

Helseforetakene
v/foretaksdirektør

PLAN FOR ARBEIDET MED LOKALSYKEHUSSTRATEGI - INNHOLD OG PROSESS. DISKUSJONSUNDERLAG.

Det skal fremmes en styresak om lokalsykehusstrategi innen utgangen av 2007. I denne saken bør det nedfelles hvilke tjenester lokalsykehusene skal tilby, og hvordan helseforetakene i samarbeid med Helse Nord RHF kan utvikle den kompetansen som er nødvendig for å tilby de aktuelle tjenestene. Det må også tas stilling til hvor stort handlingsrom det skal være for lokale tilpasninger. Strategien skal legges til grunn for planlegging av nye lokalsykehusbygg.

Arbeidet kan ikke fullføres før Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført sine vurderinger av Lokalsykehusutvalgets rapport, samt sin annonserte vurdering av fødetilbudet. Helse Nord RHF kan imidlertid ikke stoppe planarbeidet for de nye lokalsykehusbyggene i Narvik og på Stokmarknes. Arbeidet må derfor gjennomføres i to trinn, parallelt med HODs prosesser, og deretter samordnes med disse i slutfasen mot utgangen av året.

Vedlagt følger et notat om problemstillinger/utfordringer for den videre utvikling av lokalsykehusene og felles planforutsetninger. Notatet er et diskusjonsunderlag til bruk i prosessen i det enkelte helseforetak og bygger på et tidligere notat om felles planforutsetninger og på erfaringer fra studieturen en gruppe fra Helse Nord RHF gjennomførte til Skottland i vår.

Forslag til prosess for arbeid med styresaken

Problemnotatet og et foredrag (Trude Grønlund) som oppsummerer erfaringene fra studieturen til Skottland danner utgangspunkt for diskusjoner i:

- Direktørmøtet/helseforetakene
- Fagsjefmøtet
- Regionalt brukerutvalg
- Drøftings- og medvirkningsmøte med KTV
- Innspillmøter med fylkene og vertskommunene (bør frontes av AD)
- Ledergruppen i Helse Nord RHF

Styresaken utformes med bakgrunn i de innspillene som kommer i disse fora.

Vennlig hilsen

Lars Vorland
Administrerende direktør

Tor Ingebrigtsen
settefagdirektør

Kopi: ledergruppa HN
Vedlegg: Notat

FELLES PLANFORUTSETNINGER OG UTFORDRINGER FOR VIDEREUTVIKLING AV LOKALSYKEHUS

Disposisjon:

0. Sammendrag.....	s 2
1. Innledning.....	s 3
2. Foreliggende planer og utredninger som legger føringer på lokalsykehusstrategien.....	s 3
- <i>Soria Moria erklæringen</i>	s 3
- <i>Nasjonal helseplan</i>	s 3
- <i>Lokalsykehusutvalget</i>	s 4
- <i>Traumeutvalget</i>	s 5
- <i>Legeforeningens lokalsykehusutredning</i>	s 5
- <i>Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester</i>	s 5
- <i>intensivbehandling</i>	s 5
- <i>ortopedi</i>	s 5
- <i>laboratoriemedisin</i>	s 6
- <i>Revisjon av regional smittevernplan</i>	s 6
- <i>Habilitering og rehabilitering</i>	s 6
- <i>Psykiatri og rusfeltet</i>	s 6
3. Utfordringer for den videre utvikling av lokalsykehusene.....	s 6
3.1 <i>Lokalsykehus i sentrale strøk versus utkantstrøk – behov for en differensiert strategi?</i>	s 6
3.2 <i>Behandling på lavest mulige omsorgsnivå/samhandling mellom nivåene</i>	s 7
3.3 <i>Generalistkompetanse versus spisskompetanse</i>	s 9
3.4 <i>Rett kompetanse på rett sted</i>	s 10
3.5 <i>Intensivbehandling</i>	s 11
3.6 <i>Nettverksbygging</i>	s 12
4. Foreløpige planforutsetninger for nye lokalsykehusbygg.....	s 13
- <i>Akutfunksjoner</i>	s 13
- <i>billediagnostikk</i>	s 13
- <i>Sengeposter og normering av sengetall</i>	s 13
- <i>Fødeenhet</i>	s 14
- <i>Intervensjonsrom og luftsmitteisolat</i>	s 14
- <i>Dagbehandlingsenhet og pasienthotell</i>	s 14
- <i>Poliklinikker og lokaler for ambulante team</i>	s 14

0 Sammendrag

Det er i notatet forsøkt belyst noen av de problemstillingene som gjør seg gjeldende i forhold til videre utvikling av lokalsykehusene i Helse Nord. Det finnes selvsagt problemstillinger som ikke er berørt, slik som f.eks fødselsomsorgen. Fødselsomsorgen blir ikke grundig behandlet i rapporten om lokalsykehusene med den begrunnelse at det er nedsatt et nasjonalt utvalg som skal vurdere om det er behov for nye faglige retningslinjer innen dette området. Vi har i dag faglige retningslinjer og anbefalinger som ikke blir etterfulgt og som har skapt mye støy. Statsråden ønsker å vurdere hvorvidt vi enten må justere retningslinjene eller å sørge for regimer som gjør det mulig å gjennomføre retningslinjene. Av denne grunn velger vi å ikke belyse fødselsomsorgen ytterligere.

Problemstillingene som er belyst, skisserer ulike tilnærminger til utfordringene vi står overfor gjennom eksempler fra Storbritannia, og spesielt Skottland, hvor representanter fra Helse Nord har vært på studiebesøk. En viktig erkjennelse er at de ulike lokalsykehusene vil ha ulike utfordringer og at det kanskje er riktig å legge opp til at det kan, og bør, være lokale forskjeller mellom sykehusenes tjenestetilbud basert på lokal kompetanse og behovene i befolkningen. En annen erkjennelse er at vi kanskje må legge mer vekt på de ansattes kompetanse og mulige framtidige kompetanse i stedet for å fokusere for mye på profesjon og tradisjonelle utdanninger. Erfaringene fra Skottland viser at for eksempel allmennpraktikere med videre/tilleggsutdanning benyttes i langt større grad i sykehusene enn tilfellet er her hjemme. Sykepleiere og andre høgskoleutdannede tar over arbeid fra legespesialistene og nye spesialiteter er under utvikling. Dette er en utvikling som har tvunget seg fram i de siste årene pga Storbritannias mangel på leger, men også i erkjennelse av at distriktene har andre utfordringer enn de sentrale strøk.

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

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

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

1. Innledning

Helse Nord RHF skal i løpet av høsten 2007 utarbeide og vedta en strategi for videre utvikling av lokalsykehusene. Lokalsykehusstrategien vil være førende både for videre utvikling av eksisterende lokalsykehus, og for bygging av nye. Dette notat er utarbeidet som et grunnlag for diskusjon internt i foretaksgruppen, og med andre berørte parter, som pasientorganisasjoner, kommuner og fylker.

Kapittel 2 sammenfatter foreliggende planer og utredninger som legger føringer på lokalsykehusstrategien. I kapittel 3 drøftes utfordringer som til nå ikke har funnet sin løsning, verken regionalt eller nasjonalt. I denne delen av notatet oppfordres det direkte til drøfting av noen sentrale problemstillinger. Iverksatt planlegging av nye lokalsykehus kan ikke stoppes i påvente av lokalsykehusstrategien. Kapittel 4 oppsummerer derfor planforutsetninger som det vurderes å være bred enighet om, og som dermed kan legges til grunn for pågående planlegging. I kapittel 5 oppsummeres innholdet i notatet.

2. Foreliggende planer og utredninger som legger føringer på lokalsykehusstrategien

Soria-Moria-erklæringen

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

Nasjonal helseplan

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

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

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

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

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

Lokalsykehusutvalget

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

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

Utvalget mener også at målet om behandling på lavest mulige omsorgsnivå, tilsier at ressursene i helsetjenesten i større grad enn tilfellet er i dag, bør forskyves mot kommunehelsetjenesten. Siden helsetjenesten er delt mellom to ulike forvaltningsnivå med ulik eier, stiller dette oss overfor betydelige utfordringer.

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

- *Akuttsykehus* skal kunne ta imot alle indremedisinske akutttilfeller og beherske et bredt spekter av kirurgiske prosedyrer slik at sykehuset kan håndtere de fleste typer alvorlige skader i den tidlige akuttfasen. Mange alvorlig skadde (for eksempel pasienter med alvorlig hodeskade, som utgjør om lag 50 % av dem med alvorlige skader) må likevel sendes videre til universitetssykehus for endelig behandling. Utvalget understreker at det ikke er krav om spesialisert bakvakt i ortopedi ved akuttsykehusene.
- *Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner* har hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, supplert med en enklere kirurgisk beredskap for prosedyrer som er nødvendige for å stabilisere pasienter, eller som det er urimelig å måtte reise langt for å få. Eksempler kan være intubasjon og sedasjon, innlegging av dren i brysthulen,

avlastning av urinretensjon og midlertidig stabilisering av brudd. Utvalget mener at prosedyrene ikke nødvendigvis må utføres av spesialister i kirurgi. Sykehus med tilpassede akutfunksjoner må som minimum ha spesialist i indremedisin i døgnerberedskap, og med dagens kompetanseprofil også spesialist i anestesi. Innenfor vanlig arbeidstid må også disse sykehusene kunne tilby vanlig elektiv kirurgi som de store pasientgruppene nevnt ovenfor har behov for.

Traumeutvalget

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

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

Legeforeningens lokalsykehusutredning

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

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

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

Intensivbehandling

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

Ortopedi

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

Laboratoriemedisin

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

Revisjon av regional smittevernplan

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

Habilitering og rehabilitering

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

Psykatri og rusfeltet

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

3. utfordringer for den videre utvikling av lokalsykehusene

Planene og utredningene nevnt i innledningen gir klare føringer for hvordan lokalsykehusene skal utvikles. Disse forholdene kommer til å bli enda bedre belyst i løpet av høsten når Regjeringens vurdering av Lokalsykehusutvalgets rapport og fødselsomsorgen blir kjent, samtidig som resultatet av den regionale utredningen rundt organisering av intensivbehandling blir ferdigstilt.

3.1 Lokalsykehus i sentrale strøk versus utkantstrøk – behov for en differensiert strategi?

Helsepolitikere i andre land med store avstander, slik som Australia, Canada, New Zealand og Skottland har alle utviklet en spesifikk helsepolitikk for de små lokalsykehusene.

Utfordringene ved å levere helsetjenester i strøk med lavt befolkningstall og store avstander kan oppsummeres slik:

- Store avstander til helsehjelp/pleie/behandling
- Demografiske forskjeller – større økning i andel eldre i utkantene enn i byene
- større arbeidsbyrde knyttet til omsorg for eldre og palliativ omsorg fordi pasientene i utkantene oftere ønsker å behandles lokalt i stedet for på et sykehus langt fra hjemmet og fordi de relativt er flere
- Utfordringer knyttet til responstider for ambulansetjenesten
- Vanskeligere rekruttering og stabilisering av helsepersonell
- Opprettholdelse av faglige ferdigheter er vanskeligere når aktivitetstallene er lave
- Beredskap vanskeliggjøres av lavt antall helsepersonell til å dele vaktene
- Kostnadene ved å levere helsetjenester er høyere i utkantene både pga transportutgiftene og forholdet mellom aktivitet og bemanning

Helse Nord RHF ønsker å gi befolkningen god tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Nærhet er en av flere dimensjoner ved tilgjengelighet, og i en landsdel med store geografiske avstander er denne dimensjonen en særlig utfordring. Til tross for en relativt desentralisert sykehusstruktur, har store deler av befolkningen i Nord-Norge større avstander og lengre reisetid til sykehus og spesialisthelsetjenester enn ellers i landet. Vi må erkjenne disse forskjellene og utvikle modeller for helsetjenesten som møter lokale behov hos befolkningen i

vår del av landet. Det er ikke bare de små lokalsykehusene som bør drøftes. Også de store sykehusene som UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø har en lokalsykehusfunksjon med sine problemer og utfordringer, som må vurderes i tida framover.

Sentrale problemstillinger til drøfting:

1. Er det behov for et særskilt fokus på lokalsykehusfunksjonen ved de ”store” sykehusene?
2. Hvor stor differensiering i tilbudet er det behov for mellom de ulike lokalsykehusene?

3.2 Behandling på lavest mulige omsorgsnivå/samhandling mellom nivåene

Det har i lang tid vært en nasjonal helsepolitisk målsetting at befolkningens tilgang til helsetjenester skal være uavhengig av bosted eller sosial posisjon. Likevel har tiltagende spesialisering og skjerpede kvalitetskrav, med jevne mellomrom, utfordret aspekter ved den desentraliserte modellen for levering av spesialisthelsetjenester. Dermed oppstår noen dilemmaer og spenninger mellom enkelte fagmedisinske utviklingstrekk, på den ene side, og ønsket om å opprettholde eller styrke lokale helsetilbud på den annen side.

Nærhet og tilgjengelighet er viktige aspekter ved kvalitetsvurderingen av helsetjenesten, og sammen med økt fokus på pasientrettigheter har dette økt behovet for desentralisering av deler av spesialisthelsetjenesten. Det er bred enighet internasjonalt om at vi trenger differensierte institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, der innholdet i akuttberedskapen og tilgangen på spesialisert kompetanse, er de viktigste kriteriene for differensieringen. Hovedhensikten er å skape nærhet (desentralisering) for de vanligste tilstandene i en befolkning samt nødvendige tilbud for behandling av akutte skader og sykdom, samtidig som de sjeldne tilstandene og tilstander som krever høy spesialisering behandles i regionale, eventuelt i nasjonale institusjoner (sentralisering).

Internasjonale trender peker i retning av økt samhandling mellom nivåer og mellom pasient og behandlingsapparat, mer sømløse behandlingsskjeder, samt betydelig økt vekt på poliklinikk og dagbehandling. Det sterke fokus på samhandling og tiltaksskjeder bidrar både til mer rasjonell ressursutnyttelse og bedre kvalitetssikring av den behandlingen som gis. Videre bidrar den sterke forskyvning av oppgaver i retning av poliklinikk og dagbehandling til å muliggjøre desentralisering av spesialisthelsetjenester. Når det i økende grad er mulig å levere slike tjenester utenfor sykehus, er det også en konsekvens av at utstyret er blitt billigere, og fordi mange av de medisinske metodene er blitt enklere og sikrere, bl.a. som følge av standardiserte protokoller.

De største utfordringene for lokalsykehusene er kanskje den sterke veksten i andelen eldre med komplekse sykdommer og kronikere. Disse pasientgruppene utgjør det største volumet av brukerne av lokalsykehustjenester. Mange av pasientene med kroniske sykdommer kan klare seg med polikliniske tilbud, mens andre igjen trenger langtidsbehandling ved innleggelse for sin sykdom. Behandling og omsorg i sykehussenger er de dyreste tjenestene. Likevel bruker vi sykehussenger til ferdigbehandlede pasienter, og til pleie av eldre med sammensatte lidelser, som ikke nødvendigvis trenger å foregå i sykehus. Ettersom pasientene vil tilbringe mest tid innen primærhelsetjenesten, men også innimellom ha behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten er samhandlingen mellom aktørene av uvurderlig betydning. Pleietjenesten i kommunene vil således være en svært viktig aktør og samarbeidspartner i dette arbeidet. Skal dette fungere må det være likeverdighet mellom aktørene.

Mange av de landene det er hensiktsmessig å sammenlikne oss med, har i dag samme eier av primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse landene forsøker å viske ut skillet mellom nivåene,

ved å styrke primærhelsetjenesten, slik at den kan overta mer av arbeidet med pasientgrupper innen langtidsbehandling som trenger nærhet til tjenestene (eldre, kronikere, psykisk syke, alkohol- og stoffmisbruk), samt korttids innleggelse av andre pasientgrupper for mindre skader og de vanligste sykdommene. Intermediære multifaglige team er også opprettet i lokalmiljøene både for å forhindre sykehusinnleggelse og for å jobbe med pasienter som skrives ut fra sykehus, og som trenger oppfølging i hjemmet, slik at liggetiden på sykehus kan reduseres. I Skottland har de bla et godt utbygd system av ”Community Hospitals”. Disse er ikke helt like våre sykestuer. De er mer å sammenlikne med små lokalsykehus hvor spesialister i allmenntilleggsmedisin har beredskap og ansvar for den medisinske behandlingen, men hvor det er ambulerende spesialister som har poliklinikk og dagbehandling, samt at det er fødestuer og tilbud til kronikere, langtidssyke etc. Alta Helsesenter er vel det som likner mest av våre institusjoner.

Det mest interessante med disse Community Hospitals er hvordan samhandlingen mellom disse og lokalsykehusene, både store og små lokalsykehus, foregår når det gjelder innleggelser. Community Hospitals benyttes både til ”step down” og ”step up”, hvilket betyr at liggetiden i spesialisthelsetjenesten kan være kortere enn her hos oss. Slik utnyttes de felles ressurser optimalt, og pasienten får oppholde seg mest mulig i sitt eget nærmiljø.

Tjenestene er basert på samhandling på flere nivå som f.eks kreftsykepleiere med base i lokalsykehuset som leverer tjenester både i sykehuset, i ”Community Hospitals” og overfor den enkelte kreftsyke i deres hjem. Nettverk mellom de ulike nivåene er opprettet både innenfor fagområder og mellom sykehus på ulike nivå. Disse nettverkene utvikler tjenester for pasientgrupper (hjertesyke, kreftsyke, lungesyke etc) i en sammenhengende behandlingsskjede – mellom nivåene. Slik samhandling bryter ned barrierene mellom nivåene og gir en sømløs tjeneste for pasientene.

Hos oss er samhandlingen mellom 1. og 2.linjen vanskeligere pga ulikt eierskap. Det er vanskelig å finne hensiktsmessige arenaer for samhandlingen i og med at finansieringen av tjenestene kommer fra ulike forvaltningsnivå. Finansieringen av f.eks fastlegeordningen vanskeliggjør deltakelse i nettverk med spesialistene i 2.linjen, fordi ingen inntekt kan genereres direkte av denne samhandlingen.

Det er likevel en del ting som kan gjøres for å bedre samhandlingen. Å trekke generalistene fra allmenntilleggsmedisinen inn i sykehusene er et viktig tiltak, slik vi har gjort med PKO (Praksis Konsulent Ordningen). Vi kan imidlertid videreføre dette til andre grupper av helsepersonell for eksempel kommunenes kreftsykepleiere, jordmødre, helsesøstre etc. Ved f.eks å ansette primærhelsetjenestens personell i deltidsstillinger ved lokalsykehusene ville nettverksbyggingen sannsynligvis gå lettere.

Det er vanskelig å forutse hvordan effektene av en evt. sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge ville bli for pasientbehandlingen og den totale behandlingsskjeden. Det ville imidlertid vært svært interessant å gjennomføre et pilotprosjekt innen Helse Nord hvor en la primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ”under en hatt” innen et helseforetak, forutsatt at en hadde aksept fra både nasjonale myndigheter og de aktuelle kommunene.

Sentrale problemstillinger til drøfting:

1. Skal Helse Nord søke om å få gjennomføre en pilot hvor et helseforetak (eller et sykehusområde) og kommunehelsetjenesten i opptaksområdet driftes under en "eier"?
2. Hvilke tiltak vil kunne bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen områder som rehabilitering, langtidsbehandling av kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser etc.
3. Hvordan få til økt samhandling mellom sykehus og sykehjem?

3.3 Generalistkompetanse versus spisskompetanse

Helsetjenesten preges av en svært rask utvikling av ny teknologi/behandlingsmetoder som igjen medfører en sterk tendens til subspecialisering både nasjonalt og internasjonalt. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten er blitt stadig mer "organspesifikk" og seksjonert ved store sykehus. Utviklingen innebærer en særlig risiko for hovedspesialiteten i generell kirurgi og med mindre det iverksettes tiltak for å modifisere eller kompensere for grenspesialiseringen, kan de brede hovedspesialitetene i løpet av få år være historie i europeisk helsevesen.

Diskusjonene om lokalsykehusene har i stor grad handlet om hvilken kirurgisk akuttberedskap det er nødvendig å opprettholde. Dette har sammenheng med at grenspesialistene hver for seg ikke er i stand til å ivareta bredden av de tilstander som en finner ved lokalsykehusene. I lokalsykehus i lavt befolkede strøk er utfordringene ved grenspesialiseringen ofte enda vanskeligere å håndtere. Dette fordi det er lav aktivitet/volum på en rekke prosedyrer, og manglende/mangelfull rekruttering og stabilisering i de ulike spesialitetene.

Utviklingen bekreftes i rapporter fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legestillinger som viser at et stadig økende antall leger i spesialisering velger en subspecialitet. Det er nå ca kun en tredjedel som velger å avslutte spesialiseringen innen kirurgi og medisin med hovedspesialiteten generell kirurgi eller generell indremedisin.

Ettersom færre og færre velger en generell spesialisering vil rekruttering av generalister være et økende problem for lokalsykehus generelt fordi det er lokalsykehusene som er spesielt avhengig av breddekompetansen. Aktiviteten for den enkelte lege, spesielt innenfor kirurgiske fag, vil være så lav at spesialister ikke vil finne det attraktivt å jobbe ved de små sykehusene i distriktene. Vi sliter med dette i dag og noen bedring i framtida er svært usannsynlig. Det er sannsynlig at mangelen på spesialister med breddekompetanse, vil resultere i at det ikke kan gis et komplett tilbud for alle kirurgiske prosedyrer, ved alle sykehusene i regionen. En viss form for funksjons- og arbeidsdeling synes dermed nødvendig.

Data viser at hovedtyngden av kirurgisk arbeid i et lite lokalsykehus er planlagte prosedyrer, hvor de fleste kan utføres dagkirurgisk, og det er svært sjelden at akutte kirurgiske operasjoner gjennomføres i ubekvem arbeidstid.

Alle lokalsykehus bør imidlertid ha kompetanse til å gjennomføre akutte, livreddende prosedyrer og visse kirurgiske prosedyrer og stabiliserende behandling for evt overføring av pasient til høyere nivå. Det kan vurderes hvorvidt det er nødvendig at det er en kirurg som utfører disse prosedyrer. Andre fagfolk med tilleggskompetanse/ferdigheter utviklet på bakgrunn av lokale behov for kompetanse, kan også tenkes å ivareta akutte, livreddende prosedyrer. Internasjonalt ivaretas disse prosedyrene av andre, nye spesialister. I Storbritannia og en del andre land har de lenge ivaretatt generell beredskap av spesialister innen

spesialiteter som Accident and Emergency Medicin (akuttmedisin), Emergency Practitioner (spesialist i allmennmedisin med spesiell tilleggsutdanning i akutte skader og sykdommer) og Emergency Medicine (akuttmedisin med trening i flere kirurgiske prosedyrer enn A&E Medicine).

Både pasientpopulasjonen og den medisinskfaglige tilnærmingen ved lokalsykehus er annerledes enn pasientpopulasjonen og den høyt spesialiserte medisinen som utøves på større sykehus. De mindre lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen ved større sykehus krever breddekompetanse, mens den høyt spesialiserte medisinen krever spisskompetanse. De to typer av kompetanse utfyller hverandre og er avhengig av hverandre.

Lokalsykehusutvalget anbefaler at det arbeides videre med å spesifisere det faglige innholdet i den spesialiserte breddekompetansen som er nødvendig for ivaretagelse av lokalsykehusfunksjonen, både i små og store sykehus.

Det skjer relativt parallelle prosesser i andre land knyttet til å finne ut hva som er riktig kompetanse for å ivareta lokalsykehusfunksjonene i områder med lavt befolkningstall, og de fleste konklusjonene går ut på at vi må utvikle nye modeller for lokalsykehusene basert på *ivaretagelse av tjenestene* og ikke på ivaretagelse av profesjonene, for å sørge for tilstrekkelig breddekompetanse i framtida. Utvikling av en ny spesialitet, eller tilleggsutdanning innen akuttbehandling av alle slags skader og sykdommer, kan tenkes å bedre ivareta framtidens behov hos pasienter i lokalsykehusene. Dette er en problemstilling det er et snarlig behov for å adressere på nasjonalt nivå. Problemstillingen er spesielt viktig for Helse Nord og Helse Vest, men også for enkelte småsykehus i øvrige landsdeler.

Sentrale problemstillinger til drøfting:

1. Hvordan utvikler vi den breddekompetansen vi trenger ved våre Lokalsykehus?
2. Må vi differensiere tjenestetilbudet mer mellom sykehusene for å oppnå bedre rekruttering og rett kompetanseprofil?

3.4 Rett kompetanse på rett sted

For både pasienter og helsepersonell som inngår i akuttmedisinske behandlingsskjeder, er det viktig å vite *hvilken kompetanse* som finnes på lokalsykehuset og i de øvrige ledd i behandlingsskjeden, til enhver tid. Dette gjelder ikke bare hvilken kompetanse som finnes hos legene, men i det totale fagmiljøet. Tydelige kompetansekrav for alle profesjoner og nivå i behandlingsskjeden vil legge til rette for forutsigbare, faglig trygge og godt koordinerte behandlingsskjeder. Kompetansekrav gir rom for noe fleksibilitet i forhold til hvordan kompetanse kan sikres lokalt, der det ikke først og fremst presiseres hvilket personell som skal være tilstede, men hvilke tilstander som skal kunne håndteres.

Det er ikke bare behovet for å styrke breddekompetansen som drøftes internasjonalt, men også behovet for generelt å styrke den generelle akuttmedisinske kompetansen, både hos ambulanspersonell, allmennleger og sykehuspersonalet.

Å tilpasse kompetanse og roller etter lokale behov kan være en effektiv måte å utnytte personalressursene på, og er trolig helt nødvendig for å opprettholde en desentralisert helsetjeneste. Dette skyldes ikke bare at utdanningsstrukturen i dag er best tilpasset store sykehus og sentrale strøk, men også at utdanningsstrukturen aldri helt vil kunne tilpasses alle behov, og heller ikke den raske utviklingen i medisinen. Helsemyndighetene i Storbritannia har tatt konsekvensen av denne utviklingen og iverksatt en utstrakt ”workforce redesign”, dvs. både å utvikle nye roller og å utvide eksisterende roller for helsepersonell.

De strategier som Storbritannia fremmer for å modernisere tjenestene er:

- Nye og utvidede roller for leger, sykepleiere og annet helsepersonell
- Et skifte i retning av mer teambasert arbeid
- Å utforske nye måter å drifte sykehusene på om natten
- Å oppnå riktig balanse mellom generalister og spesialister
- Å utforske muligheter som byr seg gjennom å etablere nettverk mellom sykehus (og nivåer), inkludert potensialet for telemedisin.

Noen av pilotprosjektene bla i Skottland er:

- At erfarne sykepleiere med tilleggsutdannelse (nurse practitioners) har primærvakt, spesielt om natten.¹
- At overleger har vakt på tvers av spesialitet (f. eks. kirurgi, ortopedi, ØNH, traume)
- Utdanning av “emergency practitioners” (spesialist i allmennmedisin med tilleggsutdannelse i Emergency Medicine) og “emergency nurse practitioners” som er erfarne sykepleiere med tilleggsutdanning i akuttmedisin, som er de første som vurderer pasientene i akuttmottaket og behandler mindre skader/sykdommer.
- At allmennpraktikere som ønsker det (General Practitioners with special interests (GPwSI)) tilbyr spesialiserte tjenester i samarbeid med sykehusspesialister, samt utfører prosedyrer på sykehus, med spesialister som ”bakvakter”.

Det er i alle disse nye kompetanseprogrammene i Storbritannia lagt vekt på at personell som jobber i små lokalsykehus, jevnlig hospiterer ved større sykehus for å opprettholde og videreutvikle kompetansen. I dette arbeidet med å utvikle nye roller og utvide eksisterende, legges det i NHS (National Health Service) ikke bare vekt på tilrettelagt opplæring, men også på bruk av protokoller/retningslinjer og telemedisinske løsninger for å sikre lik kvalitet ved alle sykehus. Ved bruk av blant annet videokonferanser skal helsepersonell på mindre steder kunne få faglig støtte og veiledning av personale ved større sykehus i sin diagnostikk og behandling av pasienter. Hvorvidt erfaringene som gjøres er overførbare til oss er ikke utredet. Et pilotprosjekt i Helse Nord ville være svært interessant.

Sentrale problemstillinger til drøfting:

1. Er det vilje til å fordele ansvar og bygge opp kompetanse på nye måter?
2. Hva må vi gjøre for å få med oss våre fagfolk, der slik utvikling er mulig?

3.5 Intensivbehandling

Intensiv behandling er den mest kompliserte og dyreste behandling fordi pasientene trenger konstant overvåking. Internasjonalt har debatten om intensivbehandling medført en tredeling av strukturen; intensivavdeling (Intensive Care Unit, ICU), intermedieæravdeling (High Dependency Unit, HDU) og overvåkningssenger på post, og det vanlige i f.eks Storbritannia, er at ved lokalsykehus har de intermedieærpost og overfører pasienter med behov for intensivbehandling til større sykehus.

I norsk standard for intensivmedisin en en intensivpasient definert som en pasient med akutt truende eller manifest svikt i ett eller flere vitale organsystemer, hvor det er håp om bedring.

¹ Det vises til en studie som viser at 20 % av legers arbeid trygt kan ivaretas av nurse practitioners, og til undersøkelser fra USA som viser at nurse practitioners i allmennpraksis kan ivareta 60-80 % av tjenestene billigere samt ”like bra eller bedre enn allmennleger”, jmfør ”The Configuring Hospitals Evidence File, del I s. 22.

Denne pasientgruppen skal behandles i intensivavsnitt. Pasient med truende eller manifest svikt i ett vitalt organsystem hvor det er håp om bedring, skal behandles i overvåknings/intermediæravsnitt. Et intermediæravsnitt tilbyr overvåkning og behandling på nivået mellom intensivavsnitt og vanlig sengepost. Bruk av intermediæravsnitt er av de fleste vurdert å gi økt fleksibilitet, økonomiske besparelser og avlastning for intensivavsnittet av mindre syke pasienter som ellers vil bli behandlet på et for høyt og dyrt nivå.

En av årsakene til dagens kapasitetssvikt er at det er lagt for liten vekt på at det faktisk er store variasjoner i hvor syk en ”intensivpasient” er. Eksempelvis er det store forskjeller i behov for overvåkning og behandling mellom en traumepasient med alvorlig flerorgansvikt og en ung kvinne med ukomplisert svangerskapsforgiftning. Ved mange sykehus vil begge bli behandlet på intensivavsnittet fordi de fleste sykehus i regionen ikke har et tilstrekkelig differensiert behandlingstilbud for akutt kritisk syke.

Utredninger gjort av Helse Nord så langt, viser at fordelingen av intensivsenger er svært ujevn. Lokalsykehusene har ledig kapasitet og universitetssykehuset en tydelig underkapasitet. Det er et spørsmål om intensivsengene i lokalsykehusene benyttes til reelle intensivpasienter eller om en intermediær enhet (HDU) ville være mer dekkende for behovet til pasientgruppene som i dag ligger på intensivavdelingene. I Helse Nord har kun Lofoten sykehus intermediæravsnitt. Det må derfor vurderes om vi har en struktur på intensiv/intermediær/overvåknings-enheter som er tilpasset forskjellene i behov eller en struktur som medfører at mange pasienter behandles på et for høyt, og dermed for kostbart, nivå.

Sentral problemstilling for drøfting:

Trenger vi en mer differensiert struktur på dagens intensivenheter?

3.6 Nettverksbygging

Systematisk kompetansebygging og ivaretagelse av kvalitetskrav forutsetter formelle nettverk mellom sykehus. Gjennom formelle nettverk der det er mulig å etablere rotasjonsordninger hvor spesialister fra større sykehus tjenestegjør ved mindre sykehus, kan spesialiserte tjenester leveres lokalt, og gjennom rotasjon av leger fra små sykehus til større (eventuelt hospitering), kan legene ved de små sykehusene opprettholde og utvikle sin kompetanse ved at volumet på de aktuelle prosedyrene øker gjennom mengdetrening.

Lokalsykehusenes fortrinn er nærhet til pasientene og god lokalkunnskap, og dette er også viktige kvalitetsaspekter som bidrar til trygghet i befolkningen. Denne kvalitetsdimensjonen må imidlertid balanseres mot andre kvalitetshensyn, og den må ikke gå på bekostning av pasientsikkerheten. Hensynet til pasientenes sikkerhet tilsier at volumet på den elektive aktiviteten på sykehus må være stor nok til at det er mulig å fange opp og korrigere avvik fra dokumenterte kvalitetskrav og nasjonale/regionale retningslinjer. De formelle nettverkene mellom både sykehus og fagfolkene må derfor benyttes til utvikling av felles prosedyrer og protokoller. Dette vil være med å sikre lik kvalitet i tjenesten.

Lokalsykehuset må kunne diagnostisere og behandle alle vanlige tilstander og yte akutt hjelp og behandling til alle som trenger øyeblikkelig behandling pga skade eller alvorlig sykdom. En del av pasientene vil bli stabilisert og overført til et høyere nivå og derfor må nettverket til et sykehus bestå av både et samarbeidssykehus innen nivået over og et universitetssykehus. Nettverket bør være formelt og ha dedikerte leger innenfor alle fagområdene ved de ”store” sykehusene, slik at lokalsykehuset har kontakter innen hver spesialitet i nettverket tilgjengelige for rådføring og faglig oppdatering. Arbeidet med utvikling av faglige

retningslinjer og protokoller samt prosessen mot en sømløs behandlingstjeneste for pasientene, må være de viktigste oppgavene for disse nettverkene. Nettverket bør utvikle protokoller for behandling av de ulike tilstander basert på evidens basert medisin og lokalsykehuset må støttes opp av en robust hentetjeneste/transporttjeneste.

I utgangspunktet skulle forholdene for nettverksbygging ligge bedre til rette i dag enn før, i og med den nye situasjonen for UNN og Nordlandssykehuset som begge har fått to lokalsykehus hver innen sitt foretak.

Sentral problemstilling til drøfting:

På hvilken måte bør vi gå fram for å få etablert et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom store og små sykehus?

4. Foreløpige planforutsetninger for nye lokalsykehusbygg

I Helse Nord er flere nye lokalsykehus under planlegging. Planene og utredningene nevnt i innledningen viser at mange av forutsetningene for dette planarbeidet allerede er på plass, mens drøftingen ovenfor viser at andre problemstillinger er uløste. I det følgende oppsummeres forutsetninger som det vurderes å være bred oppslutning rundt.

Akutfunksjoner

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

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

Billeddiagnostikk

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

Sengeposter og normering av sengetall

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

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

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

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

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

Fødeenhet

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

Intervensjonsrom og luftsmitteisolat

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

Dagbehandlingsenhet og pasienthotell

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

Poliklinikker og lokaler for ambulante team

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

