.M., Hagen T.P., Botten G.: "De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegning av 58 somatiske sykehus i Norge, 1999 og 2001". *Univ. i Oslo, HERO skriftserie 1*, 2002
14. Department of Health Publications: "Keeping the NHS Local – a New Direction of Travel". London 2003.
15. Helse Nord: Rapport om prehospital trombolyse, 2002.
16. Helse Nord: Rapport om organisering av framtidig kirurgisk beredskap, 2003
17. Helse Nord: Rapport "Samhandling er godt for helsa", 2002
18. NOU: "Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan". NOU 20, 1997.
19. NOU: "Livshjelp". NOU 2, 1999.
20. Statens Helsetilsyn: "Gamle i sykehus". Rapport 7 – 99.
21. Indredavik B, Bakke F, Solborg R, Rokseth R, Haaheim H, Holme I: "Benefit of a stroke unit: a randomised controlled trial". *Stroke* 22, 1026-31, 1991.
22. Stroke Unit Trialists Collaboration: "Organised inpatient (stroke unit)

- care for stroke". In: The Cochrane Library Issue 4,2003.
23. Dahl T, Indredavik B, Manen K, Russell D, Thomassen L, Waaler H.M.
"Utredning og behandling av pasienter med cerebrovaskulær sykdom".
Den Norske Lægeforening: Skriftserie for leger, 1996.
 24. Sosial- og helsedepartement: "Forskrift om habilitering og rehabilitering",
2001.
 25. Stortingsmelding: "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg
rehabiliteringspolitikk". Stortingsmelding nr. 21, 1998-99.
 26. Statens Helsetilsyn: "Veileder i rehabilitering av slagrammede", 4, 1996.
 27. Krefregistret: "Kreft i Norge i 2000", 2002.