



# Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder

**Faggruppenotater**

**September 2015**

1	Innledning .....	3
2	Mandat .....	5
3	Generell indremedisin, dialyse og geriatri .....	6
3.1	Dagens pasientstrømmer/tilbud: .....	6
3.2	Endringsforslag .....	6
3.3	Andre forhold .....	8
4	Psykatri og TSB inkl alderspsykiatri .....	9
4.1	Endringsforslag .....	10
4.2	PHBU .....	12
4.3	Alderspsykiatri .....	19
4.4	Sikkerhetspsykiatri .....	22
4.5	Tidlig psykosebehandling (TPB) .....	26
4.6	TSB .....	29
4.7	Innspill innen PHV og TSB fra Oslo kommune .....	35
5	Onkologi (medikamentell kreftbehandling og palliasjon) .....	41
5.1	Dagens pasientforløp/tilbud: .....	41
5.2	Endringsforslag .....	42
5.3	Kvantifisering av aktivitet og endringer .....	44
6	Elektiv ortopedi og eldre med brudd .....	48
6.1	Dagens pasientstrømmer/tilbud .....	48
6.2	Overordnede temaer som er diskutert og lagt til grunn .....	48
6.3	Endringsforslag .....	48
6.4	Andre forhold .....	51
7	Urologi (eksklusive cancerkirurgi), benign gastrokirurgi og fedmekirurgi .....	52
7.1	Mandat .....	52
7.2	Medlemmer i arbeidsgruppen .....	52
7.3	Arbeidsform .....	52
7.4	Tallgrunnlag .....	53
7.5	Beskrivelse av fagområdene .....	53
7.6	Tallgrunnlag .....	54
7.7	Generelle vurderinger .....	55
7.9	Endringsforslag .....	56
8	Nevrologi inkl slagbehandling .....	58
8.1	Dagens aktivitet og pasienttilbud: .....	58
8.2	Endringsforslag .....	61
9	Rehabilitering .....	63
9.1	Dagens pasientstrømmer/tilbud: .....	64
9.2	Endringsforslag .....	64
9.3	Andre forhold .....	65

# 1 Innledning

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at befolkningen i regionen får nødvendige spesialisthelsetjenester. Dette gjøres gjennom en systematisk og aktiv oppfølging av tjenesten, samt planlegging av tiltak som må iverksettes for å sikre at tjenestetilbudet kan ivaretas også i et langsiktig perspektiv. Som et ledd i dette arbeidet ba Helse Sør-Øst RHF SINTEF Teknologi og samfunn om å utarbeide en analyse av regionens aktivitets- og kapasitetsbehov frem mot 2030. Dette analysegrunnlaget er lagt til grunn for videre arbeid med å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet i Oslo og Akershus sykehusområder.

Høsten 2014 ble det opprettet et prosjekt med representasjon fra Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus samt Oslo kommune for å vurdere hvordan behovet for spesialisthelsetjenester best kan løses både på kort (-2018), mellomlang (-2025) og lang (-2030) sikt i sykehusområdene Oslo og Akershus. Våren 2015 ble det gjennomført en reorganisering av prosjektet med økt involvering, tydeligere prosjektorganisering og prosjektmetodikk samt større ressursinnsats i arbeidet.

Målet for prosjektet er at befolkningen i Oslo og Akershus sykehusområder er sikret en fornuftig og forutsigbar organisering av spesialisthelsetjenestene i områdene på kort, mellomlang og lang sikt. Dette innebærer tilstrekkelig kapasitet og et godt og likeverdig behandlingstilbud. Resultatmålet for prosjektet er å levere forslag til arbeids- og oppgavedeling i hovedstadsområdet. Det er utarbeidet eget prosjektdirektiv. Mandatet for arbeidet er å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene ved å se på følgende fire muligheter:

1. Vurdere nåværende opptaksområder i sykehusområdene Oslo og Akershus, herunder
  - a. vurdere om opptaksområdet for Akershus universitetssykehus HF skal reduseres.
  - b. vurdere om lokalsykehusansvar for bydeler skal flyttes til Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.
2. Som alternativ til punkt 1 vurdere om en i større grad enn i dag skal styre pasientstrømmer eller behandlingsområder ved endret oppgavedeling.
3. Vurdere en kombinasjon av punkt 1 og 2.
4. Ved alternativer som avlaster Akershus universitetssykehus HF ved redusert opptaksområde, må det vurderes hva som skal gjøres med tilhørende områdefunksjoner som i dag ivaretas av Akershus universitetssykehus HF.

Arbeidet vil omfatte både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB). Fokuset vil innledningsvis rettes mot sengekapasitet, men vil etter hvert også inkludere kapasiteten for dagbehandling og poliklinikk samt støttefunksjoner.

For å vurdere muligheter for endring av pasientstrømmer og oppgavedeling mellom helseforetakene/sykehusene, samt optimalisering av drift ved helseforetakene/sykehusene (jf. punkt 2 ovenfor) vedtok prosjektets styringsgruppe å nedsette syv faggrupper. Faggruppene skal arbeide konkret med muligheter innenfor sine respektive fagområder. Syv faggrupper ble etablert innen områdene:

- Generell indremedisin, dialyse og geriatri
- Psykiatri og TSB, inkludert alderspsykiatri
- Onkologi (medikamentell kreftbehandling og palliasjon)
- Elektiv ortopedi og eldre med brudd
- Urologi (eksklusive cancerkirurgi), benign gastrokirurgi og fedmekirurgi

- Nevrologi inkludert slagbehandling
- Rehabilitering

Faggruppene representerer store pasientgrupper som vil kunne bidra til å avlaste universitetssykehusene og øke egendeckningsgrad for de private ideelle sykehusene. De aktuelle sykehusene og Oslo kommune valgte selv representanter til de syv faggruppene. Prosjektgruppen vedtok mandat og ledere for faggruppene 9.juni, og 12.juni 2015 det ble arrangert ett oppstartsmøte for alle deltagere med informasjon om prosjektet. Prosjektgruppen konkretiserte oppgaver faggruppene skulle løse. Mandat og oppgaver er gjengitt under. Det ble videre definert at faggruppene skulle levere hvert sitt notat til prosjektet med sine innspill innen 20. september. Faggruppene og deres leder har selv organisert arbeidet slik de har ment det hensiktsmessig. Hver faggruppe fikk en støtteressurs fra Deloitte, som de ulike faggruppene har benyttet i ulik grad. Prosjektet utarbeidet et utkast til notatmal, men faggruppene har selv valgt om de vil benytte denne malen. Faggruppens notater er samlet i dette dokumentet. De er ikke bearbeidet eller endret.

Innspillene fra faggruppene blir videre gjennomgått i prosjektgruppen og styringsgruppen, og vil være et grunnlag for det videre arbeid med løsningsalternativer på kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder.

## 2 Mandat

Faggruppens mandat:

- Faggruppens mandat er å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Faggruppens forslag skal samlet sett bidra til bedre utnyttelse av alle sykehus i sykehusområdet.
- Faggruppene skal:
  - Kortfattet beskrive dagens pasientstrøm og oppgavedeling innenfor sitt fagområde
  - Utarbeide forslag til endringer i hovedstrømmer av pasienter mellom de fire sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder innenfor sitt fagområde og vurdere mulige samlinger av områder. Et delmål i dette prosjektet skal også være å øke egendeckningen for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Gruppene bes også om å komme med forslag til endringer som medfører en økning av egendeckningsgraden ved disse sykehusene
  - Forslagene skal ha som utgangspunkt best mulig utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner.
  - Endringene skal, så langt det er mulig, beskrives på kort sikt (2018), mellomlang sikt (2020-2025) og lang sikt (2030)
  - Forslagene skal kvantifiseres i antall opphold/liggedager per år så langt dette er mulig og med utgangspunkt i dagens aktivitetstall
  - Oppsummere faglige konsekvenser av de foreslåtte endringer i pasientstrømmen/pasientforløpene innenfor sitt fagområde
  - Spesielt for gruppe 1:
    - Hvilke fagområder og tilhørende omsorgsnivåer bør inngå i de indremedisinske lokalsykehusfunksjonene på alle helseforetak og sykehus i Oslo og Akershus sykehusområder?
  - Spesielt for gruppe 2,4 og 6;
    - Arbeidet i gruppene skal bygge på tidligere arbeid om henholdsvis alderspsykiatri, eldre med brudd og slagbehandling.

### 3 Generell indremedisin, dialyse og geriatri

#### Medlemmer:

Representant:	Fagområde	HF/SH/kommune
Lisbeth Sommervoll (gruppeleder)	Indremedisin	Ahus
Bente Thorsen	Sykehjemsetaten	Oslo Kommune
Bjørn Sletvold	KAD	Oslo Kommune
Morten Mowe	Indremedisin	OUS
Aud-Eldrid Stenehjelm	Nyremedisin	OUS
Marc Ahmed	Geriatrici	OUS
Arild Hagesveen	Indremedisin	Diakonhjemmets sykehus
Gudmund Nordby	Indremedisin	Lovisenberg Diakonale sykehus
Magne Flatlandsmo	Støtteressurs	Deloitte

#### Møter avholdt:

- 12. juni 2015 (felles oppstartsmøte)
- 21. august
- 28. august
- 11. september

#### 3.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud:

Figur 1: Skjematisk oversikt over dagens fordeling av opptaksområder/tilbud

Sykehus	Ansvar og tilbud	Antall personer i opptaksområde lokalsykehus
OUS	Akutt indremedisin barn/voksne i opptaksområde Regions- og landsfunksjoner	213 746
Ahus	Akutt indremedisin for barn/voksne i opptaksområde Elektiv ortopedi	506 251 totalt 106 748 (bydel Alna, Grorud og Stovner)
Diakonhjemmets sykehus	Akutt indremedisin for voksne i opptaksområde	132 704
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Akutt indremedisin for voksne i opptaksområde (inkl bydel Sagene)	175 840 (inkl bydel Sagene)

#### 3.2 Endringsforslag

Gruppen har kommet frem til tre hovedkonklusjoner og et endringsforlag;

##### 3.2.1 Opptaksområde eller oppgavedeling

Fordeling av opptaksområde er det mest aktuelle for de indremedisinske fagområder. Dette med bakgrunn i helhetlige pasientforløp, forutsigbarhet for pasienten og behovet for hyppig og tett kontakt mellom sykehus og primærhelsetjenesten/bydel. En håndterlig samhandlingsstruktur er særst viktig

innen indremedisin fordi antallet av pasienter/kontakter er stort. Gruppen anbefaler endringer i opptaksområder fremfor oppgavedeling ved kapasitetsavlastning

### 3.2.2 Geriatri

Gruppen mener at geriatri er en del av indremedisinen som ikke lar seg skille ut. Det geriatriske tilbudet til pasienten bør løses på lokalsykehuset og ikke oppgavedeles.

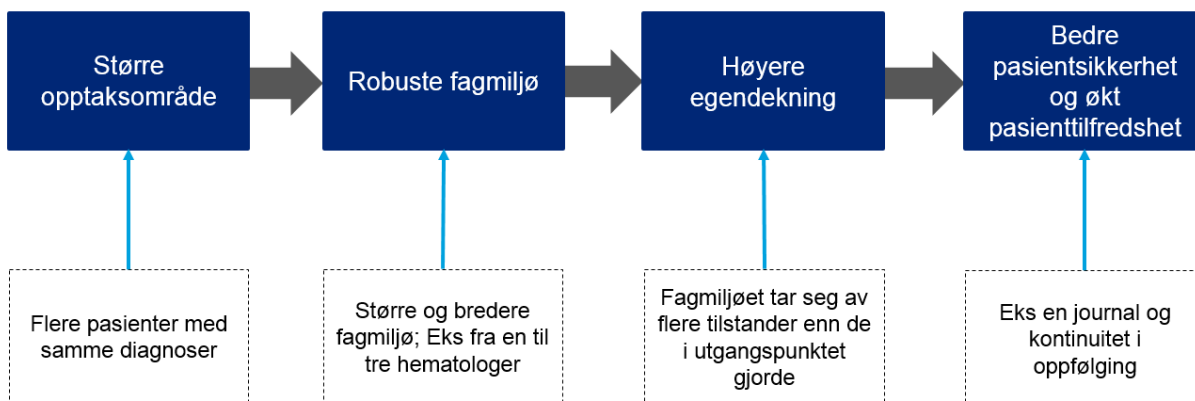
### 3.2.3 Egendekning innen indremedisin

Gruppen har diskutert egendekning generelt og spesielt innenfor de indremedisinske fag. Det er innhentet aktivitetsdata og egendekningsgrad for Diakonhjemmets Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Både Diakonhjemmet og Lovisenberg har lav egendekning for sykehuset totalt sett, henholdsvis 44% og 30% (Kilde: DRG, *Aktivitet 2014, andel av genererte liggedøgn for pasienter i opptaksområdet, behandlet ved sykehuset*). Dette på grunn av oppgavefordelingen i Oslo eksempelvis fødsler, barn og kirurgi.

Samtidig har både Diakonhjemmet og Lovisenberg høy egendekningsgrad innen indremedisin, henholdsvis 77% og 67% (Kilde: DRG, *Aktivitet 2014; andel av genererte liggedøgn med indremedisinsk DRG, for pasienter i opptaksområdet, behandlet ved sykehuset*). Denne egendekningsgraden er på nivå med for eksempel Ringerike Sykehus. Forskjellen mellom egendekningsgraden mellom Diakonhjemmet og Lovisenberg skyldes at Diakonhjemmet har akuttkirurgi. Pasienter som legges inn på kirurgisk avdeling uten å opereres får en medisinsk DRG.

Dersom det er et ønske med høyere egendekningsgrad er det lite å hente innenfor indremedisin. Allikevel mener gruppen egendekningsgraden kan økes noe ved større opptaksområder. Sykehus med store opptaksområder har større pasientvolumer, og har større og mer robuste fagmiljøer. Dette gjør at de behandler flere tilstander innenfor et fagområde enn mindre sykehus. Gruppen mener derfor at egendekningsgraden innenfor indremedisin kan økes etter følgende modell:

Figur 2: Sammenheng mellom større opptaksområde og høyere egendekning



### 3.2.4 Nyremedisin kan være et fagområde som er aktuelt for endring

Nyremedisin er et områdefag. I Oslo sykehusområde er all nyremedisinsk virksomhet samlet ved OUS, og i Akershus sykehusområde på Ahus.

Gruppen har innhentet antall dialysepasienter

Figur 3: Dialysepasienter 2015

	Hemodialyse	Peritoneal dialyse
Totalt Norge	1150	186
OUS totalt	114	23
Ahus totalt	109	32
Diakonhjemmets sektor	12	
Lovisenberg sektor (inkl Sagene)	38	
Bærum	25	0

Utfordringen innen nyremedisin må ses på todelst:

På kort sikt når dialysekapasiteten ved Ahus kapasitetsgrense i forhold til dagens aktivitet i 2016. OUS har bygnings- og maskinmessig kapasitet til å løse denne utfordring, men mangler stillinger.

På mellomlang sikt mener gruppen at Diakonhjemmet og Lovisenberg kan bygge opp dialysetilbud for avklarte pasienter i sine opptaksområder. Opptaksområdene er store nok til å ha et pasientvolum til å skape et godt pasienttilbud og robust fagmiljø. Det tar tid å bygge opp robuste og gode fagmiljøer, og denne oppbyggingen må skje trinnvis

## 3.3 Andre forhold

### 3.3.1 Avhengighet mellom akutt indremedisin og kirurgi

Gruppen har ikke hatt mulighet til å diskutere avhengigheter mellom akutt indremedisin og tilgang til kirurgisk kompetanse i forhold til pasienter som trenger begge spesialiteter.



## 4 Psykiatri og TSB inkl alderspsykiatri

### Medlemmer:

Øystein Kjos		Ahus	Divisjonsdirektør, Psykisk helsevern/TSB
Cecilie Skule		DS	Avdelingssjef VPH
Bernhard Lorentzen		DS	Avdelingssjef alderspsykiatri
Kari Tenmann		DS	BUP
Kirsti Sunde Hansen		LDS	DPS
Mette Bengtson		LDS	BUP
Elin Johansen		Oslo kommune	Seksjonsleder, Avdeling for psykisk helse og avhengighet
Lars Lian		Oslo kommune	Insititusjonssjef, Velferdsetaten
Thor Børre Sangesland		OUS	PHV
Mette Hvalstad		OUS	BUP
Anne Beate Sætrang	Gruppeleder	OUS	Avdelingsleder, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling
Guri Arnekleiv Mjåland/ Jan Erik Tveiten		Deloitte	

Faggruppen PHV og TSB har inndelt arbeidet etter fagområder. Det er mange fagområder innen TSB og PHV, og det er vanskelig å presentere en oversikt over dagens pasientstrømmer og foreslåtte endringer for alle områder inn i ett dokument. Faggruppen har derfor valgt å lage ett notat per utvalgte fagområde. For å finne de relevante fagområdene har gruppen hatt presentasjoner for hverandre, og i samarbeid plukket ut de områdene der det er mest hensiktsmessig å endre pasientstrømmer. Disse områdene er listet opp under:

5. Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)
6. Alderspsykiatri
7. Sikkerhetspsykiatri
8. Tidlig psykosebehandling (TPB)
9. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Foreslåtte endringer for hver av disse fagområdene er fremstilt under. En bredere gjennomgang av dagens pasientstrømmer, og detaljer og faglige begrunnelser for de ulike endringsforslagene ligger vedlagt for alle områder. Faggruppen har avgrenset oppgaven til kun å gjelde lokalfunksjoner og områdefunksjoner. Nasjonal- og regionalfunksjoner er ikke vurdert.

## 4.1 Endringsforslag

### 4.1.1 Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)

Foreslått endring på kort og mellomlang sikt:

*Forslag 1: OUS ønsker ingen endring av nåværende pasientforløp med hensyn til behandlingsplasser med døgn – dag og arenafleksibel rammer.*

*Forslag 2: Egendekningen økes gjennom at dagtilbud, arenafleksibelt krise- og akutt-team og nåværende spesialfunksjoner poliklinikk omdefineres til basisfunksjon i lokalsykehus, slik dette er definert i PHV. LDS og DS anbefaler videre at Diakonhjemmet Sykehus ivaretar tjenester innen PHBU for befolkningen i bydel Vestre Aker, og Lovisenberg Diakonale Sykehus ivaretar ansvaret for PHBU (PHV og TSB) for befolkningen i bydel Sagene.*

Foreslått endring på lang sikt:

*Forslag 1: Å vurdere behov for oppdeling av dag- og døgn funksjoner i flere enheter når pasientgrunnlaget er stort nok og det finnes tilstrekkelig kompetanse. En endring i opptaksområde vil ikke nødvendigvis gi tilstrekkelig volum i mengdetrening og fagmiljø.*

*Forslag 2: Vurdere om døgnfunksjoner som i dag er definert som områdefunksjoner fortsatt skal omfatte alle barn og ungdom i Oslo, eller om denne funksjonen skal legges til lokalsykehus, slik det er i dag innen PHV. Endringer i opptaksområder vil gi tilstrekkelig volum i mengdetrening og fagmiljø i lokalsykehus. Spesialitetene er de samme. Lokalsykehus kan danne samarbeid på tvers om oppgaveløsning.*

### 4.1.2 Alderspsykiatri

Foreslått endring:

*Forslag 1: Opprettholde nåværende organisering. Beholde dagens pasientstrømmer med både polikliniske og døgnbaserte tjenester som en lokalbasert tjeneste*

*Forslag 2: Områdefunksjon for døgnbaserte tjenester på Diakonhjemmet Sykehus og poliklinisk virksomhet på det enkelte lokalsykehus*

### 4.1.3 Sikkerhetspsykiatri

Foreslått endring:

*Det anbefales ingen endringer av pasientforløp. Ved en eventuell overføring av bydelene i Groruddalen (Alna, Stovner og Grorud), vil en fullstendig områdefunksjon for Oslo sykehusområde være naturlig. En konsekvens er et øket behov for arealer/ investeringer i Oslo universitetssykehus.*

### 4.1.4 Tidlig psykosebehandling (TPB)

Foreslått endring:

*Både døgn og polikliniske tilbud gis på lokalsykehus. Forskning ivaretas ved hjelp av avtaler mellom sykehusene/foretakene.*

#### 4.1.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Foreslått endring:

*Enighet om at hvert av lokalsykehusene i Oslo på sikt bør etablere hvert sitt felles akuttmottak for TSB, psykisk helsevern og somatikk*

Videre har arbeidsgruppen to ulike alternativer for pasientstrømmer;

*Forslag 1:* Beholde dagens pasientstrømmer på kort og mellomlang sikt, overføre til lokalsykehus på lang sikt. Hva som skal overføres og når må diskuteres mer inngående.

*Forslag 2:* Overføre en del av tilbudene som i dag ivaretas av områdefunksjon til lokalsykehus. Opprettholde områdefunksjon for LAR-behandling, tvang etter HOL kap. 10 (innledende fase) og rusakutt (ved evt større opptaksområde og utvikling av felles akuttmottak for somatikk, PHV og TSB vil det være naturlig å vurdere mottak for denne pasientgruppen i lokalsykehus.).

## 4.2 PHBU

Medlemmer: Mette Hvalstad (OUS), Mette Bengtson (LDS), Kari Tenmann (DS)

### 4.2.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud:

Pasientforløp:	Antall døgnopphold/ liggedager/dagbehandling/ poliklinikk 2014:	Betjener befolkningen i bydelene:
<b>Arenafleksible- dag- og døgntilbud med områdefunksjon OUS/BUPA er fordelt på følgende fem underliggende enheter:</b>		BNA,BSA,BBJ,BSN, BNS, BOS,BUN, BFR,BGO, BGA, BVA, BSH
Akutt døgn ungdom	1 556 liggedøgn	Samme
Intermediær døgn ungdom	1 506 liggedøgn	Samme
Elektiv barn Avd. A FRONT (arenafleksibelt)	1 956 liggedøgn 546 oppholdsøgn	Samme
Elektivt dag barn Avd. B	2 233 dagopphold	Samme
Elektivt dag Nevropsykiatrisk enhet	640 dagopphold	Samme
<b>Polikliniske tilbud i OUS/BUPA er fordelt med områdefunksjon og lokalfunksjon</b>	<b>Samlet: 44 118 polikliniske konsultasjoner</b>	
<b>Områdefunksjon:</b> Familie- og nettverk	2 230 polikliniske konsultasjoner	BNA,BSA,BBJ,BSN, BNS, BOS,BUN, BFR,BGO, BGA, BVA, BSH
<b>Ordinær BUP-poliklinikk</b> Fordelt på to seksjoner:		
BUP Nord	15 348 polikliniske konsultasjoner	BNA,BSA,BBJ
BUP Syd	26 540 polikliniske konsultasjoner	BSN, BNS, BOS
<b>Poliklinikk LDS</b>	19 828	BGO, BGA, BVA, BSH
<b>Poliklinikk DS</b>	9 970	BUN, BFR

\* BGO (Bydel Gamle Oslo), BGA (Bydel Grünerløkka), BSA (Bydel Sagene), BSH (St Hanshaugen), BFR (Bydel Frogner), BUN (Bydel Ullern), BVA (Bydel Vestre Aker), BNA (Bydel Nordre Aker), BBJ (Bydel Bjerke), BGR (Bydel Grorud), BSR (Bydel Stovner), BAL (Bydel Alna), BOS (Bydel Østensjø), BNS (Bydel Nordstrand), BSN (Bydel Søndre Nordstrand)

## 4.2.2 Endringsforslag kort og mellomlang sikt

### a) Endringsforslag av pasientforløp fra OUS/BUPA:

#### Faglige føringer og bevegelser i fagfeltet nasjonalt og internasjonalt

Grunnstammen i behandlingen i spesialisthelsetjenesten er og bør være:

- 1) Styrking av det polikliniske tilbudet
- 2) Styrking av ambulante tilbud - i samarbeid med bydelene
- 3) Tettere samarbeid om aldersgruppen 15 - 25 år med ruspoliklinikkene og DPS-ene særlig for de mest alvorlige tilstandene
- 4) Brukerstyrte/"light"-døgntilbud innen rammen av DPS-enes døgntilbud i samarbeid mellom BUP og DPS
- 5) Økt spesialistinvolvering i poliklinisk tilbud, på bakgrunn av økt alvorlighet i tilstander i BUP

*OUS ønsker ingen endring av nåværende pasientforløp med hensyn til behandlingstilbud med døgn – dag og arenafleksibel rammer.*

#### Pasientbehandling/brukerperspektiv

En fragmentering av døgn- og dagtilbud med flere behandlingssteder på flere sykehus vil gi dårligere behandling for pasientene, mindre robuste fagmiljøer, dårligere utdanning av nye fagpersoner både i miljøterapi og utredning/behandling, samt dårligere ivaretagelse av lovverk, spesielt knyttet til forvaltning av tvunget psykisk helsevern.

I årene fremover vil det være nødvendig å utvikle et bredere tilbud innen behandling med døgnrammer, i tråd med brukeres ønsker om et mer fleksibelt behandlingstilbud. For å kunne dra nytte av den kompetansen som allerede eksisterer mener vi at dette tilbudet må utvikles med utgangspunkt i eksisterende tjenestetilbud. Vår anbefaling er derfor å samle døgn – og dagtjenestene (3.linjetjenester) ved ett sykehus og bygge på de allerede eksisterende fagmiljøene.

Arenafleksible behandlingstilbud i 3.linje forutsetter en døgn-ramme i bakhånd for å ivareta de dårligste pasientene. Derfor må arenafleksibelt tilbud knyttes til døgn/dag.

### b) Endringsforslag fra LDS og DS:

Egendekningen økes gjennom at dagtilbud, arenafleksibelt krise- og akutt-team og nåværende spesialfunksjoner poliklinikk omdefineres til basisfunksjon i lokalsykehus, slik dette er definert i PHV. Endringen er begrunnet faglig:

**Pasient- og brukerperspektiv:**

Prinsippet om mest mulig nærhet til barn og families lokalmiljø. Utnytte stabiliserende effekt av arenafleksibel, intensivert støtte rundt familien tidlig i pasientforløpet, forebygge brudd i skolegang og sosialt miljø og redusere stigma. Bidra til færrest mulige brudd i pasientens behandlingsrelasjoner og sikrer gode overganger mellom PHBU og PHV, samt PHBU og BUF-etat. Dette ivaretas best i lokalsykehus.

**Faglige føringer og bevegelser i fagfeltet nasjonalt og internasjonalt:**

Samlet peker faglige føringer i retning av reduksjon i sykehus- og døgnforankret behandling henimot forsterkning av polikliniske og lokalbaserte tilbud i tett samarbeid med skole, etater og bydelstjenester. LEON-prinsippet. Spørsmål om sykehusforankring og områdefunksjon av dagens volum er bærekraftig over tid, gitt premisset i samhandlingsreformen om øket og intensivert innsats tidlig i sykdomsutviklingen. Prinsippet om helhetlige pasientforløp krever økt samarbeid/ samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og bydel.

**Organisasjonsfaglig perspektiv:**

Dreining av «tyngdepunkt» fra område- til lokalsykehusfunksjon bidrar til: Pasientrelatert informasjon «flyter» lettere gjennom relasjonelle nettverk innenfor et pasientforløp innen samme organisatoriske overbygning. Hindre dublering av tilbud og diagnostisering på flere nivå. Henvisningsprosedyrer på tvers av sykehusgrenser forsinker mobiliseringshastigheten akutt. Allokering av personellmessige ressurser i tråd med løpende behov for befolkningen i hele pasientforløpet kan administreres hurtigere og mer fleksibelt innenfor samme sykehusorganisasjon, og mellom lokalsykehus, etater og bydeler i Oslo kommune.

**Spesielt vedrørende Sagene og Vestre Aker bydel**

To "asymetrier" i prinsippet om en sammenhengende forløpstilnærming, psykisk helse og somatikk innen lokalsykehusmodellens basisfunksjon bør rettes opp på kort sikt. Det gjelder for Sagene bydel og Vestre Aker bydel. Dette prinsippet er vektlagt av Oslo kommune. Bydelene Vestre Aker og Sagene bydel har spesifikt søkt om en slik samling av tjenestetilbudet i samme lokalsykehus for sin befolkning (2013/14). For Vestre Aker berører dette kun PHBU. For bydel Sagene gjelder dette både PHV og PHBU.

LDS og DS anbefaler at Diakonhjemmet Sykehus ivaretar tjenester innen PHBU for befolkningen i bydel Vestre Aker, og Lovisenberg Diakonale Sykehus ivaretar ansvaret for PHBU (PHV og TSB) for befolkningen i bydel Sagene.

**c) Spesielt vedrørende endring av opptaksområder (bydel Alna, Grorud og Stovner)**

Følgende prinsipper anbefales;

- PHV og PHBU og TSB følger hverandre i hele pasientforløpet.
- Eventuelle områdefunksjoner innen PHBU bør følge områdefunksjon barn somatikk.

Dersom disse to prinsippene står i motsetning til hverandre mener vi at det første prinsippet vil veie tyngst.

**Endringsforslag kort og mellomlang sikt, foreslått av LDS og DS**

<b>Pasientforløp:</b>	<b>Fra/ til:</b>	<b>Antall døgnopphold/ liggedager/dagbehandling/poli klinikk 2014:</b>	<b>Kommentar</b>
<b>Arenafleksible dag- og døgntilbud OUS/BUPA fordelt på fire enheter</b>			
FRONT (arenafleksibelt)	Fra OUS til LDS/DS	Overføre organisatorisk forankring for FRONT fra døgn til poliklinisk. «FRONT-døgn» til «FRONT- poliklinikk»	Overføres fra områdefunksjon til lokalsykehus
Elektivt dag barn Avd. B	Fra OUS til LDS/DS	Andel av 2 233 dagopphold, tilsvarende opptaksområde lokalsykehus	Overføres fra områdefunksjon til lokalsykehus
Elektivt dag Nevropsykiatrisk enhet	Fra OUS til LDS/DS	Andel av 640 dagopphold, tilsvarende opptaksområde lokalsykehus	Overføres fra områdefunksjon til lokalsykehus
<b>Polikliniske tilbud i OUS/BUPA fordelt med områdefunksjon og lokalfunksjon</b>			
<b>Områdefunksjon:</b> Familie- og nettverk	Fra OUS til LDS/DS	Andel av 2 230 polikliniske konsultasjoner, tilsvarende opptaksområde lokalsykehus	Overføres fra områdefunksjon til lokalsykehus

### 4.2.3 Endringsforslag lang sikt

#### a. Endringsforslag OUS

Å vurdere behov for oppdeling av dag- og døgn funksjoner i flere enheter når pasientgrunlaget er stort nok og det finnes tilstrekkelig kompetanse. En endring i opptaksområde vil ikke nødvendigvis gi tilstrekkelig volum i mengdetrening og fagmiljø.

Faktorer som spiller inn på fremtidig organisering er:

- 1) Bydelens eget tilbud innen psykisk helse (ref. Oslo kommunes plan for psykisk helse).
- 2) Utvikling av fleksibel behandlingstilbud – reduserer behov for tradisjonelle døgnenger.
- 3) Utvikling i sykdomsbilde – f.eks. samle tilstander med samme behandlingsbehov, unngå blanding av flere tilstander som påvirker hverandre negativt.
- 4) Samarbeid med barnevernstjenesten og psykisk helse voksen ved DPS/BUP-poliklinikker.

#### b. Endringsforslag LDS og DS

Vurdere om døgnfunksjoner som i dag er definert som områdefunksjoner fortsatt skal omfatte alle barn og ungdom i Oslo, eller om denne funksjonen skal legges til lokalsykehus, slik det er i dag innen PHV. Endringer i opptaksområder vil gi tilstrekkelig volum i mengdetrening og fagmiljø i lokalsykehus. Spesialitetene er de samme. Lokalsykehus kan danne samarbeid på tvers om oppgaveløsning.

### 4.2.4 Andre forhold

#### Andre forhold OUS

#### ***Avhengighet mellom døgtjenester – organisering og pasientflyt***

Pt har OUS/BUPA fem akuttpsykiatriske døgnplasser og seks intermediære plasser for ungdom 13 – 18 år. Det er et ønske om å legge døgnfunksjoner til lokalsykehus, men la det akutte tilbudet (UPA) fortsatt være en områdefunksjon. En slik deling har uheldige konsekvenser for pasientflyt og gode pasientforløp. Ungdom som innlegges akutt (som øyeblikkelig hjelp), vil i mange tilfeller ha behov for videre døgnbehandling på intermediær eller subakutt nivå. Det er stor faglig konsensus om at akutte opphold skal være korte, og at man så raskt som mulig skal overføres til et mer forutsigbart tilbud. Dersom man sprer elektive døgntilbud på tre sykehus, vil akuttenheten få mange flere samarbeidsflater å forholde seg til. I tillegg vil fagmiljøer fragmenteres og det vil bli flere administrative enheter å forholde seg til. I dag er intermediære senger og akutte senger organisert under samme leder, og har tett kontakt både administrativt og faglig, noe som kommer pasientene til gode. I tillegg skapes faglige synergier og samarbeid som sikrer forsvarlig bemanning og tilstrekkelig spesialistkapasitet. Det gir også grunnlag for å bygge ut fleksibel tjenester slik vi har beskrevet tidligere.



### **Samarbeid/avhengighet somatikk**

OUS/BUPAs seksjoner har et tett samarbeid med Barnemedisinsk avdeling, OUS. Dette gjelder flere pasientgrupper i både døgn/dag /arenafleksibel seksjoner og poliklinikkene. Spesielt pasienter med spiseforstyrrelser, selvskadingsproblematikk, somatoforme lidelser og utviklingsforstyrrelser er i behov av kontakt med somatikken.

Barnemedisinsk avdeling har områdefunksjon og har også stort behov for kontakt med BUPA, da de opplever en økt pågang av barn og ungdom som innlegges for somatiske tilstander, men som også har psykiatrisk problematikk.

Dette gjelder ungdom med selvpåførte skader, forgiftninger og behov for akutt suicidalvurdering.

En opptelling fra somatisk Barnemottak OUS viser pasienter født i 1997 eller 1998, som kom inn for en eller flere av punktene over (selvpåførte skader, forgiftninger og behov for akutt suicidalvurdering)

2014, sept – des           **9 ungdommer**

2015, jan - mai           **14 ungdommer**

I samme periode har det vært **8 ungdommer** som er født i 1999 eller 2000.

Denne gruppen ungdom trenger et tilbud med høy kompetanse på akutte tilstander også på kveld, natt og i helgene. Dette tilbudet ønsker BUPA å tilby som en del av OUS konsultasjons – liasontjeneste som nå er til utredning i sykehuset.

### **Samarbeid barnevern**

Det ligger klare politiske føringer både i Oppdragsdokument og andre styrende dokumenter at man ønsker og forventer et tettere samarbeid mellom Barnevernstjenesten og psykisk helsevern for barn og unge. OUS har tatt konsekvensen av dette og inngått en samarbeidsavtale med Barne – og familieetaten i Oslo kommune om samarbeid med barnevernsinstitusjonene i Oslo. Barnevernsinstitusjonene i Oslo har til sammen 177 døgnplasser. I en undersøkelse av Jozefiak og medarbeidere i 2015, fant man at 76.2 % av barna og ungdommene i institusjoner i barnevernet tilfredsstilte kriterier for minst en DSM-IV diagnose.

OUS mener at vi bør styre vår virksomhet i retning av mer samarbeid med barnevernet. OUS har derfor opprettet «søsterinstitusjoner» med barnevernsinstitusjonene i Oslo, for å sikre samarbeid på individ – og systemnivå. Vår vurdering er at det i fremtiden vil være mer hensiktsmessig å samarbeide om institusjoner/ behandlingsplasser med barnevernet ut fra det tilbudet som eksisterer i dag enn å opprette flere døgnplasser innen psykisk helsevern ved enkeltsykehus. Vi kan benytte de eksisterende fagmiljøene i poliklinikk og i fleksible behandlingsplasser med døgn/dag- og arenafleksible rammer i psykisk helsevern til arbeid med barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner. Igjen krever dette tilstrekkelig store og erfarne fagmiljøer med god tverrfaglig bemanning og kompetanse på alvorlig psykopatologi.

***Samarbeid spesialskolen***

Alle barn og ungdommer som innlegges i døgn/dag- tilbud i psykisk helsevern har krav på skolegang. OUS samarbeider med Nordre Aker skole som gjennom 30 år har gitt et tilpasset undervisningstilbud til pasientene. Skolen er organisert under Utdanningsetaten. Ved en evt. omorganisering av døgn-behandling i Oslo, må også organisering av skolens tilbud tas med i betraktningen.

## 4.3 Alderspsykiatri

**Medlemmer: Bernhard Lorentsen (DS), Øystein Kjos (Ahus) og Thor Børre Sagesland (OUS)**

### Innspill vedrørende alderspsykiatri til faggruppe psykiatri

#### 4.3.1 Bakgrunn

I 2013 ble det utarbeidet et beslutningsgrunnlag for styrene i Oslo Universitetssykehus (OUS) og Diakonhjemmet Sykehus (DS) der prosjektgruppen konkluderte med å anbefale en områdefunksjon innen alderspsykiatri ved at de alderspsykiatriske avdelingene ved OUS(6 bydeler) og DS(6 bydeler DS/LDS) ble slått sammen og lagt til DS. Faggruppen er bedt om å legge dette arbeidet til grunn når områdefunksjon igjen skal vurderes.

I dag er alderspsykiatrien i Oslo organisert slik:

OUS : 6 bydeler. Døgnavdeling på Vardåsen i Asker med 20 plasser.

Poliklinikk ved APS Grønland.

DS/LDS: 6 bydeler. Integrert døgn- og poliklinisk drift på Tåsen i Oslo. 16 døgnplasser.

Ahus: 3 bydeler. Døgnavdeling og poliklinikk på Skytta i Nittedal for Groruddalen.

#### 4.3.2 Mulig utvikling av klinisk aktivitet 2015 – 2030

Det har gjennom flere år vært en reduksjon i antall døgninnleggelser og en økning i poliklinisk aktivitet ved både Oslo Universitetssykehus (OUS) og Diakonhjemmet Sykehus (DS). Det er sannsynlig at man nå har nådd et nivå der man ikke bør redusere antall døgninnleggelser ytterligere.

I tabellen gis et anslag for en mulig utvikling av døgninnleggelser og poliklinisk aktivitet på kort (2018), mellomlang (2023) og lang (2030) sikt ut ifra aktivitetsnivå i 2014 for 12 bydeler ( OUS, DS/LDS). Andelen eldre vil øke med ca. 50% de neste 15 årene, og dette er lagt til grunn for tallene i tabellen. Det er sannsynlig at det vil bli en økning i etterspørselen etter alder

	2014	2018	2023	2030
Antall innleggelser	227	246	280	336
Liggedøgn	7948	8624	9814	11777
Døgnplasser	24	26	30	36
Poliklinisk aktivitet	16640	18627	21265	25558

12 bydeler (OUS,DS/LDS), gjennomsnittlig liggetid på 35 dg og beleggsprosent på 90 er lagt til grunn i tabellen. Det er ikke lagt til noen omstillingsfaktorer slik Sintef har benyttet.

### 4.3.3 Forslag til fremtidig organisering av alderspsykiatri

Arbeidsgruppen har to ulike alternativer

1. Opprettholde nåværende organisering. Beholde dagens pasientstrømmer med både polikliniske og døgnbaserte tjenester som en lokalbasert tjeneste
2. Områdefunksjon for døgnbaserte tjenester på Diakonhjemmet Sykehus og poliklinisk virksomhet på det enkelte lokalsykehus

#### **Ad 1:**

Fortsette som nå med behandling på lokalsykehusnivå, d.v.s. at OUS har ansvar for sine 6 bydeler og DS har ansvar for 3 bydeler i DS sektor og 3 bydeler i Lovisenberg (LDS) sektor som nå. Begge sykehus ivaretar både poliklinisk drift og døgninnleggelse av egne pasienter.

Fordeler med alternativ 1:

- Sammenhengende behandlingsløp gjennom hele livsløpet
- Bedre samhandling og flyt ved overgang døgn / poliklinikk
- Letter samarbeidet med øvrig PHV og somatikk ved eget sykehus
- Letter samarbeidet med egne bydeler
- Flere pasienter og større fagmiljø gjør det lettere å videreutvikle klinikk, fagutvikling og forskning
- Kapasitet for utdanningstilbud kan ivaretas

Ulemper med alternativ 1:

- For små døgnavdelinger og fagmiljøer hvis opptaksområdene endres. Etter DS mening bør det være minimum 5-6 bydeler for at man skal få tilstrekkelig stort pasientvolum til å gi et faglig robust døgntilbud. OUS er enig i at det er en nedre grense for befolkningsgrunnlag for drift av alderspsykiatri på lokalsykehusnivå. I prosjektet har det vært diskutert å redusere OUS lokalsykehusfunksjon fra 6 til 3 bydeler. OUS vurderer det dithen at et slikt befolkningsgrunnlag ikke vil være tilstrekkelig for å gi et faglig robust behandlingstilbud innen alderspsykiatri.
- Nåværende lokalisering av OUS sin døgnavdeling på Vardåsen gir ulemper med lang vei til både pasientens hjem og egen poliklinikk. Det er ønske fra OUS om etterhvert å flytte all aktivitet til Oslo.

#### **Ad 2:**

- Etablere en områdefunksjon for alderspsykiatrisk døgnbehandling ved DS og beholde den polikliniske aktiviteten på lokalsykehusnivå. Hvis man hadde samlet all døgndrift, ville det blitt

totalt 227 innleggelser i 2014. Antallet vil trolig øke til ca 336 innleggelser i 2030. Dette antallet kan ivaretas ved *en* døgnavdeling hvis man ønsker det. DS kan også ivareta døgnbehandlingen for flere bydeler hvis dette skulle bli aktuelt.

#### Fordeler ved alternativ 2:

- All klinisk aktivitet i Oslo, korte avstander. Lettere å gi dagbaserte tilbud som reduserer liggetiden.
- Mengdetrening. Klinisk personale trenger et visst pasientgrunnlag særlig av sjeldnere tilstander for å ha kompetanse til å gi helsetjenester på spesialistnivå. Dette ivaretas best ved en større døgnavdeling
- Større pasientgrunnlag og større fagmiljø gir bedre muligheter for fagutvikling og forskning
- Poliklinisk aktivitet beholdes på lokalsykehusnivå. Kompetanse beholdes lokalt, og samhandling med bydelene lettes.
- Poliklinisk aktivitet kan samlokaliseres med somatiske avdelinger for å lette utredningsarbeidet (somatiske vurderinger, lab, rtg)
- Kapasitet for utdanningstilbud kan ivaretas

#### Ulemper ved alternativ 2:

- Avbrutte behandlingsforløp døgn / poliklinikk kan være en ulempe for pasientene
- Samarbeidsrutinene kompliseres når flere avdelinger er involvert i samme pasient. utfordringer med utveksling av dokumentasjon på tvers av sykehus
- Mer komplisert å samarbeide med så mange bydeler
- Ulikheter i tilbudet for pasienter bosatt i OUS og DS/LDS sektor
- Lite fagmiljø med bare poliklinikk. Mer utfordrende å drive fagutvikling og forskning.

## 4.4 Sikkerhetspsykiatri

Faggruppe: Fagområde Sikkerhetspsykiatri nivå 2, faggruppe PHV og TSB

Medlemmer: Thor Børre Sangesland, Øystein Kjos

Dagens pasientstrømmer/tilbud: Døgnplasser lokal sikkerhetspsykiatri

	OUS	Ahus	DS + LDS	TOTALT
Plasser egen sektor ved lokalt sh	12	8	0	20
Plasser OUS Gaustad	2	10	8	20
Plasser OUS Dikemark	10		0	10
Total	12	18	8	38

Opptaksområdet for psykisk helsevern og somatikk må følge hverandre. Det underbygger premissene om en organisering som ivaretar helhetlige pasientforløp og samhandlingsflaten mot førstelinjetjenesten. Samhandling mellom psykisk helsevern og somatikk vil i fremtiden være viktig i utredning og behandling, blant annet tilgang støttefunksjoner som lab. tjenester og radiologi (Funksjonell MR). Ulike opptaksområdet for psykisk helsevern og somatikk vil komplisere pasientforløpene og samhandling med førstelinjetjenesten.

Det er enighet i arbeidsgruppen at sikkerhetspsykiatri nivå 2 i OSO bør være en områdefunksjon. Det er viktig å inngå forpliktende gjensidig samarbeide med Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus om inntak, behandling og utskrivelse av pasienter fra sikkerhetsnivå 2 for å sikre gode pasientforløp.

### 4.4.1 Pasientforløp:

Det anbefales ingen endringer av pasientforløp. Ved en eventuell overføring av bydelene i Groruddalen (Alna, Stovner og Grorud), vil en fullstendig områdefunksjon for Oslo sykehusområde være naturlig. En konsekvens er et øket behov for arealer/investeringer i Oslo universitetssykehus.

### 4.4.2 Beskrivelse pasientforløp

På de 30 plassene under OUS (inkl. LD og 10 AHUS-plasser) varierer liggetid fra noen måneder til 7-8 år, snittliggetid er på drøyt 500 dager. Siste år 9700 liggedøgn og 14 utskrivelser. Om lag 50 % har dom til behandling. Pr 25/8 er 7 av 30 pasienter registrert som utskrivningsklare.

Pasientene henvises lokal sikkerhet fra akuttavdelingene, fra RSA, tildeles fra domstolene (PHL kap 5 - via Nasjonal koordineringsenhet som fordeler) samt i noen tilfeller fra psykose-døgnpost på sykehus eller andre institusjoner (oftest ”retursaker”).

Pasientene har som hovedregel kompliserte og langtrukne utskrivelsesprosesser i tett samarbeid med bydel/kommune, DPS og ofte påtalemyndigheten. Utskrivelsene fordeler seg i hovedsak til

kommune/bydel og til ideelle eller private behandlingsinstitusjoner som er godkjent for TPHD. Nye lovkrav om bl.a hensyn til ofre i straffesaker kan komplisere forløpene.

Sikkerhetspsykiatri innebærer svært ressurskrevende behandling som krever høy grad av spesialkompetanse. Det stilles av alle fagpersoner spesielle krav til ferdigheter i voldsrisikovurdering og –håndtering samt kompliserte rehabiliteringsprosesser. De behandlingsansvarlige må ha høy kompetanse på jus og samarbeid med justisvesenet og også kompetanse på behandling av de mest alvorlige og sammensatte lidelsene med massiv rus- og somatisk komorbiditet som ellers har vist seg behandlingsresistente, samt samarbeid med andre sykehus, pårørende og førstelinje ved utskrivelser til lavere behandlingsnivå eller bosted. Det er spesielle krav til driftsrutiner (overvåking, beredskap etc) og bygningsmasse (rømningsikkerhet, oversiktighet, adgangskontroll etc).

Dette fører til behov for en samling av denne spesialkompetansen i tilstrekkelig store fagmiljø og en samling av tjenester med behov for samme, kostnadskrevende infrastruktur/rammer og samme spesialiserte rutiner. Behovet for fleksibel avlastning av akuttavdelingene for pasienter med mer lengrevarig økt personell/rammebehov på grunn av økt voldsrisiko må tas hensyn til.

Driftsutfordringene ved behandling av pasientgruppen er store. Hovedproblemet er vanskene med å få pasientene utskrevet til lokalmiljøet, dette gir seg utslag i en meget høy andel utskrivingsklare pasienter. Ringvirkninger av dette brer seg i systemet med ventetid for overføringer fra akuttavdelingen, som medfører problemer med å takle stort antall skjermingstrengende pasienter. Dette igjen fører til suboptimale forløp for andre pasienter på akuttavdelingen, og problemene spres i systemet. Risikoen for unødig tvangsbruk og unødig lange behandlingsforløp øker. Det er grunn til å regne med økende utfordringer med denne gruppen som er svært kostnadskrevende å behandle og pleie. Forhold som påvirker sykelighet er økt grad av urbanisering og økt andel av befolkningen i området med traume-bakgrunn. Sintef-rapporten omtaler ikke dette. Noe som tilsier at behovsanslagene her bør oppjusteres. I tillegg kommer effekten av eventuelle kommende lovendringer, der det er sannsynlig med større andel dømte til PHV i fremtiden.

#### **4.4.3 Andre forhold - kompetanse, samarbeid, avhengigheter, faglige konsekvenser**

Følgende momenter bør tas hensyn til ved spørsmål om lokalisasjon:

- Ingen vesentlige miljømessige stimuli i de nære omgivelser ("utvidet skjermingsbegrep" for mennesker med psykoser)
- Fysisk nærhet til urørt natur eller større parkområde (fysisk aktivitet, metalhygiene)
- Oversiktlige næromgivelser (større rømnings- og adgangskontroll, bl.a ift inførsel av rusmidler)
- Avstand til rusmiljøer
- Tilstrekkelig nærhet til somatisk akuttmottak/annen somatikk inkl rttg og blodprøver
- Ikke for stor avstand til samarbeidspartnere
- Muligheter for samlokalisering med KPS

OUS:

De eksisterende sikkerhetspsykiatriske fagmiljøene i Oslo-regionen vurderes til å være for små. Dette gir seg utslag i mindre vitale fagmiljøer, nærmest fraværende forskningsaktivitet, liten driftsrobusthet og vansker med å rekruttere spesialister. Det er lite faglig utveksling mellom avdelingene, inkludert RSA.

Det er flere likheter enn forskjeller mellom LSA og RSA. Pasientpopulasjonen er i snitt noe mer pleieintensiv på RSA da i hovedsak de fleste med aller størst sikkerhetsbehov behandles der. RSA har mer kompetanse på de aller tyngste skjermingsoppgavene, på samarbeid med fengsler og på (pre-)judisielle vurderinger. Fagmiljøene på RSA og LSA i OUS er hver for seg for små til å fungere optimalt, begge bør også samlokaliseres med SIFER/KPS (av hensyn til alle tre miljøer). Pasienter med varig høyt voldsrisikonivå vil i økende grad behandles på LSA og vil trenge adgangs-/rømningssikre rammer på lik linje med RSA. Behovene er derfor sammenlignbare for lokalt- og regionalt nivå. Potensiell (kun juridisk hjemmel) enhet med ”særlig økt sikkerhet” ved RSA har imidlertid ytterligere skjerpede krav til rutiner og fysiske rammer. De fleste sykehus i HSØ utenom OUS har lokal sikkerhet samlokalisert med akuttavdeling. Imidlertid er alle andre RSA i landet samlokalisert med den lokale sikkerhetsavdelingen.

### Konklusjon OUS

- Det anbefales at sikkerhetspsykiatri nivå 2 er en områdefunksjon i Oslo-området. Videre bør sikkerhetspsykiatri nivå 1 samlokaliseres med nivå 2.
- Samarbeidet med kompetansesenteret (KPS - SIFER) bør økes. Spesialistkompetansen i sikkerhetspsykiatrien bør kunne nyttes mer fleksibelt enn i dag, bl.a til ekstern utredningshjelp og fleksibel bistand i utskrivningsfaser. Poliklinikkfunksjon og ambulante team bør derfor vurderes.
- Alternativer, som å overføre noe kapasitet fra lokal sikkerhet til akuttavdelingene for å øke ressursene til behandling av pasienter med forbigående høy voldsrisiko, kan utredes. Det vil likevel være en utfordring at sentral, høyspesialisert utredningskompetanse her ville kunne bli splittet opp, distansert fra resten av sikkerhetsfagmiljøet.

Ahus:

Det er viktig for Ahus å beholde lokal sikkerhetspsykiatrisk kompetanse innenfor sykehusområdet. Dette i tråd med organiseringen av sikkerhetsnivå 2 i regionen. Dimensjoneringen og organisering av sikkerhetspsykiatrien nivå 2 avhenger av størrelsen på opptaksområdet, demografi og lokale forhold.

Det er grunn til å nevne at Regional sikkerhetsavdeling, (RSA) OUS har redusert sin kapasitet de senere årene. Dagens arealsituasjon på RSA begrenser dessuten mulighet for å etablere gode terapeutiske miljøer, gjennom mulighet for differensiering av behandlingstilbudet. En økning av antall regionale plasser kan redusere behovet for å etablere lokale sikkerhetsplasser med høy grad av fysiske sikringstiltak. Som er kostnadskrevende.



Sikkerhetsnivå 2 bør være en områdefunksjon, men utviklingen bør skje i grenseflaten mot lukket psykosebehandling, akuttpsykiatri og DPS tilbudene. Dette underbygger helhetlige pasientforløp og behandlingsperspektivet. Lokale sikkerhetsavdelinger bør utformes på en måte at sikkerheten ivaretas gjennom arkitektoniske løsninger og design, snarere en fysisk sikring.

Ahus ønsker å samlokalisering sikkerhetsenheten nivå 2 med øvrige sykehusfunksjoner for TSB, somatikk og psykisk helsevern på Nordbyhagen. En samlokalisering vil styrke fagmiljøet. En samlokalisering betyr et forenklet samarbeid med somatiske seksjoner i forhold til medisinske undersøkelser, utredninger.

Samlokalisering av sikkerhetspsykiatri, ordinær psykosebehandling og akuttpsykiatri bidrar til en "avmystifisering" av sikkerhetspsykiatrien, ved at den blir en mer naturlig og synlig del av behandlingstilbud. Samlokalisering vil styrke interne samhandlingene, både ved mottak av nye pasienter, felles møter, opplæring etc.. Helhetlig, enhetlig, integrerte pasientforløp er målsettingen. Dette er særdeles viktig for sikkerhetspasientene, hvor det er avgjørende med både god pasientbehandling og sikring av samfunnsvernet.

Det er krevende å etablere pasienter fra sikkerhetsseksjonen i kommune og bydeler med adekvat oppfølging og behandling. Erfaring tilsier at mulighetene for å lykkes med utskrivinger ligger i å ha god kjennskap til, og gode tillitsbaserte relasjoner med alle involverte parter, for å sikre forankring og reell medvirkning lokalt i kommuner/bydeler/Distriktspsykiatriske sentra. Dette kan bidra til å redusere antall utskrivningsklarepasienter, som utgjør en betydelig kapasitetsreserve.

### **Konklusjon – Ahus**

- Sikkerhetspsykiatri nivå 2 må samlokaliseres med øvrige sykehusfunksjoner psykisk helsevern, TSB og somatikk på Nordbyhagen.
- Det bør opprettes spesialiserte team på utvalgte DPS eller ambulant virksomhet med utgangspunkt i sikkerhetsseksjonen for utskrivelse, oppfølging og behandling av sikkerhetspasienter utskrevet fra sengepost og bosatt i kommune/bydel.
- Ahus ønsker, uansett organisering i OUS, et tettere samarbeid med både nivå 1 og 2 i hele RHF og SIFER velkommen.

## 4.5 Tidlig psykosebehandling (TPB)

**Faggruppe: Fagområde Tidlig psykosebehandling, faggruppe PHV og TSB**

**Medlemmer: Thor-Børre Sangesland OUS, Kirsti Sunde Hansen LDS og Cecilie Skule DS**

Oslo universitetssykehus (OUS), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Diakonhjemmet Sykehus (DS), Akershus universitetssykehus (Ahus)

Dagens pasientstrømmer/tilbud:

Behandlingskapasitet ved OUS tidlig psykosebehandling

- 16 døgnplasser fordelt på 2 døgnenheter
- 2 avlastningsplasser for inntil 4 uker
- 1 skjermingsenhet for en pasient
- 90 pasienter i poliklinikk
- Dagrehabilitering under poliklinikken

Pasientene

- Pasienter mellom (17) 18-30 (+) år med mistanke om psykoselidelse (utredning og behandling) eller bekreftet tidlig psykoselidelse
- Behandlingstid inntil 5 år, hoveddelen poliklinisk.
- Videreføres DPS (TPHU) eller 1.linjen

Kriterier for henvisning til spesialisert behandling

- stort symptomtrykk
- lav funksjon
- behov for stabilisering etter akutt
- utredningsutfordringer (rus, kognitiv svikt, atypiske symptomer, komorbide tilstander)
- stort rehab.behov
- responderer dårlig på innledende behandling (3-6mnd) med mer

### 4.5.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud:

Tabell I viser aktiviteten ved TPB- OUS, med hhv. andel liggedøgn, polikliniske konsultasjoner og befolkning fordelt på OUS, Ahus, DS og LDS, fra 2013 og hittil i 2015.

Tidlig psykosebehandling		OUS	Ahus	DS	LDS	TOTAL T
Andel liggedøgn	2013	74 %	12 %	5 %	9 %	100 %
	2014	85 %	5 %	3 %	7 %	100 %
	2015	81 %	4 %	6 %	9 %	100 %
Andel polikliniske konsultasjoner	2013	49 %	12 %	22 %	15 %	98 %
	2014	52 %	13 %	25 %	10 %	100 %
	2015	56 %	7 %	23 %	14 %	100 %
Andel befolkning 18-30 år	2015	35 %	13 %	20 %	31 %	100 %

Tabellen viser at pasientene fra OUS sitt opptaksområde har beslaglagt 81 % av liggedøgnene ved OUS sitt døgntilbud fra 1. januar - 9. september 2015. Tilsvarende tall for pasientene fra Ahus, DS og LDS er på henholdsvis 4 %, 6 % og 9 %. Det er en jevnere fordeling av de polikliniske konsultasjonene. Pasienter fra OUS er overrepresentert på begge aktivitetstallene I forhold til andelen av befolkningen 18-30 år.

Tabell II. viser at fordelingen av den polikliniske aktiviteten er ulikt fordelt mellom sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområde (fra LDS, DS, OUS og Ahus). Tallene inkluderer indirekte pasientkontakt. Andre kommuner enn Oslo er ikke inkludert 2015

	Andel pasienter	Andel konsultasjoner	Gjennomsnittlig antall konsultasjoner
Lovisenberg	20 %	15 %	39
Diakonhjemmet	21 %	24 %	59
OUS	50 %	54 %	55
Ahus	9 %	8 %	43

#### 4.5.2 Endringsforslag

Det er enighet om følgende forslag til endring:

Både døgn og poliklinisk tilbud gis på lokalsykehus. Forskning ivaretas ved hjelp av avtaler mellom sykehusene/foretakene.

OUS har områdefunksjon for tidlig psykosebehandling i dag, men døgntilbudet benyttes i liten grad av Ahus, LDS og DS. Det forslås at områdefunksjonen oppheves, og tilbudene legges på lokalsykehusnivå. Alle tre sykehusene Ahus, DS og LDS kan overta på relativt kort sikt.

Deler av fagmiljøet ønsker å opprettholde dagens pasientstrømmer. Det er også en uenighet i OUS om hensiktsmessigheten av en områdefunksjon om den delen av pasientgruppen som ikke responderer på initial behandling de 3-6 første mnd.

Fordelene ved behandling på lokalsykehusnivå:

- I tråd med Samhandlingsreformen
- Samarbeid og forankring i bydelene, inkl. fastlege
- Samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge om pasienter i overgang ungdom/ung voksen
- Nærhet til familie og nettverk
- Færre sårbare overganger i behandlingsforløpet
- Kompetansen er tilgjengelig på lokalsykehusnivå

Fordelene ved områdefunksjon:

- Den dårligste gruppen er lavfrekvent og faglig krevende og ressursmessig
- Samlet volum i sykehusområdet gir bedret faglig kvalitet (mengdetrening)
- Samling av poliklinikk, dagrehab og døgn på ett sted sikrer gode overganger, samt miljø for fagutvikling/forskning
- Mulighet for overordnet koordinering av bydekkende informasjon, kontakttlf etc.
- Mulighet for dreining av beh.tilbud mot ambulant/arenafleksibelt

#### **4.5.3 Andre forhold**

Eks: kompetanse, samarbeid, avhengigheter, faglige konsekvenser.

Det foreslås et arbeid internt på OUS rundt problemstillinger knyttet til egen organisering, og et felles arbeid med alle sykehusene mhp avtaler for ivaretagelse av forskning.

## 4.6 TSB

### Faggruppe: Fagområde TSB, faggruppe PHV og TSB

Medlemmer: Anne Beate Sætrang, Cecilie Skule, Kirsti Sunde Hansen

#### 4.6.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud

	OUS	Ahus	DS	LDS
	Områdefunksjon Oslo (avgiftning, akutt, poliklinikk, LAR, døgn) 12 bydeler 2 ruspoliklinikker: 3 + 3 bydeler	Områdefunksjon Ahus. 3 bydeler i Oslo (avgiftning, LAR, døgn) 1 ruspoliklinikk: 3 bydeler	1 ruspoliklinikk: 3 bydeler	1 ruspoliklinikk: 3 bydeler
Spesielle fagområder:	Rusakutt			
	Koordinering av døgnplasser			
	Nasjonal Kompetansetjeneste TSB			

BGO (Bydel Gamle Oslo), BGA (Bydel Grünerløkka), BSA (Bydel Sagene), BSH (St Hanshaugen), BFR (Bydel Frogner), BUN (Bydel Ullern), BVA (Bydel Vestre Aker), BNA (Bydel Nordre Aker), BBJ (Bydel Bjerke), BGR (Bydel Grorud), BSR (Bydel Stovner), BAL (Bydel Alna), BOS (Bydel Østensjø), BNS (Bydel Nordstrand), BSN (Bydel Søndre Nordstrand)

#### a. Beskrivelse pasientforløp

Oversikt pasientstrømmer fra Akershus- og Oslo sykehusområde 2013				
Sykehusområde	Totalt liggedøgn	Andel liggedøgn ved private i %	Andel liggedøgn i eget HF i %	Andel liggedøgn ved andre HF i %
Akershus SO	47 472	61 %	32 %	7 %
Oslo SO	73 150	64 %	32 %	4 %
Oversikt pasientstrømmer fra Akershus- og Oslo sykehusområde 2014				
Sykehus-område	Totalt liggedøgn	Andel liggedøgn ved private i %	Andel liggedøgn i eget HF i %	Andel liggedøgn ved andre HF i %
Akershus SO	51 370	57 %	37 %	5 %
Oslo SO	79 467	66 %	31 %	3 %

Tabellen viser antall døgn Akershus og Oslo sykehusområder har brukt i 2013 og 2014, andel av disse ved private samarbeidsparter, egendekning og ved andre HF.

Kilde: Liggedøgn i eget HF hentet fra årlig melding 2013 og 2014, liggedøgn ved private fra årsrapport private samarbeidsparter 2013 og 2014, og liggedøgn ved andre HF hentet fra HSØ.

**Lovisenberg Diakonale sykehus på pasientstrøm 2014 og 2015 (første halvår)**

Tabell 1

<b>Lovisenberg Diakonale sykehus</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>
antall <b>innleggelser</b> til rusakutt og avgiftning	784	349
antall <b>innleggelser</b> ved andre døgntilbud OUS	101	65
antall innleggelser private	-	-
antall innleggelser HOL §§ 10-2 og 10-3	4	4

\* til og med juni 2015

Tabell 1 viser antall innleggelser fra Lovisenberg Diakonale sykehus ved OUS for hele 2014 og første halvår 2015.

Seksjon TSB analyse, rådgivning og pasientstrøm har ikke tilgang til antall innleggelser ved private samarbeidsparter i HSØ.

Tabell 2

<b>Pasientstrøm fra Lovisenberg Diakonale sykehus til:</b>	<b>Antall liggedøgn i 2014</b>
Akershus universitetssykehus HF	339
Oslo universitetssykehus HF	12115
Andre HF	683
Private samarbeidsparter totalt	22548
<b>Totalt</b>	<b>35685</b>

Tabell 2 viser antall liggedøgn pasienter fra Lovisenberg Diakonale sykehus har brukt i 2014 ved Ahus, OUS, andre helseforetak i HSØ og ved private samarbeidsparter i HSØ. (Tallene er hentet fra HSØ RHF sin sammenstilling av liggedøgn fordelt på kommune/bydel fra 2014).

**Diakonhjemmet sykehus for pasientstrøm 2014 og 2015 (første halvår)**

Tabell 1

<b>Diakonhjemmet sykehus</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>
antall innleggelser til rusakutt og avgiftning	285	152
antall innleggelser ved andre døgntilbud OUS	30	16
antall innleggelser private	-	-
antall innleggelser HOL §§ 10-2 og 10-3	3	1

\* til og med juni 2015

Tabell 1 viser antall innleggelser fra Diakonhjemmet sykehus ved OUS for hele 2014 og første halvår 2015.

Seksjon TSB analyse, rådgivning og pasientstrøm har ikke tilgang til antall innleggelser ved private samarbeidsparter i HSØ.

Pasientstrøm fra Diakonhjemmet sykehus til:	Antall liggedøgn i 2014
Akershus universitetssykehus HF	92
Oslo universitetssykehus HF	2930
Andre HF	232
Private avtalepartene totalt	8684
<b>Totalt</b>	<b>11938</b>

Tabell 2 viser antall liggedøgn pasienter fra Diakonhjemmet sykehus har brukt i 2014 ved Ahus, OUS, andre helseforetak i HSØ og ved private samarbeidsparter i HSØ. (Tallene er hentet fra HSØ RHF sin sammenstilling av liggedøgn fordelt på kommune/bydel fra 2014).

**Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)** krever gode pasientforløp med sømløse overganger både innen tjenestenivå i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert Nav sosialtjenesten.

Behandling og oppfølging av pasienter i TSB følger prinsippene om forankring og ivaretagelse på laveste effektive omsorgsnivå. Det innebærer at det er et uttalt mål at behandlingen skal starte og avsluttes i poliklinikk. Tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling kjennetegnes ved tverrfaglighet hvor lege, psykolog og sosionom skal være representert i behandlingstilbudet.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal det være spesialist som garanterer kunnskap og kompetanse på spesialistnivå i pasientbehandlingen.

#### Poliklinikk:

Hovedstadsprosessen ble gjennomført for å effektivisere spesialisthelsetjenestetilbudet til Oslo befolkning og unngå ”duplikat-tilbud”. Veien inn og ut av spesialisthelsetjeneste er gjennom poliklinikk. Det er rasjonelt og hensiktsmessig at lokalsykehusene i Oslo har et godt poliklinikktilbud innenfor TSB som samarbeider tett med sykehusets somatiske og psykiatriske avdelinger, for å kunne ivareta en helhetlig behandling av pasientene. Dette underbygger at Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Diakonhjemmet Sykehus (DS) drifter og videreutvikler behandlingstilbudet i sine ruspoliklinikker.

#### Døgn:

Private samarbeidsparter står for ca. 70 % av døgntilbudet i HSØ. Det er per i dag rundt 730 tilgjengelige private døgnplasser i regionen. Avtalene det regionale helseforetaket har inngått er løpende. Til tross for høy kapasitet på TSB døgnplasser i regionen er det etter faggruppens vurdering ikke optimalt samsvar mellom eksisterende tjenestetilbud og sykehusenes behov for innhold i tjenestene basert på pasientenes tilstand og sammensatte lidelser.

Pasientens tilstand vil være det som definerer lengden på døgntilbudet. Lengre tids oppfølging og rehabiliteringsoppgaver bør i større grad ivaretas på kommunalt nivå, også døgnoophold. Ved en slik utvikling vil døgnoopholdene i TSB bli kortere, mens den totale utrednings-, behandlings- og oppfølgingsperioden vil bli mer helhetlig og forankret lokalt. Nærhet til bydel og kommunens øvrige

tjenester vil sikre overgangene fra spesialisthelsetjenesten til førstelinjetjenesten, og på sikt føre til at Samhandlingsreformens intensjoner blir gjennomført. Behandling i TSB i dag fører til flere unødige brudd i behandlingsprosessen og overføringer mellom nivåer og organisasjoner.

Pasienter med ruslidelser har generelt høy sykkelighet, både somatisk og psykisk. Det er derfor avgjørende for gode pasientforløp med nærhet til somatikk og psykisk helsevern, samt solide og velfungerende støttefunksjoner. Et godt forankret og forpliktende samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig for gode pasientforløp.

#### 4.6.2 Forslag til endringer av pasientforløp

Forslag til endring:

- *Hvert av lokalsykehusene i Oslo bør på sikt etablere hvert sitt felles akuttmottak for TSB, psykisk helsevern og somatikk*

*Videre har arbeidsgruppen to ulike alternativer for pasientstrømmer;*

- *Beholde dagens pasientstrømmer på kort og mellomlang sikt, overføre til lokalsykehus på lang sikt. Hva som skal overføres og når må diskuteres mer inngående.*
- *Overføre en del av tilbudene som i dag ivaretas av områdefunksjon til lokalsykehus. Opprettholde områdefunksjon for LAR-behandling, tvang etter HOL kap. 10 (innledende fase) og rusakutt (ved evt større opptaksområde og utvikling av felles akuttmottak for somatikk, PHV og TSB vil det være naturlig å vurdere mottak for denne pasientgruppen i lokalsykehus.).*

#### Alternativ 1

##### **Endringsforslag fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus**

I perioden frem til 2030 kan det være aktuelt for LDS og DS å bygge opp egne plasser for TSB døgntilbud. Dette er plasser som ikke vil komme i tillegg til dagens overkapasitet til døgntilbud, men gi pasienter tilhørende de respektive opptaksområdene mulighet for døgntilbud i eget lokalsykehus. Behov for døgntilbud ved private institusjoner og OUS reduseres tilsvarende.

LDS og DS vurderer at det i dag ikke fungerer optimalt med 70 % private som i for stor grad ikke kan ta imot pasienter sykehuset selv vurderer er i behov av døgntilbud. LDS og DS ønsker derfor at det arbeides med bedre styring av disse plassene så de skal komme til gode de pasientene som har et faktisk behov for døgntilbud. En mulighet frem til LDS og DS har bygget ut egne sengeplasser for TSB Døgn kan være å øremerke plasser hos de private aktørene ift befolkningsvekst, sykkelighet og andre særtrekk i opptaksområdet. En slik ordning må i så fall gjelde for hele HSØ.

Et TSB døgntilbud på lokalsykehusnivå bør være

- Et korttidstilbud (døgn som støtte for polikliniske og ambulante tjenester)



- Med klar spesialisthelsetjenesteprofil, robust utrednings- og behandlingskompetanse som dekker TSB pasientenes sammensatte problemprofil/behov
- Individuelt tilrettelagte tilbud, hovedsakelig innenfor rammene av motiverende intervju og kognitiv/emosjonsfokuset terapi.
- I nær samhandling med psykisk helsevern

Særlig prioriterte pasientgrupper vil være unge voksne og de med sammensatte, uavklarte tilstander og behov for døgnstøtte for utredning.

Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus vurderer at fagområdet TSB ikke bør defineres som en områdefunksjon og at tjenestene i størst mulig grad skal organiseres som psykisk helsevern; dvs følge LEON-prinsippet, bygge opp lokalsykehus med poliklinisk behandling og TSB døgn, og nærhet til bydel/kommune.

Som områdefunksjoner ser LDS og DS det som hensiktsmessig at OUS ivaretar:

- LAR-behandling
- Rusakutt inkludert avgiftning (ved evt større opptaksområde og utvikling av felles akuttmottak for somatisk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling vil det være naturlig å vurdere mottak for denne pasientgruppen i lokalsykehus.)
- Tvang etter HOL kap. 10

### Oppsummerte forslag DS og LDS

- Ruspoliklinikkene ved LDS og DS er sidestilt med andre deler av behandlingstilbudene og er en del av disse sykehusenes organisering og ledelse.
- Hvert lokalsykehus rettighetsvurderer henvisninger av pasienter fra egen sektor, inkludert døgnbehandling
- Det må utarbeides et forpliktende systemsamarbeid rundt utvikling av tjenestetilbud og forløp mellom de fire sykehusene i Osloområdet og Oslo kommune
- Nærhet til lokalt psykisk helsevern og somatikk er viktig for pasientgruppen
- Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus vil kunne utvikle spesialiseringsmuligheter for både leger og psykologer

### Alternativ 2 – innmeldt fra OUS

TSB har kort tradisjon i spesialisthelsetjenesten og klinikknær fagutvikling og forskning må styrkes gjennom forankring i stabile fagmiljø med et stort tilfang av pasienter. Tjeneste- og kunnskapskravene til den nye legespesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin ble fastslått i 2014. Det er viktig at fagmiljøet har bredde og styrke for å sikre kvalitativt god pasientbehandling i fullverdige kliniske enheter som gir tellende tjeneste i spesialistutdanning for alle utdanningsløp.

### Rettighetsvurdering:

Det er det regionale helseforetak (RHF) som peker ut vurderingsinstanser i egen region. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten rettighetsvurderes fortrinnsvis ved det helseforetak/sykehus som tilbyr selve

tjenesten som foreslås. Henvisninger til behandling som sektorsykehuset ikke tilbyr videresendes til det aktuelle områdesykehuset for rettighetsvurdering.

OUS har det økonomiske ansvaret for fristbrudd for all døgnbehandling, også hos private aktører selv om henvisningen ikke er rettighetsvurdert i OUS. Det vil være naturlig og

hensiktsmessig at hvert lokalsykehus rettighetsvurderer henvisninger fra pasienter i egen sektor til eget pasienttilbud.

### **Oppsummert konklusjon fra OUS:**

- LDS og DS drifter og videreutvikler behandlingstilbudet i sine ruspoliklinikker
- Dagens differensiert døgnbehandlingstilbud organisert i OUS fortsetter å være en områdefunksjon koordinert på kort og mellomlang sikt. På lengre sikt må det diskuteres hvilke områder det er egnet å overføre til lokalsykehus
- Hvert lokalsykehus rettighetsvurderer henvisninger til eget behandlingstilbud, OUS rettighetsvurderer alle søknader om behandlingstilbud i døgn innenfor områdefunksjonene.
- Det må utarbeides et forpliktende systemsamarbeid rundt utvikling av tjenestetilbud og forløp mellom de fire sykehusene i Oslo- området og Oslo kommune

Konklusjonen ivaretar forutsetningen i mandatet om opprettholdelse av basisfunksjon i hvert lokalsykehus og best mulig utnyttelse av sykehuskapasiteten i området mtp faglighet og samling av funksjoner.

### **Akershus sykehusområde**

Akershus sykehusområde har kapasitet til å drifte og videreutvikle fagområdet TSB innenfor dagens organisering lokalisering.

Ved en eventuell tilbakeføring av bydelene Grorud, Alna og Stovner til Oslo vil OUS ha kapasitet til å ivareta områdefunksjon også for disse bydelene.

## **4.7 Innspill innen PHV og TSB fra Oslo kommune**

### **Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder**

**Prosjektets mandat; er å fremme forslag om en tydelig retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene Oslo og Akershus**

#### **4.7.1 Generelt om samhandling i Stortingsmelding 47 og veilederen «sammen for mestring» mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.**

- Sikre intensjonene i samhandlingsreformen
- Sikre felles forståelse hos de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten om intensjonene i samhandlingsreformen. (hva har kommunen ansvar for og hva har spesialisthelsetjenesten ansvar for)
- Kontinuerlig dialog om kapasitetsutfordringer inklusive de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Utvikling og kapasitetsutfordringer i sykehusområdene må sees i sammenheng med kapasitetsutfordringene i de kommunale helse - og omsorgstjenestene.
- Sikre en utvikling hvor kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten i større grad utvikles samtidig og bidrar til helhetlige og mer sømløse tiltak/tilbud.
- Sikre likeverdige tjenester til befolkningen i sykehusområdene på område Psykiatri og TSB, inklusive alderspsykiatri. (Det er i dag store ulikheter i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern TSB)
- Sikre at den lovpålagte strukturen for samhandling som Samarbeidsutvalg/ Samhandlingsforum mm er delaktig i vurderingen/ kommer med innspill om fremtidige behov/ kapasitetsutfordringer

### **Intensjonene i meld. St. 47 2008– 2009, Samhandlingsreformen**

*Utfordring 1:* Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Samhandlingsreformen peker på at det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon, preget av at målet er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

Det ligger i samhandlingsutfordringens vesen at aktører som bærer de ulike posisjonene må komme sammen og i fellesskap finne fram til tiltakene som gir bedre pasientforløp og mer samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger.<sup>1</sup>

**Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.**

14 St.meld. nr. 47 2008– 2009, Samhandlingsreformen

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Forebygging og tidlig innsats blir ofte tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Det er i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre Vest- europeiske land, i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov.

### **Hovedgrepene i Samhandlingsreformen**

Regjeringen vil, gjennom samhandlingsreformen;

- søke å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.
- lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester,
- uavhengig av personlig økonomi og bosted, skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen.

Kjernen i samhandlingsreformen er å søke å svare på alle de tre påpekte utfordringene. Det primære siktemålet med stortingsmeldingen er å legge fram forslag om hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren, slik det kommer til uttrykk i

---

<sup>1</sup> Meld. St. 47 2008– 2009, Samhandlingsreformen

hovedgrepene som omtales nedenfor. Dette er meldingens viktigste formål. Regjeringens følgende fem hovedgrep ble lagt frem:

- Klarere pasientrolle

Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

- Ny framtidig kommunerolle

Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer.

*I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helbetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helbetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).*

Et sentralt poeng i meldingen er at kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. I utviklingsarbeidet må det være oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe.

En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Dette vil bidra til å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne.

- Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene.

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. Som en del av arbeidet med

samhandlingsreformen er det foretatt en vurdering av innretningen av finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten med sikte på at dette skal understøtte målene i samhandlingsreformen.

- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet for befolkningen, både i den forstand at gode tjenester er tilgjengelige når de trengs, og at tilgjengeligheten gir befolkningen en trygghet i forhold til det offentlige tjenestetilbudet. At spesialisthelsetjenesten leverer kvalitativt gode tjenester, som tar opp i seg teknologi- og metodeutvikling som nasjonalt og internasjonalt skjer innenfor medisin og helsefag, er et viktig grunnlag for befolkningens trygghet. I samhandlingsreformen er det en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. *Dette kan primært skje på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene.* For at det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.<sup>2</sup>

### **Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet**

Her vil regjeringen skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten.

«Ingen beslutninger om meg, tas uten meg.» For å oppnå dette kreves endringer.

**Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.**

Samhandlingsreformens utfordrings- og målbilde er bredt forankret i Stortinget. Med reformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen.

<sup>3</sup>

### **Samhandling for et helhetlig og koordinert tjenestetilbud**

Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer.

Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid

<sup>2</sup> Meld. St. 47 2008–2009, Samhandlingsreformen

<sup>3</sup> Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet

krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begreps-forståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.

### **Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten**

I veilederen IS-2076, lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «sammen for mestring» er følgende definert;

#### **Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebefatter kommunenes, distriktpsikiatriske sentre (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet.**

God samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten styrker det lokale arbeidet. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse, og kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter. God samhandling forutsetter likeverd mellom tjenestenivåene, både i teoretisk og praktisk tilnærming til feltet. Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt definert hvordan problemene skal forstås, utredes og behandles. Økt samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten krever god dialog mellom tjenestenivåene.

Interesse og respekt for hverandres kompetanse og faglige innsikt vil utvide kompetansen, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Brukernes kompetanse må inngå som en del av fagperspektivene, og begge tjenestenivåene må ta utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv.<sup>4</sup>

#### **4.7.2 Innspill fra Helseetaten som inkluderer høringsrunde hos bydelene om retning for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i de to sykehusområdene Oslo og Akershus**

Sykehustjenester som befolkningen trenger ofte kan defineres som ”basisfunksjoner”. I basisfunksjoner inngår fagområdene med stort behov for samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Alle sykehusene i Osloområdet må ha god dekning innenfor definerte basisfunksjoner. Dette gjelder for indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB).

Innenfor indremedisin må sykehusene ha kompetanse som kan ivareta spesialitetene som utreder og behandler de volummessig største pasientgruppene. Eksempler på dette er lungesykdommer og hjertesykdommer. I tillegg ønsker vi å definere geriatri som en basisfunksjon. Geriatri omhandler fysiske, mentale, funksjonelle og sosiale tilstander hos den eldre pasienten. Innenfor dette området er samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten svært viktig.

---

<sup>4</sup> veilederen IS-2076, Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, SAMMEN OM MESTRING

Oslo kommune ønsker også at alle sykehusene tilbyr og følger opp pasienter i behov av palliativ kreftbehandling, og enklere cytostatikabehandling.

Sykehus med basisfunksjoner må ha akuttavdeling for psykisk syke pasienter, og DPS og BUP som kan ta i mot både eldre pasienter og barn og unge for utredning og oppfølging. Sykehussenger innenfor barnepsykiatri er i dag definert til to helseforetak. Dette er høyspesialiserte funksjoner som krever betydelig kompetanse og ressurser, og er hensiktsmessig fordelt på to sykehus slik det er i dag.

De vanligste psykiatriske diagnosene hos eldre er depresjon og demens med psykiatriske tilleggspolproblemer. Det er kompleksitet og alvorlighetsgraden av pasientens psykiske lidelse som avgjør om pasienten skal tas hånd om ved en alderspsykiatrisk avdeling. Etter vår oppfatning må alle lokalsykehus ha en basiskompetanse innenfor alderspsykiatri. Det bør vurderes om alle sykehusene bør ha noen senger som kan brukes til enklere alderspsykiatri. Eldre med kompliserte alderspsykiatriske problemstillinger skal henvises til de mer spesialiserte alderspsykiatriske enheter, som er godkjent for tvunget psykisk helsevern.

Oslo kommune ønsker definerte geografiske opptaksområder for basisfunksjoner for sine innbyggere. Det gir forutsigbarhet både for innbyggerne og de ansatte.



## 5 Onkologi (medikamentell kreftbehandling og palliasjon)

**Faggruppe:** Onkologi (medikamentell kreftbehandling og palliasjon)

**Medlemmer:** Reino Heikkilä (OUS), Olav Yri (Ahus), Thomas Svendsen (DS), Ann-Karin Solvang/  
Gudmund Nordby (LDS), Magne Flatlandsmo (støtteressurs Deloitte)

### Møter avholdt:

12. juni (felles oppstartsmøte)  
23. juni  
19. august  
26. august  
2. september  
16. september

### 5.1 Dagens pasientforløp/tilbud:

#### 5.1.1 Onkologi (medikamentell kreftbehandling)

Medikamentell kreftbehandling utføres i dag hovedsakelig ved OUS for bydelene som har lokalsykehustilhørighet til de tre Oslo-sykehusene. Det foregår medikamentell behandling av lungekreft for pasienter fra Lovisenberg sektor ved LDS. For bydelene Stovner, Alna og Grorud utføres medikamentell behandling ved AHUS. Den medikamentelle onkologiske behandlingen er for noen krefttyper og stadier helt eller delvis samlet ved OUS (regionalisert). Dette representerer i størrelsesorden 15% av det totale antallet polikliniske kurer. Stråleterapi utføres kun ved OUS for de to sykehusområdene. Dersom pasientene har behov for sykehusinnleggelse for komplikasjoner av den onkologiske behandlingen eller for andre, samtidige sykdommer, vil de i hovedsak bli behandlet ved sitt lokalsykehus. Det samme gjelder ved eventuelt behov for palliasjon, mens kontrollene etter behandlingen skjer ved hhv OUS og AHUS (tabell 1).

#### 5.1.2 Palliasjon

Faggruppen mener at palliasjon er, og bør være, en del av lokalsykehustilbudet. Det er lite aktuelt å endre dette. I tillegg er det et økt fokus på at palliasjon bør integreres med spesifikk onkologisk behandling tidlig i forløpet der behandlingsmålsettingen er palliativ. Dette kan være et argument for å bygge opp onkologisk kompetanse på lokalsykehusene

Både OUS og LDS har spesielle palliasjonstilbud. OUS har en palliasjonsenhet med 12 sengeplasser for pasienter på lokalsykehus- og regionsnivå, samlokalisert med Regionalt kompetansesenter for palliasjon. LDS driver Hospice Lovisenberg med 12 døgnplasser som tilbyr palliasjon på regionsnivå. AHUS har et palliativt senter med 9 senger. Alle sykehusene har palliative team.

Tabell 1: Skjematisk oversikt over dagens pasientforløp

Forløp	Diagnostikk og utredning	Kirurgi	Stråling	Medikamentell onkologi	Behandling av bivirkninger	Kontroll etter onkologisk behandling	Palliasjon
Brystkreft	OUS Ahus	OUS Ahus	OUS	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Kolorektal kreft*	OUS/DS* Ahus	OUS/DS* Ahus	OUS	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Lungekreft	OUS/LDS** Ahus	OUS Ahus	OUS	OUS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Prostatakreft	OUS Ahus	OUS Ahus	OUS	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Annen ikke-regionalisert	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Regionalisert	OUS Ahus	OUS	OUS	OUS	OUS/DS/LDS Ahus	OUS	OUS/DS/LDS Ahus

\*Diakonhjemmet sykehus diagnostiserer, utreder og opererer tykktarmskreft

\*\* Lovisenberg diagnostiserer og gir 1. linje medikamentell behandling av lungekreft

## 5.2 Endringsforslag

Medikamentell onkologisk behandling og kontroll ved de vanligste krefttypene (bryst-, prostata-, kolorektal- og lungekreft) kan for flertallet av pasientene som har DS eller LDS som sitt lokalsykehus overføres fra OUS til disse. Oppstart og gradvis opptrapping av denne aktiviteten fra 2017 kan under visse forutsetninger være mulig. Vi mener det er realistisk at 70% av pasientene med disse krefttypene innen 2024 kan få sin behandling ved DS og LDS. Det gir i så fall en dekningsgrad på om lag 50% av totalt antall kurer. Ved gradvis overtakelse av behandling av andre, ikke-regionaliserte behandlinger antas dekningsgraden å kunne øke til 70% fram mot 2030. Pasientforløpene etter en slik endring er skjematisk vist i tabell 2.

Tabell 2: Skjematisk oversikt over pasientforløp etter endring

Forløp	Diagnostikk og utredning	Kirurgi	Stråling	Medikamentell onkologi	Behandling av bivirkninger	Kontroll etter onkologisk behandling	Palliasjon
Brystkreft	OUS Ahus	OUS Ahus	OUS Ahus*	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Kolorektal kreft*	OUS/DS Ahus	OUS/DS Ahus	OUS Ahus*	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Lungekreft	OUS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS Ahus*	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Prostatakreft	OUS Ahus	OUS Ahus	OUS Ahus*	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Annen ikke-regionalisert	OUS/DS/LDS Ahus	OUS Ahus	OUS Ahus*	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus	OUS/DS/LDS Ahus
Regionalisert	OUS Ahus	OUS	OUS	OUS	OUS/DS/LDS Ahus	OUS	OUS/DS/LDS Ahus

\*Forslag om utbygging av stråleterapi ved Ahus innen 2030 er til behandling i HSØ, som ledd i en samlet plan for utbygging av stråleterapi i regionen.

Viktige konsekvenser av forslaget:

- Avlaster OUS. En trinnvis innfasing, med 50% dekningsgrad innen 2024 og 70% dekningsgrad innen 2030 gir grunnlag for et relativt stabilt antall kurer ved OUS fram til 2030 (figur 1 og figur 2).
- Pasientforløpene får bedre kontinuitet. Medikamentell behandling, komplikasjonsbehandling, behandling av komorbiditet, onkologisk kontroll og palliasjon integreres i større grad ved samme sykehus
- Krever ikke flere senger ut over det som følger av insidensøkning. Behandlingen er poliklinisk, DS og LDS har fra før ansvar for behandling av akutte komplikasjoner og palliasjonsbehov.

Viktige forutsetninger for forslaget:

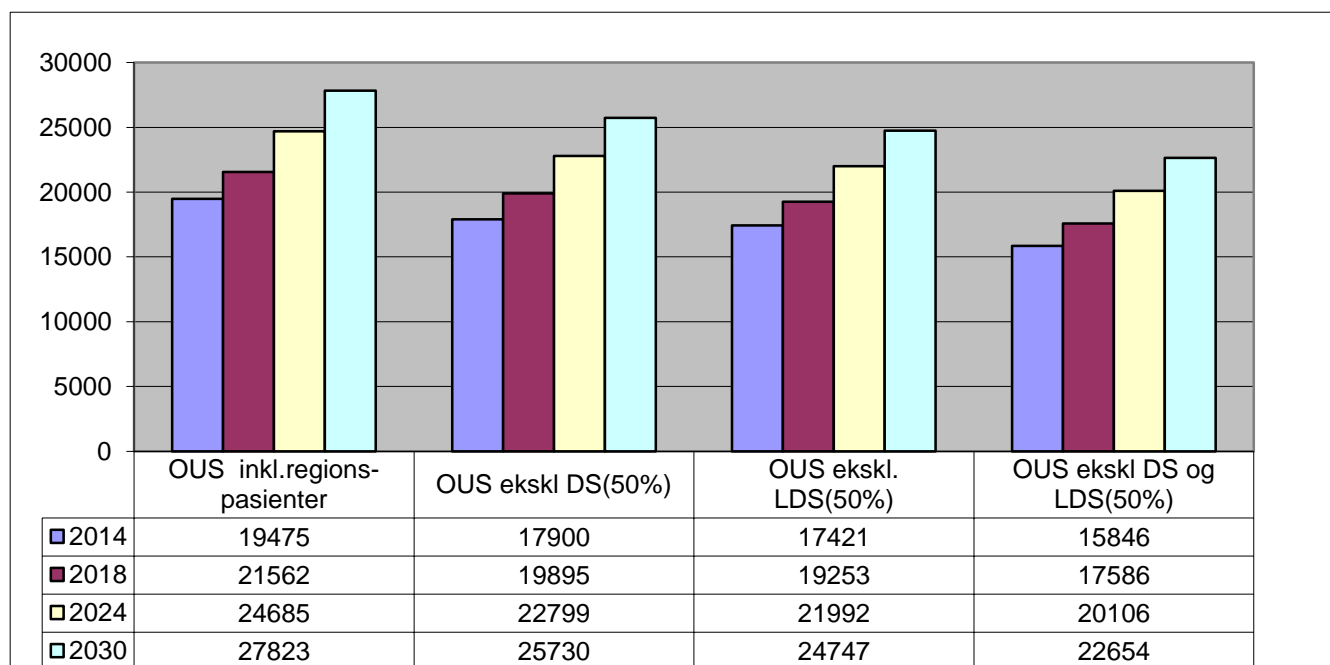
- Akuttmedisinsk tilbud og tilstrekkelig omfattende kliniske støttefunksjoner (eks. infeksjons-, hjerte-, gastro- og lungemedisin) opprettholdes ved lokalsykehusene
- En stab med tilstrekkelig størrelse til å ivareta kompetanse og sikker kapasitet må bygges opp på de to sykehusene. Onkologer, evt. andre spesialister (eks. hematolog, lungelege), og sykepleiere med særlig kompetanse/onkologiske sykepleiere er nøkkelpersonell. For å ivareta dette, og det estimerte behandlingsvolumet, er det nødvendig med en stab på minst fire spesialister, hvorav minst to onkologer. Den palliative kompetansen må i tillegg videreføres ved sykehusene, og kapasiteten utvides i samsvar med insidensøkning.
- Avhengig av velfungerende multidisiplinære team (MDT) som samarbeider om pasientene på tvers av institusjonsgrensene. Slike team er allerede etablert ved OUS og Ahus for å ivareta kvaliteten på behandlingsoppleggene, og DS og LDS må tas med i disse teamene slik det er hensiktsmessig.

- Fritt sykehusvalg gjør i prinsippet beregninger av dekningsgrad usikre. En oppbygging til dekningsgrad på 70% forutsetter at det er etablert tydelige og fastlagte pasientforløp som kan kommuniseres ved start av forløpet
- Den onkologiske polikliniske aktiviteten må være knyttet til lokalsykehusfunksjonen. Det innebærer at eventuelle endringer i opptaksområder for medikamentell onkologisk behandling og palliasjon må følge endringer i opptaksområde for lokalsykehusansvar.

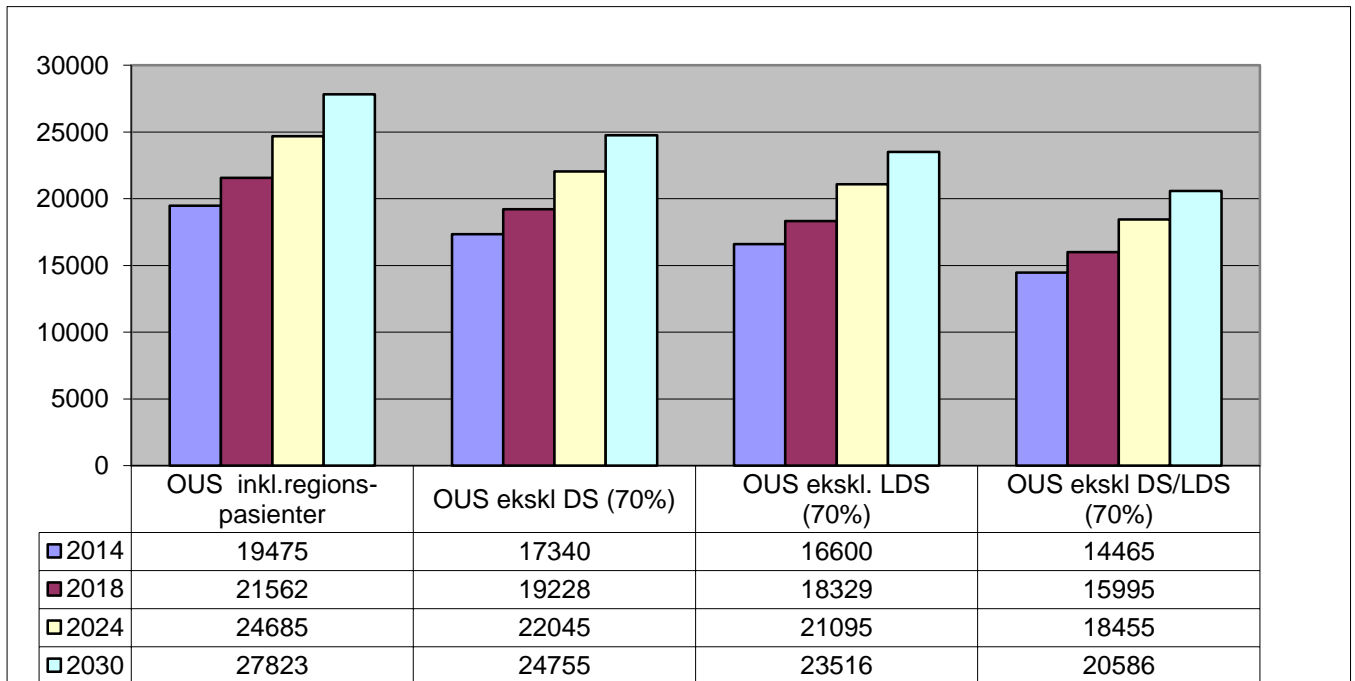
### 5.3 Kvantifisering av aktivitet og endringer

Antall gjennomførte infusjonskurer kan brukes som en indikator på aktivitetsvolumet ved medikamentell onkologisk behandling, selv om arbeidet med pasientene omfatter mye mer, inklusive utredning, informasjon, peroral behandling og kontroll. Basert på observert antall kurer ved OUS i 2014, fordeling av folkemengde i lokalsykehusområdene, estimert utvikling i kreftinsidens og antatt stabilt forhold mellom insidens og antall kurer, kan antallet onkologiske infusjonskurer ved OUS, med eller uten overføring av en andel av kurene til DS og/eller LDS, beregnes fram til 2030. Figur 1 viser utviklingen, forutsatt 50% dekningsgrad ved DS og LDS, figur 2 viser tilsvarende ved 70% dekningsgrad.

Figur 1. Estimert antall onkologiske infusjonskurer ved OUS, forutsatt 50% dekningsgrad ved DS og LDS



Figur 2. Estimert antall onkologiske infusjonskurer ved OUS, forutsatt 70% dekningsgrad ved DS og LDS



Tabell 3 viser beregnet antall kurer ved DS og LDS i 2014 og 2030 med dekningsgrad på hhv 50% og 70%. Antallet kurer ved Ahus og ved OUS under ulike betingelse også vist. Beregnet antall kurer for pasienter hjemmehørende i bydelene Alna og Stovner/Grorud er vist, som en illustrasjon på kvantitative konsekvenser av eventuelle endringer i opptaksområder. Tallene for disse bydelene representerer 70% av det totale antallet kurer i området, basert på at de resterende 30% antas å måtte være ved OUS, dels på grunn av regionsykehusfunksjoner, dels på grunn av fritt sykehusvalg.

Tabell 3: Kvantifisering (kurtall) ved ulike sykehus og scenarier

Sykehus	År	Folketall	Antall kurer	Dekningsgrad
DS	2014	133 000	1600	50 %
			2100	70 %
	2030	156 000	2100	50 %
			3000	70 %
LDS	2014	176 000	2000	50 %
			2900	70 %
	2030	225 000	3100	50 %
			4300	70 %
OUS uendret	2014		19500	
	2030		27800	
OUS -DS/LDS	2014		15800	50 %
	2030		22600	70 %
	2014		14400	50 %
	2030		20600	70 %
Ahus uendret	2014	470 000	9200	75%
	2030	580 000	13200	
Alna	2014	48 000	770	
	2030	59 000	1080	70 %
Stovner/Grorud	2014	58 000	940	
	2030	70 000	1320	

Antallet kurer ved DS vil ved dekningsgrader under 70% fram til 2030 være noe under 3000 per år. Flere onkologiske poliklinikker i regionen (Gjøvik, Hamar, Drammen og Skien) har kurtall på rundt 3000, i samme størrelsesorden som estimert for DS ved 70% egendekning i 2030, og for LDS allerede fra oppstart (tabell 4). Forslaget om en minimumsbemanning på fire overleger (hvorav minst to onkologer) ved poliklinikkene på DS og LDS er basert på disse aktivitetstallene, og bemanningen ved tilsvarende poliklinikker i regionen. Denne bemanningen tar hand om det samlede medikamentell-onkologiske arbeidet, ikke bare gjennomføring av kurene. Eventuelle overføringer av lokalsykehusansvar for flere bydeler til DS og LDS vil øke volumet.

Tabell 4: Antall onkologiske infusjonskurer ved et utvalg onkologiske poliklinikker i regionen.

<b>Sykehus</b>	<b>År</b>	<b>Folketall</b>	<b>Antall kurer</b>	<b>Dekningsgrad</b>
Gjøvik	2014	189 000	3000	
Hamar	2014	195 000	3000	
Ahus	2014	470 000	9200	
Bærum	2014	180 000	4500	
Drammen	2014	220 000	3500*	85% (?)
Tønsberg	2014	227 000	4600*	
Skien	2014	170 000	3000*	

## 6 Elektiv ortopedi og eldre med brudd

**Medlemmer:** Jan Harald Røtterud (Ahus – leder), Vera Halvorsen (OUS), Kari Eikvar (DS), Lars Vasli (LDS)

### Møter avholdt:

- 12. juni (felles oppstartsmøte)
- 22. juni
- 12. august
- 27. august
- 9. september

### 6.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud

Figur 1: Dagens pasientstrømmer/tilbud

Sykehus	Ansvar og tilbud
OUS	Akutt ortopedi for barn/voksne i opptaksområde Akutt ortopedi for Lovisenberg opptaksområde Regions- og landsfunksjoner
Ahus	Akutt ortopedi for barn/voksne i opptaksområde Elektiv ortopedi
Diakonhjemmets sykehus	Akutt ortopedi for voksne i opptaksområde Elektiv ortopedi Reumakirurgi
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Elektiv ortopedi

### 6.2 Overordnede temaer som er diskutert og lagt til grunn

- Et visst antall av pasienter/operasjoner er grunnleggende for god kvalitet og robuste fagmiljøer
- Optimalisering av dagens drift på det enkelte sykehus/ utnytte eksisterende kapasitet optimalt
- Helhetlige pasientforløp

### 6.3 Endringsforslag

Gruppen har kommet frem til tre pasientforløp som kunne være aktuelle for endring:

- Primære «ortopediske» infeksjoner (eksl postoperative infeksjoner), fra OUS til LDS
- Eldre med brudd
- Dagkirurgisk behandling av skader/brudd



### 6.3.1 Primære ortopediske infeksjoner (eksl. postoperative infeksjoner)

Pasientgruppen er ikke ensartet, men inneholder bl.a. osteomyelitter, abscesser, diabetiske sår og andre typer sår etc. Dette er pasienter som i mange tilfeller kommer i skjæringspunktet mellom ortopedi, generell kirurgi og infeksjonsmedisin og således faglig sett burde vært sett i sammenheng med indremedisin. Innen denne pasientgruppen er det relativt sett høy aktivitet/behov i Lovisenbergs opptaksområde på OUS. Mange av pasientene har lang liggetid og behov for gjentatte kirurgiske inngrep, med poliklinisk oppfølging både underveis og i etterkant. Oppbygging av et tilbud til denne pasientgruppen på LDS vil avlaste OUS (og evt AHUS), skape større faglig bredde/styrke indremedisinsk tilbud ved LDS og øke egendekningsgraden ved LDS. Erfaringsmessig er dette en pasientgruppen som krever døgnkontinuerlig beredskap, men ikke nødvendigvis tilstedeværelse av kirurg da mye av aktiviteten kan styres som ”halvøyeblikkelig hjelp” på dagtid.

Aktivitet på OUS knyttet til pasienter fra Lovisenbergs opptaksområde var i 2014:

Totalt 1649 pasientkontakter, hvorav 1504 dagbehandling/poliklinikk og 145 døgnopphold. Det ble registrert 1242 liggedager i 2014. Aktivitetsdata er tatt ut for diagnosekodene: M86 (osteomyelitt med og uten diabetes), L02, L03, L89, L97, M60

Man kan se for seg å bygge opp kirurgisk kompetanse og kapasitet på Lovisenberg til å ta seg av denne pasientgruppen, gjerne i kombinasjon med andre infeksjonstilstander innen ortopedi.

Skisse pasientforløp:

Tre veier inn:

- Innleggelse via fastlege/legevakt
- Innleggelse via mottaket/ortopedisk avdeling OUS
- Innleggelse fra egen medisinsk avdeling

Krav til kompetanse/kapasitet:

- Beredskap, men ikke nødvendigvis tilstedevakt
- Fungerende og godt samarbeid med infeksjonsmedisiner
- Operasjonskapasitet
- Poliklinisk kapasitet

### 6.3.2 Eldre med brudd

Faggruppen har her konsentrert seg om den største undergruppen av «Eldre med brudd», som er pasienter med brudd i øvre femurende (hoftebrudd, lårhalsbrudd). Dette er en gruppe hvor dødeligheten første år etter skaden er meget høy, 20-25%. Oslo har en av de høyeste insidenser av lårhalsbrudd i verden. Det har i flere år vært stor interesse for å kartlegge resultater av pleie og behandling, og det er utført mange og anerkjente vitenskapelige studier, spesielt ved OUS. Studiene har tatt for seg insidenskartlegging, implantatbruk, komplikasjoner, postoperativt funksjonsnivå, ernæring, dødelighet, helseøkonomi og organisering av behandlingsevne.

Oslo-pasienter med lårhalsbrudd opereres ved Diakonhjemmet sykehus (416 i 2014), ved OUS-Ullevål sykehus (261 i 2014) og ved A-hus (104 i 2014 fra bydelene Grorud, Stovner og Alna). Flere store, anerkjente vitenskapelige studier fra inn- og utland de seneste årene har vist at overlevelse, postoperativt funksjonsnivå, selvhjelpenhet og risiko for reoperasjoner er avhengig av kort preoperativ liggetid og valg av rett implantat og operasjonsteknikk. Det er også holdepunkter for at en geriatrisk tilnærming er nyttig i den postoperative behandling, bl.a. i forhold til vurdering av pasientenes medikamentbehov. En norsk studie har vist doblet dødelighet for pasienter som får postoperativ sårinfeksjon. Selv om det er grunn til å tro at snarlig postoperativ rehabilitering i bydel er viktig for å gjenvinne funksjonsnivå, har en svensk studie nylig vist at for tidlig utskrivning fra sykehus, gir økt dødelighet hos denne sårbare pasientgruppen. Det er veldokumentert at tidlig tverrfaglig rehabilitering i sykehus er effektivt med tanke på gode, langsiktige resultater. Ved at pasientene i større grad er selvhjelpne og har færre komplikasjoner ved første utskrivelse, har de færre reinnleggelser. Best mulig behandling ved første innleggelse, er god helseøkonomi og har også vist seg å være direkte kostnadsbesparende.

Lårhalsbruddpasientene er en stor og sårbar gruppe. Det er godt dokumentert hva man må få til pre-, per- og postoperativt for å unngå komplikasjoner og for å optimalisere funksjonsnivå og bedre overlevelse. Alle tre sykehus som nå opererer disse pasientene har innført standardiserte pasientforløp, men i varierende grad. Det er mao på like og ulike områder fortsatt potensiale for forbedring innenfor gode og effektive pasientsløyfer, geriatrisk tilnærming, medikamentell behandling, ernæring, kirurgisk teknikk og implantatvalg, overvåkning og forebygging av infeksjoner, postoperativ tverrfaglig rehabilitering, samt undervisning og forskning. Faggruppen er delt i synet på hvor mange steder i Oslo som bør behandle brudd i øvre ende av lårbenet. Antallet pasienter totalt er stort nok til at flere steder kan inneha tilstrekkelig volum og kompetanse, i tillegg kommer utdanningsmessige konsekvenser av å samle denne kirurgien på få steder.

På sikt kan man tenke seg at Oslo og Akershus hadde hvert sitt lårhalsbruddsenter hvor alle nødvendige fagdisipliner støttet opp om behandlingen og hvor alle de øvrige forutsetninger for optimal behandling, oppfølging, undervisning og forskning var til stede. Disse sentrene måtte i tilfelle være tilknyttet et forskningsmiljø som kunne dokumentere praksis og videreutvikle den beste behandlingen. Et lårhalsbruddsenter kan ikke realiseres på kort sikt, i mellomtiden må man øke forutsetningene for god behandling på de nåværende behandlingssteder.

### **6.3.3 Pasienter med brudd/seneskader i underarm/håndledd/hånd/ankel/fot – Dagkirurgisk ø-hjelp (delayed emergency surgery)**

En stor stor andel av disse pasientene er velegnet for dagkirurgisk behandling (yngre, ellers friske pasienter) og er i utgangspunktet ikke i behov av innleggelse. Ahus har gode erfaringer med dagkirurgiske pasientforløp (ca 800 per år) for denne pasientgruppen og har redusert behovet for senger betydelig. Selv om dette tilbudet også finnes i noen grad ved OUS og Diakonhjemmet i dag, er det et stort potensial ifht innsparte liggedøgn dersom «Ahusmodellen» innføres fullt ut også i Oslo SO. Volum er her avgjørende for kvalitet, faglig kompetanse, samt forutsigbar og effektiv drift. Disse

operasjonene kan/bør således samles et sted i Oslo SO, slik som i Akershus SO. Videre betinger et dagkirurgisk pasientforløp for denne pasientgruppen et nært samarbeid med legevakt, hvor forløpene er klare og definerte allerede fra legevakt. Utdanningsmessige konsekvenser av å samle denne kirurgien på få steder må også ivaretas.

## **6.4 Andre forhold**

Gruppen har i tillegg diskutert og konkludert når det gjelder fire andre emner:

### **6.4.1 Akutt ortopedi voksne**

Gruppen anser det som lite aktuelt å åpne enda et fullstendig akuttkirurgisk mottak for ortopedi i Oslo SO i tidsperioden frem mot 2030. Det akutt ortopediske tilbudet ved Lovisenberg kan utvikles på andre måter.

### **6.4.2 Barneortopedi**

Hverken Diakonhjemmet eller Lovisenberg har i dag tilbud innenfor barneortopedi. Dersom Oslobydelene (Stovner, Grorud og Alna) skal tilbakeføres til Oslo, kan Ahus beholde områdefunksjoner for disse bydelene innenfor akutt og elektiv barneortopedi. Dette både for å opprettholde volum og faglig kompetanse, samt unngå at OUS blir belastet med flere pasienter. Gruppen ser det som lite aktuelt/hensiktsmessig å bygge opp enda et ortopedisk tilbud for barn i Oslo og Akershus SO, i tidsperioden.

### **6.4.3 Ryggkirurgi**

Hverken Diakonhjemmet eller Lovisenberg har i dag tilbud innenfor ryggkirurgi. Dersom Oslobydelene (Stovner, Grorud og Alna) skal tilbakeføres til Oslo, kan Ahus beholde områdefunksjoner for disse bydelene innenfor akutt og elektiv ryggkirurgi. Dette både for å opprettholde volum og faglig kompetanse, samt unngå at OUS blir belastet med flere pasienter. Gruppen ser det som lite aktuelt/hensiktsmessig å bygge opp enda et ryggkirurgisk tilbud i Oslo og Akershus SO i tidsperioden frem mot 2030.

### **6.4.4 Forfotskirurgi**

Innenfor forfotskirurgi er det lange ventelister ved OUS og Ahus. En gjennomgang viser at 20% kunne vært behandlet på et annet sykehus. Det er kapasitet på andre sykehus til å gjøre dette. OUS og Ahus jobber videre med denne problemstillingen.

## **7 Urologi (eksklusive cancerkirurgi), benign gastrokirurgi og fedmekirurgi**

### **7.1 Mandat**

Faggruppens mandat er beskrevet slik i notat av 11. juni 2015:

#### **Faggruppens mandat**

Faggruppens mandat er å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen sitt fagområde. Faggruppens forslag skal samlet sett bidra til bedre utnyttelse av alle sykehus i sykehusområdet.

Faggruppene skal:

- Kortfattet beskrive dagens pasientstrøm og oppgavedeling innenfor sitt fagområde
- Utarbeide forslag til endringer i hovedstrømmer av pasienter mellom de fire sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder innenfor sitt fagområde og vurdere mulige samlinger av områder. Et delmål i dette prosjektet skal også være å øke egendekningen for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Gruppene bes også om å komme med forslag til endringer som medfører en økning av egendekningsgraden ved disse sykehusene
- Forslagene skal ha som utgangspunkt best mulig utnyttelse av sykehuskapasiteten i området og/eller faglige hensyn for å samle funksjoner.
- Endringene skal, så langt det er mulig, beskrives på kort sikt (2018), mellomlang sikt (2020-2025) og lang sikt (2030)
- Forslagene skal kvantifiseres i antall opphold/liggedager per år så langt dette er mulig og med utgangspunkt i dagens aktivitetstall
- Oppsummere faglige konsekvenser av de foreslåtte endringer i pasientstrømmen/pasientforløpene innenfor sitt fagområde

### **7.2 Medlemmer i arbeidsgruppen**

Morten Tandberg Eriksen (OUS, leder av faggruppen), Anders Husby (Diakonhjemmet), Geir Arne Larsen (AHUS), Ivar Thor Jonsson (AHUS), Jon Kristinsson (OUS), Lars Vasli (Lovisenberg), Ole Jacob Nilsen (OUS), Tom Glomsaker (OUS) og Hein Enger Halvorsen (Deloitte, prosjektstøtte).

### **7.3 Arbeidsform**

Faggruppen har avholdt arbeidsmøter 12. juni, 24. august, 7. september og 14. september og ellers kommunisert per epost.

## Dagens pasientstrømmer/tilbud

### 7.4 Tallgrunnlag

For videre definisjon av pasientgruppene som omfattes av mandatet har gruppen tatt utgangspunkt i følgende ICD-10 koder (hoved og/eller bidiagnose):

Gastrokirurgi: R10, K35-38, K40-46, K52, K55-64, K65-67, K80-87, K90-93

Urologi: R31, R33, N13, N20-23, N25-29, N30-39, N40-51, N99

Fedme: E66

Fordelt på: Døgn – dag – poliklinikk og elektiv – øyeblikkelig hjelp.

Dette utvalget vil ikke skille på innleggelser i kirurgiske og medisinske avdelinger fordi avdelingstilhørighet ikke registreres i NPR. Det vil derfor være pasienter innen disse gruppene som kan være innlagt i gastromedisinske enheter for kodene under K, samtidig som enkelte koder under N vil kunne benyttes ved innleggelse i indremedisinske eller nyremedisinske enheter.

Faggruppen har videre valgt å benytte både hoved- og bidiagnoser. Dette vil kunne gi en viss overrapportering. Problemstillingen tas opp igjen under forslag til endring.

### 7.5 Beskrivelse av fagområdene

**Benign gastrokirurgi** omfatter all gastrokirurgi som ikke gjelder kreft. **Fedmekirurgi** er en del av dette fagområdet. Hoveddelen av overvektsbehandlingen er medisinsk med stor poliklinisk aktivitet. Fedmekirurgien drives de fleste steder som en mer eller mindre autonom enhet innenfor en gastrokirurgisk eller kirurgisk avdeling, med stor grad av strukturerte pasientforløp og korte liggetider.

Foruten fedmekirurgien kjennetegnes benign gastrokirurgi av en stor andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, i hovedsak magesmerter, hvor bare 20-30 % vil bli operert. To områder peker seg ut med et elektivt tilbud, brokk-kirurgi og galleoperasjoner. Innen brokk-kirurgi har Lovisenberg i dag et rent elektivt tilbud og opererer ca. 250 brokk årlig. Fritt sykehusvalg brukes innen dette området nokså aktivt, uten at dette er tallfestet. Gallekirurgi gjøres dels akutt i forbindelse med øyeblikkelig hjelp-innleggelser, men det største antallet gjøres planlagt. Både brokk- og gallekirurgi er i hovedsak dagkirurgiske inngrep.

Innen gastrokirurgi har AHUS, OUS og Diakonhjemmet fullverdig tilbud inkludert vaktordning for sitt opptaksområde med noen unntak: Diakonhjemmet har ikke vaktfunksjon for endoskopi og AHUS har ikke 24t vaktfunksjon innen ERCP. Ved behov blir disse pasientene sendt til OUS. Lovisenberg har beredskap kun for komplikasjoner til egne operasjoner.

**Barn under 18 år** innlegges og behandles på AHUS, som har egen barneavdeling. Diakonhjemmet henviser disse pasientene til OUS.

**Benign urologi** er et volummessig stort fagområde, men behandlingen er i stor grad elektiv og i hovedsak poliklinisk og dagkirurgisk og med liten andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser. Hovedområdene omfatter vannlatingsforstyrrelser og stenproblematikk. AHUS og OUS har i dag et

fullverdig tilbud innen dette fagområdet, inkludert vaktordning. Diakonhjemmet og Lovisenberg har ikke et slikt tilbud.

## 7.6 Tallgrunnlag

Det er hentet inn tallgrunnlag fra NPR som angitt i 2.1, fordelt på sykehus og opptaksområder. Fullstendig grunnlag presenteres i vedlegg.

I nedenstående tabell vises et utdrag av aktiviteten, med fordeling av innleggelser omregnet til senger for benign urologi og gastrokirurgi for pasienter i Oslo og Akershus. Fargemarkering angir hvilke sykehus som har vaktkompetanse innen fagområdet. Disse tallene gir som tidligere beskrevet for høye tall innen urologi.

Antall senger generert av pasienter fra Oslo og Akershus i 2014 (Antall senger er omregnet fra innleggelser 365 dager/85% beleg) *					
	Benign urologi		Benign gastrokirurgi		Fedmekirurgi
	Ø.-hjelp	Elektiv	Ø.-hjelp	Elektiv	Ø.-hjelp+ elektiv
AHUS	34 senger	7 senger	62 senger	8 senger	1 senger
OUS	25 senger	11 senger	49 senger	14 senger	2 senger
Diakonhjemmet	9 senger		13 senger	3 senger	
Lovisenberg	4 senger		5 senger	1 senger	

\* Inkluderer medisinske opphold

Tabell 1: Utdrag fra oversikt over pasientfordeling i Oslo og Akershus, Kilde: NPR

I forslaget fra faggruppen vurderes bydelene Alna, Grorud og Stovner. For å sikre et mer korrekt tallgrunnlag for dette området har vi innhentet tallgrunnlag fra AHUS. Dette tallgrunnlaget gjør det mulig å skille ut hvilke pasienter som er innlagt på hhv. gastrokirurgisk og urologisk avdeling på AHUS og er det grunnlaget som diskuteres videre i forslaget.

Antall senger generert av pasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stover på AHUS i 2014		
	Urologisk avdeling	Gastrokirurgisk avdeling
Akutt	3 senger	11 senger
Elektivt	2 senger	3 senger
Totalt	5 senger	14 senger

Tabell 2: Antall senger generert av pasienter fra bydelene Alna, Grorud og Stovner på Ahus i 2014. Kilde: Datauttrekk Ahus, 2014.

## **7.7 Generelle vurderinger**

### **7.7.1 Fedmekirurgi utelates**

Etter diskusjon i gruppen er det enighet om å utelate fedmekirurgi fra videre diskusjoner og vurderinger. Fedmekirurgi drives på Aker og Bærum innen Oslo og Akershus sykehusområde og er i stor grad styrt av pasientens ønske og fritt sykehusvalg. Det synes som tilbudet nå dekker behovet og gruppen foreslår at videre aktivitet på OUS - Aker videreføres uten endringer. Fedmekirurgi vil således være inkludert i tallmaterialet for pasientstrømmer, men ikke diskuteres videre.

### **7.7.2 Flytt av hele fagområder**

Gruppen er samlet i sin vurdering om at det ikke er hensiktsmessig å trekke ut deler av pasientstrømmene innen gastrokirurgi og urologi. Øyeblikkelig hjelp-funksjonen krever mye arbeidskraft tilstede utenom arbeidstid, noe som gjør at disse også må kunne drive planlagt kirurgi på dagtid. Undervisning i kirurgiske fag skjer i stor grad på dagtid, og det er vanskelig å tilrettelegge for god drift med for mye øyeblikkelig hjelp i forhold til planlagt aktivitet. De elektive behandlingsformene som kunne tenkes flyttet er også godt ivaretatt gjennom fritt sykehusvalg og sykehusenes mulighet til selv å avtale behandlingssamarbeid, slik at effekten også vil bli liten.

Det er derfor viktig at kapasitet til elektiv kirurgi beholdes, tilsvarende som for området øyeblikkelig hjelp. En overføring av pasienter fra AHUS bør derfor skje ved å endre opptaksområdene.

### **7.7.3 Akuttkirurgi på Lovisenberg**

Faggruppen vurderer på generelt grunnlag at det ikke er fornuftig å bygge opp ytterligere ett kirurgisk akuttmottak i Oslo. Det er behov for et visst volum for å drifte en akuttkirurgisk enhet grunnet større spesialisering i fagområdet enn innen generell indremedisin. Videre kreves betydelige ressurser i vaktordninger og overvåking, anestesi og diagnostiske funksjoner. I et langsiktig perspektiv er det mulig at antall kirurgiske akuttmottak må økes fra to til tre, men dette må da samkjøres med planer for nytt lokalsykehus i OUS. Faggruppen ser samtidig flere ulemper ved dagens modell uten akuttkirurgi på Lovisenberg og deling av bydeler i medisinske og kirurgiske pasienter, men modellen har samtidig vært i drift i svært mange år uten alvorlige avvik.

## 7.9 Endringsforslag

### 7.9.1 Overføring av opptaksområdet Grorud, Stovner og Alna til Oslo sykehusområde

Faggruppen foreslår å overføre pasientene fra Alna, Grorud og Stovner bydeler innen fagområdene gastrokirurgi og urologi tilbake til Oslo sykehusområde. Dette er innen faggruppens mandat, men det vil åpenbart være gunstig om også andre fagområder følger med for å kunne gjøre pasientfordelingen enklere. Konsekvenser av dette i form av sengetall for våre fagområder er skissert i tabell 2. Totalt kan omkring 19 senger frigjøres ved AHUS dersom ansvaret for bydelene Alna, Grorud og Stovner overføres til Oslosykehusene.

Faggruppen mener dette på kort sikt kan løses ved at Diakonhjemmet øker sitt opptaksområde, men mest hensiktsmessig ved en intern rokade av bydeler i Oslo for å ivareta geografisk nærhet. Faggruppen har ikke vurdert om Diakonhjemmet har kapasitet til en slik økning, kun at de faglige forutsetningene er tilstede. Gastrokirurgisk seksjon ved Diakonhjemmet er slik gruppen forstår fullt belastet i dag, men interne endringer kan kanskje frigjøre kapasitet, uten at dette er konkretisert. En overføring kan skje relativt raskt med en eller to av bydelene, avhengig av kapasitet i Oslo sykehusområde. På mellomlang sikt kan dette økes til å omfatte alle tre bydelene dersom det ikke er kapasitet på kort sikt. I et langsiktig perspektiv mener faggruppen at endringer som nybygg ved OUS og mulig nytt lokalsykehus er så store at dette ikke er hensiktsmessig å vurdere.

### 7.9.2 Konsekvenser

#### *Håndtering av barn under 18 år*

AHUS har en noe bedre kapasitet til å håndtere innleggelser i barneavdeling. På kort sikt kan det derfor tenkes at disse fortsatt skal gå til AHUS fra de tre Oslo-bydelene, imidlertid vil dette også avhenge av hvordan Helse Sør-Øst samlet velger å håndtere pasientgruppene innen fødsler og pediatri. På mellomlang og lang sikt mener faggruppen at det vil være best om bydelene kan få et samlet somatisk spesialisttilbud innen Oslo sykehusområde. Gruppens tallgrunnlag er ikke splittet opp på alder, en slik inndeling av tallgrunnlaget fra AHUS ville kunne gi konkrete tall for omfanget.

#### *Lovisenberg Diakonale Sykehus*

Forslaget får ingen umiddelbar konsekvens for Lovisenberg Diakonale sykehus innen dette fagområdet.

#### *Diakonhjemmet Sykehus*

Gitt bygnings- og personellmessig kapasitet vil økningen i opptaksområdet gjennomføres uten større endringer i fagområdet. utfordringen vil være urologi, hvor Diakonhjemmet i dag ikke har et tilbud. Faggruppen har diskutert om egendekningen på Diakonhjemmet kan økes ved etablering av et urologisk tilbud. I dag er det bare OUS i Oslo som har urologi, og denne er internt organisert på tre forskjellige steder i OUS. Fra urologisk side er det derfor et svært tydelig signal om at man ikke ønsker flere urologiske driftssteder. Det vil heller ikke være grunnlag for en egen urologisk avdeling med vaktfunksjon, gitt at kreftkirurgien innen urologi fortsatt er samlet i OUS.



Deler av faggruppen mener at en poliklinisk/dagkirurgisk urologisk virksomhet på Diakonhjemmet (uten etablering av nye vaktordninger) bør kunne utredes som modell. Dette er en modell som har flere likhetstrekk med modellen på Haraldsplass Diakonale sykehus. Haraldsplass har nærmest en urologisk dagenhet med enkelte urologiske senger. En slik virksomhet vil kunne tilby urologisk kompetanse på dagtid for vurdering av innlagte i andre avdelinger. Det urologiske miljøet støtter ikke et slikt forslag.

De siste årene har medført en sentralisering av enkelte kreftformer som om rectumcancer og øvre GI-cancer, men Diakonhjemmet behandler fortsatt coloncancer. En overføring som foreslått vil gi Diakonhjemmet en økning innen coloncancerkirurgi som vil være ønsket for å få et større fagmiljø. Både OUS og AHUS vil ha et opptaksområde som er stort nok til å ivareta god kreftkirurgi.

### **OUS**

For OUS vil overføringen bety en økning i pasienter og senger som følge av Diakonhjemmets dekningsgrad. Dette vil gjøre seg merkbart innen urologi (kommentert i 4.2.3) og kreftkirurgi, hvor et usikkert antall rectumcancerpasienter vil overføres fra AHUS til OUS. Tallet er usikkert fordi inntrykket er at det også i dag er en lekkasje av denne pasientgruppen fra AHUS Oslo-bydeler til OUS. Vurdering og behandling av barn er beskrevet i 4.2.1.

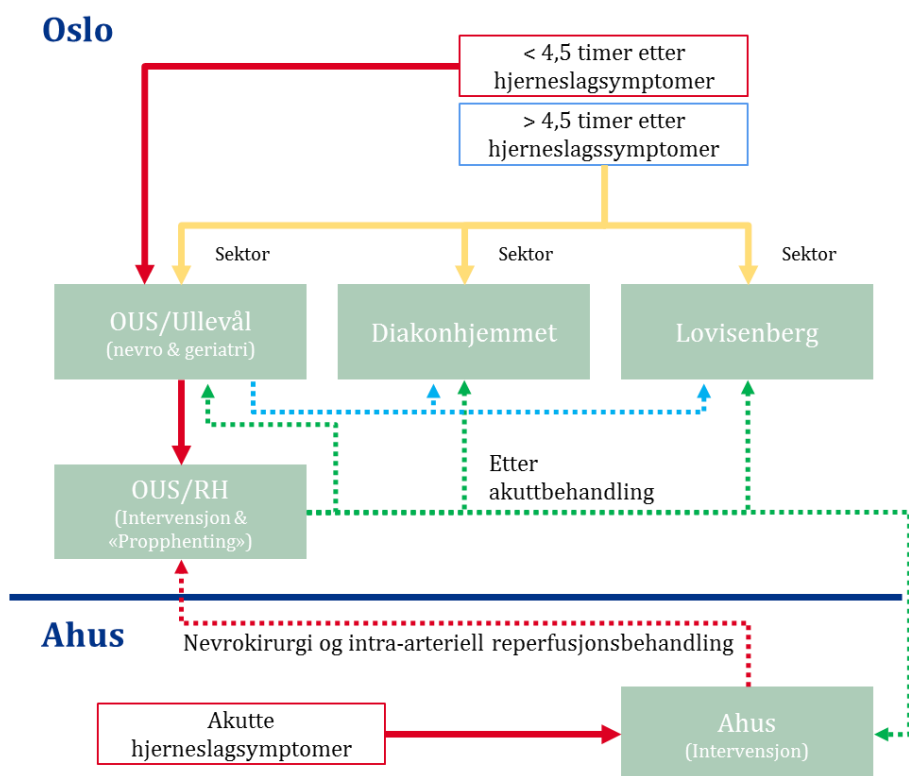
Gruppen har ikke detaljvurdert de kapasitetsmessige sidene ved økning i pasienter ved OUS, men dersom den foreslåtte løsningen velges må en slik vurdering gjøres for å sikre at OUS har tilstrekkelig kapasitet.

## 8 Nevrologi inkl slagbehandling

**Medlemmer:** Tormod Fladby (Ahus), Christian Lund (OUS), Sigurd Vatn (OUS), Lill Mensen (DS), Tor Olav Rui (LDS) og Hein Enger Halvorsen (Deloitte)

### 8.1 Dagens aktivitet og pasienttilbud:

Figuren nedenfor illustrerer dagens pasienttilbud for innbyggerne i Oslo og Akershus<sup>5</sup> med hjerneslagsymptomer. Pasienter i Oslo sendes direkte til OUS/Ullevål ved mindre enn 4,5 timer etter hjerneslagsymptomer. Ved mer enn 4,5 timer etter hjerneslagsymptomer sendes pasient i stedet til sitt lokalsykehus. Ved behov for intervensjon og propphenting sendes pasienten videre til behandling på OUS/Rikshospitalet. Etter akuttbehandling overføres pasienten så til sitt lokalsykehus for videre oppfølging. Pasienter i Akershus, samt Oslobydelene Grorud, Stovner og Alna sendes direkte til behandling på Ahus ved hjerneslagsymptomer. Nevrokirurgi (eks. kraniektomi) og intra-arteriell reperfusjonsbehandling utføres ved Rikshospitalet.



Figur 1: Pasienttilbud for innbyggere i Oslo og Akershus med hjerneslagsymptomer.

Sykehusenes opptaksområder for oslobydelene er i henhold til den følgende figuren. Unntaket er at pasienter i Oslo<sup>6</sup> med mindre enn 4,5 timer siden hjerneslagssymptomer sendes direkte til

<sup>5</sup> Gjelder ikke Akershuskommunene Asker og Bærum som er en del av Vestre Viken HF

<sup>6</sup> Unntak: Alna, Stovner, Grorud

OUS/Ullevål, uavhengig av opptaksområde. Diakonhjemmet og Lovisenberg har ikke neurologiske avdelinger. Det er tilsynsordning med neurolog 1 dag/uke begge steder.

Fagområde	OUS	Ahus	DS*	LDS*
Nevrologi, inkl. slagbehandling	Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø, Søndre Nordstrand, Bjerke	Alna, Stovner, Grorud	Frogner, Vestre Aker, Ullern	Grünerløkka, Gamle Oslo, Sagene, St. Hanshaugen

\*DS og LDS har ikke neurologiske avdelinger.

### Mer detaljert om organiseringen av Ahus

Utredning og behandling av pasienter med akutt og kronisk neurologisk sykdom på lokal- og områdenivå, inkludert slag og nevrorehabilitering (unntatt habilitering av medfødt funksjonshemming) ligger til neurologisk avdeling på Ahus. Avdelingen har felles (to sjikt) vaktteam. I organisatorisk linje er det separate seksjoner for akutt slag (25 senger), generell nevrologi (29 senger), nevrorehabilitering (18 senger) og nevro-overvåkingsenhet (4 senger), foruten seksjoner for poliklinikk (KNF og neurologisk poliklinikk) samt FoU. Ulike faggrupper er organisert i enheter som til dels går på tvers under denne overbygningen i organisatorisk linje.

### Aktivitet innenfor hjerneinfarkt og hjerneblødning

De aller fleste pasientene får behandling for hjerneinfarkt og hjerneblødning på eget lokalsykehus. Pasienter som har LDS og Diakonhjemmet som lokalsykehus og legges inn mindre enn 4,5 timer etter debut av symptomer, får akuttbehandlingen (trombolyse/ trombefisking) utført på OUS, og overføres deretter til LDS og Diakonhjemmet for videre utredning og behandling. Den følgende figuren gir oversikt over hvor pasienter med hjerneinfarkt og hjerneblødning behandles.

## Aktivitet hjerneinfarkt og hjerneblødning 2014, Oslo

Diagnosekode: : ICD10 I63 (Hjerneinfarkt) og I61 (Hjerneblødning)

<b>Alle omsorgsnivå</b>		Alle omsorgsnivå	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum kontakter alle omsorgsnivå; dag, døgn og poliklinikk innen de gitte diagnosekoder		OUS	1 290	13	138	161
		Ahus	0	174	0	0
		DS	0	0	222	0
		LDS	0	0	0	351
		Andre HSØ	16	17	36	0
<b>Dagbehandling/poliklinikk</b>		Dagbeh/poliklinikk	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum kontakter dag og poliklinikk		OUS	939	0	75	102
		Ahus	0	11	0	0
		DS	0	0	23	0
		LDS	0	0	0	165
		Andre HSØ	11	17	22	0
<b>Døgnopphold</b>		Døgnopphold	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum døgnopphold 2014		OUS	351	13	63	59
		Ahus	0	163	0	0
		DS	0	0	199	0
		LDS	0	0	0	186
		Andre HSØ	5	0	14	0
<b>Liggedager</b>		Liggedager	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum liggedager 2014		OUS	5 894	54	431	452
		Ahus	0	1 920	0	0
		DS	0	0	1 656	0
		LDS	0	0	0	1 204
		Andre HSØ	22	0	36	0

Figur 2: Aktivitet ICD10 I63 (hjerneinfarkt) og I61 (hjerneblødning). Kilde: NPR. Konsesjonsbelagte data. Somatikk 2014

Aktiviteten som fremgår av figuren er både akutt og elektiv. Antall kontakter under fem er nullet på grunn av krav til anonymisering. Sykehusenes definerte opptaksområder betegnes her som sektor. Aktivitet på Ahus inkluderer kun aktivitet i de tre Oslobydelene (Grorud, Alna, Stovner).

### Fremskrevet aktivitet innenfor hjerneinfarkt og hjerneblødning

Faggruppen har foretatt en fremskrivning av aktivitet i 2030 ihht. SSBs MMMM-alternativ gitt dagens organisering og oppgavefordeling. Den totale aktiviteten innenfor området hjerneinfarkt og hjerneblødning må kunne håndteres innenfor fremtidig sykehusstruktur i Oslo og Akershus. Det vises for øvrig til SINTEFs særskilte analyse av hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl. TIA som vurderer drivere og eventuelle potensialer for endring i fremtidig aktivitet.

## Aktivitet hjerneinfarkt og hjerneblødning 2030, Oslo

Diagnosekode: : ICD10 I63 (Hjerneinfarkt) og I61 (Hjerneblødning)

<b>Alle omsorgsnivå</b>		Alle omsorgsnivå	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum kontakter alle omsorgsnivå; dag, døgn og poliklinikk innen de gitte diagnosekoder		OUS	1 587	16	163	206
		Ahus	0	211	0	0
		DS	0	0	262	0
		LDS	0	0	0	449
		Andre HSØ	20	21	42	0
<b>Dagbehandling/poliklinikk</b>		Dagbeh/poliklinikk	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum kontakter dag og poliklinikk		OUS	1 155	0	89	131
		Ahus	0	13	0	0
		DS	0	0	27	0
		LDS	0	0	0	211
		Andre HSØ	14	21	26	0
<b>Døgnopphold</b>		Døgnopphold	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum døgnopphold 2014		OUS	432	16	74	76
		Ahus	0	197	0	0
		DS	0	0	235	0
		LDS	0	0	0	238
		Andre HSØ	6	0	17	0
<b>Liggedager</b>		Liggedager	OUS sektor	AHUS sektor	DS sektor	LDS sektor
Sum liggedager 2014		OUS	7 250	65	509	579
		Ahus	0	2 323	0	0
		DS	0	0	1 954	0
		LDS	0	0	0	1 541
		Andre HSØ	27	0	42	0

Figur 3: Fremskrevet aktivitet ICD10 I63 (hjerneinfarkt) og I61 (hjerneblødning). Kilde: NPR. Konsesjonsbelagte data. Somatikk 2014 og SSBs MMMM-alternativ.

## 8.2 Endringsforslag

Faggruppen har foretatt vurderinger av områdene generell nevrologi og slagbehandling. Vurderingene rundt disse områdene er nærmere beskrevet i avsnittene nedenfor. Oppskalering av tilbudet må skje enten ved OUS / Lovisenberg og Diakonhjemmet i dagens eller reorganiserte avdelinger, eller ved Nevroklinikken, Ahus (bla. ved planlagt rokade til dagenhet) avhengig av valgt alternativ.

### 8.2.1 Generell nevrologi

Faggruppen ser det som hensiktsmessig å etablere to komplette behandlingsmiljø i Oslo og Akershus (inkludert utredningsenheter og nevrorehabilitering) ved henholdsvis OUS og Ahus. For OUS innebærer dette at epilepsi, klinisk nevrofysiologi (KNF), psykosomatikk og øvrig generell nevrologi samles i én avdeling som samlokaliseres med nevrokirurgi. For Ahus innebærer dette videreføring av dagens organisering. Nevrologi på Ahus har pt. ikke dårligere rammer enn på OUS (jf. over, ca. 90% belegg), det er vedtatt økt MRI-kapasitet (som vil gi redusert liggetid) og det jobbes med etablering av dagenhet (7 plasser) for utvidet kapasitet for dagens inneliggende pasientgrupper) og det vurderes ikke som hensiktsmessig med nye fagmiljø for generell nevrologi ved Lovisenberg eller Diakonhjemmet.

### 8.2.2 Slagbehandling

For området slagbehandling er det ønskelig å etablere to mest mulig komplette behandlingslinjer (ved OUS og Ahus), inkludert slagenhet, rehabiliteringstilbud. Dette vil sikre færrest mulig organisatoriske overføringer av pasient mellom institusjoner. Nevrokirurgi bør samlokaliseres innen OUS.

Akuttbehandling, eksklusiv nevrointervensjon og nevrokirurgi, tilordnes nevrologi på Ahus og OUS. Overvåking bør foregå i rammen av slagenhet. For Lovisenberg og Diakonhjemmet sektorer vil en del pasienter primært bli innlagt OUS for vurdering av intervensjon, og bli overflyttet respektive sektorsykehus etter 2-3 dager for stabilisering og diagnostikk.

Slagbehandling i Oslo som akademisk fagområde har potensiale for forbedring. Forskning på akuttbehandling er svekket grunnet fragmentering av fagmiljøer og pasientforløp. Det kreves en reorganisering av fagområdet for å bedre dette.

### **8.2.3 Avhengigheter mot andre fagområder**

Faggruppen anbefaler på generelt grunnlag at opptaksområdene for nevrologi og slagbehandling følger de øvrige somatiske områdene. Å ha ett sted å forholde seg til gir størst trygghet og forutsigbarhet for befolkningen. Leder av faggruppen Tormod Fladby mener ikke at det er et egnet alternativ med overføring av bydeler innen nevrologi og slagbehandling fra Ahus til OUS før behandlingslinjen i Oslo er reorganisert i henhold til faggruppens anbefaling, gitt dagens mangelfulle organisering og (for nevrologi) begrensede kapasitet ved OUS og Lovisenberg/Diakonhjemmet. Før reorganisering vil befolkningen uansett måtte forholde seg til flere sykehus, og flere endringer i tilhørighet og behandlingsansvar må påregnes. Faggruppens medlemmer Christian Lund og Sigurd Vatn mener at området nevrologi og slag til enhver tid må følge øvrig somatikk for de aktuelle bydeler, uavhengig av tidspunkt for reorganisering av fagområdet i Oslo. En eventuell overføring av Ahus sine Oslo-bydeler til Diakonhjemmet/Lovisenberg vil innebære en økning av trombolysevurderinger og -behandlinger ved OUS, anslagsvis 80-100 nye vurderinger og ca. 20 trombolysebehandlinger per år.

## 9 Rehabilitering

### Medlemmer:

Representant	Rolle	Stilling /Fagområde	HF/SH/Kommune
<b>Bente Heggedal Gerner</b>		<b>Ass. avdelingsleder Samhandling</b>	<b>Ahus</b>
<b>Cecilie Røe</b>	<b>Gruppeleder</b>	<b>Avdelingsleder Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering</b>	<b>OUS</b>
<b>Ingvild Kjekken</b>		<b>Professor i ergoterapi, NKRR</b>	<b>Diakonhjemmet</b>
<b>Terje Schjødt-Osmo</b>		<b>Fysioterapeut, Prosjektleder Sykehjemsetaten</b>	<b>Oslo kommune</b>

Guri A. Mjåland har vært faggruppestøtte fra Deloitte

### Faggruppens mandat:

Faggruppens mandat er å utarbeide og vurdere forslag til eventuelle endringer i organiseringen av pasientstrømmene innen rehabilitering. Faggruppens forslag skal samlet sett bidra til bedre utnyttelse av alle sykehus i sykehusområdet.

### Avgrensning av mandatet:

Gruppen har avgrenset mandatet til poliklinisk rehabilitering, dagrehabilitering og sengebasert rehabilitering for voksne (alle diagnosegrupper). Tilbudet til barn og habiliteringstilbudet er særskilt organisert både på Ahus og OUS og gruppen har ikke hatt representanter fra disse tjenesteområdene og har funnet det riktig å ikke omtale disse områdene.

### Utfordringsbildet innenfor rehabiliteringsfeltet i Oslo og Akershus:

Det er få senger innenfor rehabilitering i de fire sykehusene, og majoriteten er knyttet opp til spesielle pasientforløp der avhengighet til andre spesialiteter er stor. F eks slagrehabilitering der man i tidlig fase er avhengig av intervensjonsradiologi (trombectomi), høyspesialisert medisinsk behandling med overvåkning (trombolyse) og der rehabiliteringen må integreres i den medisinske behandlingen.

Gruppen vil påpeke en fremtidig stor kapasitetsmessig utfordring innenfor rehabilitering både for Oslo og Akershus. Befolkningsøkning, fokuset på tidlig rehabilitering og mer aktiv behandling vil gjøre at behovet for rehabiliteringssenger og andre rehabiliteringstilbud på spesialistnivå vil øke markant i tidsperioden.

Gruppen vil også peke på at OUS har en spesielt stor utfordring mhp rehabiliteringskapasitet knyttet til bredden av diagnosegrupper.

### 9.1 Dagens pasientstrømmer/tilbud:

	OUS	Ahus	DS	LDS
Rehabilitering	*6 senger (+2 på intensiv) - Ullevål 20 senger slagenhet Ullevål 10 senger rehab Aker	28 senger slagenhet 18 senger rehab(nevrologi).		
Revmatologisk rehabilitering			**5 senger, Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering	

\*Dekker i hovedsak regionsfunksjon på alvorlig traumatisk hjerneskade i tidlig fase og moderate traumatiske hjerneskader.

\*\*Nasjonal funksjon.

OUS har i dag et regionalt ansvar for tidlig rehabilitering av alvorlig traumatiske hjerneskader og et område ansvar for de moderate skadene. Pasienter med moderate traumatiske hjerneskader som overflyttes Ahus blir i dag behandlet ved ortopedisk avdeling og har ikke eget rehabiliteringstilbud ved Ahus. Disse pasientene får tilbud om rehabilitering ved Sunnaas eller på de private opptreningsinstitusjonene til HSØ.

OUS har i dag en betydelig andel (ca 2000 pasienter/3000 legekontakter) av de ikke inflammatoriske tilstandene fra Ahus, som selv kun har 0.5 legestilling i fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og ingen tilknyttet tverrfaglig rehabilitering.

Diakonhjemmet ivaretar ansvaret for de inflammatoriske leddsykdommene for den voksne befolkningen i alle bydeler i Oslo. Martina Hansens Hospital ivaretar ansvaret i Ahus' sykehusområde (unntatt oslobydelene Alna, Grorud og Stovner)

### 9.2 Endringsforslag

Gode pasientforløp for pasientene må være styrende for tenkningen. Rehabilitering er en del av pasientforløpet. Det er få senger innenfor rehabilitering i de fire sykehusene, og gruppen anser det derfor som lite hensiktsmessig å omfordele disse plassene mellom Ahus og Oslo sykehusene og ser ikke at omfordeling av plassene vil medføre bedret kapasitetsutnyttelse totalt sett. Enkelte justeringer er forslått nedenfor.

Noen endringer kan komme som følge av andres forslag til funksjonsfordeling mellom Ahus og Oslo sykehusene. Dersom overføring av ansvar for hele pasientforløp/diagnosegrupper foreslås, må eventuell rehabilitering for disse pasientgruppene hensyntas (eks. dialysepasienter, nevrologi).



### 9.2.1 Forslag til endringer av pasientforløp:

Pasientforløp:	Fra/til:	Antall døgnopphold/ liggedager/dagbehandling/ poliklinikk2014:	Samling/avlastning / økt egedekning:	Avhengigheter:
Eldre med brudd	Fra OUS, Ahus (3 bydeler) og LDS til DS	Døgnbasert (2014). 180 opphold, OUS 550 opphold, DS 200 opphold, Ahus (for de tre Oslo-bydelene)	Vi anbefaler at håndteringen av denne pasientgruppen samles på DS	Operativ kapasitet og sengekapasitet
Ikke-inflammatoriske smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet (fysikalsk medisinsk utredning og ikke operative polikliniske tiltak)	Ansvar flyttes fra Ahus til OUS på kort og mellomlang sikt. Tilbud etableres på Ahus på lang sikt	Poliklinisk aktivitet, ca 3000 konsultasjoner	Samling/Faglig/Kompetanse	Operativ kapasitet (i ortopedi og nevrokirurgi)

### 9.2.2 Beskrivelse pasientforløp og forslag til endring

Eldre med brudd behandles pr i dag ved OUS, Ahus og Diakonhjemmet. Faggruppen for elektiv ortopedi og eldre med brudd skisserer at det på sikt bør etableres ett eller to senter for eldre med brudd i Oslo. For å få til helhetlige pasientforløp vil det være naturlig at rehabilitering av eldre med brudd tilbys samme sted. Faggruppen for rehabilitering foreslår at Diakonhjemmet får en områdefunksjon for hele Oslo (inkludert Alna, Grorud og Stovner), for rehabilitering av eldre med brudd.

Gruppen foreslår at OUS overtar ivaretagelsen av poliklinisk utredning og tverrfaglig rehabilitering av ikke-inflammatoriske smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet fra Ahus på kort og mellom lang sikt. På lang sikt bør det bygges opp et bærekraftig fagmiljø i fysikalsk medisin og rehabilitering ved Ahus

## 9.3 Andre forhold

### Eks: kompetanse, samarbeid, avhengigheter, faglige konsekvenser

Gruppen anbefaler på det sterkeste at behandlingsansvaret for moderate traumatiske hjerneskader ved Ahus overflyttes fra ortopedisk avdeling til rehabiliteringsenheten som har relevant kompetanse og tilbud til disse pasientene og at rehabiliteringsenhetens kapasitet styrkes.

Gruppen anbefaler at både OUS og Ahus øker sin rehabiliteringskapasitet. For å bygge opp tilbudet til pasienter med ikke-inflammatoriske smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet på Ahus vil det være behov for minimum 2 overleger, 1 LIS lege og tverrfaglig team på lang sikt.

Oslo kommune ved Sykehjemsetaten samler i løpet av 2015 sine rehabiliteringsplasser i fire helsehus fordelt geografisk rundt i byen. Disse er:

Lilleborg (DSL, OUS og DS)

Tåsen (OUS og DS)

Ryen (OUS)

Solvang (Ahus)

Til sammen utgjør dette per i dag 121 døgnbaserte rehabiliteringsplasser, som kan være med på å avlaste presset på de ulike sykehusene noe og øke den generelle kapasiteten.