

Prosjekt  
Samhandlingsreformen  
i Follo  
Rapport delprosjekt 3  
Behandlingstilbud  
Dato: 26. september 2012

**follo**rådet



## Innhold

1	Sammendrag.....	3
2	Bakgrunn for delprosjektet.....	3
2.1	Mandat.....	4
2.2	Lokalmedisinsk senter.....	5
3	Omfang og begrensninger .....	10
4	Milepæler i prosjektet .....	10
4.1	Målgrupper for innleggelse i Lokalmedisinsk senter .....	10
4.2	Hvem kan henvise til Lokalmedisinsk senter? .....	13
4.3	Ambulante tjenester fra lokalmedisinsk senter og hvilke spesialisthelsetjenester det er ønskelig å få lokalisert i lokalmedisinsk senter .....	14
4.4	Anbefale forholdet mellom legevakt og lokalmedisinsk senter .....	14
4.5	Anbefale kapasitets- og kompetansebehov .....	15
4.6	Anbefale bygningsmessige og utstyrmessige behov.....	16
4.7	Anbefale finansieringsbehov og driftskostnader.....	17
4.8	Forutsetninger/premisser for å lykkes - hva må kommunehelsetjenesten ha på plass for at det øvrige hjelpeapparatet skal kunne fungere etter intensjonen? .....	17
4.9	Brukerdeltakelse .....	19
5	Vurdering og diskusjon .....	19
	Kilder .....	22

# 1 Sammendrag

Denne rapporten søker å gi en utredning basert på nasjonale føringer, faglig dokumentasjon, lokal helsefaglig kunnskap og erfaringer på helsetjenester utenfor sykehus. Mandatet er forsøkt besvart i egne kapitler i henhold til milepælene. I hvert kapittel gis en vurdering og forslag til tiltak.

Prosjektgruppen er i mandatet bedt om å komme med forslag til et lokalmedisinsk senter (LMS) i Follo. Vi anbefaler interkommunalt samarbeid om lokalmedisinsk senter med tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold.

Når det gjelder tjenester før og i stedet for sykehus, kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, anbefales det å etablere 16 senger for Follo-kommunene. Tilbudet skal ha observasjonsfunksjon for pasienter med avklart eller uavklart problemstilling, behandle sykdom innenfor et 72-timers perspektiv, og oppstart og justering av medisinsk behandling.

Tilbudet bør ha tilgang til lege 24/7 og ca. 8 pasienter per legeårsverk, stasjonær røntgen og lab, og nærhet til/samløkalisert med legevakt og spesialisthelsetjenester.

*Konsekvenser av disse forutsetningene* er at lokalmedisinsk senter lokaliseres i tilknytning til legevakt og Ski sykehus, og/eller at det bygges et nytt bygg der disse forutsetningene er oppfylt.

Med hensyn til tjenester etter sykehusopphold vil det for enkelte pasienter som kommer fra sykehus ville kunne være aktuelt med opphold på lokalmedisinsk senter. Disse vil ha behov for mye av den samme kompetansen som pasienter i øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Behandlingstilbud etter sykehus vil kunne redusere behovet for reinnleggelser. Andre tjenester som også er relevante er rehabilitering og palliasjon. Gruppen har for øvrig ikke gått videre inn på hvilke pasientkategorier som er aktuelle for behandling etter sykehus. 24 senger utnytter stordriftsfordeler maksimalt.

## 2 Bakgrunn for delprosjektet

Prosjektet samhandlingsreformen i Follo ble nedsatt høsten 2009 for å jobbe med forslag til hvordan Follo-kommunene skal møte utfordringene samhandlingsreformen introduserer. Akershus universitetssykehus HF (Ahus) deltar også i prosjektet. Reformens mål er bedre samhandling mellom kommune og sykehus for helhet for pasientene. Med flere helse- og omsorgsoppgaver som, skal ivaretas i kommunene må innsatsen for å forebygge og begrense sykdom øke. Målet er å gi bedre mestring og livskvalitet for innbyggerne, og dempe presset på helse- og omsorgstjenestene.

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 lokalmedisinsk senter må ses uavhengig av fysisk lokalisering i regionen for de funksjoner som inngår i tiltaket.

Delprosjektet er knyttet opp mot følgende strategier og handlingsplaner:

- Delrapport per 14.10.11 og prosjektplan per 23.11.11 Samhandlingsreformen i Follo.
- Rapport fra delprosjekt Akutte innleggelser i kommunene, datert 19.09.11

- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St. 16 (2010-2011)).

## 2.1 Mandat

Styringsgruppen består av alle rådmenn i Follo-kommunene. Prosjektgruppen ledes av Ingvild Belck-Olsen og består for øvrig av kommunalsjefer eller tilsvarende fra kommunene i Follo, representanter fra KS, Ahus, bruker og ansatte.

Arbeidsgruppen som har arbeidet med denne rapporten består av:

Aina Geitz	Virksomhetsleder helsetjenesten	Delprosjektleder (Oppegård kommune)
Wenche Risnes	Saksbehandler, bestillerkontoret	Medlem (Ås kommune)
Per Kristian Larsen	Leder Nesoddtunet bo- og servicesenter	Medlem (Nesodden kommune)
Kristian Kamben	Sykehjemslege	Medlem (Enebakk kommune)
Hanne Marthinussen	Virksomhetsleder, hjemmetjenesten	Medlem (Vestby kommune)
Liv Høgås Steen	Fagleder hjemmetjenesten	Medlem (Ski kommune)
Turid Krane	Tillitsvalgt NSF	Medlem (Ski kommune)
Roar Johansen	Fastlege og spesialist onkologi	Medlem (Frogn kommune)
Ole Kristen Karlsud	Med. Faglig leder overlege	Medlem (Follo legevakt)
Jan Emil Kristoffersen	Overlege samhandlingsenheten	Medlem (AHUS)
Sverre Bergenholdt	Norges Handicapforbund	Ressursperson (brukerrepresentant)

Denne rapporten er laget ut i fra mandatet i delprosjekt 3: Interkommunalt behandlingstilbud. Før, i stedet for og etter sykehus. Mandatet gir følgende milepælsplan:

Milepæler	Frister
Anbefale målgrupper og inntakskriterier for behandling. Hhv.: <ul style="list-style-type: none"> <li>Observasjon</li> <li>Øyeblikkelig hjelp døgn</li> <li>Behandling etter sykehus</li> </ul>	Mai 2012

Anbefale hvilke ambulante tjenester det er ønskelig å etablere fra lokalmedisinsk senter og hvilke spesialisthelsetjenester det er ønskelig å få lokalisert i lokalmedisinsk senter.	Mai 2012
Anbefale forholdet mellom legevakt og lokalmedisinsk senter (særlig mht observasjon og øyeblikkelig hjelp døgn.	Mai 2012
Anbefale kapasitets- og kompetansebehov	Juni 2012
Anbefale bygningsmessige og utstyrmessige behov	Juni 2012
Anbefale finansieringsbehov og driftskostnader	September 2012
Sluttrapport med utredning og anbefalinger	15.september 2012

## 2.2 Lokalmedisinsk senter

Helsedirektoratet legger til grunn følgende kriterier for å vurdere om det er hensiktsmessig å legge en funksjon som del av eller samlokalisert med et lokalmedisinsk senter:

- Det sikres tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av geografi og den enkelte kommunes størrelse og robusthet til oppgaveløsning
- Det etableres tverrfaglige miljø som bedre sikrer gode pasientforløp
- Det etableres robuste fagmiljø som kan trekke til seg kompetent personell, utgjøre en kompetansebase som kan gi veiledning til det øvrige tjenesteapparatet
- Funksjoner som samlokaliseres vil kunne gi synergieffekter
- Det sikres en tjenesteproduksjon og utnyttelse av helsesektorens ressurser basert på beste effektive omsorgsnivå

Helsedirektoratet anbefaler at det bør vurderes om legevakt utenom fastlegenes ordinære kontortid bør sees i sammenheng med lokalmedisinsk senter.

Nærhet for legevakt til spesialisthelsetjenester som røntgen og laboratorium vil være en nøkkelfaktor, - og at et antall observasjonssenger med mulighet for å legge pasienter inn i sykehjem vil kunne forebygge innleggelser i sykehus.

Fra 2011 ble Ski sykehus virksomhetsoverdratt fra Oslo Universitetssykehus HF til AHUS HF. Behandlinger som utføres på Ski sykehus framkommer under ventetider på Fritt Sykehusvalg [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no).

Tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fases inn fram til 2016. Tilbudet fullfinansieres. Hovedkriteriet for å utløse tilskuddet er at kommunene har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket, som inneholder forpliktende og konkrete planer om å etablere tilbudet i det året det søkes midler til. Fra 2016 skal tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er beregnet til å utgjøre 240 000 liggedøgn på landsbasis og det er beregnet hva dette vil utgjøre i totale kostnader basert på en fastsatt døgnpris på 4330 kroner. Follo-kommunene har derfor følgende fordeling av midler, liggedøgn per kommune og dermed plasser:

Kommune	Ø-hjelp kr	Liggedøgn per kommune	Plasser per år
Enebakk	1 900 000	439	1,20
Frogn	3 148 000	727	1,99
Nesodden	3 491 000	806	2,21
Oppegård	5 295 000	1 223	3,35
Ski	5 720 000	1 321	3,62
Vestby	2 875 000	664	1,82
Ås	3 321 000	767	2,10
<b>Sum</b>	<b>25 750 000</b>	<b>5 947</b>	<b>16,29</b>

Kommunene i Follo ivaretar dagens plikt til øyeblikkelig hjelp gjennom fastlegenes plikt til å ta imot listepasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid, og interkommunalt legevaktssamarbeid<sup>1</sup> fra kl. 18 til kl. 07.

Pasienter som har behov for døgnopphold for øyeblikkelig hjelp legges oftest inn på Ahus.

## 2.2.1 Andre erfaringer med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Prosjektgruppen mener det ikke uten videre er relevant å se for mye på modeller som har vært i flere år andre steder i landet. Finansieringen og det forpliktende samarbeidet fra helseforetakets side er svært forskjellig fra dagens situasjon. Helseforetakene anser at de allerede har bidratt via inndratte budsjettmidler som gjennom nytt lovverk tilføres kommunene fra senest 01.01.16.

Det er mange kommuner som allerede er i gang med å prøve ut ulike modeller for et lokalmedisinsk senter. Prosjektgruppen har hatt særlig stor nytte av å se på rapporten fra Oslo kommune samt Mossregionens rapport.

Oslo kommune har et prosjekt for å etablere kommunale akutte døgnopphold. I rapport datert 8.6.2012 er det beskrevet innhold, omfang og organisering av tiltaket. Målgruppe for tiltaket anbefales å være et

---

<sup>1</sup> Alle Follo-kommunene deltar i Follo legevakt, med unntak av Vestby kommune som har legevaktssamarbeid med Mossregionen, og Enebakk kommune som har legevaktssamarbeid for innbyggerne på Flateby (om lag 3 000 innbyggere) med Nedre Romerike legevakt.

bredt spekter av pasienter som trenger behandling av allmennt medisinsk kompetanse på nivå mellom fastlege og sykehus. Kompetansenivå, bemanningsnivå og terapeutiske muligheter vil være styrende for hvilke pasienter som legges inn. Det anbefales tilgang til lege 24/7, og tilgang til røntgen og lab.

Konsekvenser av disse forutsetningene er at enhetene enten må lokaliseres i tilknytning til legevakt eller sykehus. Det anbefales å etablere to enheter for øyeblikkelig hjelp i første omgang, hhv. ved legevakten på Aker (oppstart jan/febr 2013 med inntil 32 senger), og i eller ved lokalsykehus. Etter hvert vil ny storbylegevakt på Ullevål være en tredje enhet.

Moss er vertskommune for samarbeid om Mossregionens lokalmedisinske senter og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Tilbudet etableres i nåværende Peer Gynt sykehjem – kompetansesenter for rehabilitering og lindrende omsorg. Det bygges en gjennomgang inn til legevakt og videre tilgang til Sykehuset Østfold Moss. Gjennomføringsprosjektet var planlagt å starte opp inneværende år, men har ikke fått midler fra Helse direktoratet. De står imidlertid først for å få midler i 2013. Planlagt full drift på sju senger fra januar 2013. Det er anbefalt tilføring av 1,2 legeårsverk for daglig legedekning for disse pasientene. Dagens vaktordning i legevakten er tilstrekkelig til også å ha øyeblikkelig hjelp-ansvar for disse sju sengene. Det vises til at god legedekning hele året vil føre til minimalt behov for bruk av legevaktens tjenester. Mht diagnostisk utstyr anbefales en minimumsløsning.

## 2.2.2 Bakgrunnstall og statistikk

Befolkningsgrunnlaget for lokalmedisinsk senter i Follo er om lag 130 000 innbyggere.

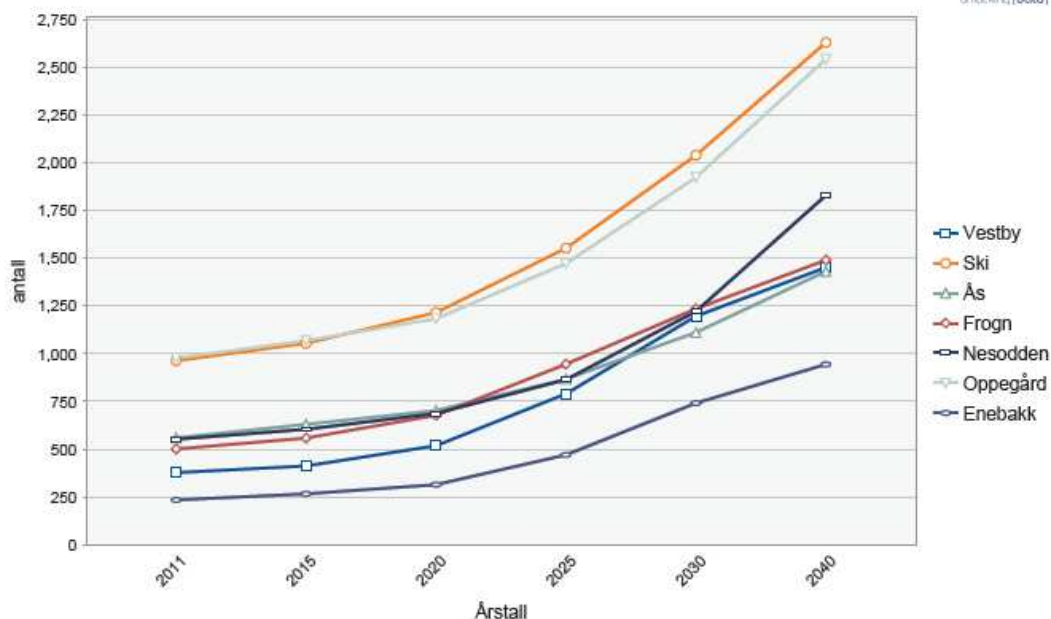
Legevaktssamarbeidet ved Follo legevakt består av kommunene Ski, Nesodden, Frogn, Ås, Enebakk (unntatt Flatebys innbyggere) og Oppegård, med befolkningsgrunnlag på om lag 112 000 innbyggere. Follo er en region som vil ha befolkningsvekt i årene framover.

Årstall	2011	2015	2020	2025	2030	2040
Geografi						
Vestby	14 708	15 850	17 275	18 552	19 607	20 976
Ski	28 587	30 146	32 101	33 975	35 532	37 609
Ås	16 733	18 653	21 244	23 847	26 191	29 830
Frogn	14 814	15 670	16 748	17 780	18 623	19 649
Nesodden	17 515	18 394	19 531	20 612	21 497	22 532
Oppegård	25 072	26 090	27 444	28 772	29 889	31 275
Enebakk	10 262	10 919	11 755	12 556	13 199	14 035

Alderssammensetningen i befolkningen er den viktigste faktoren som påvirker bruk av helse- og omsorgstjenester. Eldre bruker flere helsetjenester enn yngre. Personer over 80 år mottar oftest kommunale helse- og omsorgstjenester, og har vesentlig flere døgnopphold på sykehus enn resten av befolkningen.

Follo kjennetegnes av en ung befolkning. Andelen av befolkningen over 80 år per 1.1.2011 er 35 prosent lavere i Follo enn gjennomsnittet i landet, og 18 prosent lavere enn fylkesgjennomsnittet. Ytterpunktene er Oppegård med den eldste befolkningen, og Enebakk og Vestby med den yngste befolkningen. Fram mot 2020 vil andelen over 80 år i Follo endres fra 3,2 til 3,5 prosent av befolkningen.

## Framskrevet befolkning - kjønn samlet, 80+, antall



Også sykdomsbilde påvirker bruk av helse- og omsorgstjenester. Det er kroniske, ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft folk flest dør av. Mange mottar medisinsk behandling i mange år før de dør, eller har langvarige helseplaner som følge av sykdommene. Blant de mest utbredte kroniske lidelsene og plagene finner vi psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, fedme, KOLS og type 2-diabetes (Folkehelseinstituttet 2010).

Når det gjelder helse og sykdom er det en overrepresentasjon av personer som blir behandlet i sykehus for hjerte- og karsykdommer i Vestby, Ski og Enebakk, men dødeligheten ligger likevel under landsgjennomsnittet og tilnærmet fylkesgjennomsnittet. Svært mange KOLS-tilfeller behandlet i sykehus for Enebakk, og svært mange legemiddelbrukere i Vestby av type 2-diabetesmedisin.

Veilederen *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold* anbefaler å kartlegge praksis knyttet til innleggelser i sykehus, erfaringer og eventuell statistikk på hvilke pasienter som legges inn i helseforetaket og hvem av disse som kan få et øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunen. Kommunene må vite hvordan tilbudet skal dimensjoneres, og Ahus må vite hvordan tilbudet skal bygges ned. Det gjøres en slik kartlegging på Ahus uke 38 og 39, 2012.

Data fra rapporten Samhandlingsstatistikk 2010 fra Helsedirektoratet (2012) viser at 53 % av kronene i kommunal medfinansiering (KMF) gjelder akutte innleggelser for døgntilbud, 15 % gjelder planlagte døgntilbud og 29 % gjelder poliklinisk behandling. 3 % gjelder dagbehandling.

For pasienter 80 år og eldre, er 77 % av kronene i KMF for disse pasientene knyttet til akutte døgntilbud, 8 % til planlagte døgntilbud, 12 % til polikliniske konsultasjoner og 3 % til dagbehandling.

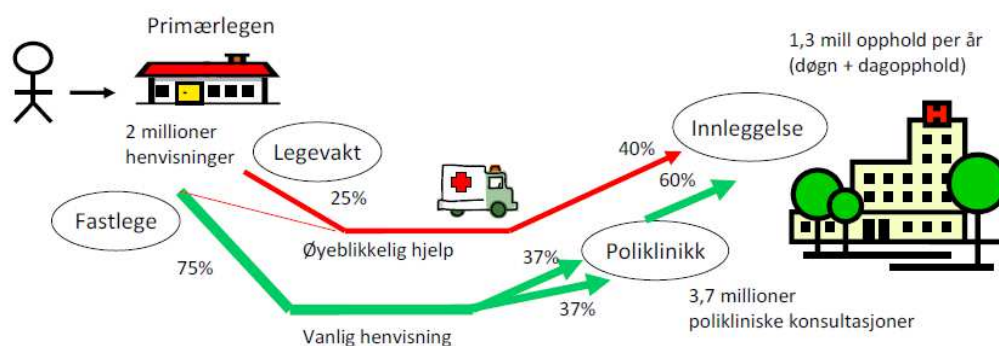
De største diagnosegruppene med hensyn til kommunal medfinansiering er sykdommer i åndedretsorganer (14 %) og sirkulasjonsorganer (10 %). For de eldste pasientene er tallene hhv. 20 og 16 %. Dernest kommer sykdommer i nervesystemet (10 %).



Det er altså innenfor akutte innleggelser for døgntilbud, og da særlig knyttet til sykdommer i lunger, hjerte og nervesystem at kommunene vil kunne forebygge innleggelser i sykehus. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop 91 L (2010-2011)) vises det til at i kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, faller innleggelsesraten i sykehus med 20-30% (Prop 91 L (2010-2011)).

Tallmateriale på Helsedirektoratet viser at de fleste (ca 90 %) både blir innlagt fra og tilbakeført til hjemmet etter sykehusoppholdet, og det er fastleger og legevaktsleger som i stor grad står for innleggelserne. Akutte innleggelser er det i stor grad ambulansetjenesten som står for.

## Hovedstrømmer ved innleggelser



(Anders Grimsmo)

**NTNU**  
Det skapende universitet

Man må påregne noen flere tidlige re-innleggelser, særlig for en stor gruppe multisyke eldre som ikke lengre er overleggere i sykehuset. Dette forventede fenomenet er underkommunisert fra sentralt hold.

Det er også grunn til å anta at tallene i stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, om 20-30% reduksjon i innleggelser i sykehus etter etablering av LMS-senger, er optimistisk. Det er viktig at kommunene har med seg "hele verktøykassen" når man planlegger tiltak for å redusere innleggelser, og at det innebærer at både pleie, omsorg og utrednings/behandlingskapasitet og læring/mestring og rehabilitering må gis oppmerksomhet. Det er ikke kunnskap om hvor mange innleggelser som i eksisterende LMS i Norge erstatter sykehusinnleggelser, eller som i realiteten erstatter observasjon i hjemmet, som i dag foregår i ikke liten, men svakt kartlagt utstrekning. Det er grunn til å anta at innleggelse av disse pasientene i lokalmedisinsk senter vil heve pasientsikkerheten. Det er også grunn til å anta at det vil forebygge senere sykehusinnleggelser som ville ha oppstått etter ytterligere forverring på et senere tidspunkt.

### 3 Omfang og begrensninger

Delprosjektet skal ikke vurdere interkommunal samarbeidsmodell for samarbeidet, økonomisk fordeling mellom kommunene, IKT-løsninger, sekundærforebyggende tiltak, lærings- og mestringstiltak, (mobile) støttetjenester som røntgen og lab, da dette ivaretas i andre delprosjekter.

Rus og psykisk helse holdes utenfor hva delprosjektet utreder. Det vises til forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, der det står at plikten til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i første omgang gjelder somatikk.

Det forutsettes at Ahus ikke bygger ned tilsvarende tjenester før kommunene har bygget opp øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og eventuelt kapasitetsjusterer for å dekke behovene etter hvert som bl.a folketallet i Follo stiger.

### 4 Milepæler i prosjektet

#### 4.1 Målgrupper for innleggelse i Lokalmedisinsk senter

Et sentralt krav i veileder fra Helsedirektoratet er at pasientene skal få et like godt tilbud i et lokalmedisinsk senter som de ville få ved innleggelse i sykehus.

Hovedgrupper av pasienter for det kommunale tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå. Forut for innleggelse skal pasienten være tilstett av lege. Aktuelle pasientkategorier kan være pasienter med akutt forverring av en kjent tilstand på grunn av forhold som infeksjon, dehydrering eller ernæringssvikt, og hvor kjent utløsende årsak er avklart.

Tilbudet kan også gjelde for pasienter med behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i institusjon er nødvendig. Dette kan være fall uten brudd som trenger behandling, feber, eliminasjonsproblemer som vannlatingsbesvær, diaré eller obstipasjon.

Det kan også være mulig å etablere tilbud for observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander som mage- og brystmerter, eller andre tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig med innleggelse i sykehus. Tilstandene som observeres kan gi en akutt forverring som krever rask innleggelse og behandling. Dette forutsetter nærhet til sykehus eller legevakt og/eller tett samhandling med spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig kompetanse og medisinsk utstyr må vurderes i forhold til at dette er pasienter med uavklarte symptomer som kan representere alvorlig sykdom.

For å kunne ha sirkulasjon på ø-hjelp døgnplassene, er det viktig at plassene brukes til øyeblikkelig hjelp. Det anbefales at det settes maksimaltid før pasienten enten skrives ut eller overføres til annet tilbud. Det kan for eksempel være 72 timer.

De viktigste funksjonsområdene for et lokalmedisinsk senter innenfor øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil være:

#### Observasjonspostfunksjonen:

Overvåke og observere pasienter med avklart eller uavklart problemstilling for å vurdere videre behandling og/eller innleggelse i sykehus.

### Behandle sykdom:

Oppstart og gjennomføring av behandling av pasient innenfor et 72 timers perspektiv. Eksempler på dette kan være intravenøs antibiotikabehandling ved infeksjonssykdom og smertelindring ved kompresjonsfraktur som er radiologisk vurdert som stabil.

### Oppstart og justering av medisinsk behandling:

Pasienter som starter opp medisinsk behandling som krever tett oppfølging for riktig dosering og veiledning. For eksempel diabetespasienter, kreftpasienter som trenger smertejustering, eller KOLS-pasient som trenger rask behandling p.g.a. forverring.

I rapporten "helsetjenester for de sykeste eldre" har de gjort en inndeling som kan gjelde for alle typer pasienter. Prosjektgruppen anbefaler at denne inndelingen skal gjelde for øyeblikkelig hjelp døgntilbudet for Follo:

### *Pasienter med ukarakteristiske symptomer og usikker diagnose:*

- 1. Akutt forløp (< 1 uke).* Disse trenger rask diagnostisk avklaring for å identifisere og behandle utløsende årsak(er), og sykehusets diagnostiske ressurser og kompetanse er oftest nødvendige. Akutt og uavklart funksjonssvikt må oftest legges inn i sykehus.
- 2. Subakutt forløp (1 uke - 3 måneder).* Her kan innleggelse i sykehus i mange tilfeller unngås dersom pasienten får adekvat diagnostisk utredning, og behandlingstiltak igangsettes i pasientens hjem før hun blir så syk at innleggelse i sykehus blir unngåelig.
- 3. 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.

Dette vil bety at sykehjemspasienter under akutt forløp (1) skal på sykehus. Sykehjemspasienter med forløp 2. og 3, kan vurderes for opphold på LMS.

### *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 forutsettes at LMS har mulighet for å gjøre en objektiv vurdering av situasjonen ved bl.a. muligheter for måling av blodgass og røntgen thorax.

Det er mulig å tenke seg at etablering av plasser på et LMS vil kunne åpne for en ny gruppe pasienter som tidligere ville vært observert i hjemmet med hjelp av hjemmetjenester og fastlege og ikke innlagt i sykehus. Dette kan være pasienter som ikke er så dårlige at de skal på sykehus men som befinner seg i gråsoner mot sykehus/sykehjem etc. Når det nå opprettes lokalmedisinske sentre, kan det tenkes at disse pasientene kommer innunder kriteriene for opphold på et LMS og opptar en andel plasser ved LMS som i utgangspunktet ikke var tiltenkt denne gruppen. Dette trenger ikke være en utfordring dersom det hindrer en sykehusinnleggelse slik intensjonen med å bygge opp et LMS er.

### 4.1.1 Pasienter som ikke skal inn i et LMS

Prosjektgruppen anbefaler at man bruker de samme eksklusjonskriteriene som er laget i rapporten "helsetjenester for de sykeste eldre":

#### *a. Pasienter med klar diagnose og som kan behandles hjemme*

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, LMS og hjemmetjenester representerer et stort forbedringspotensial for denne gruppen.

### 4.1.2 Målgrupper for behandling etter sykehus

Prosjektgruppen kan se at det for enkelte pasienter som kommer fra sykehus vil kunne være aktuelt med et opphold på lokalmedisinsk senter.

Det er viktig og ikke sette likhetstegn mellom utskrivningsklare pasienter og ferdigbehandlede pasienter. Prosjektgruppen kan se at det i enkelte situasjonen kan være riktig å tilby plass til en utskrivningsklar pasient dersom pasienten i løpet av kort tid på et LMS blir ferdigbehandlet. Dette vil også kunne hindre en eventuell re-innleggelse til sykehus.

Utskrivningsklare pasienter fra sykehus vil ha behov for mye av den samme kompetansen som pasienter i øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Andre tjenester som også er relevante er rehabilitering og palliasjon. Grappa har for øvrig ikke gått videre inn på hvilke pasientkategorier som er aktuelle for behandling etter sykehus.

Felles for disse tjenestene er at de er kompetansekrevene. Det kan begrunnes bla med denne oversikten fra Forum for sykehjemsmedisin, som i 2007 oppga følgende standard for legebemanning på sykehjem:

Langtidspasienter:	90 pasienter per legeårsverk	0,3 legetimer per uke
Demensavd:	60 pasienter per legeårsverk	0,5 legetimer per uke
Korttidsavdeling	20 pasienter per legeårsverk	1,5 legetimer per uke

Rehabiliteringsavd	10 pasienter per legeårsverk	3 legetimer per uke
Palliativ avdeling	6 pasienter per legeårsverk	5 legetimer per uke

Mottaksavdeling i Ski kommune for utskrivningsklare pasienter fra sykehus har en legedekning som tilsvarer rehabiliteringavdeling.

## **4.2 Hvem kan henvise til Lokalmedisinsk senter?**

Lege må ha tilsett pasienten før henvendelse til LMS. Det er medisinsk ansvarlig lege ved LMS som ut fra gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier avgjør om LMS er riktig behandlingssted. I praksis vil det i hovedsak være fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger som selekterer og henviser pasienter til et LMS. Sykehus og sykepleier i hjemmetjenesten er andre aktuelle aktører, men disse må ta kontakt med fastlege eller legevaktslege

En kan tenke seg at det i enkelte tilfeller kan være aktuelt at ambulansetjenesten tar kontakt med legevaktslegen som igjen kan kontakte lege i LMS for å avklare en pasient. Her kan det være uklare lovkrav, men prosjektgruppen mener det blir helt feil å utelukke ambulansetjenesten som innleggende instans, men at disse da må ta kontakt med legevakten som så eventuelt kan legge pasienten inn i LMS.

### **Seleksjon av pasienter**

For å sikre rett pasient på rett sted; i praksis at LMS ikke unødig må sende pasienter videre til sykehus etter kort tid, er det viktig at seleksjon av pasienten til LMS utføres etter fastsatte inklusjons og eksklusjonskriterier ut fra hvilket behandlingsnivå LMS har lagt seg på.

Fastlegen kjenner oftest pasienten best med tanke på kronisk sykdom og forverring av denne. Hjemmesykepleier vil ofte være best til å vurdere akutt oppstått pleiebehov for hjemmeboende. Det er viktig at fastlegen involveres tidlig ved forverring hos kronikere slik at disse kan få rett behandling på rett sted til rett tid, her vil et LMS kunne være rett alternativ hvis pasienten henvises til riktig tid.

Legevakt har oftest mer begrenset kunnskap om den aktuelle pasient og kortere observasjonstid av den aktuelle sykdom/tilstand, og trenger således enda fastere inklusjons og eksklusjonskriterier for å unngå feilhenvising av pasienter til LMS.

Ved usikkerhet etter initial vurdering bør bakvakt sykehus konfereres med tanke på hvilket behandlingsnivå pasienten trenger. Dette vil være mest aktuelt der man er usikker på om situasjonen er stabil eller usikker på behandlingens lengde. Hvis man er usikker på om pasienten er stabil, kan man på legevakt observere relevante parametre en kortere periode før videre henvisning. Ved uavklart diagnose, ustabil pasient eller eksklusjonsdiagnose skal pasienten uansett innlegges på sykehus.

Det blir viktig å ha fokus på kontinuerlig kvalitetssikring av LMS med gode retningslinjer for seleksjon og innleggelse. Dette vil bidra til å redusere risikoen for feilhenvisinger som kan føre til forsinket behandling i sykehus i startfasen.

### **4.3 Ambulante tjenester fra lokalmedisinsk senter og hvilke spesialisthelsetjenester det er ønskelig å få lokalisert i lokalmedisinsk senter**

Prosjektgruppen anbefaler ingen ambulante tjenester fra LMS men foreslår at LMS har en rådgivende og veiledende funksjon mot kommunale tjenester, da særlig øyeblikkelig hjelp.

Prosjektgruppen viser til at spesialisthelsetjenesten har jfr. spesialisthelsetjenestelovens § 6-3 *Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

*Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.*

For å skape et godt fagmiljø på lokalmedisinsk senter, er det ønskelig at spesialister på sykdommer innen de store grupper som er til observasjon og behandling er samløst med lokalmedisinsk senter.

Prosjektgruppen har følgende anbefalinger:

- Tilgang til spesialist. Prosjektgruppen mener det er viktig at LMS lege har god tilgang til lege i spesialisthelsetjenesten for konsultasjon og drøfting.
- Døgnkontinuerlig mulighet for konferanse med spesialisthelsetjenesten, evt. via videokonferanse
- Kompetanseheving av helsepersonell, gjerne med bruk av IKT-tjenester, i samarbeid med spesialisthelsetjeneste

### **4.4 Anbefale forholdet mellom legevakt og lokalmedisinsk senter**

Follo legevakt har i dag 110 000 innbyggere innenfor sitt ansvarsområde. Dette anses fra Follo legevakts side som en gunstig størrelse, og ikke egnet for å utvides med en døgnenhet. Legene på legevakten har allerede utfordringer med å dekke befolkningens behov for legevaktstjenester. De har dermed ikke kapasitet til å være tilkallingslege til LMS. I tillegg er det slik at legen(e) også må ta hjemmebesøk når de har legevakt. Når man planlegger en enhet med størrelse på 16 evt 24 senger og med tildels uavklarte problemstillinger ansees den eneste løsningen som er medisinsk forsvarlig at en lege er tilgjengelig hele tiden, ikke bare hvis vedkommende har tid i forhold til legevaktarbeidet.

Prosjektgruppen har derfor kommet frem til at legevakten og det lokalmedisinske senter (LMS) må være to organisatoriske/juridiske enheter. Begge må ha hver sin medisinsk faglig ansvarlige person slik at det aldri er tvil om hvem som har ansvaret.

Prosjektgruppen anbefaler at LMS og legevakt bør geografisk ligge i nærheten av hverandre fordi:

- For pasienten er det mest skånsomt og en fordel at legevakt og lokalmedisinsk senter er lokalisert i samme hus, siden mange pasienter vil bli innlagt fra legevakt.

- Det vil samtidig redusere presset på ambulansetjenesten, som har ansvar for transport av pasienter. Det samme vil gjelde mellom kommunale tjenestesteder og pasientens hjem.
- Trygghet for de ansatte i LMS at det er legevakt i umiddelbar nærhet
- Funksjonelt og økonomisk å ha felles utstyr/støttepersonell
- Styrker mulighetene for kriseberedskap som en forlenget arm for legevakten
- Legevakt og LMS utgjør sammen med fastlegene på dagtid et helhetlig øyeblikkelig hjelp tilbud.
- Interkommunalt samarbeid om legevakt, gjør det naturlig å ha interkommunalt samarbeid om LMS som en forlengelse av legevakt.

Legevakt og LMS bør ligge i forskjellige etasjer og være klart skilt fra hverandre slik at alle vet hvor de til enhver tid befinner seg.

#### **4.5 Anbefale kapasitets- og kompetansebehov**

Veilederen påpeker at et forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgntilbud blant annet krever at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det vil være nødvendig å styrke generalistkompetansen for alle faggrupper i behandling og oppfølging av aktuelle pasientgrupper som tilbudet skal favne. Det vil være krav til prosedyrekunnskap som for eks avansert hjerte-lungeredning og nødvendig bruk av medisinsk utstyr.

Ansatte leger på LMS bør fortrinnsvis være indremedisinere. Om dette ikke lar seg gjennomføre bør ansatte leger være spesialist i allmenmedisin med bred erfaring eller inneha tilsvarende realkompetanse.

Det anbefales at lokalmedisinsk senter har

- Sykepleier med bred erfaring og kompetanse
- Leder(e) for senteret (med.ansvarlig og personalansvarlig)
- Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med bred erfaring og kompetanse
- Lege med bred allmenmedisinsk erfaring og kompetanse, evt indremedisin, geriatri eller en framtidig spesialisering i sykehjemsmedisin
- Av hensyn til kompetanse er det ønskelig å ha avtalespesialister under samme tak
- Koordinator som arbeider aktivt ut mot kommunene

Det anbefales at legene på dagtid er fast ansatt på LMS, og at det er en legedekning på om lag 8 pasienter per lege. Når det gjelder kveldsvakter og helgevakter kan det åpnes for en mulighet for å tilby deltidsstillinger til tilsynsleger som ikke har fulle stillinger. Dette kan gi gode synergi-effekter.

Prosjektgruppen har diskutert om det også bør være ergoterapeut og fysioterapeut ansatt på LMS. Pasientene skal kun være meget kort tid på LMS. Prosjektgruppen anbefaler at den aktuelle kommunens ergoterapeut og fysioterapeut koples på i forhold til den enkelte pasient når denne kompetansen er nødvendig. Dette vil føre til at det for den enkelte pasient ikke vil bli unødvendig mange fagpersoner i bildet, og man slipper å forklare ting flere ganger. Omfanget av tilbudet vil også "lande" på det som er mulig i den enkelte kommunen og man slipper å måtte tette forventningsgap i mellomrommet mellom LMS og den enkelte kommune.

Siden det er meget sannsynlig at det vil være flere KOLS-pasienter på et LMS, ville fysioterapeutkompetansen vært nyttig å ha også i en akutt fase. Bakgrunnen for at man på tross av dette har valgt å ikke anbefale å ansette fysioterapeut på LMS er at man er redd for at det skal bli for lang avstand til fysioterapitilbudet ute i den enkelte kommunen og frykt for at fysioterapeut på LMS vil "bestille" tjenester på optimalt nivå i forhold til hva som er mulig i kommunen som har et ansvar for å fordele de svært begrensede fysioterapiressursene etter samlet behov og etter likhetsprinsipp.

#### **Hvor lenge kan pasienten få opphold?**

I veilederen Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold anbefales det å sette maksimaltid før pasienten skrives ut eller overføres til annet tilbud. Dette skal sikre sirkulasjon på ø-hjelp døgnplassene, og at plassene brukes til øyeblikkelig hjelp. Det nevnes for eksempelvis 72 timer.

Det anbefales en liggetid på inntil 5 dager på ø-hjelpssengene. Det er grunn til å tro at det for noen pasientgrupper tar noe lengre tid å komme seg. En fleksibilitet på to døgn i tillegg vil kunne spare sykehusinnleggelse.

#### **4.6 Anbefale bygningsmessige og utstyrmessige behov**

Prosjektgruppen foreslår:

- Fleksible rom med mulighet for 1-2 eller 4 senger (1 sengs rom kan brukes som isolat)
- At noen rom kan benyttes som akuttrom med tilgang til O<sub>2</sub>, monitorering, EKG etc.
- Mer enn ett undersøkelsesrom
- Skyllerom
- Legekontor
- Vaktrom
- Bad/toalett
- Spiserom
- Medisinrom
- Tekniske rom
- Oppholdsrom
- 1-2 pårørenderom

HMS – må være ivaretatt

Utstyr blir ivaretatt på delprosjekt 5.

Medisiner utstyrt i samsvar med sykehus.



## **4.7 Anbefale finansieringsbehov og driftskostnader**

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud fullfinansieres fra staten med 4330 kr per plass, inklusiv kapitalkostnader. For alle Follo-kommunene samlet utgjør dette 25 750 000 kr og 16,29 plasser.

85 % belegg på disse plassene ansees optimalt for å sikre at det til enhver tid er ledige plasser.

24 senger utnytter stordriftsfordeler maksimalt, det vil si en differanse på om lag 8 senger utover øyeblikkelig hjelp døgnenger. Plasser utover øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil ha en annen liggetid, for eksempel inntil 14 dager.

Det er lønnskostnadene som vil utgjøre den største forskjellen på om man velger å ha 4 eller 8 senger i tillegg til de 16 fullfinansierte plassene. Prosjektgruppen har ikke tatt stilling til hva som for Follo kommunen vil være det korrekte antall plasser i tillegg til øyeblikkelig hjelp-plassene.

Andre utgifter er:

Driftskostnader, mat, medisiner og medisinske forbruksvarer, IKT/utstyr, avtale om røntgen og lab.

Selv om et LMS, ut ifra modellen prosjektgruppen anbefaler, kun skulle hatt 16 senger og i prinsippet betydd 0 utgifter for kommunene, ser prosjektgruppen at det i utgangspunktet vil koste penger. Prosjektgruppens anbefaling innebærer behov for mye kompetanse på døgnbasis og dette er kostnadskrevene. På den annen side tror prosjektgruppen at dette i større grad vil kunne bidra til færre sykehusinnleggelses slik at kommunene på denne måten vil kunne spare penger i forhold til kommunal medfinansiering

Som tidligere nevnt er det i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop 91 L (2010-2011)) vist til at det i kommuner som har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud, faller innleggelsesraten i sykehus med 20-30 %. For Follo-kommunene vil dette kunne gi ca 10 mill for å "bufre" driften.

Dersom ekstraplassene (4 eller 8) kun skal tilbys pasienter med behov for kompetanse på nivå med sykehjemspasienter, kan disse plassene bemannes som på sykehjem (ca 2.000,- per døgn). 4 plasser vil som et eksempel gi en lønnskostnad på om lag 2,9 mill kr per år.

Andre utgifter vil være konstante uansett og ved å ansette lege på natt vil man få bedre utnyttelse av utstyr etc.

Prosjektgruppen kan dessverre ikke finberegne dette beløpet utover dette.

## **4.8 Forutsetninger/premisser for å lykkes - hva må kommunehelsetjenesten ha på plass for at det øvrige hjelpeapparatet skal kunne fungere etter intensjonen?**

### **Samarbeid med helse og omsorgstjenesten i kommunen**

Et interkommunalt samarbeid om å behandle flere pasienter i lokalmedisinsk senter istedenfor sykehus, vil stille økt krav til den kommunale helse og omsorgstjenesten. LMS eies av kommunene og det er

nødvendig at de ansvarlige for pasientbehandlingen i kommunen også er deltakende når pasienten er innlagt i lokalmedisinsk senter. Det er viktig at fastleger, hjemmetjeneste, rehabiliteringstjeneste og sykehjem etablerer et tett samarbeid med LMS.

### **Sykehjemsplasser og senger for akutt pleie**

Den enkelte kommune bør ha eget døgntilbud for akutt pleie. Pasienter med behov for akutt pleie skal i utgangspunktet ikke innlegges i LMS. Dersom det ikke er ledig kapasitet på akutt plasser i sykehjem eller tilsvarende har fastlegen ofte ikke annet valg enn å legge inn pasienter i sykehus når de mener det er uforsvarlig at de er hjemme. En stor del av de «unødvendige innleggelsene» i sykehus har sammenheng med mangel på lokale hastetilbud.

### **Sykehjemsleger**

Erfaringer viser at sykehjem med egen sykehjemslege i heltidsstillinger/ store stillinger bidrar til færre innleggelser på sykehus og mindre bruk av legevakt for sykehjemspasienter. Det vil være en forutsetning at Follo-kommunene har sykehjemsleger på alle sykehjem da sykehjemspasienter primært skal behandles på sykehjemmet. Daglig tilgang på lege er en forutsetning for tilfredsstillende medisinsk oppfølging i sykehjem. Unntaksvis kan sykehjemspasienter også innlegges i LMS. Det er da sykehjemslegen som konfererer direkte med LMS lege.

### **Styrket bemanning/ kompetanseheving blant pleiepersonalet på sykehjem**

For å kunne ivareta en god faglig medisinsk tjeneste ved sykehjem er det nødvendig at en betydelig andel av pleiestillingene på sykehjem bemannes av sykepleiere. Det er en forutsetning alle vakter, inkludert helger, kveld og natt er bemannet med sykepleiere. Økt ansvar og nye arbeidsoppgaver vil også kunne utløse behov for å øke bemanning på enkelte avdelinger/vakter.

### **Hjemmetjenesten**

Behandling av flere pasienter lokalt, kort liggetid i LMS og tett oppfølging/ samarbeid angående pasienter innlagt i LMS vil stille krav til økt kapasitet i hjemmetjenesten. Det vil antagelig bli behov for flere stillinger og økt kompetanse. Det ansees som nødvendig at det er sykepleier på alle vakter, også helger, kveld og natt. Pasienter som det er forsvarlig å behandle i hjemmet skal fortsatt behandles i hjemmet, ikke innlegges LMS. Tilstrekkelig tilgang på medisinsk og pleiefaglig kompetanse i kommunen er en forutsetning for å kunne opprettholde forsvarlig hjemmebehandling.

Flere av Follokommunene er i ferd med å etablere/ har etablert innsatsteam med fokus på rehabilitering i hjemmet. Pasienter som innlegges i LMS kan tenkes å ha økt behov for oppfølging i hjemmet både i forkant av og etter opphold i LMS. Det vil derfor være naturlig å tenke at innsatsteamene vil få ett tett samarbeid med LMS. Innsatsteamet bør også etablere rutiner for samarbeid med fastlegene.

## **Fastleger**

Mer omfattende samarbeid om syke eldre mellom fastleger og hjemmetjeneste. Slikt samarbeid bør innebære rutinemessige møter for informasjonsutveksling og planlegging av pasientoppfølging for å forebygge ytterligere funksjonssvikt. Videre bør samarbeidet innebære felles konsultasjoner eller hjemmebesøk, etter utskrivning fra sykehus, på kort varsel ved nyoppståtte symptomer og tidlige tegn på funksjonssvikt. Samarbeidet kan også omfatte tilbud om planlagte hjemmebesøk på klinisk indikasjon.

## **Rehabiliteringstjenesten**

Det er ikke tenkt opprettet fysio- og ergoterapistillinger i LMS. Kommunens ordinære fysioterapitjeneste følger opp pasienten også når pasienten er innlagt i LMS. På samme måte har kommunens ergoterapeuter ansvar for bestilling av hjelpemidler ved behov. Dette innebærer behov for å styrke ergo- og fysioterapitjenesten i kommunene.

## **4.9 Brukerdeltakelse**

Kronikere fra mange grupper vil komme til å benytte et LMS. Å forstå – mestre – kunne ta eget ansvar for egen livssituasjon/helse er særdeles viktig. Det må legges til rette for slik involvering, både på systemnivå og ikke minst på individnivå.

Det anbefales at det etableres brukerråd i LMS, oppnevnt med representanter fra kommunale brukerråd, råd for funksjonshemmede og eldreråd. Det anbefales å etablere et eget prosjekt i implementeringen av lokalmedisinsk senter som har til oppgave å sikre brukermidvirkningen på individnivå i LMS. Prosjektet kan for eksempel utvikles i samarbeid med Sunnaas sykehus HF.

## **5 Vurdering og diskusjon**

Lovverk og veileder åpner for at observasjon og behandling i lokalmedisinsk senter kan løses på ulike måter og ut fra lokale behov. Et slags minimum for å oppfylle plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud er å tilby observasjon og behandling til kronisk syke med forverring av sin tilstand, som på forhånd har en avtalt behandling som skal gis. Det er også mulig å observere og behandle pasienter som har behov for innleggelse, der tilstanden er avklart, som eliminasjonsbehov, smertelindring ved fall uten brudd, etc. Videre er det mulig å observere og utrede/behandle uavklarte pasienter. Sistnevnte krever høyest kompetanse, og nærhet til legevakt, støttetjenester og sykehus. Lokale forhold vil være avgjørende for hvilke behandlinger for hvilke diagnoser som i første omgang vil bli overført til kommunen.

Geografi og befolkningsgrunnlag i Follo tilsier at alle de tre nevnte kategoriene er mulig å ivareta. Den enkelte kommune vil kunne bygge opp observasjons- og behandlingstilbud for pasienter med kjent diagnose og på forhånd avtalt behandling. Sannsynligvis vil også de fleste kommunene kunne ta imot pasienter med avklarte tilstander som trenger innleggelse.

For å kunne observere og utrede pasienter med uavklarte tilstander, er dette kun mulig å gjøre forsvarlig og effektivt i interkommunalt samarbeid i lokalmedisinsk senter på grunn av at behovet for høy kompetanse på døgnbasis vil være for kostnadskreven for en enkelt kommune.

Fordel med å etablere tilbud om observasjon og behandling i den enkelte kommune framfor et interkommunalt samarbeid, er nærhet til innbyggernes hjem og lokalt behandlingstilbud. Etablering av slike plasser, sannsynligvis i tilknytning til sykehjem el., vil kunne ha positiv effekt på øvrig behandlingstilbud, gjennom styrket grunnbemanning og økt kompetanse.

En ulempe med å etablere observasjons- og behandlingstilbud i den enkelte kommune vil være at tilbudet vil være lite robust. Plassene vil i perioder kunne være belagt, og kommunen vil ikke kunne ta imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Disse vil dermed legges inn i sykehus, med den belastning det medfører for pasienten, samt i strid med samhandlingsreformens intensjon om å redusere presset på spesialisthelsetjenesten.

Et interkommunalt tilbud med mange (16) senger vil være mer robust enn 1-3 senger. Det bør til enhver tid være ledige senger dersom døgntilbudet skal ha en reell øyeblikkelig hjelp-funksjon.

Det vil være mulig å bygge opp øyeblikkelig hjelp døgntilbud med høyere kompetanse dersom dette gjøres interkommunalt. Lokalmedisinsk senter vil da kunne ta imot pasienter som er uavklarte på en forsvarlig måte. Erfaringer fra sykestuene i Finnmark viser at 64 prosent av pasientene ble utskrevet til hjemmet, 24 prosent ble henvist videre til sykehus. Disse tallene inkluderer pasienter som er utskrevet fra sykehus, så sammenliknet med et lokalmedisinsk senter i Follo, vil det være flere pasienter som henvises videre til sykehus. Likevel vil antall innleggelser på sykehus bli lavere med en observasjonspost for uavklarte pasienter, enn uten.

Interkommunalt samarbeid om lokalmedisinsk senter med øyeblikkelig hjelp døgntilbud lokalisert sammen med legevakt vil kunne utgjøre et helhetlig øyeblikkelig hjelp-tilbud til pasienter som trenger rask behandling. Det allerede eksisterende interkommunale samarbeidet om legevakt vil utvides til også å omhandle øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Til tross for to juridiske enheter, vil samlokalisering av disse til sammen utgjøre et styrket fagmiljø.

Samhandlingen med Ahus vil være avgjørende for å sikre et forsvarlig tilbud til pasientene, som enten har forverring av kronisk sykdom eller eventuelt haren uavklart tilstand. Det vil forenkles og effektiviseres samhandlingen med Ahus dersom det opprettes ett tilbud i Follo, framfor at sju kommuner oppretter eget øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Tilgang til akutt poliklinisk time vil være lettere å koordinere, og bør inngå i samarbeidsavtalen mellom kommunene og Ahus.

Prosjektgruppen har også diskutert veilederens modell som kun tar utgangspunkt i den pasientgruppen som ikke trenger tilsyn av lege hele døgnet. Prosjektgruppen har diskutert dette og sett på fordeler og ulemper og forsvarlighet ved de ulike modellene. Legetilgjengelighet, lokalisering, tilgang til støttetjenester og nærhet til legevakt er avgjørende for hvilke pasienter man kan tilby plass i et LMS. Prosjektgruppen fraråder en modell uten døgntilbud da en slik modell ville innebære at de fleste uavklarte pasienter ville måtte henvises til sykehus som tidligere. Kommunene ville dermed ikke kunne hindre uønskede innleggelser til sykehus og dermed ikke oppnå et viktig mål i samhandlingsreformen.

Også brukerrepresentanten er skeptisk til å satse på et LMS uten bl.a. lege hele døgnet og uten nærheten til spesialisthelsetjenesten og legevakten.

### **5.1.1 Andre anbefalinger**

Prosjektgruppen mener det bør utarbeides metoder for å måle hvilken effekt LMS har på sykehusinnleggelser fra Follo, gjerne i samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

## Kilder

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell. Helsedirektoratet

[http://www.nlsh.no/getfile.php/NLSH\\_bilde%20og%20filarkiv/Samhandling/Bilder/veiledningsmateriell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf](http://www.nlsh.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Samhandling/Bilder/veiledningsmateriell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf)

Samarbeidsavtale mellom kommunene og Sykehuset Østfold om øyeblikkelig hjelp

<http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/samarbeidsavtalen.aspx>

Lokalmedisinsk senter i Mossregionen – LMS, Trinn 1 Legevakt og senger for observasjon/akutt pleie

<http://www.moss.kommune.no/filnedlasting.aspx?Filld=9953&ct=.pdf>

Nyhetsbrev nr. 4 - 2012 Gjennomføringsprosjekt i Moss

<http://www.moss.kommune.no/filnedlasting.aspx?Filld=10050&ct=.pdf>

Samhandlingsstatistikk 2010, Helsedirektoratet, Rapport IS-1958

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2010/Sider/default.aspx>

(Folkehelseinstituttet 2010) <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201105/03/art-2011-12-05-01.html>

Kostnadsberegning ø-hjelp døgnopphold i kommunene

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Documents/rapport-kostnadsberegninger-o-hjelp.pdf>

Veien frem til helhetlige pasientforløp

<http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/5-faglige-utdypninger/5.1-prosjektet-samhandlingskjede-for-pasienter-med-kronisk-sykdom/samhandling/helhetlig->

[pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf](#)

Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Forum for sykehjemsmedisin, 2007 Standard for legedekning i sykehjem

<http://www.mamut.net/forumsykehjemsmedisin/newsdet17.htm>