

Høringsuttalelse:

Uklarheter og feil ved Rapport, Helgelandssykehuset 2025, fra Ekstern Ressurs-gruppe.

Ved «Foreløpig Rapport 3.des. 2018» (FR 2018), fremkommer Ekstern Ressursgruppe med avvikende fakta vurderinger, referansefeil og uklarheter som i utstrakt grad fordreier vurderinger, analyser, og hypoteser om sykehusstruktur og alternativer for lokalisering av sykehus for 80.000 helgelendinger.

Fremlagte Rapport gir ingen svar på mandat, som Ekstern Ressursgruppe ble pålagt, om sykehusfaglige råd mot ulike pasientgrupper.

Usannheter I : FR 2018 : Kap. 5 , (5.1) ; (5.2).

Lokaliseringen av Helgelandssykehus på Tovåsen, påståes; «skal være i strid med nasjonale føringer for by og regionsenter»».

Et stort Helgelandssykehus på Tovåsen / Leirfjord, vil være i samsvar med; -Fylkesplan for Nordland-- med utvikling av Regionforstørring av Helgelandsregionen.

*Helgelandssykehuset vil være sentrert i en Regionsforstørring mellom innland og Helgelandskysten, bestående av 2 byer og 3 tettsteder med befolkningstilhørighet på 29.404 beboere. Vefsn, Sandnessjøen, lærestedet Nesna, Leirfjord og Hemnes, vil være samlet i bolig-, arbeids-, og markedsregion med øket økonomisk aktivitet ved **Multiplikatoreffekt og Agglomerasjonseffekt.***

Helgelandssykehuset som en sentral arbeidsplass for 1500 - 1700 ansatte, vil bidra til trafikal omstrukturering og tilpasning av pendeltrafikk mellom byer og tettsteder.

Usannheter II : Pasient-lekkasje pga, svakt sykehus og lange vei til sykehusbehandling.

Foreløppig Rapport 3.des.2018 (FR 2018), erkjenner betydelig pasient- lekkasje ved stort Helgelandssykehus plassert i Rana pga. lange reiser til sykehusbehandling.

Usannhetene i kap. 6.2.3 og kap.7 ::

« Helgelandssykehuset, lokalisert til Rana, må sørge for at tilbudene i Mo i Rana fremstår med så høy kvalitet at det vil være attraktivt for befolkningen.»»

« Fordeler med sykehuslokalisering til Rana, er at området har det største fagmiljø.»»

« Attraktiv by, Mo i Rana, gir sterkere medisinsk faglig rekruttering.»»

Hvilke medisinsk «under» forventer Ekstern Ressursgruppe(Erg) seg?

Hvilke særtilbud av kvalitet og attraktivitet tilbys pasienter i livskritiske situasjoner, når

akutt ambulansereise til feilplassert Helgelandssykehus i Rana, bruke mer enn > 2 timer, 30 min til sykehusbehandling.

Gjennomsnittlig mer enn > 1 time lengre syketransport av 46.400 beboere, 60% av helgelendinger til sykehus i Rana enn til stort akutt Helgelandssykehus på Tovåsen i Leirfjord kommune.

Hvor sterkt bør fagmiljø i Rana være for at det skal ha noen vektet betydning for plassering av Helgelandssykehuset til Rana?

Medisinsk fagarbeid og kompetanse på sykehuset er ledet ved nasjonal og internasjonal forskning og er kjernevirksomheten i alt klinisk pasientarbeid på sykehuset. Derfor vil ikke betydningen av fagmiljøet i Rana være noe sterkere enn fagmiljøet vi finner i Sandnessjøen og i Mosjøen.

Mo i Rana vil etter omfattende pasientlekkasje til Bodø og til Trondheim, få et sykehus med befolkningstilhørighet på 45.000 til 50.000 beboere. Et sykehus som ikke vil oppfylle kravene for akuttkirurgi. Et svekket medisinsk faglig sykehus, et B sykehus med poliklinikk, dagkirurgi og vaktbærende funksjoner som avhenger av vikarstafetter. Et B sykehus som ved Stortingets pålegg, opprettholder dagkirurgi og nødplan for akuttkirurgi når tilstanden krever det, og når pasientens sikkerhet ved inngrepet er ivaretatt.

Dette sykehuset, beliggende i en by med belastet forurensning etter tidligere nedgravd industri, vil ha en svekket rekruttering for medisinsk fagpersonell.

Hvilket uhildet medisinsk- og sykehusfaglig råd evner Ressursgruppa å gi ved sitt mandat?

Tap eller svekkelse av medisinske akuttfunksjoner ved feilplassert stort Helgelandssykehus eller struktur med 2 sykehus for 80.000 helgelendinger, vil gi en svekket spesialisthelsetjeneste, svekket medisinsk faglig rekruttering, svekket eller destabilisert tverrfaglig medisinsk arbeid og derved også svekke medisinsk faglig service for helgelendingene og tilbud for fødende.

Pasientflukten til fagsterke sykehus vil over tid trekke med seg den øvrige del av beboerne, tilhørende svekket akutt sykehus i Rana.

Innvesteringene for sykehustjenester for helgelendingene, vil telle 3- 4 milliarder i bygging av sykehus, og 3-4 milliarder i årlig driftskostnader for sykehus for 80.000 helgelendinger. Sykehuskostnadene på Helgeland, vil være like for 80.000 beboere, også fra andre deler av landet.

Uten et felles Helgelandssykehus, vil pengene deles ut til Bodø, Tromsø og Trondheim for å dekke påkostede sykehus-behandling for helsenomadene fra Helgeland.

Verditap og pengetap, vil være å opprettholde dagens 2 sykehusløsning med foreslåtte investeringer på 1 milliard for oppgraderinger av sykehusene i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen.

Betingelsen for riktig sykehusstruktur for Helgeland, vil være et Stort Akutt Helgelandssykehus riktig plassert for beboerne på Helgeland.

Usannheter III : «Omkvedet» i FR 2018 : I Kap.4, (4.1),(4.2),(4.3),(4.4); Kap.5, Nasjonal transportplan fra 2016; NOU 1998:9; NOU 2015:17.

Omkvedet :: Geografien på Helgeland vil uunngåelig medfører lange ambulansetransporter til sykehusbehandling med tap av liv og helse for pasientene.

«Omkvedet» forklarer ikke at -lange syketransporter-, fremkommer ved feil plassering av stort akutt Helgelandssykehus.

Feil lokalisering av stort Helgelandssykehus til Mo i Rana , vil for 46.400, 60% av beboere, fra Helgeland og Sør- Helgeland, påføres tap av liv og helse ved lange ambulansetransporter og tidstap frem til sykehusbehandling. Konsekvensene for transporter av kritisk syke mennesker, vil fremkomme ved nasjonal kvalitetsindikator for svekket overlevelse etter 30 dager fra akutt sykehusinnleggelse.

Riktig sykehuslokalisering til Helgelandsregionen.

Riktig plassering av Helgelandssykehuset til Tovåsen, vil sentrere en **Urban Regionforstørring** for 29.404 beboere ,39% , av helgelendingene, bosatt på Hemnes, lærestedet Nesna, Sandnessjøen, Leirfjord og Vefsn. En urban befolkningsregion, med nærhet til 2 byer og 3 tettsteder, som vil rekke sykehusbehandling på Tovåsen innen < 35min, og hvor 61.973 , 82 % av helgelendingene rekke sykehuset på Tovåsen innen < 60 min, The Golden Hour.

Dette er tall-data som er bedre enn nasjonalt gjengitte ambulansetider.

Gi meg forklaring på «Omkvedet» ???!!!!

Eneste vilkår for et felles Stort Akuttsykehus for 80.000 helgelendinger, er at sykehuset blir riktig plassert for beboerne på Helgeland.

Usannheter IV : FR 2018 , Kap. 4. 1. 2 :

Ekstern Ressursgruppe omtaler lange ambulansetider, men unnlater å omtale - ulikhetene - ved ambulansetider for helgelendingene ved feilplassert sykehus.

Uforståelige Transportavstander ; 46.400 beboere, 60% av helgelendingene fra indre-, ytre- og sørlige Helgeland påføres «ekstra» ambulansereiser på 70 km fra Drevja til Rana, reise på 45 min, langs E6, etterat pasientene «allerede» har gjennomført syketransporter på gjennomsnitt -1 time, 05min-, fra sine hjemsteder til Drevja/Tovåsen på 2 ulike vei-trasser.

Forståelige Ambulansetransporter ; 30.525 beboere, 40% helgelendinger, fra Hemnes og Rana vil ha ambulansereiser sørover langs E6 til sykehuset på Tovåsen, en syketransport på mindre enn < 60 min.

En ambulansetid for beboerne på Hemnes og i Rana som er tilsvarende med 47% av den norske befolkning, 2.397 millioner nordmenn.

Usannheter V:

Feil om Responstid- Omsorgstid- Transporttid.

FR 2018 ,Kap. 4 .1.1 :

Stortingsmelding nr.43(1999 – 2000) pålegger:

Responstid < 12 min for 90 % av befolkning i byer g tettsteder.

Responstid < 25 min for 90 % av befolkningen i rurale områder.

Forut for Stortingsmelding nr. 43 , kom Haga utvalget med NOU -1998:9, Hvis det haster --, hvor det ble anbefalt målsetning for :

Responstid på < 8 min for 90 % av befolkningen i byer og tettsteder.

Det henvises til **FR 2018, kap.4.2**, med feil fremstilling av Responstid 15min og Omsorgstid 15min.

Ved bevist eller ubevist bruk av feil tall-data om; - Responstid, Omsorgstid, og 30min

Transporttid-, kommer deres vurdering:

«Andelen av befolkningen som når sykehuset innen 1 time vil være høyest dersom sykehuset ligger i Mo i Rana»????

Hvilken styrt «svada» fra deres «Foreløpig Rapport»!

Omsorgstid varer fra helseperson kommer frem til pasienten, under transporten frem til sykehuset, til vakthavende lege ved akuttmottaket har overtatt ansvar for den syke.

Responstid og Omsorgstid frem til ambulansetransporten starter, skal i bystrøk være < 15 min.

«Triagering» ved bruk av Medisinsk Indeks, for sykdomsvurdering av pasienten gjøres under transporten, frem til akuttmottaket på sykehuset.

Erfaringen med Medisinsk Indeks har vist tydelig kortere responstid.

Tap av fremtidig Helgelandssykehus.

Alternativer for sykehusstrukturer for Helgelandssykehuset 2025 :

0-alternativet (alt.) / dagens sykehusstruktur,

2b-1 alt. / stort akutt sykehus+ mindre sykehus (med akuttmedisin,

anestesi og dagkirurgi). En sykehusstruktur for 120.000 –150.000 beboere,

alternativt 2 små sykehus for hver 40.000 helgelendinger.

Her kommer relasjon og konsekvenser som tidligere er omtalt.

2a- alt. / stort akutt sykehus, Helgelandssykehuset for 80.000 beboere, med sterk medisinsk fagkompetanse innen akutt Kirurgi og akutt Medisin.

Lite sykehus med befolkningstilhørighet på 40.000 – 50.000 beboere, vil ha svekket medisinsk-faglig rekruttering og vil tape på trygg bemanning for vaktbærende akuttkirurgi og akuttmedisin.

To små sykehus for 80.000 helgelendinger, eller feilplassert stort akutt sykehus for Helgeland, vil eskalere pasientlekkasjer til Nordlandssykehuset i Bodø og til sykehusene i Trøndelag.

Gjenstående sykehus på Helgeland vil over tid kunne ha en pasienttilhørighet på 45.000 – 50.000, uten medisinsk fagstyrke for rekruttering og uten vaktbærende akuttkirurgi.

Gjenstående medisinsk faglig svekket sykehus struktur, vil være uegnet for å oppfylle nasjonale krav til kvalitetsstyring, til tross for stort pengebruk og til tross for forøket miljøbelastning.

Helgeland vil sluttelig ha et - eller to B - sykehus som vil være avhengig av vikarstafetter for å opprettholde en nødplan for kirurgi og nødplan for akutt medisinske funksjoner.

Et eller to mindre sykehus, vil sluttelig ende opp med nedgradert sertifisering for kirurgisk og medisinsk sykehustjeneste, og påføres en gradvis avvikling av akuttfunksjoner ved sykehusene på linje med 10 andre sykehus i Norge.

Befolkningen på Helgeland vil miste et stort fullverdig, akutt sykehus, med medisinsk faglig bredde – og spiss-kompetanse inne vaktbærende spesialiteter i akuttkirurgi og akuttmedisin.

Tap av Helgelandssykehuset medfører tap av bærekraftig fagutvikling innen spesialisthelsetjeneste, innen delaktighet i nasjonalt og internasjonalt medisinsk fagarbeid og forskning, og tapt kompetanse for utdanning av medisinsk tekniske fagarbeidere, utdanning av medisinske fagteam, og utvikling av prehospitalet medisin innen ulike fagfelt.

Stort Helgelandssykehus på Tovåsen:

Vil i gjennomsnitt gi kortest transport-tid og kortest transport-distans for helgelendingene frem til sykehusbehandling ved Stort Akuttssykehus for 80.000 helgelendinger.

Pasienter i livskritiske situasjoner vil i tillegg bli spart for prehospitalet destabilisering ved korte syke transporter, etter transportbytte i Levang, eventuelt Leirosen fra - båt til ambulansbil.

*Helgelandssykehuset, vil ligge i senter av **urban Regions-forstørring**, som binder sammen Helgelandskysten med Helgeland innland.*

En endret arbeidsmarkeds geografi som innebærer økt kommunikasjon, og folk gis større valg av arbeidsplasser innad byene og tettstedene i regionen. (Stiftelsen Norsk senter for samferdselsforskning).

En bolig-, arbeids- og markedsregion, som vil få en økonomisk utvikling ved Multiplikator-effekt og ved Agglomerasjonseffekt.

En Regions-forstørring ved kommunene Vefsn, Alstahaug, Hemnes, Leirfjord og lærestedet Nesna; 2 byer og 3 tettsteder med befolkning på 29.404 , 39% av helgelendingene, som vil rekke sykehusbehandling på mindre enn < 35 min.

61.973 , 82 % av helgelendingene rekke sykehuset på Tovåsen innen < 60 min, The Golden Hour.

*Et stort Helgelandssykehus på Tovåsen/Leirfjord, oppfyller - **Fylkesplan for Nordland**- med utvikling av en samlet Helgelandregionen.*

Et «paradigmeskifte», for helsearbeid for Helgeland med Stort Akuttssykehus riktig lokalisert for 80.000 helgelendinger.

En bærekraftig investering, for nasjonal helse og sykehustjeneste for 80.000 helgelendinger. En investering i medisinsk teknologi, medisinsk forskning, helsearbeid, omsorgsarbeid, utvikling av spesialisthelsetjenesten, av primærhelsetjeneste, foruten styrket prehospitalet samarbeid.

En investering av sykehus med klassifisering av GRØNT sykehus av økt verdi, lavere driftskostnader og lengre levetid for Stort Helgelandssykehus.

Milliardinvestering for nytt stort felles sykehus, vil bety en verdiskapning, sparte kostnader for FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling) og styrket ved BREEAM-NOR krav, dvs. miljø sertifisering av virksomheten, miljøklassifisering av bygg, som tilrettelegger for bedre og mer varig gjennomførbar FDVU dokumentasjon.

God variasjoner i infrastruktur, teknologi og innovasjon, er strukturer som kommer ved høy Sentraliseringsindeks for Vefsn og Alstahaug, sammen med Leirfjord og Hemnes (Statistisk Sentralbyrå).

Utvikling av økonomiske og sosiale faktorer, vil forsterke den økonomiske innovasjonen for akse-kommunene og forsterke utbygging av sosiale-, kulturelle- trafikale- og markedsorientert infrastruktur.

Sykehuset med 1.500- 1.700 ansatte, vil bidra til sentrumsbygging ved 2 byer og 3 tettsteder.

En stor arbeidsplass med daglig reiser av ansatte, pasienter og pårørende, vil forme trafikal infrastruktur med tilpasset kollektivtrafikk ved ferjer og busser.

Tettere pendlinger innen Helgelandregionen, vil korte ned reisetidene fra alle områdene av Helgeland.

Et stort akutt Helgelandssykehus mellom innlandsregionen og kyst, vil ha en magnet -effekt for rekruttering av robust fagmiljø og stabilisering av helsepersonell og sykehusansatte.

Sykehusansatte med familier og barn, vil kunne velge sine hjem i trivelig bo- og miljø-områder, sprett i naturskjønne områder mellom innlandskultur og kystkultur.

Urbane naturskjønne områder med fravær av miljøforurensende lokalisasjoner, vil i like høy grad være rekrutterende og stabiliserende for helsepersonell, som selve arbeidsvilkårene ved sykehuset.

Pendelavstander og reisetider for sykehusansatte bosatt på Nesna, Hemnes, Sandnessjøen, Mosjøen og Leirfjord, vil oppfylle nasjonale krav til Reisevaneundersøkelser fra TØI 2009 og 2013/14, arbeidsreiser fra 10min til 35min.

Nasjonalt reiser 82% med egen bil, ledsager i bil, med motorsykkle/moped og med kollektiv transport.

Regions-forstørring og sentrering av Stort Akutt Helgelandssykehus til 2byer og 3 tettsteder, vil bidra til endret trafikal omstrukturering mellom Helgeland innland og Helgelandskysten, og tilpasset pendeltrafikk mellom 2 by og 3 tettsteder.

Usannheter VI : FR 2018 , Kap. 4.1.4;

Teknologi og kompetanse

Fasinasjonen møter ingen grenser når Ekstern Ressursgruppe utformer sine ideer om «nyvinning i prehospital tjeneste»; nærmest en spin-off effekt mot medisinsk fremtid. En beregnet «klinisk fartsdump» for å dempe helgelendingens frustrasjon med feil plassering av Helgelandssykehuset til Rana.

En sykehus-plassering som ikke er tiltenkt pasienter og pårørende, men mer tiltenkt næringsutvikling og samfunnsbygging av Rana-samfunnet.

Fremtidig medisin.

Fremtidig medisin, pasientroller, persontilpasset medisin og sykehusarbeid vil føre utviklingen over i områder med ny medisinsk teknologisk, velferdsteknologi, utredningsmetoder, fjerndiagnostikk, undersøkelses- og behandlingsmetoder. IKT vil komme sterkere inn med samhandlingsløsninger, effektivisering og kvalitetsforbedringer.

I tillegg til livsstils – og aldersrelaterte sykdommer, kan fremtiden gi oss utfordringer med demografiske og epidemiologiske sykdomsutviklinger som kan bli truende mot vår samfunnsøkonomiske bæreevne.

Vi er inne i en forsknings- og medisinsk innovasjonsutvikling av Telemedisin, nye digitale tjenester med Selvbetjeningsteknologi og e-konsultasjoner som pasienten selv kan bruke ved sykdommer, stille egne diagnoser på nett og i noen grad redusere behov for spesialisthelsetjenester.

I en begrenset grad vil denne utviklingen være kostnadsbesparende for vårt nasjonale helsebudsjett, men uten innflytelse for pågående utredning av nasjonal- og regional-sykehusstruktur og lokalisering av et felles stort akutt Helgelandssykehus nærmest mulig der folk bor.

Nyvinning innen prehospital tjeneste.

En foreslått løsning ved feilplassering av Stort Akuttsykehus for Helgeland til Rana?

Avansert helikopterteknologi.

«Hvilken nytte og hvilken begrensning vil avansert helikopterteknologi i klinisk bruk ha i årene som kommer.

Ambulanse-helikopter er en støttefunksjon for ambulansetransport til sykehusbehandling. I 2016 utførte ambulanshelikopter 1,5%, 7796 akutte ambulanseoppdrag av av 539.821 akutte transporter til sykehus.»

Helikopterteknologi og fasinasjoner med Droner, kan trygge støttefunksjoner for ambulanseoppdrag, og i noen grad for prehospital tjeneste, men vil ha begrenset betydning for sykehusstruktur og sykehuslokalisering på Helgeland.

Avansert diagnostikk / behandling i pre-hospital sone.

Her brukes **RF 2018**, i «**kap. 4.1.4**» til å skape medisinsk fasinasjon og type medisins fremtidig **Science fiction**.

Til hvilken hensikt?? Underholdning??

Så lenge en prehospital tjeneste er omsorg for pasienter, må fremtidig avansert diagnostikk og behandling, i **-heim-huset-** hos pasienten, veies opp mot klare begrensninger ved pre-hospital tidstap for å rekke sykehusbehandling, tilstedeværelse av kompetanse prehospitalt, nytteeffekten ved å behandle pasienten utenfor sykehuset og kostnader ved innsatsen.

«**Kap. 4.1.4**, side 21, forteller at pasienter på Helgeland vil få hjelp av ambulanse og helikopter, **uavhengig** av lokalisering av stort akuttisykehus».

Godt å vite ! Ambulansen vil komme uansett hvor sykehuset ligger!??

Det viktigste for pasientens liv og helse er om syketransporten tar 1 time, eller 3 timer.

Hvor er medisinsk fagkunnskap og medisinsk faglig råd fra Ekstern Ressursgruppe?

Bærbar ultralyd app. for undersøkelser av mage og hjerte.

«Bærbare ultralyd har over de siste år vært i bruk i begrenset grad.

Data som tas ut ved bærbart utstyr, vil mye avhenge av operatør. Begrenset undersøkelse med gale data og tidstap kan stjele dyrebar tid før pasienten kommer til undersøkelse med bedre utstyr ved sykehuset ».

Ambulanse-bil og helikopter med CT/ computertomografi:

Til bruk for bl.a. slagpasienter, for å kunne sette inn behandling med trombolyse før ankomsten til sykehus..

«Trombolyse av slagpasienter kan *ikke gis*, før lab. prøver er tatt og resultatet av blodprøver foreligger.»

Dette er ingen vinn-vinn situasjon.

Før trygg behandling kan igangsettes, kan tidstap vippes mot en tap-taps situasjon.

15% - 20% av slagpasienter skal ved behandlingsprosedyre, *ikke ha* trombolyse, men kreves direkte transport til Invasiv lab. i Trondheim eller muligens Bodø, innen 4- til 6 timer fra start av hendelsen, for fjerning av propp som stenger for gjennomblødning.

Nyvinninger innen prehospital tjeneste har sine begrensninger, beregnet til tidstap før innsettende behandling, til kompetanse av prehospital spesialister, til operative kostnader og til forventet helseeffekt.

Spin-off ideene fra Ekstern Ressursgruppe, kan virker noe begrenset, så lenge man ikke kan flytte -hele akutt-mottaket- ved sykehuset til -heim- huset- hos pasienten.

Intervensjons lab, klinisk lab for blodprøver, tverrfaglig kirurgisk-/medisinsk kompetanse, kan være avgjørende i en tidskritisk sykdomsfase for pasienten.

Ved begrenset tid for alternativ behandling, kan også fasinasjonen av Video -konferanse medføre kritisk tidstap frem til mer målrettet undersøkelse- og sykehusbehandling.

Hvilken beregnet kostnad og nytteeffekt vil denne type Spin-off visjonen ha???

Visjonen om -prehospital fremtid-, beskrevet i «Foreløpig Rapport 3. des.2018», er kanskje ment for å dempe uroen ved grov feilplassering av Helgelandssykehus til Rana.

Konsekvensene for liv og helse og uroen hos pasienter og pårørende, kan ved fremlegg av «Foreløpig Rapport 3des,2018», gi begrunnet uro.

Konsekvenser ved avvikende tall-data og saksvridning.

Mangler og feil ved foreliggende Rapport er mere uttalt enn Foretaksledelsen og Ressursgruppa vil vedkjenne.

Denne Rapporten er ikke egnet for å ligge på forhandlingsbordet ved videre sykehusprosess.

For 60 år siden fikk vi på skolen tilbakelevert stiler som inneholdt for mye feil, med pålegg om selv å rette opp feilene.

Tvilsomt om det kan være aktuelt å sende, «Foreløpig Rapport 3.des. 2018 » tilbake til oppdragsgiver og til Ressursgruppa for oppgradering.

Helst hadde jeg sett foreliggende Rapport og Rapporten : «Anbefalinger av utredningsalternativer» , fjernet fra arbeidsbordet i sykehusprosessen.

Fjerning bør også kreves av innleid Ekstern Ressursgruppe og burde også gjelde for administrasjonen av Helgelandssykehuset HF.

Det er uakseptabelt at lokalpolitiskere i Rana skal ha innflytelse i helseforetakets avgjørende beslutninger.

Foretaksledelse med manglende lederskap

Helgelandssykehuset HF med administrasjonen i Rana; har vist manglende lederskap, og dårlig skjønn under de siste 2 år av sykehusprosessen.

Avvikene i deres styringsparadigme er blitt spesielt merkbare ved arbeidet /prosessen for nytt Helgelandssykehus 2025.

Styret har så langt i sitt arbeid, bevart sin identitet for helseforetaket og bør ta godt vare på den tillit de har hos befolkningen på Helgeland.

Ekstern Ressursgruppe med sin bemanning, har dratt med seg et slep av tidligere engasjementer, som ikke helt fokuserer mot nåværende oppgave for Helgeland.

Grappa med sine 79 referanser, har vist en svak forankring i sykehusprosessen for Helgeland, noe som svekker deres legitimitet til oppgaven og svekker åpenhet og troverdighet for deres arbeid.

Feilplassering av Helgelandssykehuset, vil gi tap for medisinsk fagarbeid og omsorg for helgelendingene.

Ekstern Ressursgruppe bør ikke ha fornyet tillit.

Hvem tar ansvar for helseisriko og tap av liv for 46.400 mennesker , 60 % av beboerne på Helgeland som får mer enn > 1 time lenger ambulansereise til sykehus i Rana , enn lengste ambulansereiser til sykehus på Tovåsen.

Ekstern Ressursgruppe (ER) ;

Vedtak av Styret i Helgelandssykehuset HF 19.02.2018 , endret ved Ekstern Ressursgruppe, organisering og fremdrift av -tidligfase- for Helgelandssykehuset 2025. Endrign fra å føre sykehusprosessen innad i regionen Helgeland, til å trekke prosessen ut av regionen ved valg av eksterne personer som tidligere i det offentlige rom har hatt markerte meninger om nasjonal sykehusstruktur.

Arbeidets mål var «prosjektinnramming» i -tidligfase- av sykehusprosjektet, for

Effekt mål :

Anbefaling av sykehusstruktur, foreliggende 3 alternativer, og lokalisering av sykehus frem mot konseptfasen.

Resultatmål:

::Prosjektinnramming som skal gi beslutningsgrunnlag for konseptfasen.

::Helsefaglige og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert transport og tilgjengelighet, av ulike sykehusstrukturer og lokaliseringer.

::Betydningen av demografisk utvikling, ny teknologi, samhandlingsmønster, ny pasientroller, rekrutteringsutfordringer, nasjonale og regionale krav.

::Lage rapport for beslutningsgrunnlaget for styrets behandling og alternativ for lokalisering.

Ved sitt mandat pålegges Ressursgruppa å bruke sin kompetanse og erfaringer fra andre sykehusprosjekter for vurderinger av fremtidig struktur og lokalisering av Helgelandssykehuset.

Foreløpig Rapport 3.desember 2018, fra Ekstern Ressursgruppe.

Rapporten fremstilles i for stor grad av referansefeil, prosessfeil og avvikende vektning av sammenhenger og konsekvenser.

For store uklarheter i prediktive vurderinger om fremtidig helsevesen, av sykehusfunksjoner, prehospitaI fremtid og fremtidens sykdomspanorama.

Betydelig avvik og mangler i vurderinger av ambulansetider og nedsnakking av konsekvenser for pasienter som tvinges til lange ambulansereiser i tidskritiske sykdomsfaser i sitt liv.

Beskrivelse av spesialisthelsetjenesten, der 90% av tjenesten beskrives som befolkningens behov for legekontakt, poliklinisk besøk og dagbehandling.

Med den forståelse og innsikt, er det ingen problem for Ressursgruppe å foreslå bygging av kombinert Rådhus og sykehus i Rana.

Droner fremstilles som egnet for å levere hjertestartere til alle som i akutte hendelser trenger gjenoppliving. Tvilstomt om hjelpen rekker frem i tide?

Avvikene i denne rapporten er så omfattende at det vanskelig kan sees på som annet enn et regionalt, politisk bestillingsverk.

Referanser :

- #Rapport , Helgelandssykehuset , Planprogram for Idefasen.**
- #Rapport Helgelandssykehuset 2025, Anbefaling av utrednings-alternativer.**
- #Sykehus for fremtiden, Innspill til nasjonal sykehusplan.**
- # Om akuttmedisinsk beredskap. Meld. St. 43**
- #Norsk faglig retningslinjer for intensivbehandling.**
- #Nasjonal helse- og sykehusplan(2016-2019) Meld.St.11.**
- #Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Meld. St 16.**
- #Samhandlingsreformen. St.meld.nr.47.**
- #NOU 2016: 25; Organisering og styring av spesialist-helsetjenesten.**
- # NOU – 1998: 9 Hvis det haster --.Faglig krav til akuttmedisinsk beredskap.**
- # NOU- 2015 : 17 Først og fremst.**
- #Prop.90 L ; Lov om folkehelsearbeid(folkehelseloven).**
- #Prop.91 L; Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m.
(helse- og omsorgstjenesteloven)**
- #Nasjonal faglige retningslinjer for Behandling og rehabilitering ved hjerneslag.**
- # Nasjonal transportplan 2016.**
- #Loven om behandlingsmåter i forvaltningssaker(forvaltningsloven)
LOV-2016-05-27 fra 01.07.2017.**
- #Nye retningslinjer for lokalisering av statlige arbeidsplasser og statlige tjenesteproduksjon(28.11.2014).**
- Høringsuttalelse for Helgelandssykehuset 2025,
Innspill til planprogrammet for idefasen.**

Vedlegg :

- Sykehus struktur, lokalisering og ambulansetider for 5 sykehuslokaliseringer.
Sentraliseringsindeks for stort Helgelandssykehus.**
- Helsetjeneste til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet nov. 2010.
Oppfølgingen av St.meld. nr.47,
Samhandlingsreformen.**
- Framskrivning av øket antall årsverk fra 2013 til 2040, i samlet
Spesialisthelsetjeneste i Norge og for Helgeland. Fra
SSB(Statistisk Sentralbyrå).**
- Vedlegg til Høring 1.mars 2019.**

Tilsendes :

Postmottak Sykehusbygg.

Helgelandssykehuset , postmottak.

Styremedlemmer i Helgelandssykehuset HF.

Helse Nord RHF; Dir.Kristian Fanghol ; Stabsdir. Karin Paulke; postmottak .

Nordland Fylkesting ved postmottak.

Nordland Fylkeskommune ved rådgiver Dag Bastholm.

Helse- og omsorgs dep. Spesialrådgiver Kristin Lossius, postmottak HOD.

Sentralitets-indeks for Stort Helgelandssykehus.

Ny Sentrliserings-indeks for landets kommuner.

SSB/Statistisk Sentralbyrå, presenterte 20/11-17 ny sentralitetsindeks for landets kommuner. Verdi for hver kommune, gir et mål for kommunen sentralitet.

Ny standard gjøre ved vektning av bebodde grunnkretser, ikke bare tettsteder eller kommuner. Dette medfører en langt høyere presisjonsnivå i beregningene.

Kommunens sentralitet baserer seg på reisetider for beboerne i grunnkretser til arbeid, service -funksjoner, varer, tjenester, infrastruktur med barnehager, skoler, helsetjeneste, butikker, kulturtilbud, naboer etc.

Misnøye med SSB`s gamle sentralitetsindeks medførte bruk av «ikke-offisiell» indeks fra NIBR (Norsk Institutt for by -og regions-forskning) der landet ble delt inn i bo- og arbeidsmarkedsregioner, «BA-regioner», der sentralitet er e`n av ingrediensene.

SSB har fra data fra Folkeregistret registrert alle bosatt i Norge.

Ut fra disse opplysninger er befolkningstyngdepunkt (BTP) for hver grunnkrets beregnet ved å regne ut gjennomsnitt for x-og y koordinatene for hver av de om lag 13500 bebodde grunnkretsene.

BTP brukes til avstandsberegninger ved hjelp av veinett.

Stort Akuttsykehus for Helgeland.

Et Stort Akutt Helgelandssykehus bør fremskrevet til 2040, beregnes for 80.000 – 85.000 helgelendinger og dekkes av 18- til 25 spesialiteter. Ut fra befolkningsdata beregnet av SSB, vil spesialisthelsetjenesten, ved somatiske avdelinger og psykisk helsevern, kreve en økning for Helgeland på 23.7%, en økning på 428 årsverk frem til 2040. Økningen vil være 409 årsverk innen somatisk spesialiteter og 19 årsverk ved psykisk helsevern og rusomsorg.

Akutt Helgelandssykehus vil drives av vaktbærende spesialiteter i indremedisin, kirurgi, anestesi, klinisk-/kjemisk-lab. tjeneste og røntgen-lab. i 24 timer døgntjeneste.

Rådgivingsgruppe anbefalte at sykehus med akuttkirurgi bør ha opptaksområdet på minst 80.000 til 100.000 beboere.

Kirurgien krever sentralisering pga. behov for sterk fagkompetanse ved bl.a. kreftkirurgi og traumakirurgi.

Metodeutviklinger og medisinsk breddekompetanse bidrar i stadig sterkere grad til overlevelser ved kreftkirurgi.

Beboere i Rana vil ha tilgang til et Stort Akutt Helgelandssykehus med bredde- og spisskompetanse inne bredt fagfelt, og rekke sykehusbehandling innen 60min., en

sammenfallende ambulansetid med 2.397 millioner nordmenn, 47% av den norske befolkning.

Befolkningstygndepunkt

Befolkningstygndepunktet og Transport-teoretisk midtpunkt for Helgeland ligger ikke i bysentrum av Mo i Rana, og ikke på Hemnes; men er lokalisert sør for Korgenfjellet, i Drevja. 46.476 beboere, 60 % av befolkningen på Helgeland bor sør for Korgenfjellet, på Helgeland og Sør-Helgeland.

Feilplassert stort Helgelandssykehus vil påvirkes av avstander, transport, tid, miljø og kostnader.

Sentraliseringsindeks og Stort Helgelandssykehus.

I ny beregning av Sentraliserings-indeks, kommer kommunene Vefsn og Rana ut i samme Sentralitets-klasse, Nivå, romertall 4; indeks 650-769.

Aksen: Vefsn, Sandnessjøen med tilstøtende kommuner, Leirfjord, Hemnes og Nesna kommer ut med gjennomsnittlig indeks : 616, for sykehuset lokalisert til Tovåsen

Sykehuset lokalisert i Rana, kommer ut med tilstøtende kommuner Lurøy, Hemnes med en gjennomsnittlig indeks: 527 for sykehuset lokalisert i Rana.

Urban Regionsforstørring ved Helgelandssykehuset til Tovåsen.

*Utviklingstrekk for riktig lokalisering av Stort Helgelandssykehus, vil ved kvalitative og kvantitative metoder, ved **Multiplikator-effekt** og **Agglomerasjons-effekt**, gi ekstra bidrag til **forsterket Sentraliserings-indeks** og urban **REGIONSFORSTØRRING**, til indre- , ytre Helgeland , ved aksekommunen Hemnes, Nesna, Leirfjord, Vefsn og Alstahaug. En befolkning på 29.404, 39% av helgelendingene som vil rekke sykehuset på Tovåsen innen < 35 min.*

Utviklingen av økonomiske og sosiale faktorer vil forsterke den økonomiske innovasjonen for akse-kommunene og utbygging av sosial-, kulturell- og trafikal infrastruktur.

Sykehuset vil bidra til sentrumsbygging og urban Regions-forstørring og arbeidssted for 1.500-1.700 ansatte.

En sentrumsbygging ved 2 byer og 3 tettsteder som vil medføre en endret trafikal omstrukturering, foruten utvikling av sosial-, kulturell- og markedsorientert infrastruktur.

En betydelig magnet-effekt for faglig rekruttering til sykehuset og med tilbud for sykehusansatte til bo- og miljø områder for barn og voksne mellom Helgeland innland og Helgelandskysten.

Et urbant området med varierende geografi og tilgang til store giftfrie , friluftsområder mellom kyst og innland.

Et området for sykehusansatte, som vil oppfylle nasjonale krav til Reisevaneundersøkelsene fra TØI 2009 og 2013/2014, med reiseavstander til arbeid på 10 - til 35min.

Akse-regionen vil gi en betydelig magnet-effekt for faglig rekruttering til et stort Helgelandssykehus og til næringsutvikling ved Regions-forstørring ved arbeids- og markedsregion i 2 byer ,3 tettsteder på Helgeland.

Familie- og barnevennlige bosteder, bomiljø med fravær av miljøforurensende områder, vil ha like sterk påvirkning for rekruttering og stabilisering av helsepersonell som selve arbeidsvilkårene de ansatte blir tilbudt på sykehuset.

Stort Helgelandssykehus og Verdiskapning.

Investeringsvilje, teknologiutvikling, medisinsk forskning under et sykehus-tak; klassifisering av GRØNT sykehus med effekt i form av øket verdi, vil gi lavere driftskostnader og lengre levetid for Stort Helgelandssykehus.

Milliardinvestering for nytt stort Helgelandssykehus, vil bety en verdiskapning, sparte kostnader for FDVU (forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling) og styrket ved BREEAM-NOR krav, dvs. miljø sertifisering av virksomheten, miljøklassifisering av bygg, som tilrettelegger for bedre og mer varig gjennomførbar FDVU dokumentasjon.

Milliardinvestering for nytt sykehus, vil være en milliardinvestering som er samsvarende med 1 års drift ved samme sykehus.

Investeringen vil være en værediskapning for utvikling og samfunnsbygging for alle kommunen på Helgeland.

Befolkningen på Helgeland vil få en avstand og reisetid til sykehuset som samsvarer med nasjonale ambulansetider.

Sykehusansatte vil ha pendel-/reiseavstander til sin arbeidsplass som oppfyller nasjonale krav til Reisevaneundersøkelser 2009 og 2013/14.

Sykehuset på Tovåsen, vil for regionen Helgeland med 29.404 beboere, 39 % av helgelendingene, bosatt mellom innland og Helgelandskysten, vil gi endret trafikal infrastruktur og endre bosetningsmønster mellom 2 byer og 3 tettsteder.

Framskrivning av øket antall årsverk fra 2013 til 2040, i -samlet Spesialisthelsetjeneste - og i - Spesialisthelsetjeneste ved Somatisk Institusjoner.

***Befolkningsutviklingen som ved Middel-alternativet
(MMMM).***

Bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten.

***(Data fra oppdatering av Statistisk Sentralbyrå(SSB) fra
26/5-16.)***

Ved : Remy Bråthen, Geir Hjemås, Erling Holmøy,Ingunn Hegstad Ottesen.

***Befolkningsøkning i Norge beregnes ved ulike parameter fra 2013 til
2040 til ca. 25% , fra 5.051.000 til 6.324.000.***

***I denne perioden, fra 2013 til 2040 , beregnes nasjonalt behov for
økning på 44.000 årsverk innen «samlet spesialisthelsetjeneste»
(samlet sp.h.t.) , fordelt på spesialist-helsetjenesten:
for -somatiske institusjoner-***

+

***for -VOP, BUP og RUS-//TSB(Tverrfaglig spesialisert
behandling av ruslidelser).***

***Registrering er gjort fra 19 opptaksområder i helseforetakene og har vist en samlet nasjonal
økning på 40,4% .***

***Nasjonalt beregnet behov for økning i årsverk av
-samlet sp.h.t.-fra 2013/ 111.000 årsverk ; til 2030/140.000 – og til 2040/
155.000 årsverk .***

***## Behov for øket nasjonalt antall årsverk ved -samlet sp.h.t.-,
registrert fra 19 opptaksområder i helseforetakene viser 44.000
årsverk nasjonalt.***

Denne beregningen er gjort ut fra en basis, «Referanse-bane» for årene 2013, 2030 og 2040. Variasjonene fra referansebanene vil være påvirket av kompleksiteten ved demografi, tjenestestandard, elders helsetilstand (høy levealder, bedre helse), innvandring, forflyttinger inn og ut av landet som til sammen vil genererer et variasjonsområdet.

Ut fra SSB er Ahus beregnet å ha størst vekst i -samlet spesialisthelsetjenesten (samlet sp.h.t)- på 54,4%.

Behov med økning i antall årsverk ved -samlet sp.h.t.- ved Ahus fra 2013 / 10.534 årsverk; til 2030/ 14.322 - ; og til 2040 /16.264 årsverk.

Et behov for øket antall -samlet sp.h.t.ved Ahus fra 2013 til 2040 på :: 5.730 årsverk.

For Helse Nord(HN) viser tallene fra SSB et behov for økning av -samlet sp.h.t.-, fremskrevet fra 2013 til 2040 på 28.1%.

Behov for økning i antall årsverk ved -samlet sp.h.t.- forHN fra 2013/ 10.635 , til 2030 / 12.742 - og fremskrevet til 2040 / 13.619 årsverk.

Et behov for øket antall -samlet sp.h.t.- ved HN fra 2013 til 2040, på:: 2.984 årsverk.

UNN påvises behov for økning i årsverk ved -samlet sp.h.t.- på 29,1%, behov for økning i antall årsverk fra 2013/4.165 årsverk; til 2030 / 5035- og til 2040/ 5377 årsverk.

Et behov for øket antall-samlet sp.h.t.- ved UNN fra 2013 til 2040 på::1.212 årsverk.

Nordlandssykehusene(NS) påviser behov for økning i årsverk ved -samlet sp.h.t.-på 28,8%, behov for økning i antall årsverk fra 2013/3.041årsverk; til 2030 / 3.648-; og til 2040 / 3.916 årsverk.

Et behov for øket antall -samlet sp.h.t.- ved NS fra 2013 til 2040 på:: 875 årsverk.

Helse Finnmark(HF) påviser behov for økning i årsverk ved -samlet sp.h.t.- på 28,8%, økning i fra 2013 /1.627 årsverk ; til 2030 /1.959 - ; og til 2040 /2.096 årsverk.

Et behov for øket antall -samlet sp.h.t.- ved HF fra 2013 til 2040 på:: 469 årsverk.

Helgelandssykehusene(HS)påviser behov for økning i årsverk ved-samlet sp.h.t.-på 23,7%,
økning fra 2013/1.802 årsverk; til 2030/2.098 -; og til 2040/2.230 årsverk.
**Et behov for øket antall -samlet sp.h.t.- ved HS fra 2013 til 2040 på::
428 årsverk.**

Ved Helse Nord RHF vil det «totalt» for Nordland, Troms og Finnmark kreves en økning innen -samlet spesialisthelsetjenesten-, fremskrevet fra 2013 til 2040 på 2.984 årsverk.

Fremskrevet behov for økning ved -samlet spesialisthelsetjenesten- i Nordland vil være 1303 årsverk.

Fremskrevet behov for økningen ved -samlet spesialisthelsetjenesten- Troms og Finnmark være på 1.681årsverk.

#####

**Fremskrivninger av øket antall årsverk fra 2013 til 2040 for,
--spesialisthelsetjenesten(sp.h.t.) ved somatiske institusjoner (sins.)--**

:Åndedretts-sykdommer, Rehabilitering, Muskel- og skjelettsykdommer, Kreft, Hjerte- og karsykdommer, + Rest av somatiske sykdommer (Fordøyelsessykdommer, Nyresykdommer, ØNH, Øye, Hematologi, Hudsykdommer osv.).

Beregningen utført, fra opptaks-området nasjonalt, fra Ahus, fra Helse Nord, fra UNN, fra Nordlands-sykehusene og fra Helgelandssykehusene.

Nasjonal økning av årsverk innen spesialisthelsetjenesten (sp.h.t.) ved somatiske institusjoner(sins.) fra 2013 til 2040 på :: 46,4% .

Nasjonalt behov for økning i årsverk fra - 2013 / 85.499 ; til 2030 / 111.718 ; og til 2040 / 125.192- .

Nasjonalt behov for økning ved -sp.h.t. for sins.- fra 2013 til 2040 :: 39.693 årsverk.

Størst økning beregnes ved Ahus , fra 2013 til 2040 på :: 61.8%.

Økning i årsverk ved -sp.h.t. ved for ins.- ved Ahus fra 2013 / 8067årsverk ; til 2030 / 11.324 - ; og til 2040 / 13.053 årsverk .

Et behov for økning ved -sp.h.t. for sins.- ved Ahus fra 2013 til 2040 på antall :: 4.986 årsverk.

For Helse Nord påvises behov for økning i årsverk ved -sp.h.t. ved sins.- på 33.9%.

Økning i årsverk fra 2013 / 8.301 årsverk ; til 2030 / 10.291- ;og til 2040 / 11.116 årsverk.

Et behov for -sp.h.t. ved sins.- ved Helse Nord fra 2013 til 2040 for øket antall : 2.815 årsverk.

For UNN påvises behov for økning i årsverk ved -sp.h.t. ved sins.- på 35,0%.

Økning i årsverk fra 2013 / 3.238 årsverk; til 2030 / 4.053 - ; og til 2040 / 4.372 årsverk.

Et behov for -sp.h.t. ved sins.- ved -UNN- fra 2013 til 2040 for øket antall : 1.134 årsverk.

For Nordlandssykehusene(NS)påvises behov for økning ved -sp.h.t. ved sins.- på 34,6%,

Økning i årsverk fra 2013 / 2382 årsverk; til 2030/2955 -; og til 2040 / 3208 årsverk.

Et behov for -sp.h.t. ved sins.- ved -NS- fra 2013 til 2040 for øket antall : 826 årsverk.

For Helse Finnmark(HF) påvises behov for økning ved -sp.h.t. ved sins.- på 35,5%.

Økning i årsverk fra 2013 /1.256 årsverk ; til 2030 / 1.571- ;og til 2040 / 1.702 årsverk.

Et behov for -sp.h.t. ved sins.- ved -HF- fra 2013 til 2040 for øket antall : 446 årsverk.

For Helgelandssykehusene(HS)påvises behov for økning ved sp.h.t.ved sins.på 28,7%.

Økning i årsverk for 2013 /1.425 årsverk; til 2030/1.712-; og til 2040 / 1.834 årsverk.

Et behov for -sp.h.t. ved sins.- ved -HS- fra 2013 til 2040, for øket antall : 409 årsverk.

Nordlandssykehusene og Helgelandssykehusene tilsammen vil ha behov for økning i antall årsverk ved «spesialisthelsetjenesten ved somatiske institusjoner», fremskrevet fra 2013, til 2040 på : 1.235 årsverk.

Helse Finnmark og UNN til sammen vil ha behov for økning i antall årsverk ved «spesialisthelsetjenesten ved somatiske institusjoner», fremskrevet fra 2013 til 2040 på : 1.580 årsverk.

*Befolkningsfremskrivning fra SSB har flere alternative utviklingsbaner for befolkningens størrelse og sammensetning. Hvert av alternativene beskrives ved 4 forbokstaver i følgende rekkefølge : Fruktbarhetsmiddels (M), levealder-middels(M), innenlandsk flytting-middels(M) og innvandring- middels(M). Altså: MMMM
M=middels , L=lav og H=høy.*

Middel- alternativ (MMMM) betegnes og presenteres som hovedalternativ i den forstand at det vurderes som mest sannsynlig. Alle fremskrivninger bygger på MMMM alternativet.

- 1. MHMM : Middelalternativet, men høy levealder.*
- 2. MMMH : Middelalternativet , men høy innvandring.*
- 3. MM00 : Middelalternativet, men ingen inn- og utvandring, og ingen innenlandske flyttinger.*

#####

HELSETJENESTER TIL SYKE ELDRE

Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av
Helse- og omsorgsdepartementet november 2010



HELSETJENESTER TIL SYKE ELDRE

Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010.

1.	BAKGRUNNEN FOR OPPDRAGET	3
1.1	EKSPERTGRUPPENS MANDAT	3
1.2	EKSPERTGRUPPENS MEDLEMMER	3
1.3	PROSESS	4
2	OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	4
2.1	KOMMUNALE ALTERNATIV FØR , I STEDET FOR OG ETTER SYKEHUSOPPHOLD	4
2.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	5
2.3	SAMARBEID MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTE	6
3	HOVEDDEL - ARTIKLENE	8
3.1	KOMMUNALE ALTERNATIV FØR, I STEDET FOR OG ETTER SYKEHUSOPPHOLD (ARTIKKEL 1)	8
3.1.1.	<i>Sammendrag</i>	8
3.1.2.	<i>Innledning</i>	9
3.1.3.	<i>Litteratur/dokumentasjon</i>	9
3.1.4.	<i>Diskusjon/Analyse</i>	10
3.1.5.	<i>Forslag til prioriterte tiltak</i>	13
3.2.	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER (ARTIKKEL 2)	13
3.2.1.	<i>Sammendrag</i>	13
3.2.2.	<i>Innledning</i>	14
3.2.3.	<i>Litteratur/dokumentasjon</i>	15
3.2.4.	<i>Analyse/diskusjon</i>	17
3.2.5.	<i>Hovedpunkter/anbefalinger</i>	19
3.3.	SAMARBEID MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTE (ARTIKKEL 3)	19
3.3.1.	<i>Sammendrag</i>	19
3.3.2.	<i>Innledning</i>	20
3.3.3.	<i>Litteraturgjennomgang</i>	20
3.3.4.	<i>Diskusjon</i>	22
3.3.5.	<i>Konklusjon</i>	24
4	LITTERATUR	25

1. Bakgrunnen for oppdraget

Som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 47, Samhandlingsreformen, sendte Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2010 to lovforslag på høring; forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov. Departementet la også ut til høring en rekke problemstillinger og temaer som skal danne grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan som skal legges frem for Stortinget til våren 2011. Helse og omsorgsplanen skal bl.a. vise hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres.

Helse- og omsorgsdepartementet har videre arrangert åpne regionale høringskonferanser i Bergen, Mo i Rana, Ålesund og Hamar i høringsperioden. I denne sammenheng har departementet også ønsket å etablere en ekspertgruppe som særskilt skal gi departementet råd om problemstillinger knyttet til behandling av syke eldre mennesker.

1.1 Ekspertgruppens mandat

Ekspertgruppen ble bedt om å utrede og besvare følgende spørsmål:

1. Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?
2. Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/ eller behandles i sykehus (inkludjons- og ekskludjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)
3. Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser?
4. Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

Ekspertgruppen har kunnet fremme forslag om endringer i mandatet. Ekspertgruppen har foreslått å endre spørsmål 3 i mandatet til "*Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?*"

1.2 Ekspertgruppens medlemmer

Ivar J. Aaraas (leder)	Professor, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø
Morten Jensvold	Systemansvarlig lege, Fosen DMS
Helge Bjøru	Kommunelege, Nordkapp kommune
Aud Olsen	Seksjonsleder, sykepleie ved Avd. for geriatri ved St. Olavs Hospital
Ingeborg H. Rinnaas	Avdelingssjef Hallingdal sjukestugu, Vestre Viken HF
Torgeir Bruun Wyller	Professor i geriatri, Universitetet i Oslo
Pia Cecilie Bing-Jonsson	Høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold
Terese Folgerø	Dr. med, eldreoverlege i Tromsø, medlem av Statens Seniorråd
Liv Tveito	Virksomhetsleder, pleie- og omsorgstjenesten, Lørenskog kommune

Helsedirektoratet har vært gruppens sekretariat.
Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en observatør i gruppen.

1.3 Prosess

Ekspertgruppen har hatt tre arbeidsmøter, to i Oslo og ett i Tromsø. Mellom møtene har medlemmene jobbet sammen i skrivepar. Skriveparene har jobbet med hvert sitt mandatpunkt. Gruppen har valgt å besvare mandatet i form av tre artikler. Svarene på mandatpunktene 2 og 3 er i denne rapporten slått sammen til en artikkel.

Ekspertgruppen hadde opprinnelig leveringsfrist 18. januar 2011, men Helse- og omsorgsdepartementet godkjente utsettelse av fristen til 21. januar.

2 Oppsummering og anbefalinger

2.1 Kommunale alternativ før , i stedet for og etter sykehusopphold

Spørsmål 1 i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?

Intermediæravdelinger med heldøgns plasser

Alternative tilbud i kommunene for eldre pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse kan være intermediæravdelinger (IMA) med heldøgns plasser. I artikkelen har vi valgt å bruke IMA som felles betegnelse på tilbud av denne typen som i dag finnes ved sykestuer, lokalmedisinske sentra (LMS), distriktsmedisinske sentra (DMS), helsehus og spesialiserte korttidsheter (SKE). Modellene har vesentlige faglige fellestrekk, men er ulikt organisert og finansiert av historiske, geografiske og demografiske årsaker.

Finansieringen må sikre helhetlige pasientforløp

For å sikre helhetlige behandlingsforløp og forebygge omsorgsbrudd og helsetap hos eldre syke, må beslutninger om innleggelse i IMA, inklusive overføring fra sykehus til IMA, være faglig og ikke økonomisk fundert. IMA og sykehus må ha en og samme finansieringskilde. Dette er nødvendig for å unngå økonomisk press som påvirker sykehusene til å skrive ut pasienter for tidlig, og primærlegene til å unngå innleggelser av pasienter som trenger det. Pasienter i IMA har i utgangspunktet behov for utredning og/eller oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Betalingsforskriften for utskrivingsklare pasienter fremmer ikke samarbeid, men er et typisk eksempel på en ordning som fremmer "svarteperspill" om pasientene.

Faglig kvalitet. Tverrfaglige team i samhandling mellom IMA og sykehus

Den faglige kvaliteten ved IMA må sikres ved at spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommunehelsetjenesten gjennom fysiske møter, telemedisinske løsninger eller via telefonveiledning.

Journalføring

Tilgang til sykehusets journalsystem for ansatte i IMA er en forutsetning for gode behandlingsforløp mellom forvaltningsnivåene.

Ekspertgruppen anbefaler;

- IMA må utvikles som et samhandlingstilbud der personell fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er aktivt og samtidig involvert i pasientbehandlingen.
- IMA må ha en robust finansiering, fra en og samme kilde, og det bør være fra helseforetaket. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester vil være uheldig, spesielt for de sykeste eldre. Vi vil derfor fraråde dette.
- Det må lages bindende nasjonale normer for sengetall, fagpersoner (antall og kvalifikasjoner) og sammensetning av tverrfaglige team for oppfølging av syke eldre ved IMA.
- Forutsatt at alle pasientopphold er fullfinansiert gjennom midler fra Helseforetaket, og at nasjonale normer for bemanning, utstyr og kriterier for utvelging av pasienter er fulgt, kan ansvaret for daglig drift av IMA legges til i kommunen. I én kommune alene eller i en kommune som samarbeider med en eller flere nabokommuner. Ansvaret for driften av desentraliserte senger kan også ligge i helseforetaket. Lokale avtaler mellom kommunen og helseforetaket regulerer hvordan tilbudet organiseres og driftes ut i fra historiske, geografiske og demografiske forhold. Det medisinske ansvaret må ligge i foretaket. Juridiske forhold på dette området må utredes.
- Ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan veilede kommunene i behandling av eldre pasienter utenfor sykehus, både før, isteden for og etter et sykehusopphold. Det anbefales etablering av områdegeriatriske team i distriktene, med veiledning som en av oppgavene.
- Ut fra enkeltpasienters behov må det være mulighet for samarbeid med fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og ulike medisinske spesialister. Foruten geriater, vil man for syke eldre særlig ha behov for spesialisttjenester innen ortopedi, fysikalsk medisin og alderspsykiatri.
- IMA må ha lege-/sykepleierdekning 24 timer i døgnet og daglig legevisitt.
- Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal.
- Betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter bør oppheves.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Gruppen har valgt å svare på mandatets spørsmål 2 og 3 samlet. Spørsmålene lyder som følger:

- Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/eller behandles i sykehus (inklusions- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)?
- Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?

IMA etter sykehusopphold

Det er holdepunkter for at IMA kan være et godt tilbud for videre behandling og rehabilitering *etter opphold i sykehus*. Forutsetningen er tilstrekkelig og kompetent bemanning og god diagnostisk avklaring fra sykehusets side. En viktig gevinst er trolig at de eldre pasientene får et tilstrekkelig langt institusjonsopphold til at utskrivning til hjemmet kan foregå trygt.

IMA før eller i stedet for sykehusopphold

Som en hovedregel er bruk av IMA som *alternativ til innleggelse i sykehus* bare aktuelt dersom man har en pasient med avklart diagnose uten akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet. Et slikt veldefinert sykdomsbilde sees hyppig hos "yngre eldre", sjeldnere hos de eldste eldre (>80 år). IMA representerer primært et kvalitativt godt tilbud for pasienter med

lang vei til sykehus, men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger. Det er ikke dokumentert at det forekommer et stort antall unødvendige innleggelse av eldre. Sengeenheter som mottar pasienter før eller i stedet for sykehusopphold, må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnkontinuerlig legeberedskap). Oppbygging av IMA er ikke et alternativ til utbygging av fullverdig og tilstrekkelig dimensjonert geriatrisk spesialisthelsetjeneste i sykehusene. Innleggelse i sykehus er spesielt viktig for eldre med rask utvikling av uklare og sammensatte sykdomsbilder. For ikke å overse alvorlige underliggende tilstander, bør slike pasienter undersøkes med bred tverrfaglig geriatrisk tilnærming. Det er derfor viktig at sykehusene har geriatriske tilbud som er tilstrekkelig dimensjonert til både å ta i mot et økende antall akutt syke eldre pasienter til innleggelse og samarbeide utadrettet med IMA.

IMA og pasienter med kjent terminal sykdom.

Utilstrekkelig prognostisk avklaring eller utilstrekkelige rutiner og kompetanse i lindrende behandling fører i en del tilfeller til hensiktsløse innleggelse av pasienter i livets slutfase. Forsterkede sykehjemsenheter i Bergen, sykestuene i Finnmark og Hallingdal sjukestugu mottar i stor grad terminale pasienter til avlastningsopphold og lindrende behandling. Økt bruk av IMA som alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter med kjent kort livsprognose og behov for lindrende tiltak vil kunne gi denne gruppen en vesentlig kvalitetsforbedring.

Ekspertgruppen anbefaler;

- Utbygging av IMA for behandling og rehabilitering av syke eldre etter sykehusopphold.
- IMA bør være et hensiktsmessig "vekslingsfelt" for å sikre eldre syke god etterbehandling og sikre at overføring til kommunalt tilbud i hjem og sykehjem kan skje forsvarlig og omsorgsfullt.
- Innleggelse av syke eldre i IMA før / i stedet for sykehus bør bare skje i nøye utvalgte tilfeller og basert på strikte inklusjons- og eksklusjonskriterier i enheter som tilfredsstillende definerte kvalitetskrav mht utstyr, bemanning og samarbeidsrutiner (jfr. tabellene 1 og 2 i punkt 3.2.3).
- Økt bruk av IMA til pasienter med palliative behov. Dette vil bidra til kvalitativt bedre tilbud til en viktig pasientgruppe, hvorav mange er eldre, og spare disse for uhensiktsmessige sykehusinnleggelse i livets slutfase.
- IMA er ikke et alternativ til utbygging av et fullverdig geriatrisk tilbud i sykehusene.
- IMA kan representere en verdifull kvalitetsheving for egnede pasientgrupper, men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.

2.3 Samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste

Spørsmål 4 i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

Forpliktende samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie

Det er dokumentert sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten, som i noen tilfeller fører til innleggelse i sykehus som kunne vært unngått. I tillegg kan manglende tilgang til kontakt med lege føre til sterk uro hos pasient og pårørende.

Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved sykehusinnleggelse

Det må være tett samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og i alle faser av en sykehusinnleggelse. Syke eldre som blir klassifisert som "utskrivingsklare"

kjennetegnes ved at de etter utskriving trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester på et høyere nivå enn det de hadde før innleggelsen i sykehus. I følge "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" skal hele pasientens situasjon være sett og vurdert før utskriving, og kommunehelsetjenesten skal sikres nødvendig informasjon for å planlegge og iverksette forsvarlig og god behandling, pleie og omsorg. Tilstrekkelige lege- og sykepleieopplysninger må følge med melding til kommunen om utskrivingsklar pasient (jfr forskriften). Det anbefales elektronisk epikrise til fastlege og kommunalt omsorgsapparat senest utskrivelsesdagen. Videre anbefales samme dag muntlig kontakt mellom pasientens sykehuslege og fastlege. Dette forutsetter at sykehuset har direkte telefonnummer til fastlegens kontor.

Til tross for at definisjonen er klar, er det holdepunkter for at helseforetakene mangler rutiner for å sikre at pasientene fyller kriteriene før de erklæres som "utskrivingsklare". En undersøkelse av overføringer av pasienter fra sykehus til sykehjem, gir holdepunkter for en betydelig overføring av meget syke "utskrivingsklare" pasienter, og også dødsfall på overføringsdagen.

Kompetanseutvikling

Ulike ordninger med ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri bidrar til gjensidig kompetanseoppbygging mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det skjer hovedsakelig ved samarbeid og oppfølging av enkeltpasienter ved IMA, i sykehjem og hjem. Noen steder har man ambulante slagteam med fokus på tidlig utskriving til hjemmet. Dette har medført økt funksjonsnivå og livskvalitet, redusert opphold i institusjon og reduserte kostnader sammenlignet med tradisjonell slagbehandling.

Ekspertgruppen anbefaler;

- Mer omfattende samarbeid om syke eldre mellom fastleger og hjemmesykepleie. Slikt samarbeid bør innebære rutinemessige møter for informasjonsutveksling og planlegging av pasientoppfølging for å forebygge ytterligere funksjonssvikt. Videre bør samarbeidet innebære felles konsultasjoner eller hjembesøk på kort varsel ved nyoppståtte symptomer og tidlige tegn på funksjonssvikt. Samarbeidet kan også omfatte tilbud om planlagte hjembesøk på klinisk indikasjon.
- Det innføres gjensidig varslingsplikt for fastlege og hjemmesykepleie ved endringer i pasientens helsesituasjon.
- Ved innleggelser av en syk eldre pasient, må det være rutiner som sikrer at kommunehelsetjenesten, herunder fastlegen, blir kontaktet og holdes løpende orientert om forløpet og planer for utskriving.
- Ved innleggelse i sykehus må det foreligge nødvendig informasjon fra lege og fra pleie- og omsorgstjenesten.
- Tilstrekkelige lege- og sykepleieopplysninger må følge med melding til kommunen om utskrivingsklar pasient. Det anbefales elektronisk epikrise til fastlege og kommunalt omsorgsapparat senest utskrivelsesdagen.
- Spesialisthelsetjenesten forpliktes til å etablere ambulante team og områdegeriatrike team som reiser ut til IMA og kommunale institusjoner for å samarbeide og gi veiledning. Dette er kompetansebyggende samtidig som det sikrer tryggere helsetjeneste og helhetlige behandlingsforløp til eldre pasienter. Slike team må ikke komme i stedet for, men i tillegg til, ordinære geriatrike sengeenheter for geriatrike pasienter som trenger akutt innleggelse.
- Gjensidig praksiskonsulentordning og gjensidige hospiteringsordninger må stimuleres gjennom praktisk tilrettelegging og økonomisk støtte både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- For å sikre et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, anbefaler vi at utvikling av kompetanse skjer i nært samarbeid mellom kommune- og

spesialisthelsetjeneste. Det bør legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene, med fokus på pasientforløp.

3 Hoveddel - Artiklene

Gruppen har i sitt arbeid jobbet sammen i skrivepar, som hver for seg og samlet har valgt å løse oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet med å besvare hvert mandatpunkt i et artikkelformat. Gruppen har også valgt å besvare mandatpunkt 2 og 3 samlet.

3.1 Kommunale alternativ før, i stedet for og etter sykehusopphold (Artikkel 1)

Mandatets spørsmål 1 lyder som følger:

- Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?

3.1.1. Sammendrag

For å svare på spørsmålet over har vi valgt å definere slike tilbud som Intermediæravdelinger (IMA). IMA er tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap hvor pasienter kan behandles før (F), i stedet for (I) eller etter (E) sykehus.

Vi har gjort en kartlegging av eksisterende intermediært tilbud og gruppert disse som mulige hovedmodeller for fremtidig IMA-organisering.

Tabell 1 Mulige hovedmodeller for fremtidig IMA-organisering

Hovedmodeller	Innhold/organisering
1 Sykestue Prehospital observasjonsenhet (PreOB)	Små sengeenheter i mindre kommuner langt fra sykehus, tett integrert med kommunal helsetjeneste. Håndterer pasienter i alle tre grupper (F/I/E).
2 Distriktsmedisinsk senter (DMS)/ Lokalmedisinsk senter (LMS)	Større enheter med interkommunal forankring hvor IMA er integrert med spesialistpoliklinikker. Relativt stor avstand til sykehus. Håndterer pasienter i alle grupper (F/I/E).
3 Helsehus Spesialiserte korttidsenheter (SKE)	Lokalisert i nærhet av sykehus og med nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Håndterer pasienter etter innleggelse i sykehus (E) og sikrer oppfølging/rehabilitering i en sømløs overgang til kommunehelsetjenesten

Modellene dekker ulike behov ut fra geografiske, demografiske og historiske forhold i kommuner og lokalregioner. Foretaket og omliggende kommuner må lage egne samarbeidsavtaler ut fra kultur og tradisjoner for samhandling. Eierskap og arbeidsgiveransvar kan tillegges både foretak og kommuner. IMA-senger krever inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasientgrupper som er aktuelle for innleggelse (jfr. tabell i artikkel 2). Ved lange avstander til sykehus må det etableres tilbud for alle grupper (F/I/E) mens ved nærhet til sykehus kan IMA ha en mindre funksjon for F/I. Den faglige kvaliteten på tilbudene sikres ved at spesialisthelsetjenesten følger opp ved fysisk tilstedeværelse, telemedisinske løsninger eller gir telefonveiledning. Det må lages bindende nasjonale normer

for sengetall, fagpersoner (antall og kvalifikasjoner) og sammensetning av tverrfaglige team for oppfølging av sylke eldre i IMA. Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal. Unntak er Helsehus/SKE som samarbeider med øvrig kommunal helsetjeneste, der det er hensiktsmessig å benytte kommunale journalsystemer. IMA må ha en robust finansiering, fra en og samme kilde, og det bør være fra foretaket.

3.1.2. Innledning

I St. meld. nr 47 (2005-2006) Samhandlingsreformen, drøftes aktuelle oppgaver som den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for. Aktuelle oppgaver kan være å bygge opp tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold (kap.6.4). Det vises til at utskrivingsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av kommunale tilbud og andre havner unødig på sykehus fordi det mangler kommunale tilbud som kunne ha dekket enklere medisinske tilstander. Det er satt i gang flere samhandlingstiltak rundt om i landet som bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON), som skal forhindre innleggelse i sykehus, og bidra til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (St.meld. nr. 47, s. 59).

Problemstillingene som utredes og drøftes i denne artikkelen er oppbyggingen av alternative samhandlingstilbud før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud. Tilbudet må imidlertid ses i sammenheng med organiseringen av IMA for den øvrige befolkningen.

Det er mange og ulike begreper som benyttes, og når vi videre skal drøfte dette har vi valgt å definere et slikt samhandlingstilbud med et felles begrep:

Intermediæravdeling (IMA) og definerer det som tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap hvor pasienter kan behandles før, i stedet for eller etter sykehusinnleggelse.

3.1.3. Litteratur/dokumentasjon

Vi har innhentet oversikt over eksisterende intermediært tilbud (tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap) fra de regionale helseforetakene.

Det utkrystalliserer seg 3 hovedmodeller:

1. Sykestue (sykestuene i Finnmark/Nord-Troms unntatt Alta, PreOB i Nordland)
2. Distriktsmedisinsk senter/lokalmedisinsk senter (Sykestua i Alta, DMS Nord-Troms, DMS Midt-Troms, DMS Stjørdal, DMS Fosen, Nye Røros sykehus, Hallingdal sjukestugu, Dalane DMS).
3. Helsehus/Spesialisert korttidsenhet (Helseparken Mo i Rana, Søbstad helsehus, Øya helsehus, Spesialisert korttidsenhet ved Nordbyhagen (plassert på AHUS), Romsås sykehjem, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, og Diakonhjemmet sykehus i Oslo/Akershus, Stokka sykehjem i Stavanger, Drammen geriatriske senter m.fl.)

Modell 1- Sykestuene er små, har stor avstand til sykehus og er tett integrert i kommunal helsetjeneste. De håndterer i pasienter fra kommunene de samarbeider med. Sykestuene har pasienter i alle 3 grupper før, istedenfor og etter sykehusopphold.

Modell 2- DMS/LMS har en organisasjonsmessig sterkere forankring i spesialisthelsetjenesten. Flere av de ansatte er ansatt i foretaket med varierende grad av

tilknytning til kommunal helsetjeneste. De er integrert med spesialistpoliklinikk. Enhetene har forholdsvis lang avstand til sykehus og drives i fellesskap av foretak og kommuner. Et unntak er Hallingdal sjukestugu som eies i helhet av foretaket. De håndterer pasienter fra flere kommuner (interkommunalt samarbeid) og har pasienter i alle 3 grupper (F/I/E). Unntak er DMS Stjørdal som kun har E og DMS Midt-Troms som kun har elektive pasienter i gruppe I.

Modell 3- Helsehus/SKE er lokalisert i nærheten av sykehus og ivaretar pasienter i gruppe E. Tilbudene er kommunalt eid og drives i samarbeid med foretaket. Personalet kan være ansatt i kommune eller foretak. De har pasienter hovedsakelig fra egen kommune, men enkelte har interkommunalt samarbeid.

Størrelsen på institusjonene varierer fra 1-sengs sykestue til helsehus med mer enn 20 heldøgns plasser.

Samtlige tilbud har sykepleier på vakt 24 timer i døgnet (unntaksvis sykepleier i bakvakt på 1-sengstilbudene). Legetjenestene i modell 1 og 2 blir i hovedsak utført av allmennleger. I sykestuene kombineres det med sykehjemslegefunksjon. Bortsett fra i de minste sykestuene er det legevisitt daglig i ukedagene. I modell 3 har man ansatt både allmennleger og leger med spesialistkompetanse innen indremedisin/geriatri. Behov for legetjenester utenom visittid ivaretas av legevakt.

Spesialisthelsetjenesten gir i liten grad formalisert faglig støtte til sykestuene. DMS Fosen har daglig telemedisinsk visitt med overlege på St. Olav. DMS/LMS og en del Helsehus har varierende faglig støtte fra spesialister med tilknytning til spesialistpoliklinikk. I SKE er det et formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å bidra med nøkkelpersonell.

Sykestuene og Helsehus/SKE benytter kommunale EPJ-systemer. DMS/LMS benytter i hovedsak foretakets EPJ-systemer.

3.1.4. Diskusjon/Analyse

Organisering

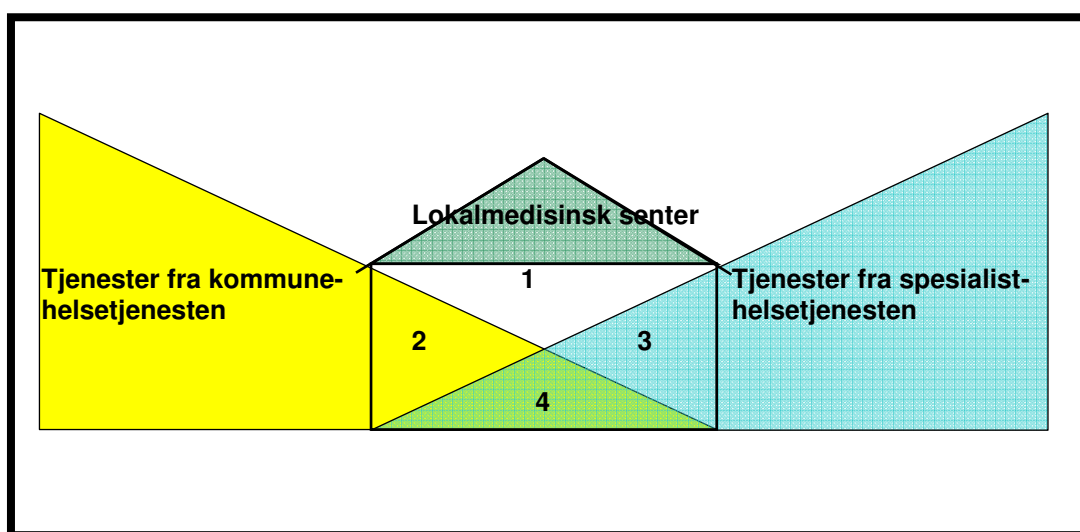
Det pekes på tre modeller for intermediaære tilbud, se tabell 1. Alle tre modellene har livets rett, og hvilken man velger vil være avhengig av lokale forhold. Det er viktig for alle tre modellene at tilbudene er forankret i både kommune og foretak. Modell 1 og 2 innebærer desentraliserte spesialisthelsetjenester lagt til et senter hvor også kommunale/interkommunale tjenester har sin plass. Modell 3 innebærer forsterkede plasser til etterbehandling. I den videre diskusjonen finner vi det hensiktsmessig å bruke IMA som en fellesbetegnelse for de ulike modellene.

Ut fra kunnskap om at 90 % av befolkningen er bosatt innen en times avstand til sykehus, må det være ulike modeller i landet. Der hvor pasienten har kort avstand, kan de få en medisinsk avklaring på sykehus, og IMA får en mindre funksjon for før og i stedet for-tilbud. Ved lange avstander for de siste 10 % av befolkningen, bør IMA ha et tilbud for både før, i stedet for og etter som modell 1 og 2.

Det må utarbeides klare kriterier for bruk av plassene som er forstått av både kommune og sykehus. Det som må særmerke IMA er et formalisert samarbeid mellom foretak og kommune med et felles ansvar for ressurser, kompetanse og faglig utvikling, samt gode samarbeidsrutiner satt i system i tråd med gjeldende lover og retningslinjer.

St. meld. nr 47. gir en ny betegnelse på fremtidige samhandlingsarenaer som et lokalmedisinsk senter (LMS) hvor IMA vil ha sin plass som en døgntjeneste i et LMS. Lokalmedisinske senter vil ut fra lokale tradisjoner og forhold ha ulik plassering; på egen avdeling på kommunalt sykehjem, integrert i ordinær sykehjemsavdeling, på sykehus eller i et eget lokalmedisinsk senter hvor foretak også kan ha sine desentraliserte spesialisthelsetjenester. Med lang avstand til samarbeidende kommuner kan det også være den beste løsningen å ha noen egne øremerka senger, eksempelvis i Finnmark. Det må være plass for lokale løsninger i samhandling mellom kommune og foretak.

Et eksempel på en modell for et LMS som tar opp i seg de fleste av Samhandlingsreformens intensjoner og ikke bare er et intermediært døgntilbud, er det planlagte lokalmedisinske senteret i Hallingdal knytta opp mot Hallingdal sjukestugu.



Ex Modell av det lokalmedisinske senter i Hallingdal

1. Administrasjons- og systemarbeid for samhandlingen
2. Interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorg
3. Desentraliserte spesialisthelsetjenester
4. Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenester og kommuner

Eierskap og arbeidsgiveransvar

De fleste IMA er eid av kommunene, men enkelte er eid av foretaket, og det finnes ulike mellomløsninger. Eierskap av bygningsmasse betyr ikke så mye for tjenesten, men hvem som har arbeidsgiveransvaret og hvilken lovgivning som følges, er av større betydning. Det må stilles samme krav til faglig kvalitet – man må gjennom avtaler sikre tilgangen til nødvendig kompetanse, veiledning, opplæring, ressurser, utstyr m.m. For å finne den beste løsningen, må foretaket og de omkringliggende kommuner lage lokale avtaler om hva som er mest hensiktsmessig organisatorisk ut fra kultur og tradisjoner for samarbeid samt geografiske og demografiske forhold.

Fordelen med eierskap og arbeidsgiveransvar i foretaket er ansvarliggjøring av tjenesten i foretaket gjennom medisinsk linjeansvar, klare juridiske linjer og at behandlingslinjene i

sykehus følges ut. Fordelen med kommunalt eierskap er nærhet til pasientenes hjemmemiljø (organisatorisk og geografisk) og muligheter til å finne gode løsninger lokalt.

Ved kommunalt eierskap må nøkkelpersonell være ansatt i en stillingsprosent i foretaket for tydelig å ansvarliggjøre foretaket for de desentraliserte tjenestene. Det må til en juridisk avklaring av medisinsk ansvar hvis ansvaret er delt mellom to nivåer.

Alle tre modeller krever robust faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten - pr i dag en stor utfordring. Modell 1 vil pga størrelse og avstand til spesialisthelsetjenesten måtte benytte telemedisinske løsninger. Dette gjelder også modell 2, men her vil integrasjonen med spesialistpoliklinikker gjøre at legespesialistene i tillegg kan delta i ordinære visitter. I modell 3 vil nærheten til spesialisthelsetjenesten gjøre at man kan integrere de to nivåene mye lettere ved å ansette fagpersonell fra begge nivåer i samme IMA.

Norm for sengetall

Det vil være nyttig for kommuner og foretak at det utarbeides en norm for sengetall. Disse baseres på folketall, avstand til sykehus og på om både pasientgruppe før, i stedet for og etter sykehusopphold skal dekkes. Et anslag kan være en seng pr tusen innbyggere hvor alle tre pasientgruppene (F/IE) dekkes. Disse sengene er i vekslingsfeltet og må brukes fleksibelt

Systemer for pasientdokumentasjon

Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal. Unntak er Helsehus/SKE som samarbeider med øvrig kommunal helsetjeneste, der det er hensiktsmessig å benytte kommunale journalsystemer. Tilgang til sykehusets journalsystem er en forutsetning for å ha gode behandlingsløp mellom forvaltningsnivåene.

Krav til personell

Personell på IMA må ha en tilleggskompetanse for å håndtere pasienter som ellers ville vært innlagt i sykehus. For legene må det ses i sammenheng med arbeidet med å etablere en egen spesialitet/fordypningsområde innen dette feltet samt meritterende tjeneste til etablerte spesialiteter. IMA må ha lege- og sykepleierdekning 24 timer i døgnet og daglig legevisitt. Rehabilitering vil være en viktig del av tjenesten, og nøkkelpersonell som fysioterapeut og ergoterapeut er en forutsetning.

Opplæring og kompetanseutvikling av de ansatte må også være et felles ansvar for kommunen og foretak der hospitering og kursing tilbys. Samhandlingskompetanse og rehabiliteringskompetanse må vektlegges for alle ansatte.

Finansiering

En stor del av intermedieertilbudene er pr i dag prosjektfinansiert eller finansiert gjennom ulike fordelingsnøkler mellom kommuner, foretak og regionale foretak eller gjennom innsatsstyrt finansiering.

I Helse Finnmark utprøves en finansieringsmodell hvor sykestuekommunene i tillegg til et fast tilskudd pr plass får en innsatsstyrt finansiering basert på liggedøgn. Dette skal etter hvert utvides til å gjelde visse prosedyrer (cytostatikabehandling, blodtransfusjoner etc). Vi mener man for samtlige IMA må få på plass en robust og forutsigbar finansiering. Det må være en og samme finansieringskilde for driften av IMA og det bør være fra sykehuset/foretaket. Dette begrunnes i at alle pasienter i en IMA i utgangspunktet har behov for utredning og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

3.1.5. Forslag til prioriterte tiltak

1. Foretak og kommuner gis anledning til å etablere ulike modeller av intermediære tilbud

Vi har identifisert tre modeller som fyller ulike funksjoner i dag og som kan stå som utgangspunkt for videre utbygging av IMA. Lokale avtaler mellom foretak og omkringliggende kommuner avgjør om hvem som skal ha arbeidsgiveransvar, medisinsk ansvar og bygningmessig eierskap og hvordan samarbeid for øvrig skal utøves.

2. Faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten

Alle tre modellene krever omfattende faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten gjennom telemedisinske løsninger, telefonveiledning eller fysisk tilstedeværelse.

3. Sikre forutsigbar finansiering

Det må etableres et robust finansieringssystem som sikrer at både kommune og foretak har økonomiske incentiver for å drive IMA rasjonelt og faglig forsvarlig. IMA finansieres fra foretaket. Norm for sengetall ut fra demografi og geografi må utarbeides.

4. Sikre nødvendig informasjonsflyt

For å sikre nødvendig informasjonsflyt bør man i modell 1 og 2 benytte foretakets EPJ/PAS som dokumentasjonssystem. I modell 3 har man erfaring for at integrasjonen med øvrig kommunal helsetjeneste gjør det nødvendig å benytte kommunale dokumentasjonssystemer. Dette fordrer imidlertid at man har rask elektronisk utveksling av pasientinformasjon mellom nivåene og på sikt en fungerende kjernejournal.

5. Personellet må ha tilstrekkelig kompetanse

Det må stilles særskilte kompetansekrav til ansatte i IMA. Dette må sees i sammenheng med etablering av spesialiteter/kompetanseområder for sykepleiere og leger innen dette feltet og merittering til etablerte spesialiteter.

3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier (Artikkel 2)

Gruppen har valgt å svare på mandatets spørsmål 2 og 3 samlet. Spørsmålene lyder som følger;

- Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/eller behandles i sykehus (inklusions- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)?
- Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?

3.2.1. Sammendrag

Innleggelse i IMA kan være et godt tilbud i forbindelse med *utskrivning* fra sykehus, gitt tilstrekkelig faglig kvalitet.

Kompetansen i lindrende behandling må økes i sykehjem og hjemmetjenester. Dette vil kunne gi et kvalitativt bedre tilbud til en viktig pasientgruppe og spare pasienter for u hensiktsmessige innleggelser i livets siste fase, men vil ikke føre til vesentlig redusert sengebehov i sykehusene.

Bruk av slike institusjoner som *alternativ til innleggelse* kan bare anbefales i nøye utvalgte tilfeller. Stikkord er avklart diagnose, stabil pasient, og fravær av akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet. Et slikt veldefinert sykdomsbilde sees hyppig hos middelaldrende og ”yngre eldre”, sjeldnere hos de eldste eldre (>80 år).

Gode IMA representerer et kvalitativt godt tilbud for pasienter med lang reise til sykehus (om lag 10 % av befolkningen), men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.

IMA som skal brukes til dette formålet, må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning, fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnkontinuerlig legeberedskap, veiledning fra spesialisthelsetjenesten).

Oppbygging av IMA er ikke et alternativ til utbygging av fullverdig geriatrisk spesialisthelsetjeneste i sykehusene, men forutsetter at sykehusene har geriatriske tilbud som er tilstrekkelig dimensjonert til både å samarbeide med de kommunale tilbudene og til å ta i mot geriatriske pasienter som trenger innleggelse.

Innleggelse kan unngås ved subakutt funksjonssvikt, men da ved rask og tverrfaglig intervensjon for å stoppe funksjonssvikten, ikke ved innleggelser i alternativ type institusjon. Utredning av slike pasienter fordrer et godt samarbeid på tvers av yrkeskategorier og forvaltningsnivåer.

Ved kronisk funksjonssvikt trengs adekvat diagnostisk utredning og adekvate omsorgstilbud. Dette er primærhelsetjenestens hovedansvar, men spesialisthelsetjenesten må bidra ved behov.

Kommunal medfinansiering av sykehus tjenester til eldre vil ha dårlig treffsikkerhet når det gjelder å forebygge unødvendige innleggelser, medfører fare for helsetap og må på et faglig grunnlag frarådes.

3.2.2. Innledning

Det er svært uheldig hvis pasienter ikke blir henvist til sykehus i tilfeller der sykehusets diagnostiske eller terapeutiske ressurser ville ha påvirket deres prognose i positiv retning (med tanke på overlevelse, symptomer og/eller funksjonsnivå). Det er også uheldig hvis pasienter innlegges i sykehus uten å ha nytte av det. I en kunnskapsoppsummering laget på oppdrag fra Helsetilsynet er det nylig påpekt at det er en myte at eldre i stor grad blir unødvendig innlagt i sykehus (1).

Avveiningen mellom fordeler og ulemper for den enkelte pasient kan ikke sees uavhengig av hvilket tilbud pasienten eventuelt ville fått i sykehuset. Vi vet mye om hvilket faglige og organisatoriske tilbud akutt syke, skrupelige gamle bør få i sykehus. Ordninger for bedre samarbeid mellom tjenestenivåene må forutsette at begge nivåer (sykehus så vel som kommuner) yter faglig optimale tjenester innen sin del av det felles ansvarsområdet. Bedre samarbeidsrutiner kan ikke kompensere for eventuell brist i kvaliteten på det tilbudet hver og en av partene må forutsettes å gi.

Ulempene og risikoen forbundet med sykehusinnleggelse er ikke uavhengig av geografiske forhold. For pasienter som har lang reise til sykehuset, vil både transporten i seg selv og det å komme langt vekk fra nærmiljøet medføre vesentlig større ulempe enn for pasienter som har sykehuset i nærheten. Dette taler for at man ikke nødvendigvis bør velge de samme løsningene i perifere og sentrale strøk. Statistisk sentralbyrå opplyser i desember 2010:

”Av de 4 846 839 innbyggerne som vi har koordinatfestet per 1. januar 2010, så bor 4 335 281 innbyggere innenfor en times kjøreavstand fra et akuttmottak. Dette utgjør 89,4 prosent.”

3.2.3. Litteratur/dokumentasjon

a. Kvaliteten på tilbudet ved innleggelse

For pasienter med et uklart symptombilde som ofte er preget av sviktende funksjon (forvirring, falltendens, redusert mobilitet, inkontinens), betydelig komorbiditet, hjelpebehov og kognitive symptomer, foreligger nå både nasjonal og internasjonal dokumentasjon for at innleggelse i geriatrike sykehusenheter gir bedre overlevelse og bedre funksjonelt resultat enn innleggelse i andre sykehusenheter (2-5). Innleggelse av denne pasientkategorien i andre typer enheter i sykehus er derfor ikke akseptabelt. Samarbeidstiltak mellom sykehus og kommuner som ikke er basert på at sykehuset yter tjenester for den aktuelle pasientgruppen basert på beste tilgjengelige evidens, må vurderes kritisk.

b. Evaluering av alternativer til innleggelse

Vurdering av litteraturen vanskeliggjøres av at tjenester med samme navn kan ha ulikt innhold, og omvendt kan tjenester med svært likt innhold hette forskjellige ting i ulike land.

Intermediæravdeling eller *forsterket korttidsavdeling* i sykehjem er svært godt evaluert i Trondheim (Søbstadprosjektet) (6). Pasienter som ble overflyttet tidlig til intermediæravdelingen hadde lavere dødelighet og færre reinnleggelser enn de som lå lenger i sykehus og deretter ble sendt hjem. Vi vet ikke om den gunstige effekten skyldes at de ble behandlet i intermediæravdeling i stedet for i sykehus, eller om den skyldes at det samlede institusjonsoppholdet var lenger for intermediæravdelingsgruppen, slik at gevinsten var knyttet til det å få være tiltrekkelig lenge i institusjon før hjemsending. En klar forutsetning for overflytting til Søbstad var at sykehuset hadde gjort en tilstrekkelig diagnostisk avklaring. Pasientene ble altså ikke primærinnlagt i intermediæravdelingen, og prosjektet er *ikke* en studie av innleggelse i intermediæravdeling som alternativ til sykehus. Svært få av pasientene i prosjektet lå i geriatrik avdeling mens de var i sykehuset. Man har altså sammenliknet opphold i intermediæravdeling med sykehusbehandling som etter dagens standard ikke er den optimale.

Resultatene fra Søbstadprosjektet understøttes av en stor, britisk multisenterstudie, som også omhandlet videre behandling i "community hospital" etter akuttinnleggelse i ordinært sykehus (7). Pasienter som ble overflyttet til rehabilitering i "community hospital" oppnådde bedre funksjonsnivå enn de som ble ferdigbehandlet i ordinært sykehus.

Det er få prosjekter der man har evaluert alternativer til innleggelse i sykehus. En Cochraneanalyse fra 2007 evaluerer "hospital at home" som alternativ til innleggelse (8). De inkluderte studiene er svært heterogene med hensyn til hvilken pasientgruppe de har undersøkt, men den største gruppen er pasienter med KOLS. Én studie omfatter pasienter med hudinfeksjoner og én omfatter lungebetennelse diagnostisert i sykehusets akuttmottak. For gruppene samlet fant man ikke noe helsetap knyttet til at innleggelse ble unngått.

En annen stor metaanalyse viser at bred, tverrfaglig vurdering og optimalisering av helsetilstanden hos hjemmeboende eldre kan bedre deres funksjonsnivå og redusere sannsynligheten for innleggelse både i sykehjem og sykehus (9). Dette var ikke undersøkelser av alternativer til innleggelse i en akuttsituasjon, men av intervensjoner i en mer stabil fase for å redusere behovet for sykehusbehandling på lang sikt.

c. Kliniske kjennetegn ved akutt syke gamle

Symptomatologien ved akutt sykdom hos gamle er ofte ukarakteristisk (10, 11). Dette gjelder først og fremst den gruppen av eldre som fra før er kjennetegnet av multisykkelighet, høyt

legemiddelforbruk, kognitive problemer og problemer med å greie seg i dagliglivet. Disse pasientene mangler ofte symptomer og tegn som ellers regnes som karakteristiske, f.eks. brystmerter ved hjerteinfarkt, feber ved alvorlige infeksjoner, buksmerter ved blindtarmsbetennelse osv. I stedet vil de ved akutt, alvorlig sykdom ofte utvikle uspesifikke symptomer og tegn preget av raskt innsettende svikt i evnen til å greie seg selv, slik som delirium ("akutt forvirring") (12), nyoppstått falltendens, mobilitetssvikt og dehydrering. Derfor har pasienter med slike kliniske kjennetegn stort behov for diagnostisk teknologi slik at alvorlige og kurable tilstander ikke blir oversett.

d. Kvalitetskrav til kommunale institusjoner som skal kunne utgjøre et alternativ til innleggelse

Motivet for våre anbefalinger er å oppnå et *kvalitativt bedre tilbud* til de eldre pasientene, ikke primært å redusere antall innleggelser eller bygge ned geriatrike tilbud i sykehus. Våre anbefalinger for prehospitalt kommunale enheter gjelder derfor *der geografi, transporttid og demografi* skulle tilsi økt vektlegging av slike tjenester, og fremgår av tabell 1.

Tabell 1. Kvalitetskrav til IMA som skal kunne tilby innleggelser som alternativ til sykehus.

A. Teknologi for diagnostikk og behandling

- Røntgen
- EKG
- Blodgassanalyse eller perkutan kapnografi (CO₂-målinger) og oksymetri (O₂-målinger)
- Troponin T / D-dimer
- Elektrolytter
- Urinundersøkelse
- Hematologiske analyser
- Blodsukker
- CRP
- Transaminaser.
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Overvåkings-/elektromedisinsk utstyr
- Blærescanner

B. Bemanning og faglige samarbeidsrutiner

- Interkommunal samarbeidsavtaler med RHF.
- Døgntkontinuerlig mulighet for konferanse med spesialisthelsetjenesten, evt. via videokonferanse.
- Tilknytning til DMS/lokalsykehus hvor interkommunal legevakt er samlokalisert.
- Lege i vakt skal ha tilstedevaktordning slik at pasient innlagt i IMA har 24t beredskapstilbud av lege.
- Kompetanseheving av helsepersonell, gjerne med bruk av IKT-tjenester, i samarbeid med geriatrisk spesialisttjeneste.
- Ansettelsesforhold hvor de utøvende leger i IMA er knyttet til de regionale helseforetak/ sykehus hva gjelder både ansvarsforhold, økonomi og nedfelte skriftlige samarbeidsrutiner.
- Finansiering av helseforetak med faste rammebevilgninger
- Statlige retningslinjer for hva DMS-enhetene skal inneholde av personell, utstyr og faglige eksklusjons- og inklusjonskriterier vedr. pasientsleksjon.
- Kontinuerlig og helst daglig kommunikasjon mellom spesialister i sykehus og ansvarlige leger i de kommunale institusjoner.
- 24 timers sykepleierdekning

3.2.4. Analyse/diskusjon

Bruk av forsterkede korttidsplasser kan være et godt tilbud for videre behandling og rehabilitering *etter akutt opphold i sykehus*. Forutsetningen er tilstrekkelig og kompetent bemanning og god diagnostisk avklaring fra sykehusets side. En viktig gevinst er trolig at pasientene får et tilstrekkelig langt institusjonsopphold til at utskriving til hjemmet kan foregå trygt.

For enkelhets skyld foreslår vi å dele gruppen *eldre der innleggelse i sykehus kan være aktuelt* inn i grove grupper etter ønsket behandlingsnivå. Man bør legge betydelig vekt på hvorvidt symptomene har debutert akutt (forslagsvis varighet av aktuelle symptomer mindre enn én uke), subakutt (varighet mellom én uke og tre måneder), eller er kroniske (varighet mer enn tre måneder)

a. Pasienter med klar diagnose

Dette gjelder både pasienter med akutt, subakutt og kronisk forløp. Hvis diagnosen er sikker, pasienten stabil og forløpet ikke er preget av dramatisk funksjonssvikt, vil de fleste pasienter være best tjent med å bli hjemme. Fastlegen og eventuelt hjemmetjenesten håndterer disse pasientene.

b. Pasienter som er klinisk ustabile og kritisk syke

Disse bør alltid legges inn i sykehus. Unntaket er tilfeller der det foreligger en kjent, terminal sykdom, se neste punkt.

c. Pasienter med kjent terminal sykdom

Pasienter som har kjent terminal sykdom, bør normalt slippe å bli flyttet i livets siste fase - forutsatt at det kan gis tilstrekkelig lindrende behandling der de befinner seg. Opprustning av det lindrende tilbudet i sykehjem, DMS og hjemmetjenester representerer et stort forbedringspotensial for denne gruppen. Men dette vil ikke medføre noen vesentlig reduksjon i etterspørselen etter sykehussenger. von Hofacker og medarbeidere fant gjennom en ettårs periode 26 pasienter som ble innlagt fra sykehjem til Haraldsplass Diakonale Sykehus mindre enn 48 timer før døden inntraff, hvorav 17 kunne ha unngått innleggelse dersom sykehjemmet hadde hatt tilstrekkelig kompetanse og rutiner for palliativ behandling. Dette er om lag 2 % av innleggelsene i sykehuset i den aktuelle perioden (13). I en studie fra Diakonhjemmet sykehus fant Rashidi og medarbeidere at 8,1 % av innleggelsene gjaldt pasienter fra sykehjem, men av disse ble 2,2 % innlagt med mistanke om hoftebrudd (en ukontroversiell innleggelsesdiagnose), slik at de øvrige innleggelsene fra sykehjem (hvorav mange åpenbart var nødvendige) bare utgjorde 5,9 % (14).

d. Pasienter med ukarakteristiske symptomer og usikker diagnose

Dette er en svært stor gruppe, der symptomene vanligvis er preget av funksjonssvikt (sviktende kognitiv funksjon, sviktende gangfunksjon og mobilitet, sviktende næringsinntak, dehydrering osv). Gruppen kan med fordel deles i undergrupper etter forløp:

d1. Akutt forløp (< 1 uke). Disse trenger rask diagnostisk avklaring for å identifisere og behandle utløsende årsak(er), og sykehusets diagnostiske ressurser og kompetanse er nødvendige. Rask innleggelse er ønskelig, og tiltak for å hindre innleggelse vil medføre stor fare for negative helseeffekter.

d2. Subakutt forløp (1 uke - 3 måneder). Her kan innleggelse i mange tilfeller unngås dersom pasienten får adekvat diagnostisk utredning, og behandlingstiltak igangsettes i pasientens hjem før hun blir så syk at innleggelse blir uunngåelig. Dette krever at fastlegen varsles, at fastlegen initierer en tilstrekkelig rask og bred utredning, at geriatrisk spesialisthelsetjeneste understøtter diagnostikk og behandling etter behov (f.eks. ved rask poliklinisk vurdering), og at også rehabiliteringstiltak inkluderes i behandlingsspakken. Målet for denne pasientgruppen

er å gi adekvat helsehjelp uten innleggelse. I noen subakutte tilfeller, når fastleger og legevaktsleger finner bo- og familiesituasjonen for utrygg til at observasjon hjemme er medisinsk forsvarlig, må det være åpning for innleggelse av disse pasientene på et intermediært nivå. I distriktene vil dette være i en IMA. I byer og sykehusnære strøk vil det naturlig kunne være observasjonsposter knyttet til større legevaktssentraler eller sykehus. Ved slike sengeenheter må det være personell, ressurser og utstyr som minst tilsvarer de kvalitetskrav som er opplistet i tabell 1. Enhetene må også ha ressurser og rutiner som sikrer at alle som har behov, får rask tilgang til geriatrisk vurdering. Hvis man ikke klarer å stoppe det subakutte forløpet, slik at innleggelse blir nødvendig, er sykehus rette instans, og da fortrinnsvis geriatrisk avdeling, eller eventuelt medisinsk avdeling med geriatrisk kompetanse.

d3. Kronisk forløp (> 3 måneder). Disse trenger diagnostisk avklaring, men dette gjøres fortrinnsvis uten innleggelse. Identifisering av korrigerbare tilstander vektlegges. Hvis funksjonssvikten ikke kan stoppes (f.eks. pga. demens), er det essensielt at omsorgstilbudet hele tiden trappes opp på adekvat måte, slik at man kan unngå innleggelser som skyldes utilstrekkelig omsorgsnivå eller sammenbrudd i det sosiale nettverket.

e. Pasienter med sikker diagnose som er klinisk stabile og ikke kritisk syke, men som likevel trenger innleggelse

Typiske pasienter har kjent KOLS med typisk forverring, kjent hjertesvikt med typisk forverring eller diabetes med behov for justering i institusjon. I disse gruppene finner vi en del pasienter med relativt hyppig behov for innleggelse. Det finnes lite dokumentasjon omkring størrelsen av denne pasientgruppen, men erfaringsmessig dominerer middelaldrende og "yngre eldre" (opptil 80 år) i denne gruppen, mens de "eldste eldre" oftere får utypiske symptomer som beskrevet i punkt d. Ved lang reise til sykehus (anslagsvis 10 % av befolkningen) representerer det klart kvalitetsforbedrende tiltak for denne pasientgruppen å få et tilbud om innleggelse nærmere hjemmet, og kommunale tilbud og DMSe er da et utmerket tilbud forutsatt at de holder kvalitetskrav som beskrevet i tabell 1. Forslag til seleksjonskriterier for denne gruppen fremgår av tabell 2. På samme måte som omtalt ovenfor (under d2) vil pasienter i denne kategorien kunne håndteres i sykehusenes observasjonsposter og ved observasjonsposter knyttet til legevaktene i de større byene.

Tabell 2. Forslag til inklusjons- og eksklusjonskriterier for innleggelse i IMA som alternativ til innleggelse i sykehus

A. Pasienter som kan være aktuelle for kommunale tilbud

- Palliativ og terminal omsorg av kreftsykdom i samarbeid/forståelse med pårørende
- Forverring av KOLS uten betydelig komorbiditet der behandlingsopplegget er avklart
- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Korrigering av ernæringsvikt og dehydrering hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis og uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Cytostatikabehandling etter fastsatt avtale med 2.linjetjenesten
- Observasjon av andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med geriatrer eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig.
- Pasient som normalt ville vært lagt inn, men der pasienten selv (forutsatt mentalt klar) og pårørende klart ønsker behandling i lokalmiljøet

B. Pasienter som skal legges inn i sykehus

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp < 1 uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalt komorbiditet eller symptomatologi preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, komorbiditet eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse
- Rus/intoksikasjoner
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospitale DPS-tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte (avklart nasjonale) pasientforløp (f.eks. hjerneslag, akutt hjerteinfarkt).
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av subakutt sykdomsforløp under prehospital omsorg og behandling

3.2.5. Hovedpunkter/anbefalinger

- Det er ikke dokumentert at det forekommer mange unødvendige innleggelse av eldre i sykehus
- Vi anbefaler fortsatt utbygging av intermedieæravdelinger/forsterkede korttidsavdelinger for videre behandling og rehabilitering etter sykehusopphold
- Kommunale tilbud som alternativ til innleggelse anbefales i strøk av landet med lang reisetid til sykehus, etter definerte kvalitetskrav og med strikte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Slike tilbud vil ofte være mer aktuelle for pasienter under enn over 80 år
- Tiltakene over vil ikke i vesentlig grad redusere behovet for sykehussenger
- Kommunal medfinansiering av sykehustjenester frarådes

3.3. Samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste (Artikkel 3)

Spørsmålet i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

3.3.1. Sammendrag

Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er uklar, og det har for en stor del vært slik at kommunenes oppgaver har vært negativt definert; det som ikke gjøres i spesialisthelsetjenesten skal gjøres i kommunehelsetjenesten. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling samt stadig kortere liggetid, har medført en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har bidratt til en økt belastning på kommunehelsetjenesten med fare for reduksjon i tilbudenes kvalitet. Samtidig har spesialisthelsetjenesten utviklet seg mot en form som er lite egnet til å ivareta syke eldre. En videre spissing av spesialisthelsetjenesten bør ikke skje dersom dette ikke samtidig innbærer en kraftig oppbygging av geriatriske avdelinger.

Det er videre dokumentert at svikten i helsetjenestene til skrøpelige eldre er omfattende, og den kjennetegnes ved at skrøpelige eldre ikke får tilgang på gode nok spesialisthelsetjenester ved innleggelse i sykehus. Det påpekes også svikt i samarbeid med kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte.

Vi anbefaler strukturer for tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie. Eldre pasienter må sikres rask diagnostikk og igangsetting av behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

Det må være tett samarbeid med kommunehelsetjenesten i alle faser av en sykehusinnleggelse. Sykehus må ikke stimuleres til å skrive pasienter for tidlig ut. Kommuner må settes i stand til å etablere gode nok etterbehandlingstilbud, og kommuner må ikke få økonomisk gevinst av å ta pasienter ut til et for dårlig tilbud.

Det må etableres systemer for gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling, herunder ambulante team, områdegeriatriiske team, gjensidig hospitering og praksiskonsulentordninger.

Økonomiske incentiver rettet mot helsetilbud til eldre som dreier behandlingstilbudet mot helsetjenester som ikke er dokumentert å være faglig forsvarlige, må ikke innføres. Dette gjelder kommunale tilbud før og i stedet for sykehus, og for tidlig utskrivning av syke eldre fra sykehus.

3.3.2. Innledning

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling, samt stadig kortere liggetid, har medført en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (15). Det har vært mer enn en halvering av sengetallet i somatiske sykehusavdelinger siden 1980, og Norge er nå et av landene i OECD med færrest sykehussenger i forhold til innbyggertallet og korteste liggetid. Liggetiden i somatiske sykehus er redusert fra 5,6 døgn i år 2000 til 4,7 døgn i 2007 (15, 16).

Endringene beskrevet ovenfor har blitt drevet fram av andre hensyn enn å sikre eldre pasienter en god helsetjeneste, og de kan tenkes å være lite egnet til å ivareta de spesielle hensyn sykdom hos eldre krever.

3.3.3. Litteraturgjennomgang

En gjennomgang av nyere forskning har vist at svikten i helsetjenestene til skrøpelige eldre er omfattende og kjennetegnes av at skrøpelige eldre ikke får tilgang på gode nok spesialisthelsetjenester ved innleggelse i sykehus. Det påpekes også svikt i samarbeid med kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte (1).

Samarbeid før innleggelse i sykehus, og ved innleggelse i sykehus

Legetjenesten til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon er mangelfull (17). Det dokumenteres sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten, som i noen tilfeller fører til innleggelser i sykehus som kunne vært unngått. Dette støttes av Bettina Husebø (18) som påpeker at manglende tilgang til kontakt med lege kan føre til unødig sykehusinnleggelse og ressursløsning, men også til sterk uro hos pasient og pårørende.

Næss (19) viser at det kan være svært varierende samarbeid mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten. Sykepleiere forteller om vanskeligheter med å få lege til å vurdere pasientens situasjon og at de bruker mye tid og krefter for å skaffe pasienten medisinskfaglig vurdering som han rettmessig har krav på. Videre påpeker Næss at samarbeidet sjelden er rutinemessig, men foregår ved behov, som oftest ved akutt funksjonssvikt hos pasienten eller ved behov for prøvetaking.

Omfanget av "unødvendige" innleggelser er imidlertid ikke dokumentert å være av betydning på systemnivå. Dr. med Bjørn Odvar Eriksen konkluderer sin avhandling med at man kan risikere at mange som har nytte av det ikke vil bli innlagt, dersom man skal redusere antall innleggelser ved å prøve forutsi hvem som ikke kommer til å ha nytte av et sykehusopphold. Pengene en vil kunne spare, står ikke i noe rimelig forhold til de helsemessige tapene en vil få, fastslår Eriksen. I tillegg peker han på at de som ikke får nytte av sitt sykehusopphold, er billigere bl.a. fordi liggetiden er kortere hos disse (20). Flere andre publikasjoner støtter dette synet (21), og det finnes ingen dokumentasjon på at "unødvendige innleggelser" er et problem i norske sykehus (22).

Dersom endring av helsetjenestene bygger på myten om unødvendige innleggelser av eldre i sykehus, står man i fare for å tilby syke eldre pleie og omsorg, når de skulle hatt diagnostikk og behandling (23).

Samarbeid i løpet av sykehusoppholdet og ved utskriving.

Ved alvorlig sykdom og funksjonssvikt er det åpenbart allerede ved innleggelsen at det er nødvendig med et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten. Til tross for god planlegging vedrørende utskriving, oppstår det ofte uønskede hendelser som har sammenheng med informasjonsutveksling, forverring av symptomer eller medisinerings (24).

De pasientene som blir klassifisert som "utskrivingsklare", kjennetegnes ved at de etter utskriving trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester på et høyere nivå enn det de hadde før innleggelsen i sykehus. Definisjonen av "utskrivingsklar pasient" slik den er i "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" (25), prøver å sikre at hele pasientens situasjon skal være sett og vurdert før utskriving, og kommunehelsetjenesten skal sikres nødvendig informasjon for å planlegge og iverksette forsvarlig og god behandling, pleie og omsorg. Til tross for at definisjonen er klar, er det holdepunkter for at helseforetakene mangler rutiner for å sikre at pasientene fyller kriteriene før de erklæres som utskrivingsklare (26, 27).

En analyse av 752 overføringer av "utskrivingsklare pasienter" fra et større sykehus til sykehjemmene i en større kommune i løpet av en 15 måneders periode, viste at det var en betydelig overføring av meget syke "utskrivingsklare pasienter" fra sykehus til sykehjem, og flere pasienter døde på overføringsdagen (28).

Gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling.

"Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester" kan bidra til et tettere samarbeid med avdelinger i spesialisthelsetjenesten som jobber med syke eldre for å utvikle gode samhandlingsrutiner for både pasientforløp og på systemnivå (29).

Ambulante team er organisert i spesialisthelsetjenesten og følger opp pasienter etter utskrivelse fra sykehus, eller bistår kommunene i forhold til pasienter som ikke trenger innleggelse. Ulike ordninger med ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan bidra til kompetanseoppbygging i kommunene, samtidig som representanter fra spesialisthelsetjenesten får kunnskap om kommunehelsetjenestens arbeidsformer. Der det er lange avstander til sykehus, er det noen steder opprettet områdegeriatriiske team, som samarbeider med kommunehelsetjenesten.

I tillegg finnes noen steder ambulante slagteam der det er fokus på tidlig utskriving til hjemmet og hvor effekten har blitt målt til øke funksjonsnivå og livskvalitet, redusert opphold i institusjon og reduserte kostnader sammenlignet med tradisjonell slagbehandling (30).

Økonomiske incentiver rettet mot helsetilbud til eldre

Terje P Hagen (31) peker på at høy sykehjemsdekning henger sammen med lavere sannsynlighet for akuttinnleggelser ved indremedisinske avdelinger for pasienter over 80 år,

særlig for hjertelidelser. På bakgrunn av dette hevdes det at det er særlig for gruppen over 80 år at kommunene kan bygge opp alternative tilbud til sykehusinnleggelse. De fleste over 80 år bor hjemme og er rimelig friske, og sykehjem er absolutt ikke en aktuell boform for dem. Det er klare føringer for at folk skal få bo hjemme så lenge de kan og det er forsvarlig (32), og dette samsvarer med ønsker i befolkningen (33).

3.3.4. Diskusjon

Samarbeid før innleggelse i sykehus og ved innleggelse i sykehus

Sviktende samarbeid mellom fastlegen som er medisinsk faglig ansvarlig for hjemmetjenestebrukere og sykepleiere som er faglig ansvarlig for helsehjelpen som ytes i hjemmetjenesten har flere fallgruver. For det første får ikke brukeren den helsehjelp han har rettmessige krav på, da manglende samhandling kan føre til en uklar forståelse av hvem som har hvilket ansvar i kommunen i forhold til medisinsk/medikamentell behandling og oppfølging av helsetilstand. For det andre kan mangelfull samhandling føre til unødvendige innleggelse fordi sykepleiere ikke får tak i eller får den nødvendige veiledningen til å håndtere en medisinsk situasjon. Den mangelfulle samhandlingen kan være uttrykk for systemsvikt og ikke nødvendigvis mangel på vilje til å samhandle hos de involverte parter. I lys av dette ser det ut til å være viktig å etablere et system for rutinemessig samarbeid, men også pålitelige og forutsigbare muligheter for å oppnå kontakt i akutte situasjoner mellom fastlege og hjemmetjeneste.

Eldre mister fort funksjon dersom aktivitetsnivået blir senket som følge av en medisinsk tilstand. P.g.a. reduserte organreserver, polyfarmasi og komorbiditet, kan sykdomsbildet fort blir mer komplisert enn nødvendig. Eldre må sikres rask igangsetting av diagnostikk og behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

Samarbeid i løpet av sykehusoppholdet og ved utskriving

Under oppholdet i sykehuset bør det være et planmessig og strukturert utredningsforløp som tar utgangspunkt i pasientens spesielle situasjon, behov og ønsker. Allerede ved innleggelsen bør utskriving planlegges, og det må etableres tidlig kontakt med kommunen ved hjemmesykepleien og fastlegen. De som skal ha ansvaret for pasienten under oppholdet, må kartlegge pasientenes ressurser og sykdommer/plager, og man må lage en plan for oppholdet og for utskriving. Skriftlig dokumentasjon, inkludert legeepikrise, skal følge pasienten ved utreise. Epikrise bør utleveres også til hjemmesykepleien, dersom pasienten ikke motsetter seg det.

Pasientansvarlig lege bør opprettholdes for eldre pasienter. Det er sykehuslegen som er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten, og fastlege eller sykehjemslege i kommunehelsetjenesten. Det er derfor nødvendig med rutiner for informasjonsoverføring og gjensidig veiledning mellom legene, i tillegg til kontakten mellom sykepleiere.

Gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling

Et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted krever at vi har mange nok og et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. Dette fordrer utbygging av geriatriske sengeavdelinger i sykehus, så vel som utbygging av de kommuneale helse- og omsorgstjenester.

Utvikling av kompetanse bør skje i nært samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det bør legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene og felles undervisningsopplegg. Hele pasientforløpet, som innebærer både før, under og etter utskriving fra sykehus må være godt kjent på begge nivå for å motvirke "bruddsituasjoner" i de ulike forløp.

Videre- og etterutdanningsmuligheter for helsepersonell bør synliggjøres og gjøres attraktive, og det bør legges til rette for praksisplasser i spesialisthelsetjenesten dersom arbeidstaker jobber i kommunehelsetjenesten og vice versa

Kombinerte stillinger, som praksiskonsulenter er et eksempel på, bør evalueres og evt. videreutvikles til også å gjelde felles fagutviklingsstillinger

Ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan veilede kommunene i behandling av eldre pasienter utenfor sykehus, både før, i stedetfor og etter et sykehusopphold. Det anbefales etablering av Områdegeriatriske team i distriktene, med veiledning som en av oppgavene. Det bør også etableres et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for rådgiving i akutte situasjoner ("vakttelefon").

Økonomiske insentiver rettet mot helsetilbud til eldre

Det har vært en stor oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten i mange år. Kommunehelsetjenesten har stadig fått høyere kompetanse og har påtatt seg større oppgaver. De nye oppgavene har imidlertid ikke blitt fulgt av tilsvarende økonomiske overføringer. På denne måten har kommunehelsetjenesten vært i en prosess med fare for redusert kvalitet på tjenestene. Ytterligere oppgaver til kommunene som ikke fullfinansieres, vil kunne gå ut over kvaliteten på det behandlings- pleie og omsorgstilbudet som gis, og dette vil kunne ramme tilbudet til syke eldre.

Forslaget om kommunal medfinansiering for pasienter over 80 år står i kontrast til de overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene (33): "Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted."

St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen (34) viser til dokumentasjon for at kommunale tilbud etter sykehusopphold kan være et godt tilbud. Alle eksempler på kommunale tilbud før og istedenfor sykehus refererer enten til desentralisert spesialisthelsetjeneste (Hallingdal Sjukestugu) til distriktmedisinske sentre med systemansvar i spesialisthelsetjenesten, og tilgang til spesialister (Fosen DMS, Nordreisa og Lenvik DMS) eller sykestuene i Finnmark, som finansieres med 50 % fra Helse Finnmark HF. I distrikt med lang reiseveg til sykehus, er en av fordelene med desentraliserte tilbud som DMS og sykestuer at syke mennesker slipper belastningen med lang reisetid. Det er vanskelig å se at denne argumentasjonen kan gjelde for å opprette kommunale tilbud i nærheten av sykehus. Nye tall fra SSB viser at 89 % av befolkningen bor innen en times reisetid til et sykehus (35).

Egne økonomiske virkemidler for å regulere sykehusinnleggelse av eldre vil kunne medføre fare for tap av helse fordi nødvendige innleggelse ikke blir gjennomført, og fordi kommunene ikke vil ha nødvendig kompetanse og utstyr for diagnostikk og behandling.

Det er usikkerhet om kommunal medfinansiering vil få ønskede virkninger og godt designede forsøk anbefales før man innfører nye organisasjons- og finansieringsmodeller (31).

Det er holdepunkter for at man først får en god samlet effektivitet først når sykehus- og primærhelseressurser samles under "samme tak", altså i ett forvaltningsnivå (36). Dette har ikke vært diskutert i tilknytning til Samhandlingsreformen.

Kommunal betalingsplikt fra første dag for "utskrivingsklare" pasienter, kan bidra til at økonomiske hensyn til en viss grad vil kunne gå foran faglige hensyn for denne sårbare pasientgruppen. Sykehusene belønnes økonomisk for å erklære pasienten tidlig som utskrivingsklar. Etter at de er erklært som "utskrivingsklare" kan disse pasienter bli liggende "på vent" i en sykehusseng, uten nødvendig mobilisering og andre tiltak som kan bidra til økt funksjon. På grunn av økt press på kommunene om å ta pasientene raskt ut, er det risiko for

at det kommunale tilbudet man greier å etablere fort nok, ikke har tilstrekkelig høy faglig kvalitet. Kommunene vil alltid trenge en viss tid til å planlegge og iverksette faglig forsvarlige tiltak for disse pasientene. Kommunal betaling fra dag en kan betraktes som å innføre en plikt til øyeblikkelig overtakelse av pasienter som faktisk har behov for planlegging og tilrettelegging. Dette står i kontrast til den tiden sykehusene bruker til å finne plass til pasienter som trenger planlagt innleggelse.

3.3.5. Konklusjon

Det anbefales strukturer for tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie. Eldre pasienter må sikres rask diagnostikk og igangsetting av behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

Det må være tett samarbeid med kommunehelsetjenesten i alle faser av en sykehusinnleggelse. Sykehus må ikke stimuleres til å skrive pasienter for tidlig ut. Kommuner må settes i stand til å etablere gode nok etterbehandlingstilbud.

Det anbefales at det etableres ambulante team, områdeggeriatriske team, gjensidig hospitering og praksiskonsulentordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Vi fraråder kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser, og vi fraråder andre økonomiske incentiver rettet mot eldre som dreier behandlingstilbudet mot helsetjenester som ikke er dokumentert å være faglig forsvarlige. Dette gjelder kommunale tilbud før og i stedet for sykehus og for tidlig utskrivning av syke eldre fra sykehus.

4 Litteratur

1. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole, 2009. (www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_skrøpeligeeldre2009.pdf)
2. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. Br Med Bull 2005; 71: 45-59.
3. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 792-8.
4. Gjerberg E, Bjørndal A, Fretheim A. Effekt av geriatiske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
5. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009; 338: b50.
6. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health 2007; 7: 68.
7. Young J, Green J, Forster A et al. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2007; 55: 1995-2002.
8. Shepperd S, Doll H, Angus RM et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2008: CD007491.
9. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2008; 371: 725-35.
10. Rowe JW. Health care of the elderly. N Engl J Med 1985; 312: 827-35.
11. Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care for the aged differ? . Lancet 1997; 350: 1157-8.
12. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med 2006; 354: 1157-65.
13. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS et al. Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1721-4.
14. Rashidi F, Mowinckel P, Ranhoff AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: age and gender differences. Aging Clin Exp Res 2010; 22: 340-4.
15. Breivik I. Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. NIBR-rapport 2010-1
16. Health at a glance 2009: OECD indicators, OECD 2009
17. Sosial- og helsedirektoratet (2006) Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. Oslo, Sosial- og Helsedirektoratet (Rapport)
18. Husebø B. Styrk sykehjemsmedisinen før du blir gammel og ingen vil ha deg. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2002;122(5): 562-3.
19. Næss G. Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket? Rapport 1/2008. Høgskolen i Vestfold 2008.
20. Eriksen BO: The potential for reducing inappropriate hospital admissions. A study of health benefits and costs in a department of internal medicine. 1999.
21. Kristoffersen JE: Unødvendige innleggelser – fins dom? Utposten 2010(7):30-35.
22. <http://www.morgenbladet.no/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090821/OAKTUEL/557857571>
23. Folgerø T: Lik rett til diagnostikk og behandling? Kronikk og debatt, Dagens Medisin 01/10
24. Misting M: "Lost in Transition – Unwanted incidents among geriatric patients after discharge from hospital". Mastergradsoppgave i Helsevitenskap, NTNU 2007.
25. "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-19981216-1447.html&emne=*1998-12-16*&

26. Seierstad TØ, Holmeide AM, Eimot M: Utskrivingsklare pasienter- Hvem er de og hvor hører de hjemme? Analysesenteret, 2010.
27. Garåsen H, Johnsen R: Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – erfaringer fra Trondheim, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1198-200.
28. Otterstad HK, Sorteberg K: Alvorlig syk – og utskrivingsklar, Sykepleien 2008; 96(1):34-36.
29. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00314/IS-1858_Utvikling_g_314079a.pdf
30. Indredavik B et al.: Benefit of an Extended Stroke Unit Service With Early Supported Discharge. A Randomized, Controlled Trial Stroke. 2000;31:2989.
31. Hagen TP: Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. HERO On line Working Paper Series 2009:6, Oslo University, Health Economics Research Programme
32. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. www.regjeringen.no
33. Breivik I, Schmidt L: Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17
34. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no
35. SSB på forespørsel fra Prof. Torgeir Bruun Wyller desember 2010.
36. I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten KS FoU-prosjekt nr. 094020
http://www.ks.no/PageFiles/15225/094022_Samhandling_rapport_endelig_13%2010%202010_v5.pdf

Sykehus struktur, lokalisering og ambulansetider for 5 sykehus-lokaliseringer..

Ambulansetider for Helgeland sammenlignes med Nasjonale ambulansetider, beregnet ut fra 49 utvalgte opptaksområder i Norge.

Gjennomsnittlig ambulansetidene for Helgeland, ved utbygd ny veistandard for Helgeland, kan vurderes opp mot nasjonalt beregnede gjennomsnittlig ambulansetider på > 90 (- 93) km/time. Ved andre beregninger vurderes ambulansetider til fartsgrenser + 35%.

Ambulanse- utrykning ved Akutt- / Haste gradering /// Rød – Orange -alarm vurderes ikke her.

Ambulansebåter, transporthastighet 29 – 30 knopp.

«»» , akutt transporter 30 – 35 knopp.

Nasjonale Ambulansetider beregnet fra 49 utvalgte opptaksområder i Norge.

Ambulansetider på mindre enn < 30` (min.) for 33 % av befolkningen.

«»» på mellom 31` - til 60 ` for 47% av befolkningen.

«»» på mellom 61` – 90` for 14% av befolkningen.

«»» på mer enn > 90 `(min) for 6 % av befolkningen.

*Dvs. 80% av befolkningen vil ved nasjonale ambulansetider rekke sykehus for **behandling innen 1 time, / The Golden Hour(TGH)***

20% vil bruke mer enn > 1time frem til sykehusbehandling.

The GOLDEN HOUR, brukes som del av kvalitetsindikatorerne for 30 dagers overlevelse etter akutt sykehusinnleggelse.

De viktigste tilstandene / «blålystilstander» for TGH er :

Plutselig Hjertestans.

Akutt hjerteinfarkt.

Hjerneslag

Akutt pusteproblemer

Alvorlige skader som trenger medisinsk-/kirurgisk intervensjon.

Nasjonale ambulansetider sammenlignes med ambulansetider til - 5 aktuelle lokaliseringer steder- for et Stort akutt Helgelandsykehus for 77.000 helgelendinger :: Befolkningsdata fra 2016.

STORT AKUTTSYKEHUS I SANDNESSJØEN :

**## Ambulansetider på mindre enn < 30` (min) for : beboere i
Sandnessjøen ; Leirfjord-< 30`.Dønna 30`.
11.055 helgelendinger // 15% av befolkningen.**

**## Ambulansetider på mellom 31` - 60` : Herøy 35` ; Nesna 45` ;
Mosjøen(64km)/ 44` ; Hemnes (80km)/ 55` ,Vevelstad 55` ;
22.001 helgelendinger // 29% av befolkningen.**

**## Ambulansetider på mellom 61` - 90` : Brønnøysund 75` ; Træna 85` ;
Lurøy/Lovund 70` , Rana(109km) / 75` ,
Grane(104km)/70` .Vega 70` .
39.108 helgelendinger // 51% av befolkningen.**

**## Ambulansetider på mer enn > 90` :
Hattfjelldal(137km)/95` ; 1 time, 35 ` ;
Sømna 95` ; 1 time , 35` .
3.496 helgelendinger // 5% av befolkningen.**

*For Stort Akuttsykehus for Helgeland lokalisert i Sandnessjøen vil::
44% //33.056 av beboerne rekker sykehus på mindre enn < 1 time /TGH.
56% // 42.604 , beboere som bruker mer enn > 1 time til sykehus ; vil
i gjennomsnitt bruke 1 time , 16 min til sykehusbehandling i
Sandnessjøen.*

*Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til
Sandnessjøen sykehus: 1 time 31min.*

STORT AKUTTSYKEHUS LOKALISERT MO I RANA.

**## Ambulansetid på mindre enn < 30` (min) for : beboere i Rana,
Hemnes(34km)/23` .
30.525 helgelendinger // 40% av befolkningen.**

**## Ambulansetid på mellom 31` -60` : Nesna(85km)/57` ; Vefsn(91km)/58` .
15.265 helgelendinger // 20% av befolkningen.**

**## Ambulansetid på mellom 61` - 90` : Leirfjord(94km)/63` ;
Alstahaug (113km)/75` ; Grane(133km)/89` ; Hattfjelldal(115km)/77` .
12.580 helgelendinger // 17% av befolkningen.**

**## Ambulansetid på mer enn > 90` : Sømna 169`;
Brønnøysund 149`;
Vega 144`; Vevelstad 129`; Herøy 109`; Donna 104`;
Træna 100`; Lurøy/ Lovund 90`.
17.290 helgelendinger // 23% av befolkningen.**

*For Stort Akuttsykehus for Helgeland lokalisert i Mo i Rana vil :
60% // 45.791 av beboerne rekker sykehus i Rana -----< Itime.TGH.
40% // 29.869 , beboere som bruker mer enn > 1 time til sykehus, vil
i gjennomsnitt bruke 1 time, 50 min. til sykehusbehandling i Rana.*

*Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse
til sykehus i Mo i Rana: 2 timer 07 min.*

**17.290 pasienter fra Sør-Helgeland og kysten av Helgeland, 23% av
befolkningen på Helgeland,
vil med vekslende bil- og båtambulanse, bruke gjennomsnitt ambulansetid på -
« 2 timer, 15min » - frem til sykehusbehandling i Rana.**

**((Ambulansetider på mer enn > 90min til Rana sykehus vil :
Brønnøysund / reisen over Tjøtta / kortest : 149`; 2 timer, 29`.
Sømna / reisen over Tjøtta / kortest: 169`; 2 timer, 49`.
Vega / reise over Tjøtta : 144`; 2 timer , 24`.
Vevelstad/over Tjøtta : 129`; 2 timer, 9`
Herøy 109`; 1 time , 49`.
Donna 104` : 1 time 44`.
Træna / over Stokkvågen: ca.100`; 1 time, 40`.
Lurøy /over Stokkvågen: ca. 90`; 1 time 30`.))**

STORT AKUTTSYKEHUS LOKALISERT I MOSJØEN.

**## Ambulansetider på mindre enn < 30`for : beboere i Mosjøen;
Leirfjord(46km)/ 30`; Grane(40km)/ 27`.
17.105helgelendinger // 23 % av befolkningen.**

**## Ambulansetider på mellom 31` - 60` : Sandnessjøen(64km)/ 44`;
Nesna/Levang (49`-50`); Hemnes/Bjerka(59km)40`;
Mo i Rana(91km)/58`-60`;
Hattfjelldal(74km)/50`-55`;
41.265 helgelendinger /// 54%av befolkningen.**

**## Ambulansetider på mellom 61`-90` : Dønna 69`-70`; Herøy 74`-75`;
Lurøy/Lovund 84`- 85`.**

5.068 helgelendinger // 7% av befolkningen.

Ambulansetid på mer enn > 90` :

Træna/(over Levang med transport-bytte): 99`-100`; 1time 40`.

Vega (over Tjøtta med transport-bytte) : 114`; 1 time 54`.

Vevelstad (over Tjøtta med transport-bytte): 100`; 1 time 40`.

Brønnøysund//(over Tjøtta med transport-bytte X2): 120`; 2 timer, 0 `.

Brønnøysund/ over Tosbotn 115`: 1 time 55`. (kortest transporttid)

Sømna/(over Tjøtta med transport-bytte X2): 140`; 2 timer 20`.

Sømna/ over Tosbotn 125`: 2 timer 5`. (kortest transporttid).

12.222 helgelendinger // 16% av befolkningen.

For Stort akutt sykehus for Helgeland lokalisert i Mosjøen, vil:

58.370 //77% av beboerne rekker sykehuset Mosjøen innen > 1time TGH.

17.290// 23% beboere som vil bruker mer enn > 1 time til sykehus ; vil

i gjennomsnitt bruke 1 time 44 min til behandling ved

Mosjøen sykehus.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus i Mosjøen: 1 time, 34 min.

STORT AKUTTSYKEHUS VED DREVJA-MOEN.

Ambulansetider på mindre enn < 30min for :

Sandnessjøen(41km)/27`;

Leirfjord(23km)/ 16`; Mosjøen(24km)/18`;

Hemnes/Bjerka(41km)/27`; Nesna 30`.

29.404 helgelendinger // 39% av befolkningen.

Ambulansetider på mellom 31` - 60` : Grane(63km)/42`,

Mo i Rana(70km)/ 47`; Dønna 52`; Herøy 57`.

30.646 helgelendinger /40% av befolkningen.

Ambulansetider på mellom 61` - 90` :Træna over Levang 81`;

Vevelstad 82`;

Lurøy/Lovund over Levang 67`;

Hattfjelldal(99km)/72`.

4.373 helgelendinger / 4% av befolkningen.

Ambulansetider på mer enn > 90` :

Brønnøysund/ over Tjøtta 102` : 1 time, 42`.

Sømna/over Tjøtta 122` : 2 timer, 2`.

Vega 97` : 1time, 37`.

11.237 helgelendinger/ 17 % av befolkningen.

For Stort Akuttsykehus for Helgeland lokalisert på Drevjamoen.

60.050// 79% av beboerne rekker sykehuset Drevjamoen på <1 time TGH

15.610 // 21% , av beboere som vil bruker mer enn >1 time til sykehus ; vil

i gjennomsnitt bruke 1 time, 36 min til sykehusbehandling ved sykehus på Drevjamoen.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus ved Drevjamoen : 1 time , 26 min.

STORT AKUTT SYKEHUS PÅ TOVÅSEN ::

Ambulansetider på mindre enn < 30` (min): Alstahaug (23km)/16`;

Vefsn(41km)/27`; Nesna < 30`; Leirfjord (6,4km)/7`.

24.918 helgelendinger/33% av befolkningen.

Ambulansetider på mellom 31`-60` :

Lurøy/Lovund- over Levang 56`;

Mo i Rana (87km)/ 58`; Grane(81km)54`;

Herøy 51 `; Dønna 46`; Hemnes/Bjerka (57km)38`.

37.055 helgelendinger / 49% av befolkningen.

Ambulansetid på mellom 61` - 90` : Vega 86`; Vevelstad 71`.

Hattfjelldal 83` : 1 time 23`.

Træna / over Levang 70` : 1time 10`.

3.694 helgelendinger / 5% av befolkningen.

Ambulansetider på mer enn > 90` (min):

Sømna / over Tjøtta 111` : 1 time, 51`.

Brønnøysund/ over Tjøtta 91` : 1 time ,31`.

9.993 helgelendinger / 13% av befolkningen.

For Stort Akuttsykehus for Helgeland lokalisert på Tovåsen

61.973 //82 % av helgelendingene rekker sykehuset i Tovåsen < 1 time.TGH

13.687 // 18% av beboere som vil bruker mer enn > 1 time til sykehus ,vil

i gjennomsnitt bruke 1 time 31 min til sykehusbehandling ved sykehus på Tovåsen.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus på Tovåsen : 1 time 19 min.

Ut fra nasjonal vurdering av ambulansetjenesten, sammenstilt med ambulansetider for stedsvalg av 5 sykehus på Helgeland, vil rangeringen være::

I : SYKEHUS på TOVÅSEN : vil være en av 2 best alternativene for sykehus på Helgeland. Ambulansetidene er sammenfallende med nasjonale ambulansetidene.

82 % rekker sykehusbehandling innen < 1 time / TGH.

18 %, 13.687 pasienter som bruker mer enn > 1 time til sykehusbehandling, rekker i gjennomsnitt sykehuset på 1 time, 31 min.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus i Tovåsen: 1 time , 19 min.

II: SYKEHUS i Drevja vil være en av 2 beste alternativer for plassering av sykehus på Helgeland.

79 % vil rekke sykehusbehandling innen < 1 time / TGH.

21 %, 15.610 pasienter som bruker mer enn > 1 time til Sykehusbehandling, rekker i gjennomsnitt sykehuset på 1 time, 36 min.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus ved Drevjamoen : 1 time , 26 min.

III: SYKEHUS I SANDNESSJØEN vil som alternativ for sykehus for Helgeland være ganske lik med Mosjøen.

Sandnessjøen har et fortrinn ved kort ambulansereise etter transportbytte fra båt til bil.

44% vil rekke sykehusbehandling innen < 1 time/ TGH.

56%, 42.604 pasienter som bruker mer enn > 1 time til sykehusbehandling, rekker i gjennomsnitt sykehuset på 1 time, 16 min.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til Sandnessjøen sykehus : 1 time 31 min.

IV : SYKEHUS I MOSJØEN vil som alternativ for sykehus for Helgeland være ganske lik med Sandnessjøen .

Sandnessjøen har et fortrinn ved kort ambulansereise etter transportbytte fra båt til bil.

77% vil rekke sykehusbehandling innen < 1 time / TGH.

23 % , 17.290 pasienter som bruker mer enn > 1 time til sykehusbehandling, rekker i gjennomsnitt sykehuset på 1 time, 44 min.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til sykehus i Mosjøen : 1 time , 34 min.

V : SYKEHUS I MO I RANA, vil være den dårligst alternativ for lokalisering av stor Akuttsykehus for Helgeland.

Rana vil ha lange ambulansetrekninger frem til sykehusbehandling, foruten lange ambulansereiser etter transportbytte fra båt til bil.

60 % vil rekke sykehusbehandling innen < 1 time.

40 % , 29.869 pasienter som bruker mer enn > 1 time til sykehusbehandling, rekker i gjennomsnitt sykehuset på 1 time, 50 min.

Total Risikotid for pasienter fra Helgeland med ambulanse til Sykehus i Mo i Rana : 2 time , 07 min.

17.290 pasienter fra Sør Helgeland og fra kysten av Helgeland, 23% av beboerne på Helgeland, vil

i gjennomsnitt bruke - 2 timer, 15 min - frem til sykehusbehandling ved Rana sykehus.

Felles stort Helgelandssykehus i Rana vil ikke bidra til noe bærekraftig helseløsning for Helgeland, hverken Sosialt, Økonomisk eller Miljømessig og følgelig ikke være gjennomførbart.

Balansert sykehus og beredskapsstruktur for Helgeland.

Innføring av «2-delt sykehusløsning», vil medføre tap av bærekraftig primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for Helgeland.

2 små sykehus, et i Sandnessjøen og et i Rana vil ved risiko-/sårbarhets (ROS), vurdering, være utfordrende for medisinsk helsearbeid og sykehusberedskap.

Forslag om Tvangsflytting/ «Relokalisering» av Helikopterbasen fra Brønnøysund til «ny flyplass i Rana», har vært fremmet i kronikk i Rana Blad, av ordf. Geir Waage, konstituert adm. direktør Anita Sollie og tidligere sykehusdirektør Jan Erik Furunes.

Dette grep foreslås som innsats for å styrke valget av lokaliseringen av Hovedsykehus for Helgeland til Rana.

Motto: Ikke noe må være uprøvd!

Politisk nytte effekt for regionen Rana, vil være til skade for helgelendinger og til tap for medisinsk helsearbeid for beboere på Helgeland.

For akutte pasienter kan denne «relokaliseringen» av Helikopterbasen, som hjemmebase for sykehus i Rana, svekke pasientenes og pårørendes krav til fritt sykehusvalg og trenere transport til sykehus med sterkere medisinsk faglig kompetanse.

Tap av sertifisering ved 2 - delt sykehusløsning:

I nåtid og i fremskrevet tid, vil det kontinuerlig bli avkrevd medisinsk faglig sertifisering og miljøstyring etter internasjonal og nasjonal standard (NS-EN ISO 14001 og NS-EN ISO 9001). Struktur med 2 mindre sykehus, vil ha liten evne til å etterleve regional, nasjonal verdiskapning ved medisinsk helsearbeid, og krav til faglig kompetanse og pålegg om nasjonal kvalitetsstyring til tross for stort pengebruk.

Investeringene vil være tapte verdier når sykehusene ikke er kvalitativ målbærende og trues med nedleggelse av akuttmedisinske funksjoner og nedgradert sertifisering av sykehusarbeid.

Denne type utvikling vil være belastende for pasienter og for Helseforetaket. Sluttproduktet for stort pengebruk på 2 små sykehus med sviktende fagkompetanse og påtvungne vikarstafetter, vil være nedleggelse av sykehusene og totalt tap av investeringer.

Regions-forstørring/Helgelandsregionen.

***Regions-forstørring** av regionen Vefsn, Alstahaug, Hemnes, Leirfjord og lærerstedet Nesna; vil Stort Akuttsykehus på Helgeland være riktig plassert, i regionen av 2 byer og 3 tettsteder med befolkning på 29.404, 39% av helgelendinger, som rekker sykehuset < 35min.*

*Et stort Helgelandssykehus på Tovåsen/Leirfjord, vil være i samsvar med -Fylkesplan for Nordland- med utvikling av Helgelandsregionen. En bolig-, arbeids- og markedsregion som vil få økonomisk utvikling ved **Multiplikator-effekt** og ved **Agglomerasjonseffekt**.*

*Feilplassering av **stort akutt Helgelandssykehus**, eventuelt avvikende sykehusstruktur med **2 – sykehusmodell**, vil gi tape av akutt medisinsk beredskap og svekket sykehusfaglig bærekraft innen spesialisthelsetjenesten for Helgeland.*

Dragningen av pasienter til kompetente, faglig og trygge sykehus, som Nordlandssykehuset i Bodø og Levanger / St. Olavs Hospital i Trondheim, vil over tid svekke grunnlaget for et felles Helgelandssykehus. Dette vil være et varig, sårt tap for Helgeland.

Skader ved ensidige Rapporter.

Hvor ødeleggende er -ensidige Rapporter- for fremtidig Helgelandssykehus», ved fordreide og avvikende, fakta-korrigerede fremstillinger.

Rapporter som fremstilles etter ønsker fra oppdragsgiver, unnlater en helhetlig, sammenfattende regional- og lokal konsekvens-vurdering for en balansert sykehus- og beredskapsstruktur for Helgeland.

Sykehus mister akuttmedisinsk beredskap.

2 rådgivingsgrupper innen kirurgi, har anbefalte som nasjonalt krav for sykehus med akuttkirurgiske funksjoner, en befolkningstilhørighet for sykehuset på 80.000 – 100.000 mennesker.

:: Henvisning til Stortingsmelding 11 ; Nasjonal helse – og sykehusplan(2016-2019).

Et riktig plassert Hoved-sykehus for Helgeland vil oppfylle nasjonale krav og vilkår.

Alle akuttsykehus med akuttkirurgiske funksjoner, vil kreves å ha vaktbærende spesialiteter i akuttmedisin, akuttkirurgi, anestesi, klinisk-kjemisk lab. tjeneste og røntgen lab. i døgkontinuerlig vakttjeneste.

Kreftkirurgi og Traumakirurgi ha oppnådd en betydelig bedring i overlevelse de siste årene ved tilstedeværelse av bred medisinsk kompetanse og kirurgiske metodeutvikling som krever samkjøring av flere spesialiteter.

10 sykehus i landet, vil mister akuttmedisinske beredskap pga. tap av kirurgisk beredskap; blant dem sykehuset på Elverum med befolkningstilhørighet på 61.000 beboere.

-2-delt sykehusstruktur-, med 2 mindre sykehus for 80.000 helgelendinger, vil medføre helseøkonomisk tap og tap av sykehus med medisinsk faglig kompetanse og faglig utvikling av spesialisthelsetjenesten for Helgeland.

***2 mindre sykehus, type B sykehus**, med svekket kirurgisk og medisinsk kompetanse, vil være avhengig av medisinsk faglig vikarstafetter. Et markert tap for medisinsk faglig helsearbeid for 80.000 beboere på Helgeland.*

Stort Akutt Helgelandssykehus.

Et stort akutt Helgelandssykehus vil kunne være bærekraftig for 80.000 helgelendinger om det får riktig geografisk plassering.

Henviser til beregninger av ambulansetider.

Feilplassering av Hoved-sykehuset for Helgeland vil lide samme skjebne som 2-delt sykehusstruktur.

Kriterier ved Stort Akuttsykehus på Tovåsen ::

Tovåsen; vil oppfylle kriteriene for By- og Tettstednært område;

Regionsforstørring for 30.000 beboere, 39% av befolkningen på Helgeland, vil ha reiseavstand til sykehuset på <35`.

«>>> ; vil i gjennomsnitt gi den korteste ambulansereise for beboerne på Helgeland.

«>>> ; vil oppfylle målsetninger for miljøregnskap for trafikk og transport.

«>>> ; vil oppfylle kriterier og vektning av standard for Grønt sykehus.

«>>> ; vil gi god vilkår for rekruttering og stabilisering av arbeidsplasser.

«>>> ; vil oppfylle kravene ved Reisevaneundersøkelsene fra TØI (Transport økonomisk Institutt) fra 2013/-14 og fra 2009.

Tovåsen ; vil unngå uavklarte miljøbelastninger ved kumulative effekter, helhetseffekter og langtidseffekter ved trafikk, transportbelastninger; og miljøbelastende.

Områder har ingen belastninger med forurensninger av giftig avfall fra tidligere virksomheter.

Verdiskapende Investering

Et sykehus for 80.000 helgelendinger vil kreve en investering på 3.5 - til 4 milliarder.

Størrelsen ved investeringen for bygging av nytt sykehus, vil tilsvare samme investering som et års drift ved samme sykehus for 80.000 mennesker.

Ønsker man å redusere kostnadene ved sykehusdriften for en sprett bosetning av helgelendinger, finnes ingen andre løsninger en tvangsflytting av halve befolkningen.

Driften ved et -Stort Akutt Helgelandssykehus-, vil gi en besparelse, ved nasjonale bærekraftmodeller; som Sosiale kostnader, Investeringskostnader,

Transportkostnader, Miljøkostnader og Avstandskostnader, mot påført verditap og tapt av penger ved investeringskostnader og driftskostnader ved -2-delt sykehusstruktur.

Nasjonal investering for feil sykehusstruktur for Helgeland, vil gi helseøkonomisk verditap, svekket akuttmedisinske funksjoner, og vil står i fare for å miste medisinsk fagkompetanse og tap av bærekraftig medisinsk helsearbeid.

Sykehuset avhengig av riktig plassering.

Om vi mister et fungerende akuttssykehus for Helgeland, vil investeringene for nytt felles sykehusbygg for 80.000 helgelendinger, overføres til utbygging av sykehusavdelinger for helgelendingene ved Nordlandssykehuset i Bodø og ved sykehusene i Namsos, Levanger og St. Olavs Hospital.

Et scenario om tap av nasjonale helse-kroner, vil gi pengetap på befolkningens helsekostnader, som vil overstige økonomisk verdiskaping ved investeringer av 3,5 - 4 milliarder for bærekraftig, medisinsk faglig Helgelandssykehus, lokalisert der folk bor.

Tør noen være uenig??

Medisinskfaglig sykehuskompetanse for beboerne på Helgeland, vil kreve den samme investering for helgelendingene, som for 80.000 mennesker bosatt i andre deler av landet; 3,5 – til 4 milliarder norske kroner.

En nasjonal bærekraftig, lønnsom investering og pengebruk for medisinsk helse og trygghet for en sprett bosatt befolkning.

En nasjonal verdiskapning og lønnsom, bærekraftig investering for medisinsk faglig kompetent sykehus for 80.000 helgelendinger, på Helgeland, vil være avhengig av riktig plassering.

Skal skjebnen for Helgelandssykehuset bli et spill om regional politisk arroganse og maktstyring?

Hvem tar ansvar for 29.869 mennesker, 40% av beboerne på Helgeland som får mer enn > 1 time lenger ambulansereise til sykehus i Rana, enn for pasienter med lengst ambulansereiser til sykehus på Tovåsen????

Skal politisk definisjonsmakt kunne frata beboerne på Helgeland en verdiskapning for helse og trygghet ved felles Stort Akutt Helgelandssykehus, riktig plassert for beboere og brukere?

Vedlegg til Høring 1.mars 2019.

Ved Styremøte 14.12.2018 , ved Scandic Meyergården, Mo i Rana, søker styret, uavhengig av hvilke momenter som fremkommer i høringen, om beslutnings-grunnlag angående vurderinger i forhold til :

Psykisk helsevern og TSB; Fødetilbud; Forhold til desentralisert tilbud ved DMS, tilpasset forholdene på Helgeland for kronikere og skrøpelige eldre;

Samhandling med kommunenes helsetjenester og rekruttering;

Helhetlig helsetilbud i helseregionen; Ivareta øy befolkningens tilgjengelighet til tjenester; Vurdere utvikling av prehospital medisin, herunder muligheter for å

flytte diagnostikk ut; Teknologisk utvikling, transport med fly, helikopter, velferdsteknologi og fjerndiagnose;

Alternativskillende økonomiske forhold.

I : Psykisk helsevern og TSB(Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser):

##*For befolkning på 80.000 vil det være behov for DPS/ Distriktpsikiatrisk enhet med ca. 50 senger inne psykiatri, fordelt på Allmenpsykiatri, Akutt psykiatri, Psykoser, Spiseforstyrrelser, RUS, BUP, VOP.*

Allmenpsykiatri vil utrede, diagnostisere, behandle psykiske lidelser som tilpasningsforstyrrelser, affektive lidelser, angst/tvang, ADHD, mødre med psykiske lidelser rundt svangerskap og fødsler, medikamentrelaterte tilstander og sammensatte- / dobbelt diagnoser.

DPS enhet vil yte ambulante- og polikliniske behandlinger med hjemmebesøk.

Innen psykisk helsevern er det formet «Pakkeforløp»(Pf) for utredning og behandling av barn og unge (BUP).

Pf skal bidra til gode, koordinerte og samhandlende tjenester for bruker. Skal sikre samhandling mellom bruker, pårørende, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre relevante aktører.

Pf vil være tjenlig for utredning og behandling i psykisk helse for voksne og for tverrfaglig spesialister for rusbehandling(TSB).

II : Fødetilbud for Stort Akuttsykehus for 80.000 beboere:

##*Det vil beregnes ca. 900 fødsler fra regionen Helgeland pr.år. Avdeling for gynekologi og fødsler vil ha behov for 20 – 25 senger.*

Tilstøtende barneavdeling; Barnepost, kirurgiske barn og kuvøse for syke nyfødte. I tillegg til gyn/føde, vil barneposten ha behov for ca.15 senger. Fødsler før 30 svangerskapsuke vil sendes til Bodø eller Trondheim. På gyn/føde vil det være ca. 100 ansatte , gynekologer, jordmødre, sykepleiere og barnepleiere. Avdelingen vil være utdanningsinstitusjon for LIS leger(leger i spesialisering), medisinstudenter, jordmorstudenter, sykepleiestudenter og barnepleierelever.

III/ IV : Forhold til desentralisert tilbud ved DMS, tilpasset forholdene på Helgeland for kronikere og skrøpelige eldre. Samhandling med kommunenes helsetjenester og rekruttering.

*Henvises til vedlagte Rapport : Helsetjeneste til syke eldre. Samhandlingsreformen St.meld.nr. 47, som et verktøy for å gi -Rett behandling- på rett sted- til rett tid. En god instruksjon om oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten; for bruk av «intermediærsenger» ved sykestue, ved DMS og ved Helsehus. Et innspill for bruk av «intermediærsenger» : Før - /Istedenfor / eller etter sykehusinnleggelse. Fra avhandlingen av Dr.med. Bjørn Odvar Eriksen: «Dersom endring av helsetjenestene bygger på myten om nødvendig innleggelse av eldre i sykehus, står man i fare for å tilby syke, eldre pleie og omsorg, når de skulle ha hatt diagnostikk og behandling».*

V : Helhetlig helsetilbud i helseregionen.

*Her vil vedlagt Rapporten, Helsetjeneste for syke, eldre, gi god veiledning for samhandling mellom Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten.*

VI : Ivareta øy befolkningens tilgjengelighet til tjenester.

*Det henvises til vedlagte Høringsinnlegg, Sykehusstruktur: Ved sykehus på Tovåsen, vil Nesna, 1.838 beboere, rekke sykehusbehandling <30` ved transportbytte i Levang.*

Lurøy/Lovund 1.923 beboere ,ved transportbytte rekke Tovåsen på 56`, Herøy 1.743 beboere, 51`, Dønna 1.402 , 46`, Vega 1.244, 86`, Vevelstad, 507, 71`.

8.657 bosatt på øyriket av Helgeland, vil ved trafikkal endret infrastruktur mot stort Akuttsykehus på Tovåsen, ha god tilgjengelighet for spesialisthelsetjenester, både ved tjenestene ved DMS og ved sykehuset.

VII/ VIII : Vurdere utvikling av prehospital medisin, herunder muligheter for å flytte diagnostikk ut; Teknologisk utvikling, transport med fly, helikopter, velferds- teknologi og fjerndiagnose;

Fremtidig medisin.

Fremtidig medisin, pasientroller, persontilpasset medisin og sykehusarbeid vil føre utviklingen over i områder med ny medisinsk teknologisk, velferdsteknologi, utredningsmetoder, fjerndiagnostikk, undersøkelses- og behandlingsmetoder. IKT vil komme sterkere inn med samhandlingsløsninger, effektivisering, kvalitetsforbedringer, datasystemer med kunstig intelligens i diagnostisering og personrettet behandling.

I tillegg til livsstils – og aldersrelaterte sykdommer, kan fremtiden gi oss utfordringer med demografiske og epidemiologiske sykdomsutviklinger som kan bli truende mot vår samfunnsøkonomiske bæreevne.

Vi er inne i en forsknings- og medisinsk innovasjonsutvikling av Telemedisin, nye digitale tjenester med Selvbetjeningsteknologi og e-konsultasjoner som pasienten selv kan bruke ved sykdommer, stille egne diagnoser på nett og i noen grad redusere behov for spesialisthelsetjenester.

I en begrenset grad vil denne utviklingen være kostnadsbesparende for vårt nasjonale helsebudsjett, men være uten innflytelse for pågående utredning av nasjonal- og regional- sykehusstruktur og lokalisering av et felles stort akutt Helgelandssykehus nærmest mulig der folk bor.

Teknologisk utvikling og akuttmedisinsk infrastruktur ved velferdsteknologi, fjerndiagnostikk og integrert teknologi for prehospital medisinsk utvikling ved fly, helikopter og droner er en historie som enda ikke er fult ferdigskrevet.