

Forstudierapport om:

”Delprosjekt om korttidsbehandling, observasjonsplassar, legevaktordning og LMS (Læring og meistring strategi)” - Fase 1

Eit delprosjekt i Helsetorgmodellen om samhandling mellom kommunane Stord, Bømlo, Fitjar, Høgskolen Stord/Haugesund og Helse Fonna - Endelig versjon 23.06.2011

Prosjektgruppe:

Lars Helge Sørheim, kommunelege – Stord kommune

Line Stenerud, einingsleiar tingarkontoret – Stord kommune

Astrid Stautland, verksemdsleiar – Bømlo kommune

Torhild Taraldsøy, fastlege – Bømlo kommune

Anne Berit Hovstad Johansen, Helse og sosialsjef – Fitjar kommune

Endre Hodneland, overlege, medisin – Helse Fonna

Målfrid Hallaråker, sjukepleiar, medisin – Helse Fonna

Arvid Birkeland, førstelektor – HSH

Anne-Britt Grindheim, TV- NSF

Johann Belsvik, representant for brukarane

Anne-Beth Njærheim, Prosjektleiar

Prosjektgruppa vart satt ned av styringsgruppa i Helsetorgmodellen etter forslag frå deltakande kommunar, Helse Fonna og HSH.

Innhald

Samandrag.....	3
Innleiing.....	5
1. Bakgrunn for prosjektet	6
1.2 Delprosjektet sine målsettingar	7
1.2.1. Målsetting	7
1.2.2 Delmål:.....	7
1.2.3 Effektmål:.....	8
1.3 Arbeidsform	8
1.4 Prosjektgruppa sitt mandat	9
2. Prosjektgruppa sine funn og diskusjon	10
2.1 Pasientstraum.	10
2.2 Legevakt.....	11
2.2.1 Diskusjon legevakt.....	13
2.3 Plassar for observasjon og korttidsbehandling	14
2.3.1 Diskusjon plassar for observasjon og korttidsbehandling	16
2.4 Kompetanse og delte stillingar	19
2.4.1 Diskusjon kompetanse og delte stillinger	20
2.5. Intermediærseger.....	22
2.5.1 Diskusjon intermediærseger	23
Referanser	23

Samandrag

Prosjektgruppa har vurdert det oppsette mandatet som omfattande og har hatt relativt lita tid til å gå djupt inn i dei ulike punkta. Det er også slik at dette er fase 1 av prosjektet. Det gjer sitt til at tilrådingane frå gruppa vert generelle og peikar på ei retningsendring for vidare arbeid.

Prosjektgruppa veit at pasientstraumen i dag gjev relativt høg grad av innleggingar i sjukehuset. Det føreligg ikkje alternativ til dette og dess nærare sjukehuset dess oftare skjer innleggingar. Dette er i tråd med det ein veit frå andre stader i landet og det er i tråd med dagens praksis og ressurs- og ansvarsfordeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Erfaring både frå sjukehuset og kommunane viser at vikar – legar, som kommunane er avhengige av å bruke, kan føra til fleire innleggingar i og med at dei ikkje er kjent med lokale rutinar og at dei i periodar samanhengande kan ha mange vakter.

I høyringsnotatet for Helse 2020, strategiplan frå Helse Vest, står det at vi er avhengige av ei sterkare koordinering av mellom helse og omsorgstenestene i kommunane og spesialisthelsetenesta. Der det let seg gjera, må vi få ordningar som gjer at helsefagfolk i regionen kan arbeide på tvers av fleire lokalisasjonar på ein rasjonell måte.

Prosjektgruppa har hatt tilgong til ein del materiale som beskriver erfaringar og påbegynte prosessar i andre deler av landet der det ofte viser seg at mindre/mellomstore kommunar samarbeider om etablering av interkommunal legevakt og korttidssenger av ulike slag. For å endre pasientstraumen i retning av at kommunane i større grad observerer og behandlar pasientar sjølv utan innlegging i sjukehus, og/eller at pasientane tidlegare kan utskrivast frå sjukehuset, vil prosjektgruppa koma med følgjande tilrådingar:

Kommunane Fitjar, Stord og Bømlo bør ta sikte på å:

- Etablere felles kommunal legevakt der lege er tilstades på natt
- Etablere felles kommunal legevakt frå kl. 16.00 – 08.00. Gruppa meiner at tilstadesvakt for lege er viktig for innbyggjarane, fastlegane og for sjukehuset. Vi meiner at legevakttjenesta i Stord, Bømlo og Fitjar ikkje er optimalt organisert i dag og bør endrast snarast råd.
- Saman etablere observasjonssenger

- i tilslutning til felles legevakt og lokalisert til institusjon med døgnbemanning
 - at denne eininga vert lagt i nærhet til
 - eller i tilslutning til Stord Sjukehus
- For å sikre tidleg tilbakeføring/BEON av pasientar frå sjukehuset, bør kommunane saman etablere sengeplassar av typen intermediær/etterbehandling/ korttidsplassar eventuelt i tilslutning til legevakt/observasjonssenger
 - Prosjektgruppa meiner at såkalla delte stillingar, må tas stilling til om/når eventuelt konkrete bemanningsplanar skal utarbeidast. Det er m.a. avhengig av praktiske tilhøve og kompetanse hjå personellet.
 - Ein sentral strategi i drifta av korttidsplassar må vera lærings- og meistringsterori (LMS), slik at eigenmeistring, tidleg attføring til opphavleg omsorgsnivå og tilbod om oppfølging vert vektlagt
 - Forstudierapporten må følgjast opp med eit forprosjekt som kartlegg korleis kommunane best kan ta over ansvar for deler av ”sjukehusrekninga” på ein økonomisk og fagleg forsvarleg måte, det vil sei:
 - kommunal delfinansiering for opphald i sjukehus for visse sjukdomsgrupper
 - ansvar for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå 1. dag
 - plikt til å etablere tilbod med øyeblikkeleg hjelp – døgntilbod for pasientar som har trong for akutthjelp eller observasjon. Plikta skal fasast inn frå 2012 – 2015 og finansierast fullt ut.

Innleiing

Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreforma – Rett behandling – på rett stad – til rett tid, set fokus på at det i for liten grad er system som understøtter pasienten sine behov og heilskap i pasientstraumen. Meldinga legg opp til ei ”retningsreform” for kommunar og helseføretak. Den var publisert då prosjektet vart forma ut.

Etter dette har regjeringa, på bakgrunn av meldinga, kome med framlegg til 2 lover og ein plan: ”Lov om kommunale helse og omsorgstenester”, ”Lov om folkehelsearbeid” og ”Nasjonale helse og omsorgsplan”. Her vert problemstillingane i Samhandlingsreforma ytterlegare konkretisert i lovfesta krav om tiltak og høve til utarbeiding av forskrifter.

Framlegg til ny lov om kommunale helse og omsorgstenester gjev kommunane fleire nye plikter. Mellom desse er

- kommunal delfinansiering for opphald i sjukehus for visse sjukdomsgrupper
- ansvar for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå 1. dag
- plikt til å etablere øyeblikkeleg hjelp – døgntilbod for pasientar som har trong for akutthjelp eller observasjon. Plikta skal fasast inn frå 2012 – 2015 og finansierast fullt ut.

Lovverket legg vekt på at kommunane i framtida skal løyse oppgåver der kommunane har sine faglege og organisatoriske fortrinn.

Prosjektet Helsetorgmodellen er eit prosjekt om samhandling mellom kommunar, Helse Fonna HF og Høgskulen Stord/Haugesund gjennom framlegg til ei rekkje delprosjekt i føretaksområdet. Det er inngått eit formalisert samarbeid mellom partane i prosjekta.

Dette delprosjektet er ein del av modellen. Stord, Fitjar og Bømlo har saman med Helse Fonna og HSH vedteke eit prosjekt som skal utgreie korleis sikra tidleg diagnose, behandling og rehabilitering med rask avgjerd av vidare tilpassa oppfølgingsbehov ved tilstandar som kan innebera endra trong for tenester eller trong for rehabilitering (TVTH-prosjektet i Sunnhordland).

Oppfølgingsbehov kan grovt skisserast som tilbakeføring til heim, tilbakeføring/overføring til institusjon med heildøgns omsorg for kortare eller lengre tid, eller innlegging i sjukehus for vidare utgreiing og behandling.

Det er sett saman av 2 delprosjekt.

Fokusområde for dette delprosjektet er plasser for observasjon/korttidsbehandling og samarbeid om legevakt. Lærings- og meistringsstrategi skal ligge som grunnlag for utforming av tiltak.

Denne rapporten omhandlar fase 1 i prosjektet, der ein har gått gjennom 13 punkt som er sette opp i prosjektbeskrivinga.

1. Bakgrunn for prosjektet

Nærkommunane nyttar lokalsjukehuset som førsteinnsats i større grad enn andre kommunar i sjukehusområdet. Dette gjeld særleg for personar som treng observasjon for avklaring av tilstand. Det kan m.a. ha samband med at Stord er vertskommune for lokalsjukehuset. Fitjar er nabokommune med kort reisetid til sjukehuset og legevakta er interkommunalt samarbeid mellom dei 2 kommunane. Ei utfordring for alle kommunane er at det ved dagens pasientstraum, berre vert innlegging frå heim til sjukehus fordi det ikkje er noko anna alternativ for øyeblikkeleg hjelp og observasjon.

Alle kommunar har høg grad av vikarlegar i legevakt.

Kommunane Stord og Fitjar, som soknar til Stord sjukehus, planlegg utviding av interkommunal legevakt med tilstadesvakt for lege på natt lokalisert til sjukehuset. Bømlo kommune har vurdert å slutta seg til dette. Mandatet til delprosjektgruppa er m.a. å greia ut grunnlaget for eit samarbeid med helseføretaket om legevaktordningar på seinkveld/natt. Plasser for observasjon og korttidsbehandling kan vere ein viktig reiskap for kommunar og føretak. Dette vil kunne vere et tilbod for pasientar som krev høgare kompetanse enn det den enkelte kommune vil kunne tilby aleine. Et slikt samarbeid vil kunna vera med på å gje auka kompetanse til fastlegane i sjukehusområdet. Nokre få observasjonssenger kan og vera til bruk berre for legevakta, og kan i hovudsak nyttast for nokre timer til å avklara pasientens situasjon.

Stord sjukehus har 4 observasjonssenger som er drivne av føretaket. Pasientar som nyttar desse er mest dei pasientar med trong for observasjon, som treng ei avklaring, og over 80% av desse reiser rett heim etter opphaldet.

Dette er ikkje pasientar med mange uavklarte problemstillingar, som kan være typisk for den eldre pasientar med fleire sjukdommar. Framlagt forslag til nytt lovverk gjev kommunane ansvar og plikter knytt til nokre av dei i denne pasientgruppa. Det kan vere tilbod før, i staden for sjukehusopphald og etter sjukehusopphald som døgnplassar for observasjon og etterbehandling.

Lovframlegget seier i § 3-4 at kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling der dette er nødvendig for å tilby tenester omfatta av loven.

For at kommunane skal følgje opp sine plikter jamfør forslag til lovverk, bør kommunane etablera plassar for observasjon og korttidsbehandling og samhandla internt og med føretaket, der dette er naudsynt.

1.2 Delprosjektet sine målsettingar

1.2.1. Målsetting

Dei samla helsetenestene skal sikra tidleg diagnose, behandling og rehabilitering med rask avgjerd av vidare oppfølgingsbehov ved tilstandar som kan innebera endra trong for tenester eller trong for rehabilitering (TVTH-prosjektet).

1.2.2 Delmål:

- tidleg avgjerd/ diagnostisering ved at ressursbruk i første fase i pasientlaupet er prioritert
- rask vurdering knytt opp mot overføring til best effektive omsorgsnivå
- saumlaus overføring til vidare behandling på kommunalt nivå
- tidleg avdekking av funksjonssvikt og rask iverksetjing av tiltak for å betra den einskilde sin funksjon/ meistring og redusera trong for pleie- og omsorgstenester, eller innlegging i institusjon (betre pasientstraum)
- lik praksis og forståing for rollefordeling mellom helseføretak og kommunane, m.a ved prinsippet om delte stillingar
- kompetanseoverføring

1.2.3 Effektmål:

- Innbyggjarane i Fitjar, Stord og Bømlo får innlegging og korttidsopphald/observasjonsplassar for rask diagnostisering og behandling.
- I helseføretaket får fleire tidleg kvalifisert vurdering av trong for behandling eller tiltak på best effektive omsorgsnivå (BEON)
- Fitjar, Stord og Bømlo kommunar har ein modell for samhandling som gjev god samla ressursutnytting ved tidlig intervensjon, betre pasientflyt og godt samarbeid med Helseføretaket

1.3 Arbeidsform

Det er gjennomført 4 møte i prosjektgruppa, med arbeidsmøte mellom desse etter oppgåvefordeling. Til kvart hovudmøte vart medlemmene tildelt oppgåver ut frå mandatet. Gruppa har systematisk arbeida seg gjennom mandatet og dei 13 punkt som ligg i fase 1.

Mandatet har gruppa oppfatta om vidt og generelt slik at resultatet vert ei tilråding frå prosjektgruppa til vidare arbeid med ulike delprosjekt.

Erfaringar gjort av andre kommunar og føretak og føringar frå sentrale myndigheiter, er nytta i diskusjonane i gruppa. Gruppa har diskutert opp mot utfordringar som er i dei 3 kommunane og det lokale helseføretaket. Det er og nytta ulike rapporter frå andre samhandlingsforsøk og forslag til nytt lovverk framlagt i vår. Det har ikkje vært utført studiebesøk, men samla materiell frå ulike distriktsmedisinske senter, interkommunale selskap og interkommunalt samarbeid.

Eitt av dei sentrale punkt i framlagt forslag til nytt lovverk, er blant anna flytting av oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunale helse- og omsorgssektoren. Rapport nr. 266 frå Telemarkforskning seier at di fleire oppgåver som vert desentraliserte, di meir vert kommunane nøydde til å inngå eit interkommunalt samarbeid. Det vert og hevda at jo betre eit slikt interkommunalt samarbeid vert, di fleire oppgåver kan leggest til kommunane.

Dette gagnar dei som treng desse tenestene og betrar kvaliteten og resultatet av behandlinga.

Gruppa har drøfta fordelar og ulemper med interkommunalt samarbeid mellom desse tre kommunane. Kommunane har ei samla innbyggjartal på vel 32 000, der Stord er størst med vel 17 800, Bømlo vel 11 400 og Fitjar vel 2 900 (SSB 2011). Til samanlikning er det inngått interkommunalt samarbeid andre stader der total innbyggjartal både er lågare og høgare. Dei fleste kommunar deltek i dag i interkommunalt legevaktsamarbeid, noko som er vanlegast i dei mindre kommunane (jfr. rapport frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin).

1.4 Prosjektgruppa sitt mandat

Det var lista opp 13 punkt i mandatet, og gruppa har jobba seg gjennom desse punkta. I sluttrapporten har ein valt å ikkje gi svar punkt for punkt. Det kan likevel tar i vare dei ulike utfordringar som var gitt oss i mandatet.

1. Kartleggja korttidspasientar sitt pasientforløp slik det er i dag
2. Leggja grunnlag for sams oppfatning av fagfelt og metodikk, herav begrepsavklaring
3. Klargjera kva teori, forskning, studiar, dokumentasjon og andre si erfaring me kan støtta oss til
4. Kartleggja korleis helseføretak, kommunane og høgskulen kan samarbeida i høve korttidsbehandling – viktige samarbeidspartar, samarbeidsstadar og samarbeidsstruktur
5. Komma med framlegg til betring av samhandlingsformer og pasientstraum
6. Komme med innspel til kva pasientgruppe er det føremålstenleg å retta merksemda mot i neste fase
7. Greia ut vilkår for oppstart av samarbeid om korttids / observasjonssenger, gjerne ved delte stillingar mellom helseføretaket og kommunehelsetenesta
Kva trengst av ressursar/lokale/personell/kompetanse?

Interkommunalt team ?

Kva funksjon skal det tverrfaglige teamet utøva ?
8. Greia ut vilkår for samarbeid om legevaktfunksjon interkommunalt og i føretak på seinkveld og natt, knytt opp mot organisering av observasjonssenger/

korttidsavdelingar.

Greia ut grunnlaget for legevaktsamarbeid mellom aktuelle kommunar på ettermiddag/kveld kombinert med vaktfunksjon på natt.

9. Greia ut vilkår for endringar i sjukeheimslegetenesta og interkommunalt samarbeid om vaktordningar for desse.
10. Kartleggja korleis naudsynt kompetanse skal sikrast
11. Greia ut vilkår for tidleg tilbakeføring til BEON – kva må kommunar og helseføretak leggja til rette for å oppnå dette ?
12. Greia ut korleis kommunar og føretak kan sikra trong for LMS innanfor oppfølging av pasientar som ofte er aktuelle for korttidsbehandling
13. Sei noko om korleis me kan evaluera og dokumentera effekten av tiltak som vert sette i verk (Det er samhandlingspunkta mellom kommune, helseføretak og høgskule som er nyttige å prøva ut og måla i dette delprosjektet. Det bør utviklast nye samhandlingspunkt mellom dei ulike funksjonane og ein reiskap for å kunna måla/evaluera effekten av desse)

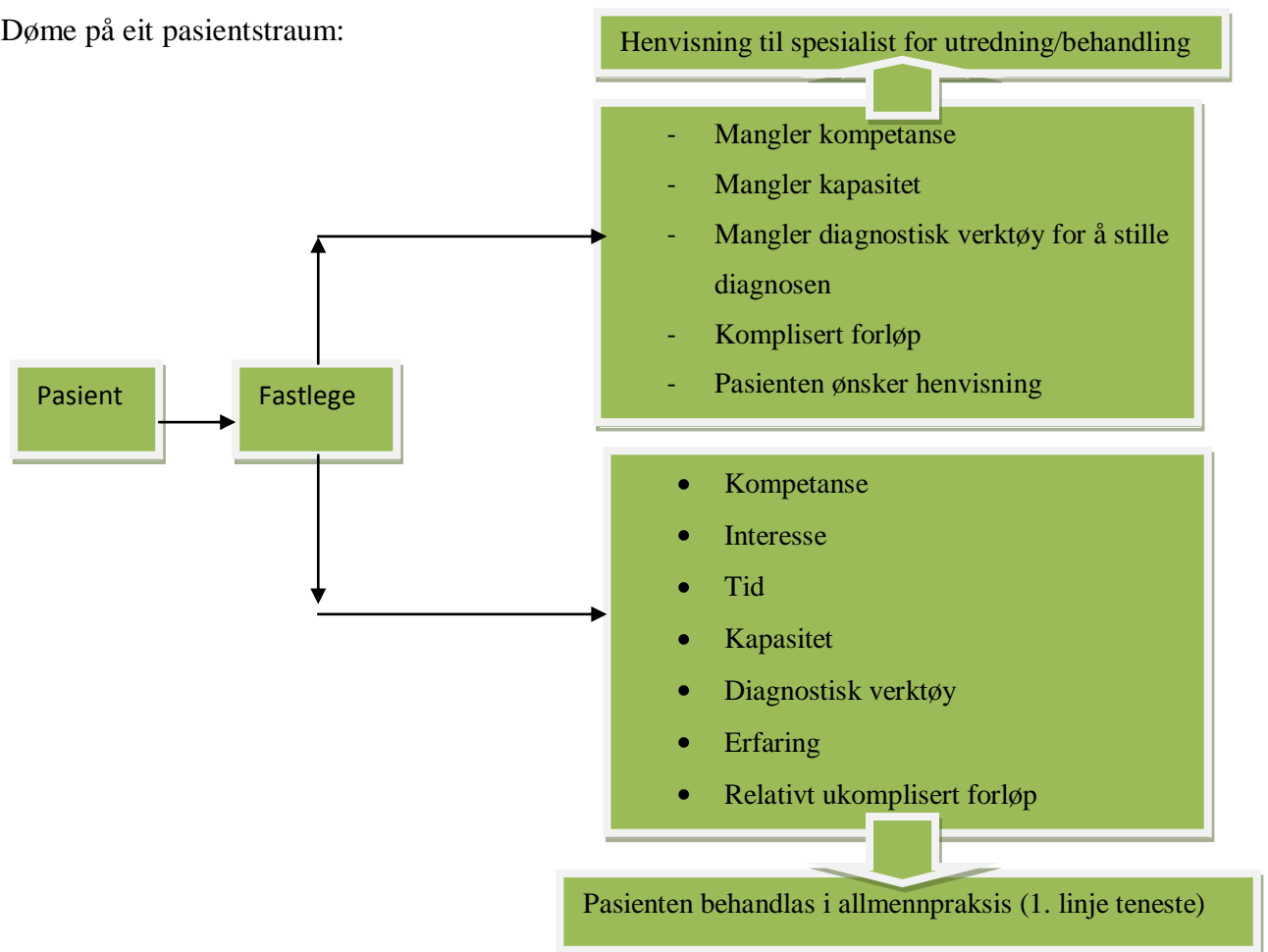
2. Prosjektgruppa sine funn og diskusjon

2.1 Pasientstraum.

Ein pasientstraum kan starta med at pasient, pårørende eller helsepersonell tar kontakt med fastlege, legevakt eller AMK. Tilstanden til pasienten er avgjerande for om det vert innlegging i sjukehus eller ikkje. Det er avgjerande med ei velfungerande fastlegeordning og legevakt som gjer ei vurdering av pasienten.

Fastlegen/legevaktslegen har ein sentral funksjon både som såkalla portvakt og port opnar for styring av pasienten vidare i tenesteapparatet. Utøving av denne funksjonen vil variere m.a. grunna individuelle forskjellar mellom legene og press på funksjonen. Legens kompetanse på området, erfaring og kapasitet er ofte avgjerande for vidare behandlingstiltak (pasientstraumen). I andre enden vil kapasitet ved sjukehuset, poliklinikk eller andre tenester påverka dette.

Døme på eit pasientstraum:



2.2 Legevakt

Prop. 91 L (2010–2011) Proposisjon til Stortinget omtaler den kommunale legevaktordninga som ei organisert verksemd som skal sikra befolkningas behov for øyeblikkeleg hjelp heile døgnet. Legevaktordninga består av eit fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i heimevaktberedskap. Kommunal legevakt er ein integrert del av allmennlegetenesta og utgjer saman med medisinsk naudmeldeteneste og ambulansetenesta den akuttmedisinske kjeda av tenester utanfor sjukehus.

”Legevakt tenester kan ikkje sjåast isolert frå fastlegeordninga og andre tenester. Tilgjenge hos fastlegane og organisering av større vaktdistrikt kan betre legenes arbeidssituasjon, og har vist seg å redusera tilstrømming av pasientar til legevakta på kveld og natt. ”

Utfordringar med god kvalitet på legevakt henger m.a. saman med korleis det er å rekruttere legar til vakt og vaktbelastning på den einskilde lege.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin er etablert av Helsedepartementet. Det skal gjennom forskning, fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljø bidra til å byggja opp og gje fagleg kunnskap innan kommunal legevakt. Kompetansesenteret fekk i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide framlegg til handlingsplan for utviklinga av legevaktstenesta i Noreg. Rapporten er omfattande og peikar på at legevaktstenesta i Noreg ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga ein har sett i resten av helsetenesta dei siste 10 år. Den hevdar vidare at ein treng ”betydelig opprusting og ressurstilgang for å kunne gjennomføre oppgåvene i pakt med framtidige krav”.

Stord og Fitjar har i dag felles legevaktsamarbeid. Kommunane har problem med tilgang på nok personell og har faste vikarar som i fleire år har vært ein del av legevaktstaben. Det er fleire legar som av ulike årsaker har vaktfritak. Bømlo kommune har utfordringar med at 5 av 11 legar har vaktfritak, noko som gjer at det vert fleire vakter på dei andre legane. Dei har i periodar nytta vikarar. I saka om legevakt som var til politisk handsaming 09.05.11 skriv rådmannen at ”stor bruk av vikarar kan innebere utfordringar m.o.t. kontinuitet, språk, å følgje system/prosedyrar og ved samhandling mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Det syner seg vanskeleg å sikra kontinuitet ved at same vikarlege kjem att over tid. Ukjende vikarar har ein tendens til å belasta spesialisthelsetenesta meir enn kjende fastlegar, i vaktarbeidet.

Legene på sjukehuset opplever at nåverande organisering av legevakta i Stord, Fitjar og Bømlo ikkje er optimal. Det vert registrert blant anna på følgjande måtar:

- Hyppig bruk av eksterne vaktlegar, bl.a. med tildels svært lange vaktperiodar rundt høgtider og ferier. Det kan føra til at legen blir sliten og har lågare terskel for å leggje inn pasientane .

- Pasientar som vert innlagt direkte på sjukehus utan at vaktlegen har sett og vurdert pasienten personlig (heimevakt om natta).
- Pasientar som kjem direkte i akuttmottak på sjukehuset og vert innlagt fordi legevaktslegen ikkje er på huset (heimevakt om natta).

Det vert rekna som svært viktig at legevaktslegen vurderer pasienten før ein avgjer om pasienten skal leggst inn, dersom det av henvendinga/problemstillinga ikkje er klar indikasjon for innlegging i sjukehus.

2.2.1 Diskusjon legevakt

Gruppa har diskutert om interkommunalt legevaktsarbeid kombinert med plasser for observasjon og korttidbehandling kan vere ei løysing på nokre av utfordringane i Sunnhordland. Stord sjukehus er lokalsjukehuset til dei 3 kommunane. Det er relativt kort avstand til sjukehuset og eit samarbeid om kommunale plassar for observasjon og korttidsbehandling kan være hensiktsmessig. Andre kommunar har gått saman og etablert såkalla distriktsmedisinske senter/lokalmedisinske senter. Ein del av innhaldet er plassar for observasjon og korttidsbehandling, kombinert med alt frå utstrakt poliklinisk verksmed i samarbeid med spesialisthelestenesta, dialysebehandling og rehabilitering. Modellane som er valt andre stader i landet er tilpassa lokale behov og geografiske tilhøve. Alle har eit samarbeid med det lokale helseføretak.

Eit interkommunalt vakt samarbeid gjeld samarbeid mellom Stord, Fitjar og Bømlø. Stord og Fitjar har pr. i dag interkommunalt vakt samarbeid og nyttar lokale i Stord sjukehus. Det er i denne ordninga lagt planer for endring av vakt frå passiv heimevakt på natt, til aktiv teneste på natt og eventuelt tilstadesvakt i større deler av døgeret, for deltakande legar. Dette for å styrke kvaliteten på tilbodet.

Prosjektgruppa har drøfta grunnlag for samarbeid om drift av observasjonssenger i/nær sjukehuset, sett i samanheng med grunnlaget for legevaktsamarbeid mellom aktuelle kommunar på ettermiddag/kveld. Det har og vore drøfta kombinasjon med vaktfunksjonar i sjukehus på natt.

Prosjektgruppa har diskutert interkommunalt legevaktsamarbeid mellom kommunane Stord, Fitjar og Bømlo. Drøftinga i gruppa ser (forsiktig formulering) at ein mogleg samordning med aktiv legevakt på natt og medisinsk fagleg kompetanse knytt til kommunale plassar/senger for observasjon og korttidsbehandling, kan være ein løysing for kommunane Stord, Bømlo og Fitjar.

Gruppa har og drøfta ulike sider ved lokalisering av interkommunal legevakt. Eit av argumenta på kvifor legevakta ikkje bør være på sjukehuset, er det er ein utfordring med nok areal. Samlokalisering og nærleik kan føra til at spesialisthelsetenesta vert tekne inn i vurderinga for tidleg, noko som kan medføre at sjukehuset får fleire problemstillingar som 1. linjetenesta skulle tatt. Dette er ei erfaring frå noverande organisering utan tilstadesvakt for lege. På den andre sida kan nær lokalisering til spesialisthelsetenesta gje betre kvalitet når det trengst, eller tilstanden og trong for behandling endrar seg. Dette er ei fagleg sikring som gruppa meiner ein bør byggja opp under, når dei geografiske tilhøva ligg til rette for det. Eit anna moment kan vera at grensene mellom legevakt og akuttmottak vert for upresise. Sjølv om prosjektgruppa nå vektlegg eit godt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetenesta, er det viktig å ha klare linjer på kven som ”eig” ansvaret for pasienten. Enten er pasienten innlagt på sjukehuset eller så er han i eit kommunalt nivå. Dette kan ”mjukast opp” om partane som gjer avtalar er interesserte i det. Det er viktig at sjukehuset jobbe meir med å utvikle en velfungerande observasjonspost for pasientar som trenger innlegging i sjukehus til rask avklaring og eventuell oppstart av behandling. Dette kan i visse høve kombinerast med plasser for korttidsbehandling (2-3 dg).

Prosjektgruppa meiner at forslag til lovverk som er lagt fram understøtter dette fordi kommunane skal overta mye av det spesialisthelsetenesta vert opptekne med i dag. Sjukehusa skal få høve til å gjera høvesvis meir spesialisthelsetenesteoppgåver.

2.3 Plassar for observasjon og korttidsbehandling

Samhandlingsreforma skisserer en utvikling der kommunane i større grad vert budde til å ta over behandlingfunksjonar i høve eldre med sjukdom og funksjonssvikt, som sjukehusa gjer i dag. Nokre stader er det utvikla tilbod som vert ein mellomting mellom sjukehus og sjukeheim. Slik behandlingforløpet er i Stord, Bømlo og Fitjar pr. i dag vert pasientar som trenger nærare

observasjon eller behandling, som hovud regel lagt inn i sjukehuset. En del av disse kunne blitt behandla i sjukeheim, men desse er ikkje planlagde for ein slik funksjon og legg ikkje opp til plasser for dette. Dessutan er det ein del pasientar som har fått akuttmedisinsk behandling på sjukehuset, men som treng vidare behandling før dei er i stand til eventuelt å komme heim. Ein del av desse kunne blitt innlagt på ein korttidsavdeling og fått kvalitativt betre tilbod i høve det dei treng, om eit slikt var etablert.

Ein slik funksjon krev at det er tilgjenge på legefagleg kompetanse heile døgnet. Dette kan delast opp mellom personell frå sjukehus og frå kommunane på ulike måtar.

Det kan og tenkjast stillingar som særskilt arbeider innanfor legevakt og korttidsbehandling/observasjon. Det kan vera deloppgåve for fastlegar i samband med plikt til deltaking i anna allmennt medisinsk arbeid.

Observasjonssenger kan vere eit viktig reiskap i samband med å unngå unødige innleggingar i sjukehus i akuttfasen og leggja til rette for utskriving til best effektive omsorgsnivå (BEON). Gruppa har drøfta men ikkje spesifikt konkludert i denne omgang, med kva pasientgrupper som mest naturleg bør nytte dette tilbodet. Det kan vera pasientar som har trong for avklaring raskt, som treng observasjon og/eller behandling over relativt kort tid som kan vere i gruppa av dei som skal nytte eit slikt tilbod. Målet er å sikra tidleg diagnose som grunnlag for rett behandling og rask avgjerd av vidare oppfølgingsbehov heime, i sjukehus eller annan institusjon med heildøgns omsorg.

I Rapporten om ”Pasientforløp for skrøpelige eldre” vart det diskutert i kva grad Haugesund kommune skal/må opprette ei såkalla ”intermediæravdeling” med en tilnærma sjukehusfunksjon slik at eldre skrøpelige pasientar som treng innlegging på sjukehus i staden vert kanalisert til eit forsterka sjukeheim. Ein del pasientar som generelt skrantar grunna aldringsprosessar eller kombinasjon av fleire sjukdommar, kan ha nytte av å bli innlagt i en forsterka sjukeheimsavdeling til observasjon og nærmare oppfølging. Rapporten seier vidare at det er grunn til å tro, slik situasjonen er nå (feb. 2010), at ein del av disse vert verande heime til situasjonen er prekær, og da ender det opp i sjukehus innleggingar grunna manglande moglegheit for innlegging på sjukeheim. Andre skrøpelige eldre pasientar har openbart medisinske problem som vil krevje at det blir tatt avanserte undersøkingar i løpet av kort tid, og då er det mest hensiktsmessig at disse blir lagt inn på sjukehuset.

Rapporten om pasientforløp for skrøpelige eldre pasientar peikar på at skrøpelige eldre pasientar ofte får infeksjon som lungebetennelse eller urinvegsinfeksjon, og at det kan vere nok at pasienten ikkje klarer seg heime lengre og vert innlagt på sjukehus. Om det hadde vore mogleg med t.d. eit korttidsopphald for pasienten på eit tidligare tidspunkt ville det kanskje vore mogleg å førebygge ein innlegging i sjukehus for oppstart av behandling, som er bemanna med meir avansert utgreiing og behandling.

2.3.1 Diskusjon plassar for observasjon og korttidsbehandling

Grappa har diskutert om interkommunalt legevaksarbeid kombinert med plasser for observasjon og korttidsbehandling kan vere ei løysing på nokre av utfordringane i Sunnhordland. Stord sjukehus er lokalsjukehuset til dei 3 kommunane. Det er relativt kort avstand til sjukehuset og eit samarbeid om kommunale plassar for observasjon og korttidsbehandling kan av den grunn vere hensiktsmessig.

Tilbod om kor mange senger eit slikt interkommunalt tilbod bør ha må ein sjå i forhold til innbyggjartal og alders samansetjing i befolkninga. Dei økonomiske vurderingane i ny nasjonal helseplan tilseier at Stord, Fitjar og Bømlo for 2012 bør bu seg på å stilla til rådvelde 3 fleire sengeplassar for utskrivingsklare/korttidsbehandling og til ei kvar tid delfinansiera 17 plasser for folk som ligg inne i sjukehus. Dette kjem i tillegg til det som vert handsama i dag. Døme frå andre sine løysingar kan gi oss ein peikepinn med eit innbyggjartal på i overkant av 30 000 så kan ein ha minimum 5 plassar til denne funksjonen, men grappa understrekar at ein må gå inn i aldersamensetjing og ein meir grundig behovsundersøking før ein sikkert kan sei eit antall. T.d. hadde Fosen eit forprosjekt med varigheit på eit år, og deretter eit pilotprosjekt med varigheit på 2 år før dei konkluderte.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har i fellesskap planlagt i eit antall plasser for å gjennomføre et prosjekt der bruk av intermediærplassar ved øyeblikkeleg hjelp i staden for innlegging på sjukehuset vert etablert og evaluert.

Det skal etter målsettinga medføre at pasientane overførast til intermediæravdelingen direkte frå akuttmottaket, eller etter konsultasjon hos den stasjonære legevakta eller ortopedisk skadepoliklinikk. Dei er eit alternativ til innlegging i ordinær sjukehusavdeling. Tiltaket er retta mot pasientar som i utgangspunktet forventast å kunne reise heim etter endt opphald på

intermediæreininga. Tiltaket skal letta presset på ordinære sjukehussenger og sikra ein meir målretta oppfølging enn ein plass i ein ordinært sjukeheim ville medført.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har i sitt forslag til kva pasientgrupper som kan vere aktuelle for plasser for observasjon og korttidsbehandling. Dei kom fram til følgjande kriterier:

- 1. Pasienten er 60 år eller eldre og er fra Trondheim.**
- 2. Pasienten er vurdert og tilstanden er avklart av lege.**
- 3. Pasienten kan observeres på intermediærposten (ved sykepleier) uten behov for ordinært legetilsyn kommende 3 dager.**
- 4. Pasienten har en subakutt tilstand der det er tilstrekkelig med poliklinisk spesialistvurdering neste virkedag, men pasienten har behov for tilsyn/pleie i ventetiden. Pasienten har fått avtale om poliklinisk vurdering.**
- 5. Pasienten kan høyst sannsynlig reise til eget hjem etter endt behandling for aktuell lidelse.**
- 6. Pasienten har ikke alvorlig grad av demens, forvirringstilstand eller psykiatrisk lidelse som medfører omfattende oppfølging av lege, sykepleier 24 timer i døgnet.**

Dette er pasienter som i dag normalt vil bli innlagt ved ordinær sengepost i sykehuset.

Prosjektgruppa har ikkje konkludert med kva pasientgrupper det kan vere aktuelt for. Gruppa vil tilrå eit delprosjekt på dette, der kartlegging av dagens pasientstraum må gjerast grundig som bakgrunn for val av kriterie. Døme på ei slik kartlegging er i Norhordlansprosjektet.

Prosjektgruppa har diskutert fleire måtar og organisere dette på. Eit alternativ er at kvar kommune byggjer opp sitt tilbod, det vil i utgangspunktet verta 1-2 senger i kommunen. I kapittel 6 i forslag til lov om kommunale helse og omsorgstenester står det at kommunane har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helesføretaket og at kommunen kan inngå avtale aleine eller saman med andre. Utfordringa med at kvar kommune byggjer ut sitt tilbod

aleine vil være å rekruttere kompetanse, både medisinskfagleg og pleiefagleg, samt større investeringar i t.d. meir avansert medisinsk teknisk utstyr og kompetanse til å nytte det. Ved samarbeid mellom Helseføretaket og Stord, Bømlo og Fitjar vil ein kunne nytte ressursane saman, ved å samlokalisera tilbodet til t.d. 6-10 plassar for regionen. Ein god samarbeidsavtale med føretaket på korleis kommunane kan nytte bruk av røntgen og laboratorietenestene for eit kommunalt nivå må og på plass.

I Nordhordlands-prosjektet, som er ei vidareutvikling av samhandling mellom Haraldsplass Diakonale Sjukehus(HDS) og Nordhordlandskommunane er eit av fokusområda om ein del av pasientane kunne unngått en innlegging i sjukehus om tilstrekkelig kompetanse og ressursar var på plass i kommunane. Dei tilsette i sjukeheimane gir uttrykk for at stadig fleire pasientar får behandling i sjukeheim som alternativ til innlegging i sjukehus. Avgrensinga ligg i lege- og sjukepleiedekning og verktøy for diagnostisering,- til dømes bildediagnostikk. Inntrykket er at fleirtalet av pasientane som vert innlagt i sjukehus er akutte tilfeller som krev ein rask avklaring eller tilfeller der oppstarta behandling ikkje har ført fram.

Det blir presisert frå både sjukepleiarar og legar at om en ynskjer å utvikle dette tilbodet vidare, vil det krevje ein betydeleg oppjustering av lege og sjukepleiestillingar, kompetanseoppbygging og i en del tilfeller også betre fysiske og tekniske rammevilkår.

Dei framhevar likevel at nokon av innlegginga kunne kanskje vert unngått med en meir langsiktig planlegging der behandlingsnivå og vidare forløp var klarlagt og samhandling internt i kommunane fungerte optimalt.

Prosjektgruppa meiner at ein som ledd i interkommunalt samarbeid på sjukeheimen opprettar forsterka einingar der en styrker bemanning og kompetanse for å imøtekomme trong for tett oppfølging av pasientar før og/eller etter sjukehusopphald.

Pasienten kan sjølv få høve til å legge seg inn på eit korttidsopphald i sjukeheim, ved til dømes utryggleik, sjukdom eller funksjonstap av ulike årsaker, eller at fastlegen disponerer ”akutt plassar” ved sjukeheimen og kan leggja inn pasientar frå heimen på kort varsel.

To viktige stikkord ser vi er kommunikasjon og kompetanse. Det er behov for et systematisk arbeid med kompetanseheving og kompetanseutveksling, på begge nivå for å oppnå dette.

Ut frå diskusjonane i gruppa, samt løysingar som er valt av andre ser ikkje prosjektgruppa det som teneleg at den enkelte kommune bygger opp sitt eige distriktsmedisinske/lokalmedisinske

senter når nærleik til lokalsjukehus gjer at det kan vere mest den hensiktsmessig lokalisering. Ein grunn gjer dette med at tenester som alt i dag er lokalisert til Stord sjukehus som t.d. røntgen og poliklinisk verksemd kan nyttast av eit kommunalt tilbod i nærleik til sjukehuset i staden for at kvar kommune skal gjere investeringar til lokalar i kvar kommune. Rekruttering av personell både medisinskfagleg og pleiefagleg vert lettare til ei interkommunal ordning med tilstadesvakt for lege og sjukepleiar kombinert med plasser for observasjon og korttidsbehandling.

Prosjektgruppa vil likevel understreke at kvar kommune må ha kompetanse og tilbod gjennom t.d. forsterka sjukeheimsfunksjon og/eller utvida tilbod i heimebasert teneste når avklaring og behandling er starta opp. Det er eit mål at pasienten skal attende til sin heimstad. Dette kjem tydelig fram i rapporten ”skrøpelige eldre” og rapporten om Nordhordlansprosjektet.

Kompetanse er avgjerande for god samhandling. Både på legesida og sjukepleiarsida i kommunane har mange lang erfaring og vidareutdanningar og mange har også erfaring frå arbeid i spesialisthelsetenesta. Ingen av dei 3 kommunane eller Helseføretaket har ein overordna kompetanseplan, med oversyn over kva kompetanse ein har, vurdert opp mot framtidig trong for kompetanse. Det bør utviklast strategiske kompetanseplanar i samarbeid mellom kommunar, føretak og HSH.

Delprosjekt gruppa kjem med framlegg til at betring av pasientstraum og samhandlingsformer må byggje på gjensidige og forpliktande avtaler mellom kommunane og helseføretaket. Det er i dag avtaler som ligg til grunn for samarbeid som må utviklast vidare i samsvar med til ei kvar tid gjeldande lovverk.

2.4 Kompetanse og delte stillingar

En del av mandatet for dette prosjektet nemner såkalla delte stillingar som en del av samarbeidet om korttid / observasjonssenger. Dette er stillingar der en del av stillingen drives og finansierast av kommunane og den andre delen av stillingen drives og finansierast av sjukehuset eller spesialisthelsetenesta. Døme på dette finnes i Kristiansand der sjukepleiarar kan arbeide 50 % i henholdsvis kommunen og sjukehuset (Tidsskriftet Sykepleien 2011). Erfaringar som blir trekt fram frå det er at kommunehelsetenesta og sjukehus representerer

ulike kulturar og ulike funksjoner. Sjukehusa er preget av en kultur med et sterkt fokus på undersøking, diagnostikk og behandling og det er mange innleggingar og det er stor turn – over av pasientar der gjennomsnitts liggetid er noen ganske få dagar. Kommunehelsetenesta, og spesielt sjukepleiarar i kommunane, arbeider i hovudsak i sjukeheim og heimesjukepleie der verksemda er mykje meir preget av kronisk og langvarig sjukdom med fokus på pleie, omsorg, trivsel og velvære der turn – over av pasientar er mykje mindre.

I sjukehusa finnes både leger og sjukepleiarar som og har større og mindre erfaring frå arbeid i kommunane og i kommunane finst leger og sjukepleiarar som har større og mindre erfaring frå arbeid i sjukehus. Når det gjelder sjukepleiarar i kommunane vil det være slik at en del sjukepleiarar har spesialkompetanse innanfor enkeltområde i tillegg til sin generelle erfaring, mens andre har lang erfaring frå til dømes heimesjukepleie eller sjukeheim. På legesida vil ordninga med praksiskonsulentar vere eit døme på allmennlegar som har ein liten stilling i spesialisthelsetenesta.

I samband med samhandlingsreforma er det sett fokus mot meir avansert behandling utanfor sjukehus slik at en unngår innleggingar i sjukehus. For det første drives det ein del behandling, for eksempel intravenøs behandling av ulike slag både i pasientars heim og på sjukeheim, men grunnen til at det ikkje skjer meir skyldes heller systemårsaker enn manglande kompetanse hos personellet sjølv om dette varierer frå kommune til kommune.

Fagleg god kompetanse er avgjerande. I innleiinga til vegleiar for kommunal kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstenesta står det at ein god kompetanseplan for helse- og omsorgstenesta vil bidra til å heve kvaliteten på dei tenestene vi skal gi brukarane. Den vil vere eit verktøy for rekruttering og stabilisering av personell i kommunale helse- og omsorgstenester. Den vil også gi politisk- og administrativ leiing i kommunen ein god oversikt over utfordringane.

2.4.1 Diskusjon kompetanse og delte stillinger

Det ser ut som det nå er eit ynskje med ein klar systemendring i retning av at kommunane i større grad skal prioritera aktiv medisinsk behandling både for å unngå innlegging i sjukehus og gjennomføra tidligare utskriving for etterbehandling. Det kan vere aktuelt i ein overgangsperiode å diskutera om enkelte stillingar bør vere kombinerte stillingar der enkelte

arbeider både i kommunen og i sjukehuset. Ein føresetnad for det er at det etablerast einingar som fungerer som ein intermediæravdeling/helsehus/lokalmedisinsk senter der personellet som i dag er i kommunen får ein annan funksjon enn det dei har i kommunen i dag. For sjukepleiarane kan det diskuterast kor funksjonelt det vil vere å ha delte stillingar over tid i og med at den tilsette skal forholde seg til 2 eller fleire ulike avdelingar og vil ha 2 arbeidsgjevarar, sjølv om det avhenger en del av stillingsstorleiken. Dei same betenkelighetar kan tenkast for leger sjølv om ein sjukehuslege med en viss prosentandel i en intermediæravdeling kan tenkast å fungera greitt, til dømes ein dag i veka. I og med at det er kommunane som her skal overta sjukehusfunksjonar må ein rekne med at det er tilsette i kommunen dette vil være mest aktuelt for. Ein del taler derfor for at delte stillingar er noko ein kan vere open for i forhold til tilsette som ut frå sine ynskjer og erfaring i ein overgangsperiode vil ha nytte av å vere i ein delt stilling.

Fleire fastlegar som har legevakt seier at det er avgjerande for dei kva kompetanse både medisinskfagleg, pleiefagleg og utstyr som kan gi avklaringar på problemstillingar for at dei i det heile skal nytte eit slikt tilbod. Fleire angir at det bør vere tilgang til t.d. røntgenundersøking. Det bør og vere mogleg å ta utvida blodprøver, og kompetansen til dei som skal observera og behandla er avgjerande for bruk av tilbodet. Utstyr som til monitorering og meir ”avansert” behandling enn det i dag er ute i kommunane. Prosjektgruppa vil samstundes påpeike at det ikkje er utført nokon metodisk undersøking gjennom t.d. spørjeundersøking blant fastlegane i dei 3 kommunane, og at det er meiningsytring gitt av nokre av dei.

Dei utfordringane som kommunehelsetenesta står overfor i framtida både i form av omfang og nye oppgåver vil kunne kartleggjas gjennom arbeidet med en kompetanseplan, noe som vil bidra til at kommunane er betre førebudd til å møte framtida sine kompetansebehov. Prosjektgruppa vil rå til at kommunane og føretaket utarbeidar overordna kompetanseplanar, med kartlegging av kompetanse som i dag finnes i kommunane og trong for kompetanse for utfordringar i framtida.

2.5. Intermediærsenger

Forsterka sjukeheimsfunksjon – bør være på alle sjukeheimane for å hindre at ein internt mellom sjukeheimane må flytte pasientane når dei treng litt meir avansert behandling, observasjon eller lindrande oppfølging.

Det er viktig at kompetanse i kommunehelsetenesta i lag med fysisk tilrettelegging kan ivareta ulike behov. Målet med framlegg til nytt lovverk er at kommunar og helseføretak utviklar gode samarbeidsformer. Kompetanse opparbeidast gjennom det formelle utdanningssystem og evne utviklast vidare i arbeidslivet. Helsetenesta må sikrast eit tilstrekkelig antall kompetent helsepersonell i alle deler av tenestene. Tilsynsmeldinga frå statens helsetilsyn 2010 peikar på at fleire kommunar manglar kompetanseplanar, og intern opplæring var mange stader tilfeldig og mangelfull. For kommunane handlar det om å byggja opp kompetanse som gjer at pleiepersonell har faglig tryggleik, utfører kunnskapsbasert pasientbehandling, og at vi får eit helsetilbod med tilstrekkelig nærhet til der folk bur. Eit tett samarbeid mellom lege og godt kvalifisert pleiepersonell gjer at pasientane betre kan få rett helsehjelp på rett stad til rett tid.

Prosjektgruppa har drøfta felles interkommunal sjukeheimslegevakt. Det er da tatt utgangspunkt i at legetenesta på sjukeheim vert ivaretatt av legar som får god kompetanse innan sjukeheimsmedisin. Forverring av tilstand hjå ein sjukeheimspasient kan ivaretakast på sjukeheimen på ein betre måte med eit slikt system. Sjukeheimslege i vakt vil såleis avlaste ordinær legevakt, kvaliteten på vurderingane står i forhold til faglege kvalifikasjonar og kompetanse på sjukeheimsmedisin. Kompetansen til pleiepersonell er og ein viktig faktor.

I Nasjonal Helseplan (rapporten fremtidens helseteneste) - trygghet for alle, er desentraliserte spesialisthelsetenester nemnd som ein hensiktsmessig måte å organisere spesialisthelsetenesta på. Dette kjem ikkje, slik prosjektgruppa ser det, i konflikt med slike løysingar i dei ulike kommunar. Omorganiseringa av institusjonslegetenesta vil gi eit godt grunnlag for å nytta ambulerande spesialisthelsetenester på ein effektiv måte.

2.5.1 Diskusjon intermediærsenger

Sengekapasiteten i eit slikt interkommunalt tilbod må ein sjå i forhold til innbyggjartal, alderssamansetjing i befolkninga og kva funksjonar som er tiltenkt. Løysingar valt av andre kan gi ein peikepinn på kor mange plassar ein bør etablere. T.d. har Nord Gudbrandsdalen DMS har 5 senger på ca. 20 000 innbyggjarar og Fosen DMS har 3 observasjonsplassar med liggedøgn inntil 1 døgn på ca. 26 000 innbyggjarar.

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har nå fleire års erfaring med drift av intermediærplassar ved Søbstad sjukeheim. Evaluering av tiltaket gjennom ein randomisert studie syner god effekt av tiltaket på sentrale faktorar som reinnlegging i sjukehus, dødelighet, trong for helse- og omsorgstenester.

Referanser

Fosen distriktsmedisinske senter IKS – ”betre tjenester gjennom samarbeid – rett pasient på rett sted til rett tid”, 02.12.2010

Helse og omsorgsdepartementet - Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) – Fremtidens helseteneste: Trygghet for alle

Helse og omsorgsdepartementet - Prop. 91 L (2010–2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Høringsnotatet for Helse 2020 strategiplan fra Helse Vest datert 21.03.2011

Møller, Geir og Flermoen, Solveig – Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaringer frå Midt-Telemark, TF – rapport nr. 266 - 2010

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Rapport nr. 3-2009 ”.. er hjelpa nærmast!” Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt (kortversjon).

Nord-Gudbrandsdal DSM – presentasjon 17.04.2010

Nordhordlands-prosjektet - Videreutvikling av samhandling mellom Haraldsplass Diakonale Sykehus(HDS) og Nordhordlandskommunene, 2009

Pasientforløp for eldre skrøpelige pasientar – Eit pilotprosjekt om samhandling mellom Haugesund kommune, Haugesund sjukehus og HSH, 2010

PROSJEKTPLAN – Tidleg vurdering av tiltak i helsetenesta – ”TVTH prosjektet i Sunnhordland”. Tidleg vurdering av tiltak og overføring til best effektive omsorgsnivå (BEON) i akutt behandling og ved trong for rehabilitering hjå folk med samansette behov.

St. melding nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Tidsskriftet Sykepleien, 2011. *En stilling i to kulturer*. Sykepleien, 4.

Tilsynsmelding 2010, Statens helsetilsyn

Veileder for kommunal kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene – Fylkesmannen i Troms, 2010