

# Prosjekt

# Samhandlingsreformen

# i Follo

## Rapport delprosjekt 5 Støttetjenester

Dato: 14. september 2012

**follo**rådet



## Innhold

1	Bakgrunn for delprosjektet.....	3
2	Mandat.....	3
3	Omfang og begrensninger .....	4
4	Utredning.....	4
4.1	Støttetjenester i lokalmedisinsk senter .....	4
5	Utstyr .....	5
6	Kommentar til utstyr til diagnostikk og behandling .....	9
7	Kommentar til tverrfaglige grupper.....	10
8	Mobile støttetjenester fra Ahus i LMS.....	11
8.1	Mobile støttetjenester fra LMS til den enkelte kommune .....	11
8.2	Ansvar for støttetjenester .....	12
8.3	Samarbeid med Prosjekt Mobil Medisinsk service .....	12
8.4	Samarbeid med prosjektet Mobil røntgen .....	12
8.5	Organisering og finansiering av mobile støttetjenester .....	12
	Kilder .....	13

## 1 Bakgrunn for delprosjektet

Samhandlingsreformen ble satt i gang 1.1.2012 og gir mange nye oppgaver til kommunen. Prosjektet samhandlingsreformen i Follo ble startet høsten 2009. Dette var for å jobbe med forslag til hvordan Follo-kommunene skal møte utfordringene samhandlingsreformen introduserer. Representanter fra Ahus deltar også i prosjektet.

Reformens mål er bedre samhandling mellom kommune og sykehus for en bedre helhet for pasientene. Flere helse- og omsorgsoppgaver skal ivaretas i kommunene. Innsatsen for å forebygge og begrense sykdom skal øke. Høsten 2011 ble det vedtatt å utrede etablering av lokalmedisinsk senter i Follo for å løse kompetansekrevene helse- og omsorgsoppgaver.

Dette vil si oppgaver den enkelte kommune vil ha nytte av å løse sammen med andre kommuner, da særlig knyttet til kompetanse, rekruttering og robusthet. Etablering av lokal medisinsk senter må sees uavhengig av fysisk lokalisering i regionen for de funksjoner som inngår i tiltaket.

## 2 Mandat

Utrede behov for beslutningsstøtte for helsepersonell i lokalmedisinsk senter (LMS). Dette er ment i forhold til lokal utførbar diagnostikk og behandling.

Dette vil redusere undersøkelsesbelastningen hos sårbare pasienter fordi pasienten slipper transport til Ahus. Det skal også utredes behov for beslutningsstøtte for helsepersonell i kommunene, og om mobile støttetjenester skal utgå fra lokalmedisinsk senter.

Disse har deltatt i arbeidsgruppen:

Robert Montsma	Sykehjemslege 1, Ski kommune	Delprosjektleder (Ski kommune)
Charlotta Lindqvist	Leder sykehjem, Enebakk kommune	Medlem (Enebakk kommune)
Helena Wanczyckj	Leder Ullerud sykehjem, Drøbak	Medlem (Frogn kommune)
Torstein Hagen Michelet	Fastlege, Ski kommune	Medlem (Ski kommune)
Bente Bøhler	Leder hjemmetjenesten, Nesodden kommune	Medlem (Nesodden kommune)
Stine Janitz	Fagsykepleier, Oppegård kommune	Medlem (Oppegård kommune)
Bente Authen	Sykepleier, Vestby kommune	Medlem (Vestby kommune)
Edel Hall	Tillitsvalgt fagforbundet, Nesodden kommune	Medlem (Nesodden kommune)
Bente H. Gerner	Samhandlingsenheten, Ahus	Medlem (Ahus)

Resultatmål:

1. Utrede å anbefale hvilke støttetjenester det er behov for å ha i lokalmedisinsk senter (LMS).
2. Utrede å anbefale hvilke mobile støttetjenester fra Ahus det er behov for å ha i LMS.
3. Utrede og anbefale hvilke mobile støttetjenester fra LMS det er behov for å ha i den enkelte kommune.
4. Juridisk gjennomgang av hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunenes ansvar for de ulike støttetjenestene.
5. Samarbeid med Prosjektet Mobile Medisinsk Service.
6. Samarbeid med prosjektet Mobil Røntgen (Ahus, kommuner på øvre og nedre Romerike).
7. Organisering og finansiering av mobile støttetjenester.

### 3 Omfang og begrensninger

Delprosjektet skal ikke vurdere innholdet i et lokalmedisinsk senter. Det vil si hvilke type pasienter som skal legges inn og hvilke personalressurser som skal settes inn. Blant annet hvilken legedekning og om dette skal spesialister til stede. Vet heller ikke hva slags tverrfaglige grupper som blir representert.

Dette er ivaretatt i delprosjekt 3.

Grunnet disse begrensningene blir det vanskeligere å vurdere behovet for støttetjenester da dette er meget avhengig av disse forholdene.

Begrepet støttetjenester er ikke definert i vårt mandat. Har valgt å dele inn i medisinsk teknisk utstyr for diagnostikk/behandling og de tverrfaglige faggruppene vi mener er viktige. Alt dette er viktig som beslutningsstøtte for helsepersonell ved et LMS.

IKT løsninger er ikke vurdert.

Det forutsettes at Ahus opprettholder drift av de tjenestene de har per i dag.

## 4 Utredning

### 4.1 Støttetjenester i lokalmedisinsk senter

Dette opplevde arbeidsgruppen til å være svært avhengig av hvilke pasientgrupper som er i målgruppen for et LMS. Målgruppens definisjon ble utarbeidet i et annet delprosjekt (3).

Delprosjekt 3 har også utarbeidet kriterier for innleggelse i LMS.

Forslag er at LMS er for personer med:

- somatiske tilstander som er kjent
- forverring med en på forhånd kjent og avtalt behandling

- allmenntilstand som ikke tilsier behov for sykehusinnleggelse

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud er en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Den nasjonale føringen er at kommunene må planlegge åpningstider for innleggelse i egen institusjon på døgnbasis alle dager i året, med gradvis etablering fra 2012 og virkning fra 1.1.2016.

I tillegg til tidligere beskrevet pasientgruppe er det en annen gruppe pasienter som skulle kunne tas imot. Dette er pasienter som trenger observasjon med en uavklart diagnose. Situasjonen er her mer liknende pasientgruppe som vanligvis skulle legges inn på legevakts obs post med denne forskjellen at man har observasjonsmuligheter opp mot 72 timer i stedet av 24 timer (som legevakt har per dags dato). Problemet er at dette er en mer diffus gruppe og det bør avklares tidlig om en slik pasient egentlig ikke skulle vurderes videre på sykehus. Faren er her også, at man blir observert for lenge og innlagt på sykehus for sent. Denne pasientgruppen er mer krevende og skal det gjøres en god faglig jobb er det flere støttetjenester som trengs.

Rapporten 'helsetjenester til syke eldre' (2011) har et par gode kommentarer. Der sies det at som hovedregel bør bruk av LMS, som et alternativ til innleggelse i sykehus, bare være aktuelt dersom man har en pasient med avklart diagnose uten akutt funksjonssvikt og uten uttalt komorbiditet. Et slikt veldefinert sykdomsbilde sees hyppig hos 'yngre eldre', sjeldnere hos de eldste eldre (>80 år).

LMS 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.

Prosjektrapporten fra KAD (Kommunal akutte døgnopphold) fra Oslo kommune, publisert juni 2012 har beskrevet noen andre forhold. Der problematiseres inntakskriteriene foreslått fra Helsedirektoratet, da selv om problemstilling er kjent og utredet kan en forverring skyldes nye forhold. Det er også slik at mange pasienter med kjent problemstilling bør til spesialisthelsetjenesten ved behov for å få riktig pleie og behandling. *Dermed vil diagnose i seg selv ikke være styrende for om pasienten kan ligge på en LMS. Kompetanse, bemanningsnivå og terapeutiske muligheter vil være styrende for hvilke pasienter som kan ligge på en LMS.*

## 5 Utstyr

I første omgang måtte vi i delprosjektet vurdere etableringen av et LMS uavhengig av fysisk lokalisering. Lokalisering har store konsekvenser for hvilke mobile støttetjenester man tenker å være nødvendig.

For eksempel: hvis man har allerede et stasjonært røntgenapparat i nærheten av hvor LMS skal plasseres, trenger man ikke et mobilt røntgenapparat for å utføre røntgenundersøkelse.

For en nærmere avklaring av hvilke støttetjenester skal være mobile og hvilke skulle være stasjonære er det først og fremst viktig til å få avklart hvor LMS skal lokaliseres. Dette er i denne orienteringsfasen ikke avklart. Delprosjekt 3 jobber likevel med to forskjellige scenarios:

1. LMS skal lokaliseres i nærheten av Ski sykehus (eller en del av Ski sykehus skal ombygges til et LMS).
2. LMS skal tilknyttes til et sykehjem som ligger sentralt for de forskjellige kommuner

Det er forsøkt i tabellen under å splitte de forskjellige tjenestene opp i forholdt til disse to alternativene.

Type tjeneste	Innhold/Årsak	Lokalisering Ski sykehus	Lokalisering sykehjem i Follo
<b>Diagnostikk</b>			
Røntgenapparat	Røntgen ekstremiteter - utelukke brudd  Røntgen thorax – påvise pneumoni, pleuravæske og hjertesvikt  (Røntgen oversikt abdomen)	Bruke eksisterende apparat	Mobilt
24 timer laboratorium tjeneste	Hb, hvite (med diff)  CRP  HbA1c, SR  Nyrefunksjon (Kreatinin, GFR) elektrolyter (Na, K, Ca)  Leverparametere (ASAT, ALAT, AF, gGT, bili, albumine)  blodgass analyse urinstix,  INR  Blodsukker  D-dimer  BNP	Bruke eksisterende lab	Mobilt (bioingeniør på dagtid, sykepleier på natt)
EKG / Telemetri	Med mulighet for direkte tolkning av spesialist	Permanent	Permanent
Ultralyd	Ekko Doppler – nødvendig	Bruke ultralyd	Mobilt

	med radiolog (utelukke DVT)  Ultralyd abdomen (radiolog nødvendig)  Ultralyd hjerte (kardiolog nødvendig)	på Ski sykehus	
Pulsoksymeter	Spesielt ved KOLS pasienter og terminale pasienter	Permanent	Permanent
Termometer	Øre og rektalt	Permanent	Permanent
Spirometriapparat	Bare PEF måler  (for å følge opp behandlingen, ikke for å stille diagnosen)	Permanent	Permanent
Vekt	Ernæringstatus  Væskebalanse	Permanent	Permanent
Høydemåler	Ernæringstatus	Permanent	Permanent
Smertepumpe	Ved terminale og palliative pasienter som ikke kan lindres på andre måter	Mobilt (Låne ved palliativ enhet)	Mobilt (Låne ved palliativ enhet)
BT apparat	Elektronisk og manuelt	Permanent	Permanent
Dyrkningsmedium til mikrobiologiske prøver	Urindyrkning  Sår bakt	Permanent	Permanent
Utstyr til Cytostatika behandling			
Dialyseutstyr	Spesialist nødvendig		
Gynekologisk undersøkelsesbenk	Undersøke enkle gynekologiske problemer	Permanent	Permanent
Blærescanner	Utelukke urinretensjon, forhindre engangskaterisering	Permanent	Permanent

<b>Behandling</b>			
O2	Nesebrille, maske Kolber	Permanent	Permanent
Forstøverapparat		Permanent	Permanent
Akuttmedisinsk medisiner	Adrenalin Glukagon Antihistaminer Prednisolon etc	Permanent	Permanent
Akuttmedisinsk utstyr	Hjertestarter	Permanent	Permanent
Enklere kirurgisk utstyr	Sutureringssett Incisjon av abscess (Steriliseringsutstyr)	Permanent	Permanent
Kateterutstyr	Permanent kateter Engangskaterisering	Permanent	Permanent
Utstyr til intravenøs behandling	AB behandling Intravenøs væske		
Sonderernæring	Nasogastrisk sonde PEG utstyr	Permanent	Permanent
<b>Tverrfaglige grupper</b>			
Fysioterapi	Mobilisering Lungefysioterapi Falltendensvurdering	X % stilling	X % stilling
Ergoterapeut	Hjelpemidler Kognitiv vurdering Tilpassing i hjemmet	Bruke innsatsteam	Bruke innsatsteam



Psykolog/Sosionom	Støttesamtaler i forhold til angst og utrygghet, ensomhet  Hjelpeverge	Bruke ressurser i kommunen.	Bruke ressurser i kommunen. Ambulant alderspsykiatrisk team
Logoped	Svelgevurdering  Språkvurdering	Bruke ressurser i kommunen.	Bruke ressurser i kommunen.
Klinisk ernæringsfysiolog	Råd ved underernæring  Råd ved sondeernæring	Bruke ressurser fra sykehus. (Ansette i kommunen?)	Bruke ressurser fra sykehus. (Ansette i kommunen?)
Lege	Generell medisinsk diagnostikk og behandling	X % stilling	X % stilling
Sykepleier/Hjelpepleier	Generell medisinsk pleie, observasjon og behandling	X % stilling	X % stilling
Spesialister	Radiolog for ultralyd  Kardiolog for ekko av hjerte	Bruke ressurser sykehus ved å sende pasient inn. Mulig å lage avtale om tilsyn.	Bruke ressurser sykehus ved å sende pasient inn. Mulig å lage avtale om tilsyn.

## 6 Kommentar til utstyr til diagnostikk og behandling

Hvis LMS tilknyttes til et sykehjem kreves det at støttetjenester er mer mobile (eks. laboratorium og røntgentjeneste).

Det avgjørende kommer til å være ventetid på slike mobile tjenester. Det forventes at det vil være i behov for en 24 timers ordning i forhold til laboratorietjenester og daglig røntgentjeneste. Ved mistanke om brudd bør pasienten ikke vente flere timer på et røntgenbilde.

Mobile tjeneste bør da være lett og rask tilgjengelig ellers bør allikevel pasienten sendes til sykehus. Utnyttelse av eksisterende velfungerende lab og røntgentjeneste tilknyttet til Ski sykehus er derfor mer aktuelt.

Likevel kan en velfungerende mobil tjeneste (eks. lab og røntgen) være både nyttig for pasienter som skal legges inn på en LMS og pasienter som bor på et sykehjem (inkludert mottaks/korttidsavdelingen) og de som bor hjemme.

Med tanke på dagens utvikling rundt mobile støttetjenester, som virker lovende, kan man tenke utvikling av ambulante fagenheter som opererer inter- og intrakommunalt. Her tenker arbeidsgruppen i første omgang på ambulerende fagsykepleier, innsatsteam, palliativt team, alderspsykiatrisk team etc (se videre under Prosjekt Mobil Medisinsk Service). Et interkommunalt LMS kan i så fall også fungere som kompetansesenter for den kommunen hvor de forskjellige støttetjenester opererer.

Når det gjelder mer spesialisert behandling som cytostatikabehandling ved et LMS er det en forutsetning at man har riktig og tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig. Dette gjelder først og fremst fagsykepleier i tett samarbeid med spesialist. Gruppen er sterkt i tvil om dette bør være på et lokalt medisinsk senter.

Arbeidsgruppe har også diskutert rundt dialyse utstyr på LMS. Arbeidsgruppen mener at denne pasientgruppen krever spesialistisk oppfølging. Det er likevel utviklinger rundt hjemmedialyse. To sykehus i Oslo-området prøver ut en ny hjemmedialysering med en ny mobil dialysemaskin, som så langt virker lovende. Dette kan spesielt være fint for dialysepasienter som bor langt unna sykehus og vil dermed spare reisetid. Det er for tidlig å konkludere effekten på lang sikt for pasienten.

Arbeidsgruppen mener fortsatt at dialyse pasienter er i behov for spesialistisk oppfølging og mulighet for hjemmedialyse skal fortsatt kreve spesialistisk oppfølging av fagsykepleier/spesialist.

Arbeidsgruppens forslag om medisinsk utstyr i forbindelse med diagnostikk og behandling er blant annet basert på rapporten Helsetjenester til syke eldre (november 2010). Erfaringer fra mottaksavdelingen på Langhus (hvor man mottar pasienten ETTER sykehusinnleggelse) underskriver behov for slik utstyr. Særlig når man skal ta imot pasienten før og i stedet for sykehusinnleggelse er det nødvendig å kunne utføre en god diagnostikk og vurdere effekten av behandling.

## **7 Kommentar til tverrfaglige grupper**

I forbindelse med en riktig beslutningsprosess rundt pasienten og tidlig iverksetting av en behandlingsplan vurderer arbeidsgruppen at man trenger støtte av et tverrfaglig team. Spesielt viktig i denne sammenheng er fysioterapeut og ergoterapeut.

Tidlig rehabilitering er meget viktig.

I visse tilfeller vil vurdering av ernæringsfysiolog, logoped (vurdering språk + svelgefunksjon), psykolog og sosionom være viktig. Det er mange multimorbide pasienter med sammensatte problemstillinger. For eksempel en pasient med KOLS + underernæring + angstproblematikk + ensomhet. En slik pasient kan godt komme for en vurdering/behandling på et LMS.

En stor del av slike problemstillinger bør ikke behandles på sykehus men bør ivaretas i kommunen. Et tverrfaglig behandlingstilbud i kommunen kan hjelpe å forebygge flere innleggelser på sykehus.

Arbeidsgruppen tenker at man bør kunne iverksette tverrfaglige tiltak i kommunen. Dette vil ideelt sett bety at man har en samarbeidsavtale med disse faggruppene. Det betyr ikke at de automatisk bør være tilstede på LMS. Man kan godt bruke disse ressurser ved behov. Man forventer at problematikken ofte gjelder funksjonssvikt hvor pasienten trenger vurdering av mobilitet, balanse og anbefalinger i forhold til hjelpemidler. Da kan vi anbefale at man i alle fall har en fysioterapeut tilstede på dagtid. Hvis man

ikke får raske vurderinger og rask mobilisering kan pasientens funksjonsnivå forverre seg raskt og rehabiliteringsperioden vil bli lengre.

Det er en viktig forutsetning for at pasienten skal få best mulig behandling, at man har optimal konfereringsmulighet med spesialisthelsetjenesten. Her tenker vi muligheter for rask informasjonsutveksling (IT og videoteknologi). Her er delprosjekt 2 involvert. Et røntgenbilde som skal tas på LMS bør vurderes av en radiolog uansett. Jo raskere man har dette jo bedre for pasienten slik at man får raskere avklaring om pasienten skal legges inn på sykehus eller ikke. På LMS vil en ha behov for en radio-laborant for å ta disse bildene. Begrensningen med mobile tjenester vil være at man trenger lengre ventetid på undersøkelse og vurdering. Likevel forventer man at man skal spare tid og penger ved bruk av både mobile og stasjonære røntgentjeneste på et LMS og at man kan forebygge unødvendige presentasjoner på akutt mottak på sykehus. Dessuten skal sykehjemspasienter (som ikke skal sendes til LMS) ha en stor fordel av videre optimalisering av mobile røntgentjeneste.

## **8 Mobile støttetjenester fra Ahus i LMS**

Her tenker man først og fremst støtte av mobil røntgen. Det er allerede god erfaring med mobile røntgentjeneste i øvre Romerike. Man har i tillegg et røntgenapparat i utvikling som er letter til å håndtere. Mobile røntgentjeneste kunne være en kostnads effektiv løsning slik at man unngår her henvisninger til sykehus for ofte skrøpelige gamle pasienter.

Dette gir også en mye mindre belastning for pasienten. Det har ikke vært mulig å finne ut hvor mange som har fått tjenester fra mobil røntgen fordi tallmaterialet ennå ikke er klart.

Hvis LMS skal være lokalisert ved eksisterende velfungerende røntgentjeneste kan vi tenke oss at en mobil røntgenservice ikke har noe å bidra med i forhold til å være en kostnadsbesparing. Det vil heller ikke være mindre belastende for pasienten.

Det er vanskelig å si hvordan intensitet av røntgenbehovet skal ligge for en full operasjonell (dvs maksimal antall innleggelse/uke) LMS.

Ved mobile støttetjenester fra A-hus tenker vi også ambulerende sykepleier-team, alderspsykiatrisk- og palliativt team som kan brukes i LMS til å gjennomføre tiltak og være hjelpelig med å utføre spesialiserte handlinger og å være rådgivende.

Ambulerende palliativt team særlig når det gjelder pasienten som skal legges inn i forbindelse med (pre)terminale tilstander med justering av medisiner.

Bioingeniør for å ta blodprøver. Sannsynligvis nødvendig til å kunne tas flere ganger om dagen (til å avlaste sykepleierne).

### **8.1 Mobile støttetjenester fra LMS til den enkelte kommune**

Her har arbeidsgruppe i delprosjektet ikke konkrete forslag i første omgang da mye er uavklart rundt LMS funksjon i kommunen.

I forhold til de tverrfaglige gruppene kan sannsynligvis mye ressurser brukes fra kommunen. Her må det tas stilling til hva som er mest hensiktsmessig. En ergoterapeut fra hver kommune eller dele på kostnadene i forhold til en ansatt ved LMS.

## **8.2 Ansvar for støttetjenester**

Et resultatmål var juridisk gjennomgang av hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunenes ansvar for de ulike støttetjenester. I samråd med leder i prosjektet skal arbeidsgruppen ikke utrede dette punkt grunnet mangel på kompetanse i forhold til juridiske spørsmål.

## **8.3 Samarbeid med Prosjekt Mobil Medisinsk service**

Prosjektet Mobil Medisinsk Service er et kartleggingsprosjekt som vil se på hvilke helsetjenester det er størst behov for å gjøre mobile, og som i tillegg vil gi kostnadseffektive tjenester.

Ahus er prosjekteier og Kjeller Innovasjon koordinerer og administrerer prosjektet for utarbeide sluttrapport. Lørenskog kommune er en sentral prosjektdeltager som sikrer forankring og relevans for norske kommuner. Prosjektet ble igangsatt i januar 2012 og vil levere sin sluttrapport ved årsskifte.

Målgrupper for mobile tjenestene som skal gis er primært kommunale institusjoner (demente sykehjemspasienter) og sekundært innsatte i fengsel. Sykehjemspasienter generelt, og demente spesielt, er særlig sårbare i forhold til flytting. Å redusere antall sykehusinnleggelse eller andre eksterne undersøkelser der det er mulig er derfor fordelaktig for denne pasientgruppen.

Mobile tjenester bidrar til dette ved å tilby spesialisthelsetjenester på sykehjemmene; kompetanse og utstyr som tradisjonelt befinner seg på sykehuset tilgjengeliggjøres i større grad der pasientene bor.

Dermed blir det lettere å avklare hvorvidt det er behov for sykehusinnleggelse, og pasientene kan skånes for unødvendig transport og innleggelse. Erfaringene fra eksempelvis Mobilt Røntgen (samarbeid mellom åtte Romerikskommuner, Kjeller Innovasjon, Samarbeidsutvalget for Nedre Romerike og Ahus), som kjører til sykehjem og fengsler for å diagnostisere via et mobilt røntgenapparat, viser svært gode resultater. Kommunene bruker det flittig og har dermed forhindret mange sykehusinnleggelse eller sørget for rask og god behandling for pasienten.

Vi avventer rapporten fra denne gruppen og medlem av gruppen har vært en del av prosjektgruppen.

## **8.4 Samarbeid med prosjektet Mobil røntgen**

Prosjekt Mobil røntgen vil gjerne samarbeide med oss. Det er umulig å vite hvor stort dette samarbeidet kan og bør bli før en vet mer om strukturen rundt et LMS.

Anbefaler at når dette er bedre definert at kontakten gjenopprettes.

## **8.5 Organisering og finansiering av mobile støttetjenester**

I samråd med leder i prosjektet skal arbeidsgruppen ikke utrede dette punkt grunnet mangel på kompetanse i forhold til økonomiske spørsmål.

## Kilder

Helsetjenester til syke eldre (2011), rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010

[http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne\\_rapporter/110124Rapport\\_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf](http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf)

Kommunal akutte døgnopphold KAD, Prosjektrapport fase 1, 8.6.2012 Oslo kommune