

GRÄNSÖVERSKRIDANDE VÅRDSAMVERKAN

**VÄSTRA HÄRJEDALEN – SYKEHUS INNLANDET TYNSET
SAMT ST. OLAV HOSPITAL AVDELNING RÖROS SYKEHUS**

INRIKTNINGSDOKUMENT FÖR PERIODEN 2018 - 2020

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPOLITISKA AVDELNINGEN

RS/2485/2017



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
0.000	2017-06-30	Skapat dokument utifrån insamlad kunskap
0.100	2017-06-30	Påbörjat struktur på omfattning
0.150	2017-07-03	Utvecklad struktur i dokumentet
0.160	2017-07-05	Organisationsstruktur Norge
0.170	2017-07-06	Organiseringen i Sverige
0.171	2017-07-11	Tillägg txt
0.172	2017-07-12	Tillägg txt
0.200	2017-07-13	Strukturering av dokumentet
0.210	2017-07-14	Översyn och kontroll av vårdbehov
0.220	2017-07-14	Färdigställande för distr av arbdok
0.230	2017-07-17	Distr för inspel
0.240	2017-06-30	Kommentarer Oddbjørn
0.250	2017-09-08	Text och bilaga Tynset från Oddbjørn
0.300	2017-09-15	Minnesnotater från möte 5/9 införda
0.310	2017-09-22	Patskadeförskningsinfo OK! Ekonomi?? utreda
0.320	2017-09-25	Kommentarer Maria C införda
0.330	2017-09-28	Ambulanskraven utreda och kommenterade
0.350	2017-09-29	Genomgång av textavsnitt, kompletteringar
0.400	2017-10-02	Större överbearbetning
0.410	2017-10-04	Vårdbehov av MD och MC som bilaga, kommenterad i inledning
0.420	2017-10-04	Text korr, mmm
0.500	2017-11-09	Uppdaterat med kommentarer mm
0.510	2017-11-14	Inkluderat tillägg ang ambulans
0.520	2017-11-15	Text uppdateringar
0.530	2017-11-16	Inkluderat tillägg ang avtalet Fjellregionen
0.600	2017-11-16	Textöversyn - kopplingar
0.610	2017-11-16	Specifisering av utestående frågor
0.700	2017-11-17	Klargjord – översänd Oddbjørn och Gisle
0.950	2017-11-17	Errata kor juridisk granskad Helge
0.960	2017-11-17	Klar för styrelsen

INNEHÅLL

1	BAKGRUND OCH FÖRUTSÄTTNINGAR	4
1.1	SAMMANFATTANDE BESKRIVNING	4
1.2	BAKGRUND	5
1.3	HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ORGANISATIONS BESKRIVNINGAR	5
1.3.1	Norsk hälso- och sjukvårdsstruktur	7
1.3.2	Svensk hälso- och sjukvårdsstruktur - Region Jämtland Härjedalen.....	8
1.4	PRIMÄRVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	9
1.5	FUNÄSDALENS HÄLSOCENTRAL (FHC).....	10
1.6	RÖROS SYKEHUS OCH TYNSET SYKEHUS	11
1.7	RÖROS SYKEHUS.....	12
1.8	TYNSET SJUKEHUS.....	12
1.9	AMBULANSRESURSER.....	12
2	FÖRUTSÄTTNING FÖR UTVECKLINGSARBETE	16
2.1	DEMOGRAFI OCH VÅRDKONSUMTION	16
2.2	EKONOMI	20
3	INRIKTNING FÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN.....	22
3.1	SYFTE	22
3.2	TRYGGA VÅRDVILLKOR VID VÅRD I NORGE	22
4	GENOMFÖRANDE ORGANISATION.....	24
5	FÖRSLAG TIDSLINJE – UTESTÅENDE FRÅGOR	25
5.1	REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN – BEHOV AV RUTINER.....	25
5.2	FRÅGOR SOM BEHÖVER FORTSATT ANALYS OCH LÖSNINGAR.....	26
5.3	HÖGPRIORITERADE FRÅGESTÄLLNINGAR.....	27
6	KOPPLING TILL ANDRA UTVECKLINGSINSATSER	28
7	BILAGOR.....	29
7.1	FAKTA ARK TYNSET.....	29
7.2	PATIENTSKADEFÖRSÄKRING.....	33
7.3	UPPSKATTAT PATIENTFLÖDE – VIDARE UTREDNING AV VOLYM	35
7.4	HÄLSOPERSONAL AMBULANS NORDEN	37
7.5	AMBULANS BEMANNING – NATIONELL UTBILDNINGSPÅN NORGE	38
7.6	DE REGIONALA HÄLSOFÖRETAGEN I NORGE SAMT NÄRRESURSER I V. HÄRJEDALEN	39
7.7	SAMORDNING AV TJÄNSTER I FJELLREGIONEN	40

1 BAKGRUND OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

1.1 SAMMANFATTANDE BESKRIVNING

Avstånden i Jämtland Härjedalen är stora och turismen ökar befolkningen periodvis dramatiskt. Den specialiserade vården bedrivs inom olika centrum och det enda sjukhuset finns i Östersund. Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en viktig del i ett glest befolkat län som vårt.

Detta inriktningsdokument beskriver en föreslagen utvecklingsinsats i form av samverkan mellan Funäsdalens Hälsocentral (FHC) och Röros sjukhus samt Tynset sjukhus i Norge för utveckling av vårdssamverkan i västra Härjedalen. Innevånare och patienter geografiskt boende väster om Lossendammen samt de patienter som är listade på FHC kommer erbjudas möjlighet att efter medicinsk bedömning på FHC få bli remitterade till ovan nämnda norska resurser som alternativ till Östersunds sjukhus. Den 1:a januari 2010 infördes valfrihetssystemet i primärvården i dåvarande Jämtlands läns landsting. Beslutet fortsätter att gälla även efter övergången till Region Jämtland Härjedalen.

I vårdvalet betonas de möjligheter valfrihet innebär att medborgarnas ställning stärks genom att de fritt får välja vårdenhet. Detta beslut och patientsäkerheten har varit styrande då denna utvecklingsinsats skisserats eftersom gränsöverskridande vårdssamverkan kommer ske mellan EU-land och icke EU-land.

Något som ytterligare komplicerar vårdssamverkan är den organisatoriska uppbyggnaden av norsk hälso- och sjukvård i form av hälsoföretagsmodeller (Helseforetak – regionala och lokala). Primärvården ingår inte i dessa helseforetak. Detta innebär att en politiskt styrd komplett offentlig sjukvårdsstruktur skall samordnas med en företagsliknande struktur men fortfarande med patientsäkerheten i fokus.

Utvecklingsinsatsen är upplagd som ett ”lärande-projekt” där förutsättningarna är definierade i form av ett politiskt uppdrag utgående från ett intentionsdokument (Letter of Intent) mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital. Insatsen avser primärt elektiva patienter listade på FHC.

Utvecklingsinsatsen omfattar därutöver att analysera samverkan över nationell gräns för att förbättra och kvalitetssäkra vården i gränsnära områden inom Region Jämtland Härjedalen med dess långa avstånd till Östersunds sjukhus. I uppdraget ingår även att identifiera restriktioner, gränshinder av både fysisk såväl som administrativ karaktär, utveckla metoder och modeller för att kvalitetssäkra gränsöverskridande samverkan samt pröva nya fördelningsmodeller för resursutnyttjande.

Ett antal problem som redan nu initierats och identifierats genom att kartlägga samt skissera på ett samverkande projekt kommer finnas med som aktiviteter inom utvecklingsinsatsens tidsram att beskriva/lösa. Detta innebär att det **inte** är en färdigformaterad lösning som beskrivs i detta dokument utan en tidslinje i vilket ingår att med ett konstruktivt förfaringssätt lösa de olika gränshinder som framkommer under utvecklingsinsatsen, men med en fortsatt patientsäker process som förväntat resultat.

De uppgifter som redovisas av eventuella vårdbehov/flöden är subjektiva och enbart en approximation baserad på förtrogenhetskunskap samt erfarenhet. Det bör initialt därför inom utvecklingsinsatsen fokuseras på att skapa och följa relevant statistik på antalet remisser till specialistsjukvården per område som komplement.

Utvecklingsinsatsen kommer att genomföras och följas upp med 6-månadersintervall över en treårs prövoperiod med start tidig vår 2018 efter styrelsebeslut. Analysen kommer omfatta kostnader, remisser per diagnos, volymer samt förslag till förbättringsåtgärder pga. störningar, felaktigheter och identifierade problem. Detta sker i form av en löpande dokumentation för att garantera ”lärandeprocessen” och att vunna erfarenheter kan nyttjas.

Därefter kommer en sammanfattande rapport tas fram inför eventuellt beslut om införande i ordinarie drift baserat på resultatet från utvecklingsinsatsen.

1.2 BAKGRUND

Redan under 2000-talets tidiga år genomfördes en kartläggning och analys av möjligheter till samverkan över nationsgränsen med särskilt fokus på västra Härjedalen. Genom åren har olika studier genomförts avseende olika former av vårdsamverkan utan att resultera i en faktisk samverkan. Ett nytt intresse manifesterades i form av ett intentionsdokument (Letter of Intent) vilket undertecknades 2016-06-13 mellan Region Jämtland Härjedalen och St Olov Hospital HF av dåvarande regiondirektören Björn Eriksson och administrativa direktören på St Olav Sykehus HF Nils Kvernmo. I detta LoI pekas ut ett tydligt intresse av fördjupat samarbete mellan Region Jämtland Härjedalen samt St Olav Hospitals verksamhet på Röros sjukhus. Röros sjukhus är organiserat som en avdelning inom St Olav Hospital HF.

Det fördjupade samarbetet skulle fokusera på att utveckla former och möjligheter till att erhålla vård för västra Härjedalens medborgare med långt avstånd till Östersunds sjukhus. I första hand avsågs elektiva patienter men även akuta patienter kan komma att omfattas.

Turister och övriga utomlänspatienter hanteras i särskild ordning då hemlandsting/region får bestrida uppkomna kostnader genom direkt fakturering.

Inom ramen för detta utvecklingsarbete ingår inte de delar av LoI som omfattar forskningssamverkan eller möjligheter att direkt samverka med St. Olav Hospital HF avseende länssjukvård och regionsjukvård. Dessa kommer att hanteras genom separat utvecklingsinsatser.

1.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRD ORGANISATIONS BESKRIVNINGAR

För att förstå vilka delar som detta utvecklingsuppdrag omfattar så beskrivs och förtydligas här den indelning av hur hälso- och sjukvården är organiserad i Norge och Sverige. Olikheterna medför att det inte går att göra direkta gränsöverskridande samverkansinsatser utan att involvera flera olika parter. Detta har ställt stora krav på att formulera en utvecklingsinsats som omfattar alla de olika parter och strukturer som kommer beröras. Ett exempel är gränsöverskridande samverkan där primärvården ska inkluderas beroende på dess olika huvudmannaskap samt även olika ekonomiska incitament i båda länderna.

Detta begränsar samverkan med primärhelsetjänsten i Norge inom ramen för det ingångna intentionsavtalet med St. Olav Hospital samt det nyligen upprättade med NTHF (Nord Trøndelag HelseForetak).

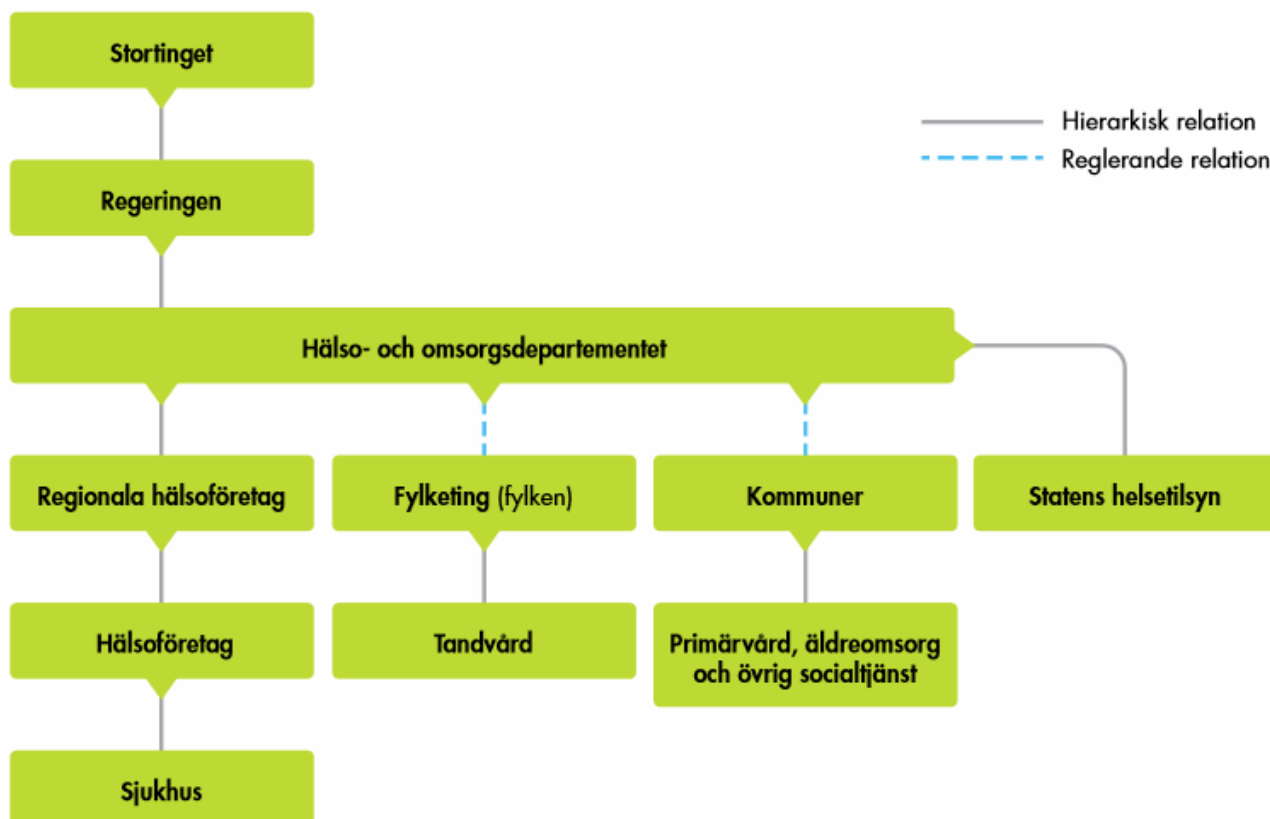
Förhandlingen mellan de företagslika norska hälso- och sjukvårdsstrukturerna och den offentligt utformade holistiska politiskt styrda svenska kommer innebära att olika lösningar måste beaktas. Successivt kommer olika delmoment genomföras för att analysera och föreslå lösningar på de identifierade begränsningarna vid vårdsamverkan över en landsgräns mellan Sverige och Norge.

Initialt kommer en viss frustration uppstå eftersom det i dagsläget är omöjligt att beskriva och föreslå lösningar på de olika begränsningarna. Därför inriktas utvecklingsinsatsens första 6 månader på att utpröva och ta fram lösningar under vägs samt dokumentera dessa.

Denna utmaning kommer att behöva förankras i en ständig process där det politiska perspektivet, regionens ekonomi men inte minst patientsäkerheten behöver beaktas. Därför föreslås utvecklingsinsatsen ledas av chefen för Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen vid Region Jämtland Härjedalen.

Arbetsmaterial

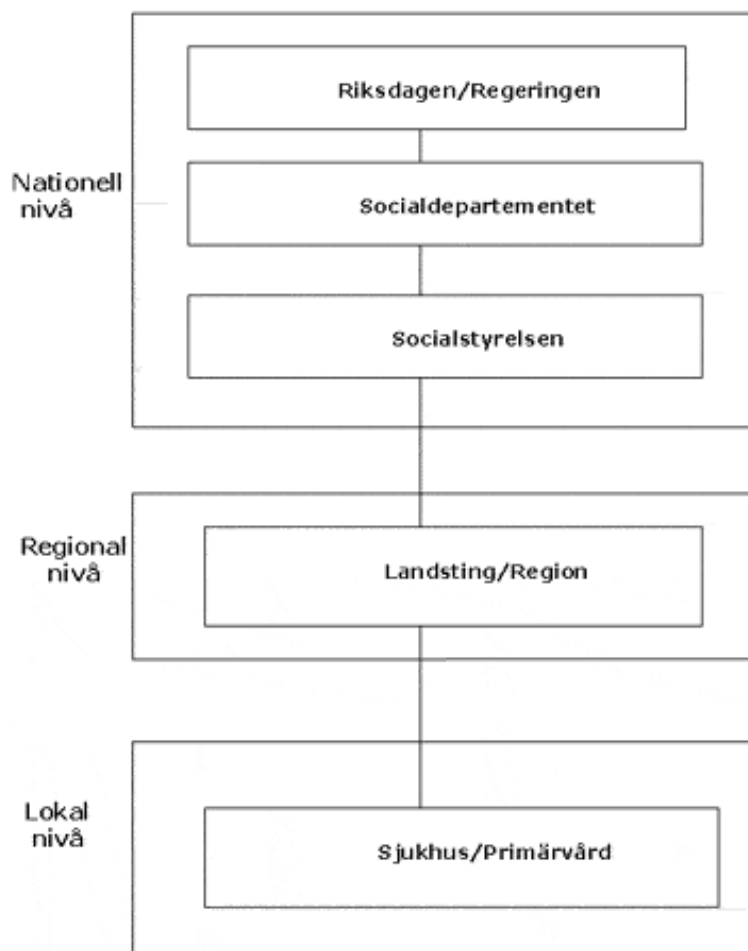
1.3.1 Norsk hälso- och sjukvårdsstruktur



- Hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla invånare och är offentligt finansierat via skatteintäkter.
- Staten (genom Stortinget och regeringen) ansvarar för den specialiserade sjukhusvården. Den äger fyra regionala hälsoföretag som ansvarar för att tillhandahålla vård till sina invånare.
- De regionala hälsoföretagen äger de lokala hälsoföretagen som kan bestå av ett eller flera sjukhus.
- På uppdrag av de regionala hälsoföretagen utför både de egna lokala hälsoföretagen och privat ägda sjukhus specialiserad vård.
- Kommunerna ansvarar för primärvården, äldreomsorgen och övrig socialtjänst. Primärvården bedrivs i allmänhet av privatpraktiserande läkare.
- Fylkena ansvarar för tandvården. Barn under 18 år får gratis tandvård. Unga i åldern 18–20 år betalar 25 procent av utgifterna själva. Vuxna betalar i regel sin egen tandvård med undantag för vissa sjukdomar och tillstånd.
- Tillsynen av vård- och omsorgsverksamheter bedrivs av Statens helsetilsyn.

Organisationsskiss hämtad från Myndigheten för VÅRDANALYS rapport 2014:8.

1.3.2 Svensk hälso- och sjukvårdsstruktur - Region Jämtland Härjedalen



Region Jämtland Härjedalen är en del av den offentligt styrda svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen.

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården fördelat mellan stat, landsting (region) och kommun. Hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), men inom en rad områden finns speciallagstiftning som, tillsammans med Socialstyrelsens föreskrifter, är styrande för verksamheten. Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Sedan 2013 är Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ansvarig för tillsynen. Landstingen/regionerna ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård. Kommunerna ansvarar för vård av äldre samt stöd och service till dem som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Kommunerna ansvarar också för boende, sysselsättning och stöd till dem med psykiska funktionsnedsättningar.

Regionsjukvård är i Sverige en beteckning på den sjukvård som har ansvar för särskilt komplicerade eller sällsynta sjukdomar och skador. Denna sjukvård bedrivs vid Sveriges sju regionsjukhus, som har mer högspecialiserad vård än länsjukhus och länsdelssjukhus.

Länssjukvård Denna vårdnivå utförs i Sverige på ett tjugotal länssjukhus och ett fyrtiotal länsdelssjukhus.

Länssjukhusen har de flesta typer av specialistmottagningar och avancerad medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukhusområden. De benämns därför normalt som akutsjukhus. Länsdelssjukhusen är enklare och har ett urval av mottagningar och benämns därför inte som akutsjukhus.

Länssjukhusens verksamhet bedrivs till största del som slutenvård. Vid slutenvård läggs patienter in ett eller flera dygn på en avdelning. Även öppenvård finns vid länssjukhusen. Allt fler patienter kan gå hem samma dag efter operation genom nya behandlingsmetoder och avancerad teknik.

Östersunds sjukhus är ett fullvärdigt länssjukhus med full akutfunktionalitet.

Primärvård är en del av den öppna hälso- och sjukvården i Sverige. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården "utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ... svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens".

Den svenska primärvården har sina rötter i det gamla statliga provinsialläkarväsendet från 1600-talet. Det var den instans inom sjukvården som hade ansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett geografiskt avgränsat område, *primärvårdsområde*, som i regel bestod av en kommun eller en del av en kommun. Numera varierar organisationen för primärvården mellan landstingen. Det beror bland annat på att det har införts olika former av vårdvalssystem, som innebär att regionerna/landstingen ger olika aktörer i uppdrag att driva, och i viss mån själva utforma, den vård som utförs inom primärvårdens ram. Primärvården ger den vård som de flesta patienter har behov av. De patienter som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser tar vårdcentralerna hand om för medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete. Patienter med kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes, går till vårdcentralen för regelbundna kontroller.

Läkaren på vårdcentralen ställer oftast den första diagnosen vid allvarigare åkommor. Patienten får därefter remiss till specialistmottagning om vårdcentralen inte kan ge behandling eller diagnos.

1.4 PRIMÄRVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Syftet är att primärvården ska fortsätta att utvecklas som basen för hälso- och sjukvården i länet. Primärvården ska tillgodose vården för dem som har behov av en nära och frekvent kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna ska erbjudas en god och säker vård med hög tillgänglighet så att de känner trygghet och har förtroende för vården.

Primärvården ska vara förstahandsval för medborgaren vid behov av vård, inom ramen för NEON principen (Närmsta Effektiva Omhändertagande Nivå). De principer som ska styra i Region Jämtland Härjedalen är närhet, samordning, ekologiskt hållbar, folkhälsofrämjande, anpassningsbar, uppföljnings- och utvärderingsbar samt tillgänglig med ett processorienterat arbetssätt där särskild hänsyn ska tagas till de resurssvagas situation.

Primärvården ska vara ett tryggt och förtroendeingivande förstahandsval för medborgarna där vårdgivarens uppgift är att vara en välfungerande bas i hälso- och sjukvården genom att dels fungera som medborgarnas/patienternas fasta rådgivare och samordnare av olika vårdinsatser, dels uppmuntra och stimulera till egenvård, svara för befolkningens behov av förebyggande hälsoarbete, akutvård, grundläggande medicinsk behandling, rehabilitering samt omvårdnad, som inte kräver den specialiserade vårdenstekniska - eller medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Arbetet förutsätter effektiv samverkan med olika yrkesgrupper inom primärvården, den specialiserade vården samt kommunen, med andra vårdgivare och samhällsaktörer, där primärvårdens roll är att samordna vårdinsatser och vara patientens vägledare och lots. Samverkan med andravårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten och närstående upplever vården som en helhet.

Vårdgivaren ska integrera ett hälsofrämjande- och förebyggande synsätt i all vård och behandling för att verka för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Därför är Region Jämtland Härjedalens vårdcentraler namngivna såsom Hälsocentraler.

1.5 FUNÄSDALENS HÄLSOCENTRAL (FHC)

FHC omfattar basal medicinsk utredning, behandling och omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper.

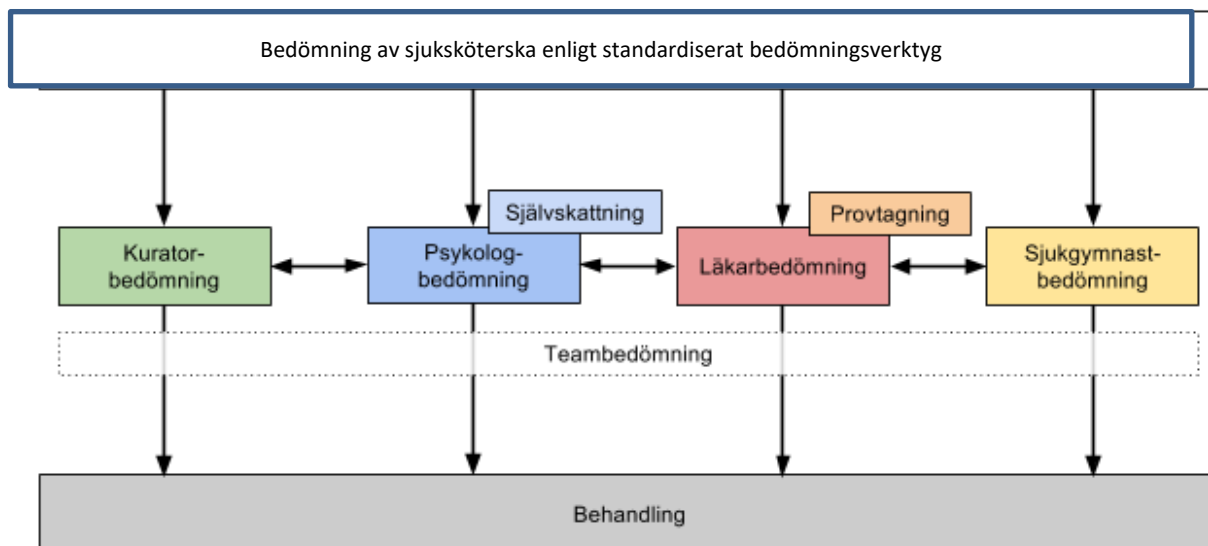
Enligt hälso- och sjukvårdslagen är Region Jämtland Härjedalen som vårdansvarig region skyldig att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av regionen beslutade kraven i vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Valet av att låta FHC fungera som vårdkoordinator och beställare av den vård som bedöms kunna ges på Röros/Tynset blir därigenom tydliggjort.

På FHC finns idag följande resurser och kompetenser:

- Läkare
- DSK
- Diabetesmott
- Psykosocialt team
- Barnmorskemottagning/Mödrahälsovård
- BVC
- Fysioterapi
- Rehabkoordinator
- Psykosocial enhet
- Tobaksavvänjning
- Ultraljud
- Lab
- Röntgen
- Ambulans (tillhör inte HC, endast utgångsplacerad där)

FHC arbetar aktivt enligt RETTS triage-metodik.



Vid primärvårdstriage är målet att den yrkesgrupp som är bäst lämpad att bedöma och behandla patienten också ska göra den första bedömningen. När patienter kontaktar vårdcentralen blir de först bedömda av en sjuksköterska. Öppen mottagning omfattar alla akuta infektioner och olycksfall. I övriga fall tillämpas tidsbokad mottagning. Sorteringen baseras på patientens egen symtombeskrivning utifrån tydliga förbestämda rekommendationer som tagits fram enligt RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System). För patienter med psykisk ohälsa innebär det ofta att patienten kan hänvisas direkt till psykosociala enheten.

1.6 RÖROS SYKEHUS OCH TYNSET SYKEHUS

Då det intentionsavtal som är ingått omfattar St. Olav Hospital HF samt den verksamhet som är knuten dit kommer de patientströmmar som kan komma från Västra Härjedalen i första hand gå via Röros Sykehus. Röros kommer få en central roll. Efter kontakt kan dessa utifrån befintliga samverkansavtal mellan Röros och Tynset patienterna överföras till Tynset för behandling. Det är därför mycket viktigt att den remitterande läkaren på FHC har utbudet på Röros och Tynset tydliggjort. Detta för att begränsa att patienter slussas mellan olika vårdgivare. Ur patientsäkerhetsaspekten bör patienten kunna direkt-remitteras till relevant sjukhus beroende på diagnos och bedömt vårdbehov. Avtalen mellan St. Olav og Sykehuset Innlandet er at SI Tynset er lokalsykehus for Røros sin befolkning. (se bilaga 7.7) Ved oppstart av prosjektet bør stöd (checklista) utformas for henvisande lækare vid FHC med en oversikt som beskriver tilbudene på Røros og Tynset i forhold till:

1. fagfelt
2. poliklinikk, dag- eller døgntilbud
3. elektiv eller /og ØHj (akut)
4. Regularitet/frekvens på tilbudet

Detta innebär att Röros får ett primärt bedömningsansvar om det inte tydligt är en diagnos som enligt gemensamt framtagen checklista direkt bör refereras till Tynset.

1.7 RÖROS SYKEHUS

I Rörös finns ett sjukhus med 24 vårdplatser. Sjukhuset är en filial (avdelning) till St. Olavs Hospital. Deras specialiteter är Ortopedi, Öron/Näsa/Hals, Gynekologi, Kardiologi och Dialys. Rörös tillhör helseforetaget Helse Midt-Norge. Svårare fall skickas till Trondheim, St Olav Hospital.

Rörös sjukhus påminner till stor del om en utökad hälsocentral i Sverige fast med därtill knuten Legevakt.

Det finns en speciell del av sjukhuset där man utför planerade operationer av höfter och knän. Dessa operationer görs under veckorna av inhyrda läkare. Sjukhuset har ingen egen förlossningsavdelning. Det finns en dialysavdelning (har också gästdialyser). De har röntgen dygnet runt (beredskap) i form av digital röntgen kopplad till St. Olav Hospital där bedömning sker. Sköts av röntgenpersonal.

Mer specificerat kan Rörös utföra följande behandlingar:

Fjerning av cyste på eggstokker, fjerning av livmor, operation av genitalt fremfall, sterilisering kvinne, urinlekkasje kvinne, fotkirurgi-poliklinikk, hoteleddsartrose protese- poliklinikk, håndkirurgi-poloklinikk, kneleddsartrose protese-poliklinikk, meniskskade artroskopi poliklinikk, skulder artroskopi poliklinikk. St Olav Hospital har också Barn- og ungdomspsykiatri i Rörös.

ØNH-poliklinikk med tilhørende høresentral. Det samme med poliklinikk innenfor hud-sykdommer og tilhørende lysbehandling. Det er også en poliklinikk innenfor voksenpsykiatri

1.8 TYNSET SJUKEHUS

I Tynset finns ett sjukhus med ca 50 vårdplatser och akuttmotak 24/7. Deras specialiteter är innen medicin, kirurgi, ortopedi, bildediagnostikk og förlossning. Tynset tillhör det regionale helseforetaget Helse Sør-Øst og er en av 41 enheter inom Sykehuset Innlandet HF. Svårare fall skickas St Olavs Hospital, Oslo Universitetssykehus eller øvrige sykehus i Sykehuset Innlandet HF. Tynset sjukehus er lokalsjukehus for kommunene Holtålen, Rørös, Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal og Rendalen.

Vid Tynset sjukhus finns døgntilbud og betydeligt fler behandlingar än vad Rörös kan utföra, se bilaga 7.1 med faktaark som også beskriver øvrig medisinsk tilbud lokalisert til Tynset.

1.9 AMBULANSRESURSER

Ambulans er ett sjuktransportmedel som kan vara bil, båt, helikopter eller annan spesialutrustad fordonsmiljø. Ambulanser er forsedda med medicinsk utrustning og bemannade med ambulanssjukvårdare og/eller ambulanssjukskøterska. Direkt ambulanssjukvård innefattar hälso- og sjukvård som omfattar undersøkning, vurd og behandling på opphåmtningsplats og/eller i ambulans. Dette utveklingsarbeite omfattar inte ambulanshelikopterverksamhet då dette regleras i særskilt avtal.

Bemanningen på Norsk og Svensk ambulans skiljer sig marginellt åt när det gäller kompetensnivå.

Verksamheten i Sverige har IVO som tillsynsmyndighet och lyder under Hälso- och sjukvårdslagen. I Sverige finns huvudsakligen två yrkeskategorier som arbetar i ambulansen.

- Ambulanssjukvårdare - Undersköterska med påbyggnadsutbildning på 7,10,20 eller 40 veckor ambulanssjukvård
- Sjuksköterskor - Sjuksköterska med eller utan 40 veckors specialistutbildning i akutsjukvård t.ex. anestesi, intensivvård eller ambulanssjukvård.

Från 1970-talet och framåt bemannades ambulansen av två ambulanssjukvårdare. De hade möjlighet att ge patienten syrgas och transportera patienten in till sjukhus. Med tiden utvecklades vården och ambulanssjukvårdaren fick möjlighet att på delegation från läkare administrera ett begränsat antal läkemedel till patienten för att underlätta vid diverse sjukvårdstillstånd. Under 1990-talet kom mer och mer sjuksköterskor in i ambulanssjukvården. Dessa har möjlighet att behandla patienten med de flesta vanliga akutläkemedel och genomför en del undersökningar. År 2005 försvann möjligheten för ambulanssjukvårdare att ge läkemedel på delegering och därför finns det idag minst en sjuksköterska i varje ambulans. Detta efter ett beslut från Socialstyrelsen med avsikt att höja kompetensen i svensk ambulanssjukvård. I dagens ambulans arbetar därför antingen en ambulanssjukvårdare och en sjuksköterska eller två sjuksköterskor. Sjuksköterskan kan vara specialistutbildad men detta är inget formellt krav.

Båda länderna följer i enlighet med den standard som reglerar ambulansverksamhet EU norm SS-EN 1789 från 2007. Nedan redovisa kortfattat skillnader mellan Sverige och Norge. De krav som Region Jämtland Härjedalen har på legitimerad sjuksköterska innebär att en medicinsk behandling kan påbörjas i ambulansen, ambulanssjukvård. När det gäller Norsk ambulans finns inget sådant krav även personalen håller hög kompetensnivå men detta medför att endast stabiliserad patient med påbörjad medicinering kan transporteras av Norsk ambulans. Se även bilaga 7.4 och 7.5.

Norge

Ambulanser	
Personalkompetens	<ul style="list-style-type: none"> • 3-årig ambulansutbildning • Paramedic • Anestesi sjuksköterskor
Sjukvårdsutrustning	Enligt EU normen SS-EN 1789
Larmvägar	Via larmcentral

Sverige

Ambulanser	
Personalkompetens	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanssjukvårdare • Leg. Sjuksköterska
Sjukvårdsutrustning	Enligt EU normen SS-EN 1789
Larmvägar	Via larmcentral

Den nuvarande versionen av standard CEN 1789 publicerades av Comité Européen de Normalization den 29 juni 2007. Comité Européen de Normalization är en byrå inom Europeiska unionen, med

företrädare från det nationella standardiseringsorganet i varje medlemsland. Norge er medlem i denna byrå. Standarden innehåller ergonomiska krav och konstruksjonsspesifikasjoner for pasientutrymmet samt anger også praktiske restriksjoner for fysisk lyftning av pasienter i og ut ur fordonet av sikkerhetsskål. Andre sikkerhetsfaktorer som tas opp er belysning, dører og fester, skåpfaste, sikkerhetsbælte og sateforankring, sittplatsens storleik og position samt fasthållning av medisinsk utrustning, med bestemmelser for statisk prøving, dynamisk og slagprøving.

Denna standard ger allmänna krav på medisinsk utrustning som transporteras i ambulanser och används där samt utanför sjukhus och kliniker i situationer där omgivningsförhållandena kan skilja sig från normala inomhusförhållanden. Observera att även om klassificeringen är standardiserad i Europeiska unionen är inte personalens kompetens och dess förmågor det.

Det är respektive landsting/region som ställer krav på vilken kompetens och kapasitet som krävs för de som jobbar i ambulansen, så det skiljer sig lite över landet. Men oftast bemannas ambulansen av en sjuksköterska med eller utan specialistutbildning och en ambulanssjukvårdare. För att kunna jobba som hälso- och sjukvårdsresurs i svensk ambulans behöver man vara utbildad sjuksköterska. En ambulanssjukvårdare behöver kompetens som undersköterska med en påbyggnadsutbildning till ambulanssjukvårdare.

Føljande text håmtad från norskt regelverk for ambulanssjenester.

Ambulansearbeideren jobber med akuttmedisin og er et bindeledd mellom pasienten, sykehuset og annen helsetjeneste. Precis som sin svenske kollega ska ambulansarbeider stå i beredskap til å rykke ut ved akutt sykdom eller skade.

De vanlige arbeidsoppgaver for ambulanspersonel som finns reglerat omfattar i princip samma aktiviteter som regleras i svenske avtale, dvs rykke ut og transportere pasienter mellom forskjellige institusjoner innen helsevesenet gjennomføre akuttmedisinsk behandling, undersøke og identifisere svikt i vitale organfunksjoner hos pasienter, pleie, vise omsorg og kommunisere med pasienter, vurdere alvorlighetsgrad og prioritere i situasjoner hvor flere er skadd rapportere og dokumentere pasientopplysninger, kvalitetssjekke og vedlikeholde utrykningskjøretøy og medisinsk utstyr.

Ved akutt sykdom kan ambulansarbeiderne være de første personene pasienten kommer i kontakt med. Som fagarbeider ska disse gjenkjenne tegn og symptomer for å gi riktig behandling. Det kan være langt til nærmeste sykehus, og den medisinske hjelpen ambulanspersonale utfører kan være avgjørende for pasientens liv.

Studieplanen for nasjonal paramedic-utdanning i Trondheim er utarbeidet i samarbeid med nasjonale akuttmedisinske miljøer og regionale helseforetak. Dette for å sikre en mest mulig lik paramedic-utdanning i Norge. Studiet bygger på videregående opplæring for faglært ambulanspersonell. Fullført og godkjent paramedic-utdanning gir mulighet til videre studier av tre påbygningsemner, hvert på 10 studiepoeng. Disse kan tas enkeltvis eller samlet.

Ambulanstjenesten fungerer som bindeledd mellom primærhelsetjenesten og sykehuset, og må ut fra dette ha et nært samarbeid med det øvrige personellet i helsetjenesten og i andre utryknings- og

beredskapsetater. Bil- och båtambulansetjenesten utgör sammen med kommunal legevaktordning den lokale akuttmedisinske beredskap og skal primært:

- a) dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering og eventuell behandling av akutte skader og sykdomstilstander
- b) bringe syke/skadde pasienter til adekvat behandlingsnivå i helsetjenesten når pasienten har behov for overvåkning og/eller behandling. (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v (akuttmedisinforskriften) Dato: 20.03.2015

Ambulansefaget stiller krav om høy handlingskompetanse hos fagarbeideren. Det stilles krav til teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger som gjenspeiler respekt for enkeltindividets egenverd. Foruten evne til å kunne arbeide i team, må man kunne arbeide selvstendig. I den paramedic-utdannede ambulansearbeiderens handlingskompetanse vektlegges evne til å reagere og handle ut fra gjeldende faglige, etiske og juridiske retningslinjer innfor arbeidslivet generelt og helsetjenesten spesielt.

Utgående från den utveckling som sker både i Norge och övriga Norden (se bilaga 7.5) med en kompetenshöjning i form av akademiska studier bedöms därför skillnaden i bemanningen inte påverka patientsäkerheten vid sjuktransporter till olika vårdgivare på båda sidor landsgränsen i en nära framtid.

Arbetsrapport

2 FÖRUTSÄTTNING FÖR UTVECKLINGSARBETE

2.1 DEMOGRAFI OCH VÅRDKONSUMTION

För att undersöka en likvärdig population som den som finns i västra Härjedalen har ett uttag av vårdkonsumtionen för de norska kommunerna Alvdal, Rendalen och Tolga gjorts av chefsläkaren på Tynset sjukhus, Oddbjørn Øien. Dessa tre kommuner påminner befolkningsmässigt om västra Härjedalen. Följande vårdkonsumtionsdata framträder:

Data for 2016 for kommunene Alvdal, Rendalen og Tolga

(Folketall henholdsvis 2441+1858+1620 = 5919)

Folketall Funäsdalen 2124*

Døgnopphold	Antal kontakter	Estimat Funäsdalen
Gen Medisin Tynset	475	170
Kirurgi Tynset	254	91
Dagbehandling	417	150
Gen Medisin Tynset	192	69
Kirurgi Tynset	222	80
Pol.klin. kontakt	2 895	1 039
Gen Medisin Tynset	1 242	446
Kirurgi Tynset	1 076	386

*Listade på Funäsdalen HC, april 2017 utgör 2124 innevånare

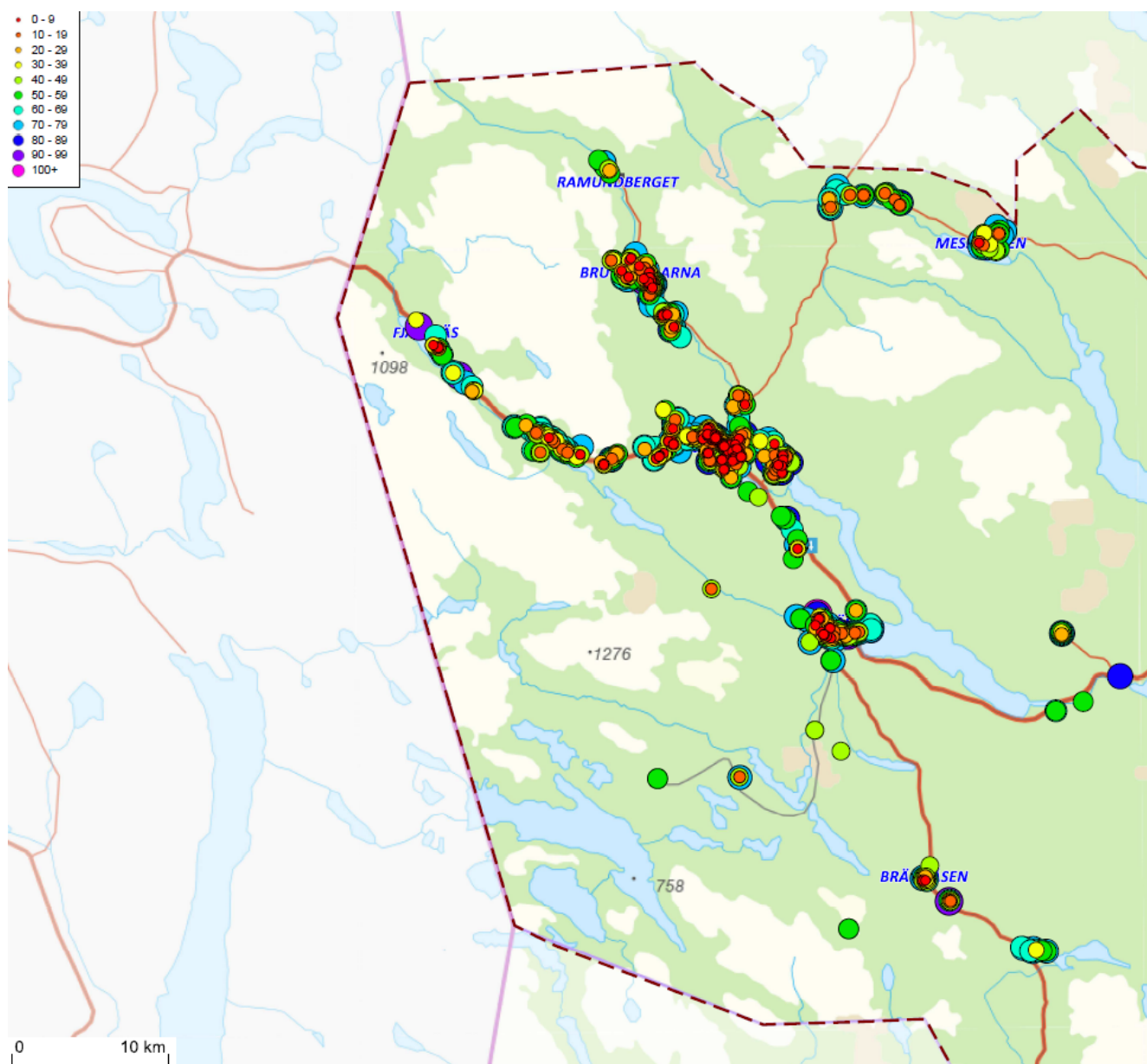
I en tidigare studie – Slutrapport gränsöverskridande hälso- och sjukvård, 2008-12-08 redovisades ett antal konsumtionsdata rörande listade patienter i Funäsdalen. Där framgår att det totalt rörde sig om 294 patienter som varit inskrivna inom slutenvård. Därav var 234 akutinskrivna. Av de listade patienterna vid denna tidpunkt utförde 708 stycken 2468 öppenvårdsbesök.

Hemklinik	Antal inskrivna	Varav akut inskr	Andel akut
Barn- och Ungdomsmedicin (BUM)	7	7	100%
Infektionskliniken (INF)	11	11	100%
Intensivvårdsavdelning (IVA)	33	30	91%
Kvinnosjukvården (KK)	23	18	78%
Medicinkliniken (MED)	84	70	83%
Område kirurgi (KIR)	53	36	68%
Område Psykiatri (PSYK)	3	3	100%
Ortopedkliniken (ORT)	50	44	88%
Rehab/Reumkliniken (RHR)	11	2	18%
Ögonkliniken (ÖGON)	2	1	50%
Öron-Näs-Halsenheten (ÖRON)	17	12	71%
Totaler	294	234	80%

Innan hänvisning till gränsöverskridande vård sker måste en information ges till patienten om begränsningar och möjligheter. Detta innebär att volymen av patienter som kan komma att välja sin vård vid Röros/Tynset kan förväntas bli påverkad av sådana faktorer som ålder, familjesituation og etablerade behandlingsrelasjoner. Det är därför svårt att idag ange volymer på förväntade behov.

Viktigast är dock att denna valbarhet medges utifrån ett politiskt perspektiv samt att en regelbunden uppföljning sker. Detta för att skapa underlag för lärande om de hinder och möjligheter som finns genom att skapa förutsättningar för gränsöverskridande vård.

Nedanstående karta från Härjedalens kommun beskriver var någonstans innevanarna i området bor utifrån identifierade åldrar på dessa individer. Man kan här konstatera att det finns ett närvårdsbehov eftersom äldre patienter troligtvis vill ha kontakt med familj och vänner på en nära geografisk basis.



Det framträder också en tydlig åldersstruktur som följer de olika orterna i västra Härjedalen. Bilden redovisar enbart i Sverige mantalsskrivna fastboende. Norska medborgare finns inte inlagda i materialet däremot finns de med födelseland Sverige särredovisade. Ej heller inpendlande arbetare eller turister har angetts eftersom möjligheten till gränsöverskridande vård endast kommer initialt att medges för fastboende.

Antalet invånare i Funäsdalen uppdelat på kön, ålder och födelseland Sverige. År 2015

Ålder och könsuppdelat. Samtliga		Födelseland Sverige
Män		Män
0 år - 5 år	68	66
6 år - 10 år	49	44
11 år - 15 år	65	61
16 år - 20 år	47	43
21 år - 25 år	74	71
26 år - 30 år	62	55
31 år - 35 år	42	31
36 år - 40 år	51	46
41 år - 45 år	78	71
46 år - 50 år	69	67
51 år - 55 år	72	66
56 år - 60 år	74	73
61 år - 65 år	73	71
66 år - 70 år	84	80
71 år - 75 år	73	69
76 år - 80 år	43	41
81 år - 85 år	30	29
86 år - 116 år	26	26
Total	1080	1010
Kvinnor		Kvinnor
0 år - 5 år	39	37
6 år - 10 år	40	38
11 år - 15 år	52	47
16 år - 20 år	36	34
21 år - 25 år	49	46
26 år - 30 år	40	35
31 år - 35 år	44	37
36 år - 40 år	48	43
41 år - 45 år	72	62
46 år - 50 år	81	73
51 år - 55 år	68	61
56 år - 60 år	71	60
61 år - 65 år	55	51
66 år - 70 år	74	70
71 år - 75 år	63	58
76 år - 80 år	40	36
81 år - 85 år	28	24
86 år - 116 år	40	34
Total	940	846

Utgående från de data som erhållits av Härjedalens kommun kan en bedömning göras av vilka verksamheter som primärt kommer att efterfrågas och beröras. De omfattar följande kliniker om Funäsdalens HC konsumtionsdata av specialistvården rangordnas efter de sista fem årens storlek på konsumtion i fallande ordning:

- Ortopedklinik
- Medicinklinik
- Rehab/Reumaklinik
- Ögonklinik
- Öron-näsa-halsklinik
- Akutmottagning
- Barn-ungdom-vuxenhabilitering
- Område psykiatri (odef)
- Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
- Barn- och ungdomsmedicin
- Kvinnosjukvård
- Hudkliniken
- Infektionskliniken

Vägen mellan Funäsdalen och Röros är smal och krokig väg på norsk sida. Vägen går över fjället vilket kan vara problem under vintern. Avståndet mellan Röros - Sankt Olav Trondheim är 15,5 mil (smal och krokig väg). Det tar lika lång tid att åka från Funäsdalen till Östersund som mellan Röros och Trondheim. Ingen regelbunden bussförbindelse går mellan Funäsdalen - Röros, man måste ha egen bil eller åka taxi.

Avstånd till hälso- och sjukvård i Norge: FHC - Röros = 75 km FHC - Tynset = 129 km

Avstånd till hälso- och sjukvård i Sverige: FHC - Östersund= 214 km

2.2 EKONOMI

Patientavgifter för remitterade patienter faktureras till eller betalas direkt av patient. Fakturaavgift för vård tas inte ut på patient. Det svenska högkostnadsskyddet omfattar remitterad vård i Norge.

Ersättning för vårdinsatser debiteras Region Jämtland Härjedalen enligt insatsstyrd finansiering (ISF). Detta bygger på diagnosrelaterade insatser (DRG) och gäller all somatisk vård i Norge. Varje diagnosgrupp ger en DRG-vikt och det är denna som används vid totalprissättningen för ett sjukhusbesök.

Enhetssatsen eller 1 DRG-poäng, är satt av Norska Stortinget till NOK 43515 för 2018. Enhetspriset fastställs av Stortinget vid varje årsskifte.

Texten nedan är ett urklipp hämtat ur ”Innsatsstyrt finansiering 2018, Helsedirektoratet Norge”, (prel. version).

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 utvides ordningen til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og

tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetak (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. For 2018 er aktivitetsbasert bevilgning for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 50 prosent og basisbevilgning om lag 50 prosent.

Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og alderssammensetning, og er uavhengig av aktivitet. ISF er derimot avhengig av hvor mange som får behandling og hvilke type pasienter/behandlinger. Til grunn for beregningen av ISF-refusjon ligger DRG-systemet (DRG står for Diagnose Relaterte Grupper) og STG-systemet (SærTjenesteGrupper).

ISF-bevilgningen er ment å dekke om lag 50 prosent av ordinære driftskostnader knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB er ISF-andelen lavere. Utgangspunktet i innføringsåret 2017 var takstgrunnlaget for 2016. Det er lagt opp til en gradvis økning av ISF-andelen på disse områdene. Kostnadsnivået for samme type tjeneste kan variere betydelig mellom ulike virksomheter. Beregning av ISF-bevilgning til regionale helseforetak tar ikke høyde for lokale variasjoner i kostnadsnivå. Regionale helseforetak står fritt til å tilpasse samlet finansiering av helseforetak og private institusjoner de har avtale med i tråd med behov og ønskede prioriteringer i regionen.

Upprækning skall för att gälla begäras skriftligen av levererande sjukhus, Tynset alternativt Röros. Ansvar for den medicinska handläggningen av från FHC remitterade patienter skall ligga på specialistläkare. LÖF:s patientskadeförsäkring för utlandsvård gäller för de patienter som Funäsdalens HC aktivt i samtycke av patienten hänvisar till vård i Norge och betalar för.

AKUT-insatser för turister sker i vanlig ordning som en debitering av hemlandsting/region. Om patient själv söker vård på inrättning i Norge gäller standardprocedur, dvs betalningsansvar sker då direkt mellan vårdgivare och patientens ansvariga landsting/region. Europiskt försäkringskort gäller.

För att kunna följa kostnaderna för remitterade patienter från FHC som omfattas av detta utvecklingsinitiativ kommer dessa att föras på följande sätt och konton:

All fakturering skall innehålla pekare på kostnadsställe 1600 med angivande av fakturerande objekt - objekt 3523 Röros och 3524 Tynset

Faktura adress är:
Region Jämtland Härjedalen
referens 1259injo9
Box 910 831 29 Östersund

3 INRIKTNING FÖR REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

3.1 SYFTE

Region Jämtland Härjedalens uppdrag är att bedriva modern hälso- och sjukvård med hög kvalitet, ansvara för den regionala utvecklingen, för företagsstöd och kultur, för utbildning och forskning och en hel del annat.

Syftet med det nu föreslagna projektet är att fördjupa vårdssamverkan mellan vårdresurser i området västra Härjedalen samt Röros/Tynset för att åstadkomma rätt vårdkvalitet samt ett vårdval som utgår från och medger närhet till hemmiljön.

Primärvården utgör den yttre delen av en regional struktur för att medge bästa nära omhändertagande. Därför kommer primärvården i detta utvecklingsarbete få rollen som företrädare för patienten i form av att erbjuda och välja den geografiska lokalen för vårdbehov i samverkan med den enskilda patienten. .

Primärvården ska bidra till att patienter och befolkning i upptagningsområdet får kontroll över och förbättrar sin egen hälsa. Detta är den centrala utgångspunkten för regionens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Vårdgivaren ska ha kompetens att skapa förutsättningar för patienten att påverka sin hälsa i positiv riktning. Det ska ske via samtal, rådgivning och behandling. Insatserna ska dels leda till att ge personer möjligheten att bibehålla hälsosamma levnadsvanor samt leda till att personer med ohälsosammalevnadsvanor förändra dem och därmed undvika att de leder till eller förvärrar sjukdom. Hur vårdgivaren hanterar sitt uppdrag har stor betydelse för länets sammantagna hälsosituation. I detta ingår att bidra till att identifiera våldsutsatta personer enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer 2014:4.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt regionens policydokument och rutiner ska följas.

Vårdgivaren ska bidra och ta till sig det arbete som det lokala, i samarbete med det nationella, nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) genererar.

3.2 TRYGGA VÅRDVILLKOR VID VÅRD I NORGE

I utredningsarbetet har många frågor väckts. Dessa behöver belysas vid ett eventuellt fortsatt arbete.

När detta inriktningsdokument är fastställt av samtliga parter för att genomföras ges möjlighet att remittera patienter från Funäsdalens HC till Röros Sjukhus primärt. Om de efterfrågade behoven inte kan täckas av de vårdspecialiteter som finns på Röros så skall en vidareföring ske i samverkan med Tynset sjukhus.

Uppstår komplikationer och en förväntad längre vårdtid förutsätts kontakt med remitterande läkare på FHC för vårdplanering. Eventuell hemtransport kan enligt rådande de facto-förhållanden genomföras av såväl norsk som svensk vägambulans alternativt beroende på vårdbehov av sjuktransport enligt överenskommelse med remitterande läkare.

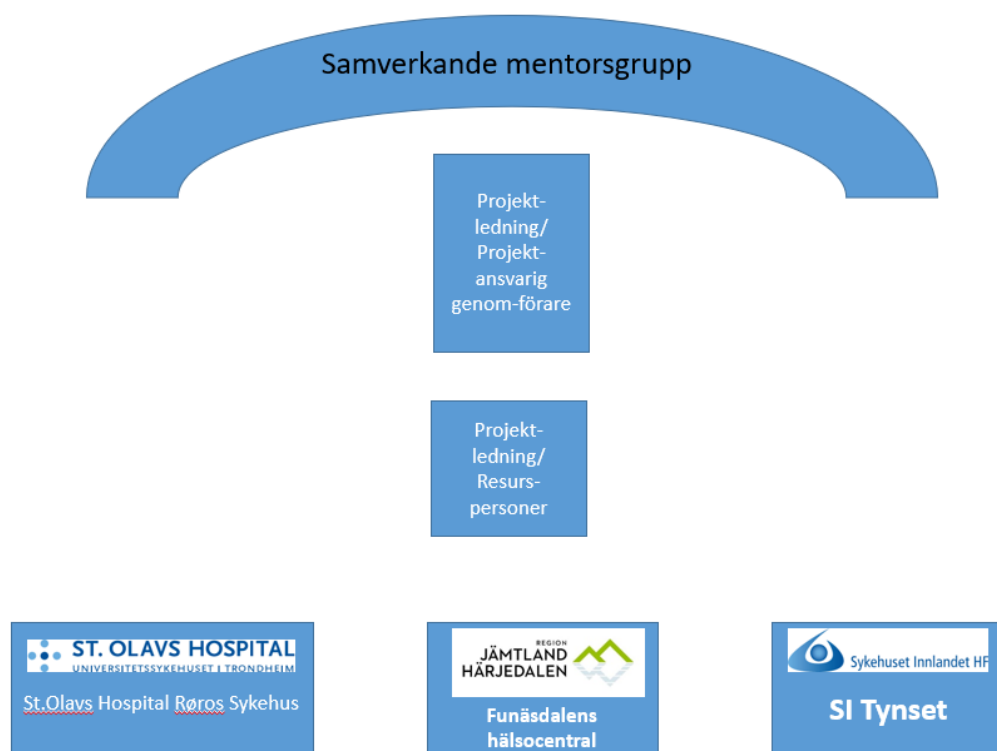
Samtliga i detta inriktningsdokument omnämnda vårdresurser skall verka för en god samverkan genom kontinuerlig kontakt och stöd vid uppföljning.

Vid vård och/eller behandling efter accepterad remiss skall journal föras i enlighet med norsk lagstiftning.

Utprintade eller inskannade journalanteckningar samt övrig relevant vårddokumentation skall medsendas hemvändande patient.

Arbetsmtrl

4 GENOMFÖRANDE ORGANISATION



Samverkande mentorsgrupp

- Politisk representant från Region Jämtland Härjedalen
- Representant St Olav Hospital
- Sjukhuschef Tynset (Stein Tronsmoen)
- Projektansvarig genomförare
- Primärvårdschef Region Jämtland Härjedalen

Projektledning

- Maria Carlund, Verksamhetschef primärvården Härjedalen
- Jan Gunnar Skogås (Røros)
- Oddbjørn Øien Chefläkare Tynset Sjukhus
- Gisle Meyer Samhandlingsansvarig, St Olav Hospital

Projektansvarig genomförare

- Ingela Jönsson Chef Hälso- och Sjukvårdspolitiska avdelningen

Resurspersoner

- Hämtas ur ordinarie verksamheter vid behov av specialkompetens

5 FÖRSLAG TIDSLINJE – UTESTÅENDE FRÅGOR

5.1 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN – BEHOV AV RUTINER

Detta utvecklingsarbete handlar primärt om att nyttja tjänster från norsk vård för patienter från västra Härjedalen (listade på Funäsdalens HC). Det avser i första hand de i området fastboende som därigenom kan avhjälpas från långa resor till Östersunds sjukhus. Turister inom området behandlas som akuta patienter från annan geografisk hemort och i samstämmighet med gällande regelverk för EU-medborgare avseende medicinsk behandling vid tillfällig utlandsvistelse. Detta innebär att hemlandsting/region skall kontaktas från FHC inför fortsatt vårdinsats och betalningsansvar för vald vårdnivå.

Etableringen av en gränsöverskridande vårdsamverkan med Norge innebär att ett antal olika hinder behöver identifieras och lösas. Bakomliggande orsaker är att vården är organiserad och finansierad på olika sätt. En annan komplicerande faktor är att Norge inte är ett EU-land vilket medför en del komplikationer på juridisk basis. Flera av dessa gränshinder är omöjliga att skapa lösningar för på teoretisk nivå utan behöver prövas i real drift.

Grundprincipen är att eftersom Region Jämtland Härjedalen är betalande part via beställning av vård från FHC så omfattas patienten av svensk lagstiftning då det gäller patientförsäkring.

Sammanfattningsvis innebär detta att ett antal frågor och problembilder behöver identifieras samt lösas under själva processen i utvecklingsarbetet vilket kan leda till viss frustration.

Uppstarten av utvecklingsarbetet av utvecklingsarbetet är därför viktigt att fokusera på. Troligen kommer de första 6 månaderna behöva användas för att upprätta rutiner och strukturer för den samverkan som måste finnas på båda sidor av gränsen. Viktigt här är att följa de regelverk som gäller för respektive land men utgå ifrån patientsäkerhetsaspekten.

Rutiner som måste tydliggöras är hur överföringen av patienter ska ske och vilken behandlingsrutin som skall gälla. Primärt skall tjänsterna nyttjas i relation till ingånget intentionsavtal med Röros, sekundärt skall möjligheten för Tynset Sjukhus beaktas i enlighet med samverkansavtalet mellan Tynset och Röros samt till sist måste avgöras i vilken omfattning tjänster kan komma att utnyttjas på St Olav Hospital i Trondheim.

Dimensioneringen av tjänsteutbudet avgör i vilken form den organisatoriska regimen skall utformas. Viktigt är att dimensioneringen av personalmässiga resurser på norsk sida inte innebär en utökning utan skall motsvara det reella behovet. Detta kommer avspeglas i den prissättning som under utvecklingsprojektet kommer att följas upp och sedan ligga till grund för framtida avtal.

Sedan behöver efter att processen är etablerad genomföras en reell driftssituation under i 24 månader med rullande 6 månaders uppföljning. Detta för att avgöra hur stora volymer och om eventuell förstärkning behövs på norska sidan.

Avslutande 6 månader genomförs resultatanalyser inför förslag till att fastställa fortsatt driftssituation.

Nedan lista på ett antal punkter som behöver fortsatt analyseras om beslut fattas om att påbörja utvecklingsinsatsen kan verka oöverskådlig.

Men det är viktigt att komma ihåg att detta utvecklingsarbete bryter ny mark som i sin tur innebär framtida kunskaper för vidare vårdssamverkan över gräns. Alla dessa frågor visar att ämnesområdet är komplext.

5.2 FRÅGOR SOM BEHÖVER FORTSATT ANALYS OCH LÖSNINGAR

- Hur ser rutiner ut om patienten vill vända sig till Patientnämnd, anmäla felbehandling etc.?
- Patientavgifter - vad innebär det för patienter som uppnått högkostnadsskydd?
- Läkemedelsförskrivning, recept, nya dyra - konsekvenser för kliniker på Östersunds sjukhus
- Riktlinjer, indikationer i Sverige - inte lika i Norge - konsekvenser för patienten lika vård?
- Hjälpmedelsförskrivning - hur fungerar det mellan Norge-Sverige?
förskrivningsregler?
- Sjukresekostnader - vilka regler gäller för resa till Norge?
- Sjukskrivningsregler, Sveriges nya regler, beslutstöd etc - konsekvenser vid vård i Norge?
- Information till patienten för att förstå valet?
- Patientjournal Sverige/Norge? Skall norsk journal scannas in i NPÖ/Cosmic?
- Underlag för bedömning om rätt till sjukpenning kan detta utföras av norsk läkare?
- Turister kan man köra dessa till Norge för vård? Nordisk konvention?
- Konsekvenser av fritt vårdval?? Ej remittera utanför listade i Funäsdalen
- Vilka förfaranden bör fastställas/gälla om patienten vill kontakta patientkommittén, t.ex. för att rapportera felbehandling mm?
- Betalning för den enskilda patienten, vad betyder det för patienter som har nått det maximala beloppet för egen betalning?

- Förskrivning av läkemedel, recept, nya och dyra konsekvenser för hänvisningsorgan i Sverige?
- Är indikationer för behandling liknande i Sverige och Norge? Likabehandling?
- Finns det några utmaningar i samband med läkemedelsskrivning över hela Norge?
- Vilka transportkostnader kommer behandling i Norge att utlösa och hur omfattas detta?
- Hur rapporteras sjukskrivning av norsk läkare på norska sjukhus gentemot svenska domstolar? Sverige har nya regler. Kommer det finnas några riktlinjer som kan fungera som beslutsstöd?
- Obligatorisk information till patienten för att förstå valet?
- Hur hanterar vi de olika journalsystemen över gränsen? Patienttidsskrift Sverige / Norge? Ska till exempel norska tidskrifter skannas in i NPÖ / Cosmic? Vi antar att behandling i Norge dokumenteras på norska i norska tidskriften.
- Grunder för bedömning och beslut om rätt till sjukpenning kan detta göras av en norsk läkare?
- Kan turister åka till Norge för behandling, oavsett ursprungsland? Vilka begränsningar ser vi? Finns det någon nordisk konvention på detta område?
- Ser vi några konsekvenser av fria tjänstealternativ? Det bygger på det faktum att erbjudandet som kan ges på norska sidan är kopplat till fast bosatta i Funäsdalen
- Videomöjligheter för samverkan mellan vårdgivare
- Journalrutiner måste i dialog överenskommas samt rutiner skapas
- Samordnande läkemedelsförskrivning (ATC-kod??)
- Utforma informationschecklista till patient då remiss i Norge erbjuds
- Utforma checklista till remitterande instans för överföring av patient
- Utforma konsensus och aktivt underskrivet accept av vård i Norge till patient
- Larmöverföringsrutin för berörda larmcentraler – formulär/checklista????

5.3 HÖGPRIORITERADE FRÅGESTÄLLNINGAR

Ska det också beskrivas hur beställning för passagerarresor (taxi) och ambulanstransporter görs? Patient- och ambulanstransporter är viktiga för gott samarbete, både när det gäller efterfrågan och ekonomin. Kommer det att komma upp frågor som rör management / beredskap i Røros / Tynset / Funäsdalen i samband med användning av ambulanser över gränsen?

På den svenska sidan krävs sjuksköterska i ambulansen, medan det på norska sidan finnes en egen utbildning för supportpersonal. Detta innebär i dag att kompetenskraven gör att svenska ambulanser kan verka i Norge, medan de norska ambulanser som utgångspunkt inte kan göra tjänster på den svenska sidan. Detta måste klargöras i fall ambulanstjänster som går in som en del av den övergripande samarbete med regionen Jämtland och Härjedalen. (se ovan om acceptering).

Nedan särskilda frågor bör prioriteras och klargöras under uppstarten:

1. Det måste finnas en åtskillnad mellan, och den potentiella omfattningen av
 - a. Akuta funktioner begärda från Røros och Tynset
 - b. Önskad omfattning av valbara tjänster på samma platser samt
 - c. Omfattning vid användning av regionala sjukhusfunktioner från St. Olavs sjukhus för FHC patienter
2. Skall Røros fungera som ett transfereringscenter för vidare användning av Røros / Tynset / Øya?
3. Ambulansservice och kompetenskraven på svenska och norska. Kan det ur patientsäkerhetsaspekt accepteras att nyttja norsk ambulans om ingen ambulanssjukvård utförs?
4. Kostnadsdelen, hur man skapar ett lämpligt system för finansiella transaktioner?

6 KOPPLING TILL ANDRA UTVECKLINGSINSATSER

Övrigt utvecklingsarbete som sker inom Region Jämtland Härjedalen men som inte direkt berör utvecklingsinsatsen i denna vårdsamverkan kommer regelbundet erfarenheter utbytas mellan i den mån det är av nytta.

Exempel på sådana utvecklingsprojekt som kan komma att tillföra kunskap och kompetens avseende att ge bästa möjliga vård är:

VälTel är ett InterReg-projekt som omfattar tre tydligt definierade utvecklingslinjer;

1. Decentraliserade hälsorum och mobila hälsolösningar,
2. Säkerhet och trygghet i hemmet samt
3. Akutväskan.

Fickultraljud är ett Medtech4health-projekt som avser att föra ut ultraljudsteknik till primärvården via ett vetenskapligt och evidensbaserat sätt.

Mobil röntgen är ett liknande projekt som avser att förflytta röntgenutrustningen till patienten istället för tvärtom.

7 BILAGOR

7.1 FAKTAARK TYNSET



Akuttsjukehuset i Fjellregionen



Pasienttilbud

- Akuttmottak
- Kirurgi
- Ortopedi
- Plastikkirurgi
- Indremedisin
- Bildediagnostikk
- Fødestua

Akutt, kirurgi, ortopedi og plastikkirurgi

Avdelingssjef	<i>Ingeborg Kirkbakk</i>
Avdelingsoverlege anestesi	<i>Elisabeth Hovde</i>
Avdelingsoverlege ortopedi	<i>Stein Arne Øvre Storeggen</i>
Avdelingsoverlege kirurgi	<i>Dag Sandblom</i>
Avdelingsoverlege plastikkirurgi	<i>Jan Kåre Frøyen</i>

Akutt-, traume- og elektivt mottak

Kirurgisk overvåkning

Medisinsk overvåkning

Legevaktsformidling

- Stor-Elvdal, Rendalen, Alvdal, Folldal, Tynset, Tolga

Anestesi

Operasjon

- 3 operasjonsstuer
- Sterilsentral

Dagkirurgi

- Ortopedi
- Urologi
- Plastikkirurgi
- Generell kirurgi

Poliklinikker

- Ortopedi
- Urologi
- Generell kirurgi
- Plastikkirurgi
- Ortopedisk poliklinikk Oppdal

Kirurgisk sengepost

Pasientservice

Bilediagnostikk

Avdelingssjef	<i>Morten Resell</i>
Avdelingsoverlege radiologi	<i>Thomas Børner</i>

- Konvensjonell røntgen og «drop-in» på skjelett- og lungeundersøkelser
- Ultralyd
- CT
- MR
- Gjennomlysning



Indremedisin, bildediagnostikk og Fødestua

Avdelingssjef	<i>Astrid Skotte</i>
Avdelingsoverlege indremedisin	<i>Ulf Hurtig</i>
Avdelingsjordmor	<i>Marian Eggen</i>

Medisinsk sengepost

Poliklinikker

- Lunge
- Kardiologi
- Kreft (dagbehandling)
- Diabetes
- Endokrinologi m/diagnosetjeneste
- Reumatologi
- Fordøyelsessjukdommer
- Nefrologi
- Generell indremedisin
- Hud (lysbehandling)

Forløpskoordinator kreft

Søvnnavsnitt

Fysikalsk

Ressursenter for pasient- og pårørendeopplæring

Klinisk ernæringsfysiolog

Farmasøyt

Studiesjukepleier

Pasientservice/merkantile tjenester

Fødestua

- Ultralydtilbud
- Føde- og barselpoliklinikk/ammehjelp

Sjukehotell

Legevakt for Tolga, Tynset, Folldal,
Alvdal og Rendalen er plassert i sjukehuset sine
lokaler i forlengelse av akuttmottaket

Stab

Divisjonsdirektør
Medisinsk fagsjef
Kvalitetsrådgiver
Divisjonsrådgiver økonomi
Divisjonsrådgiver HR
Praksiskonsulent

Stein Tronsmoen
Oddbjørn Øien
Anne Grethe Skorstad Thoresen
Trond Høisen
Marit Motræen
tbn



Andre ved SI Tynset

Medisinsk service

- Klinisk-kjemisk lab og blodbank, seksjonsleder *Malene Salbu*
- Medisinsk teknisk, seksjonsleder *Jon Nybakk*

Psykisk helsevern

- DPS Tynset, avdelingssjef *Steinar Trettebergstuen*
- BUP Tynset, enhetsleder *Gunhild Utgaard Nordtun*

Prehospitale tjenester

- Ambulansetjenesten, leder *Kåre F Tronsen*

Eiendom- og intern service

- Servicetorg, seksjonsleder *Marianne Halvorsen (Elverum)*
- Renhold, tekstil, eiendomsforvaltning, seksjonsleder *Geir Lundh*
- Kjøkken, seksjonsleder *Helge K Danielsen (Lillehammer)*
- Forsyning og transport, seksjonsleder *tbn*
- Teknisk, seksjonsleder *Tommy Tollan*
- Innkjøp, innkjøpssjef *Angeir Røe*

Helsefag sentralstab

- Rådgiver smittevern, hygienejukepleier *Unni J Tronsen*
- KDS-rådgiver *Hilde Brandsnes*

Tynset øyeklinikk

- Øyeoperasjoner, øyelegespesialist *Keyvan Torkzad*

Sykehuspartner

- IKT, leder *Esten Haug Erlien*

Hedmark Fylkeskommune

- Tannbehandling i narkose

Universiteter og høyskoler (NTNU, HINN m.fl.)

- Studenter i medisin og helsefag i praksis

7.2 PATIENTSKADEFÖRSÄKRING

Behandlingsskadeförsäkring vid utlandsvård

Ersättningsbestämmelserna i Försäringsgivarens* försäkring vid utlandsvård bygger i allt väsentligt på patientskadelagens bestämmelser. Ett undantag är dock att rent psykiska skador inte ersätts.

1. Försäkringsåtagande

Försäringsgivaren* åtar sig att utge behandlingsskadeersättning för kroppsskada som orsakas patient i direkt samband med hälso- och sjukvård som utförs vid vårdinstitution utanför Sveriges gränser endast under förutsättning att försäkringstagaren** remitterat patienten dit och svarar för vårdkostnaderna.

2. Behandlingsskadeersättning

Behandlingsskadeersättning lämnas för kroppsskada på patient i enlighet med bestämmelserna om patientskadeersättning enligt 6 och 7 §§ patientskadelagen.

3. Undantag

Utöver i 7 § patientskadelagen angivna undantag från rätten till patientskadeersättning gäller att behandlingsskadeersättning inte lämnas om skadan i annat fall än som sägs i 6 § första stycket punkt 4 samt i 6 § sista stycket patientskadelagen är orsakad av smitta som medfört infektion.

4. Hur bestäms behandlingsskadeersättning

4.1 Behandlingsskadeersättning bestäms enligt 8-11 §§ patientskadelagen med de begränsningar som här anges.

4.2 Behandlingsskadeersättning lämnas inte till den del den skadelidande har rätt till ersättning för kostnader och inkomstförlust från arbetsgivare eller genom försäkring tecknad av arbetsgivare eller annan enligt avtal med arbetsgivaren eller de anställda. Ersättning lämnas inte heller till den del den skadelidande har rätt till ersättning från allmän eller särskild försäkring som administreras av offentlig myndighet eller försäringsgivare på uppdrag av stat, regionala eller lokala myndigheter eller enligt lag.

Behandlingsskadeersättning lämnas inte heller till den del den skadelidande har rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund eller från försäkring som oberoende av aktsamhetskrav lämnar ersättning för ekonomisk och ideell skada. Detta gäller dock ej sådan ersättning för vilken Löf har rätt till återkrav.

Samordning sker ej i fråga om sådan ersättning som lämnas från försäkring som tecknas av och i sin helhet betalas av den skadelidande. Samordning sker dock alltid vad gäller

ersättning som lämnas enligt skadeståndsrättsliga regler och avser inkomstförlust eller kostnader.

5. Preskription

Den som vill kräva ersättning för behandlingsskada enligt detta villkor skall skriftligen anmäla detta till försäkringstagaren eller försäkringsgivaren inom tre år från det han fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan vidtogs.

6. Överlåtelse av skadestånd

Den som godtar erbjuden ersättning enligt detta försäkringsvillkor skall till Löf överlåta sin rätt till skadestånd av den som kan göras ansvarig för skadan.

7. Tvist

Tvist mellan försäkringsgivaren och den skadelidande avgörs av svensk domstol med tillämpning av svensk rätt.

* *Försäkringsgivare: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf)*

** *Försäkringstagare: Sveriges landsting och regioner.*

<http://lof.se/patient/forsakringsvillkor-behandlingsskadeforsakring-vid-utlandsvard/>

Arbetsmarknaden

7.3 UPPSKATTAT PATIENTFLÖDE – VIDARE UTREDNING AV VOLYM

Patientflöde Funäsdalen – Röros/Tynset

Baserat på uppgifter möte 171003 Magnus Dyborn och Maria Carlund

Dessa uppgifter är subjektiva och enbart en approximation baserad på lokal erfarenhet. Det bör initialt inom projekt fokuseras på att det tas fram rutiner för statistikinsamling på antalet remisser till specialistsjukvården per område som komplement.

Gyn

Många söker själva specialistsjukvård, vi ser dom inte i PV (kolla med kvinnliga SL och bm. Rundabordsdiskussion vore bra för att uppfatta behovet, även önskemål om dialog med Östersund.

Ca 2-4 remisser i månaden till specialistmottagning (utan mörkertalet).

Kirurg

Kärlkirurgiska bedömningar

Åderbräck

Hemorroider

Gallkirurgi

Hud

Plastikkirurgi?

Cancer – SVF, standardiserade vårdförlopp, behöver gå den väg som nu finns för snabb hantering. Bedömning behöver göras om förloppet kan ske på motsvarande sätt i Röros/Tynset. D.v.s. när en patient identifieras som kan bli aktuell för SVF så kanske de inte ska till annan vårdgivare...?

Coloskopi, endoskopi – (SVF undantaget?)

Urologi

Cystoskopi

Prostatahyperplasi

Ca 2 i månaden

Medicin

Thyreodeatoxikoser

Endokrinologi

Gastroendoskopi

Dialys – kan ju bli frekvent behov. Just nu ingen aktuell dialyspatient. Detta har fungerat tidigare...

Oklart hur många remisser inom följande spec.områden

Öron näsa hals

Ca 2 / mån

Ögon

Ca 2 / mån (beror också på hur trygg man är som dl hur mycket man skickar vidare)

Psykiatri

Sanks finns redan möjlighet för i Norge (Karasjok och begränsat i Röros/Sjördal)

Behov av motsvarande psykiatrisk hjälp för icke samer. Denna patientgrupp kan man tänka sig ett stort värde för om upprepade besök.

Oklart antal remisser

Ortopedi

Ultraljud

MR

Oklart antal remisser

Akut

Commotio? Vissa remitteras direkt från backläkare

Hals rygg? MR?

Extrema frakturer

Övrigt:

Screening aorta aneurysm män över 65 år?

7.4 HÄLSOPERSONAL AMBULANS NORDEN

Tabeller over helsepersonellyrker regulert i minst to av landene

Ambulancebehandler/ (F) Ambulansaviðgeri • Ensihoitaja/ Førstavårdare • Sjúkraflutningamenn; Bráðatæknar • Ambulansearbeider • Ambulanssjukvårdare

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
1. Titel	Ambulancebehandler/ (F) Ambulansaviðgeri	Ensihoitaja/ Førstavårdare	Sjúkraflutningamenn och Bráðatæknar	Ambulansearbeider	Ambulanssjukvårdare
2. Beskrivning av yrkesverksamheter og eventuell avvikelse per land	Ambulanseservice innen akuttmedisin • Arbeider innen lokale myndigheter, helseforetak, utdanningsinstitusjoner, humanitære organisasjoner, private organisasjoner • Offshore • Arbeid i katastrofeområder • Kan utøve yrket via ulike transportmidler, som for eksempel bil, båt og fly • Operatør ved øyeblikkelig hjelp kommunikasjonscentre (AMK) • Jobber tett med politi, sykepleiere og leger				
3. Titelländring etter 11-11-1998?	nej	nej	nej	nej	nej
4. Är yrket regulert?	ja	ja	ja	ja	nej
5. Om yrket är regulert: är yrkestiteln skyddad?	nej	nej	ja	ja	-
6. Om yrket är regulert: utfärdas legitimation?	nej	nej	ja	ja	-
7. Direktivet: minikrav eller generella ordningen?	generella ordningen	generella ordningen	generella ordningen	generella ordningen	-
8. Om yrket inte är regulert: är utbildningen reglerad enligt direktivet?	-	ja (enligt förordning 1129/2014)	-	-	-
9. Direktivet: nivå enligt artikkel 11	11 b	11 d	Sjúkraflutningamenn: 11 a Bráðatæknir: 11 c	11 b	-
10. grundutbildning, påbyggnadsutbildning eller spesialistutb.?	påbygningsuddannelse	grundutbildning/ påbyggnadsutbildning	grundutbildning	grundutbildning	
11. Mer om utbildningens nivå	forudsætter gennemført uddannelse til ambulanceassistent samt 1,5 års virke som ambulanceassistent		videregående opplæring	videregående opplæring	
12. Utbildningens længde	mindst fem uger	4 år (inneholder utbildning till sjukskötare)/ utbildning till sjukskötare och tilläggsutbildning 30 studiepoäng	Sjúkraflutningamenn: 10 veckor Bráðatæknir: 2 år	2 år	
13. Utbildningens innehåll	F: egen uddannelse; samme indhold som i tilsvarende danske uddannelsen		http://www.ems.is/namskeid/	http://utdanning.no/studiebeskrivelse/ambulansefag	
14. Krävs praktiktjänstgöring efter examen?	nej	nej		ja, 2 år læretid	nej

7.5 AMBULANS BEMANNING – NATIONELL UTBILDNINGSPLAN NORGE

Bachelorstudiet i prehospitalt arbeid - paramedic er en ny grunnutdanning på universitets- og høghskolenivå innenfor det prehospitalt feltet i Norden. En slik utdanning har vært etterspurt i flere år for å styrke kompetansen i de prehospitalt tjenestene, utvikle faget og styrke forsknings- og utviklingsarbeid på eget fagfelt. Bachelorstudiet omfatter både praktisk og teoretisk undervisning. I løpet av en arbeidsdag opplever man mange sceneskifter hvor hovedmålet er å hjelpe mennesker som trenger medisinsk og psykososial hjelp, ofte med små tidsmarginer. Yrket stiller krav til fysisk og psykisk egnethet samt handlekraft og problemløsningsevne.

I første studieår er menneskets anatomi og fysiologi samt kunnskap i generell legemiddellære, håndtering og regning sentralt. Samtidig tilegner studentene seg grunnleggende informasjon om profesjonell helsefaglig kommunikasjon samt medisinsk-etiske problemstillinger knyttet til sykdom og kulturell kunnskap relatert til en paramedics arbeidshverdag. Grunnleggende psykiatrisk og somatisk sykdomslære ligger også i dette studieåret.

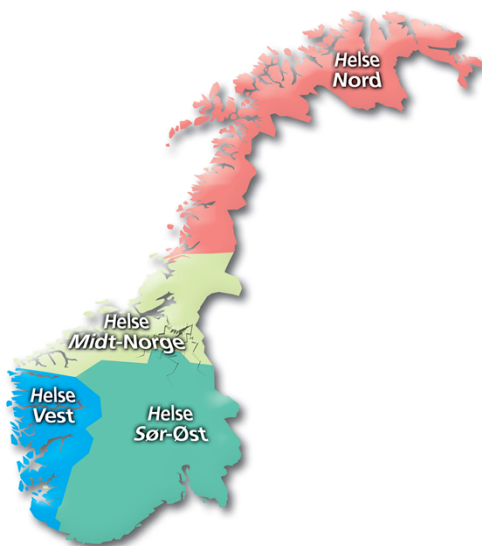
Andre studieår omhandler første del av de akuttmedisinske tilstandene og behandling av disse. Konflikthåndtering og særskilte etiske utfordringer som ligger til yrket er sentrale læringsutbytter på lik linje med traumatologien (læren om ulykker og håndtering av disse). I dette studieåret behandles også det ambulanseoperative fagområdet.

I siste studieår kommer også andre del av de akuttmedisinske tilstandene, undersøkelser og behandling, hvorav primærfokus vil være fødsel og det akutt syke barn. Praksis i paramedic integrerer ambulanseoperativ og medisinsk kunnskap.

Studieåret avsluttes med bacheloroppgaven.

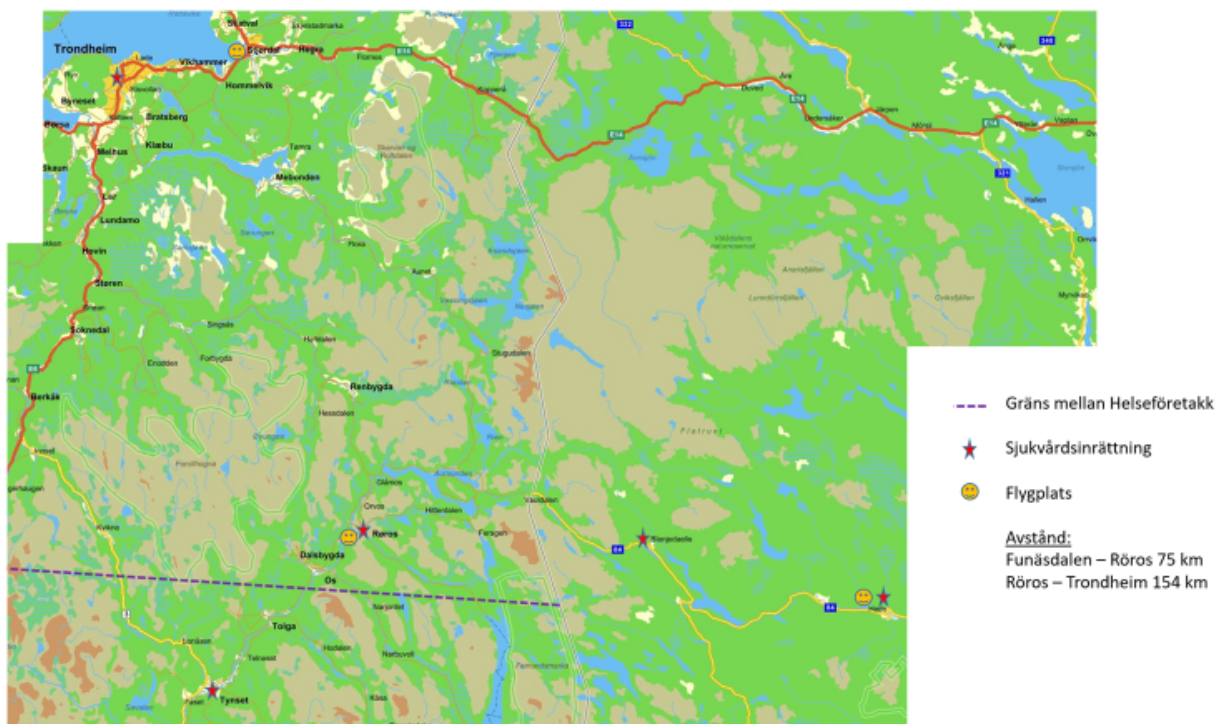
Spørsmålet knyttet til autorisasjon for ferdige kandidater på bachelorstudiet i prehospitalt arbeid - paramedic er under behandling som del av en større pågående prosess. I påvente av avklaring vil kandidater bli autorisert som ambulansarbeidere (gäller frå 2016.11.14).

7.6 DE REGIONALA HÄLSOFÖRETAGEN I NORGE SAMT NÄRRESURSER I V. HÄRJEDALEN



Ovanstående bild visar de regionala hälsoföretagens geografiska omfattning. I detta utvecklingsprojekt inkluderas resurser hämtade från Helse Sør-øst (Tynset sjukhus) och Helse Midt-Norge (St Olav Hospital/Rørø).

Sjukvårdsresurser i gränsnära området västra Härjedalen



7.7 SAMORDNING AV TJÄNSTER I FJELLREGIONEN

Detta dokument är en god överskådlig beskrivning från samhandlingsavdelningen och utgör ett ärende avseende de resurser som finns inom den s.k. fjällregionen. Denna "region" omfattar de delar som är delvis av intresse för samverkan mellan västra Härjedalen och Tynset/Röros.

Arbetsmaterial

SAKSFREMLEGG

Sak 24/15 Samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen

Utvalg:	Styret for St. Olavs Hospital HF
Dato:	29.10.2015
Saksansvarlig:	Tor Åm
Saksbehandler:	Tore Jo Nilsen
Arkivsak:	11/2142-61
Arkiv:	330

Innstilling

1. DPS-tilbudet i Fjellregionen lokaliseres til Tynset DPS når institusjonen er godkjent for behandling med tvang for dognopphold. Det forutsettes et nært samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF om pasienter fra Holtålen og Roros som er under behandling med tvang.
2. Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Roros driftes av Sykehuset Innlandet HF når DPS-tilbudet på Tynset er godkjent for bruk av tvang, jf vedtakspunkt 1.
3. Ansatte som blir berørt av omstillingen, skal ivaretas i henhold til lov- og avtaleverk.
4. Avtalen om økonomisk oppgjør beskrevet i saken gjelder for de første to årene etter oppstart.
5. Styret anbefaler at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det gjelder øyeblikkelig hjelp-tilbudet for befolkningen i Fjellregionen.
6. Styret ber administrerende direktør om å fortsette dialogen om videreutvikling av elektive somatiske spesialisthelsetjenester i Fjellregionen som beskrevet i saken.
7. Styret ber om at det opprettes et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå og et samarbeidsutvalg på driftsnivå slik det er beskrevet i saksutredningen. Administrerende direktører ved Sykehuset Innlandet og ved St. Olavs Hospital gir utvalgene mandat og oppnevner medlemmer.

VEDLEGG

- 1 Seleksjonskriterier akutt indremedisin, akutt kirurgi og akutt ortopedi
- 2 Protokoll fra møte i AMU 20.10.2015
- 3 Drøftingsprotokoll fra møte 20.10.2015

BAKGRUNN

Styrene vedtok i sak 34 /13 (St Olavs Hospital) og sak 074-2013 (Sykehuset Innlandet) en rekke punkter for oppfølging av prosjekt Fjellhelse. I sak 19/14 (St. Olavs Hospital) ba Styret om en ny sak der de ber administrerende direktør om å legge fram en egen beslutningssak om innholdet i en integrert spesialisthelsetjeneste i Fjellregionen. Prosjektrapporten, " En samordning av spesialisthelsetjenesten i Fjellregionene", er lagt ved tidligere styresaker.

I denne saken legges det fram forslag til innholdet i en integrert spesialisthelsetjeneste i Fjellregionen og en oppdatering av status for samordninga av spesialisthelsetjenesten i området.

Det er en overordnet målsetting for integrerte spesialisthelsetjenester i Fjellregionen at tjenesten fremstår som mest mulig helhetlig og integrert. Spesialisthelsetjenesten i området skal også være robust og bærekraftig samtidig som det må unngås unødvendig dublering av tjenester.

Ved å se Fjellregionen som ett opptaksområde kan vi konsolidere og eventuelt bedre det lokale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen tilpasses overordnede utviklingsplaner og økonomiske rammebetingelser i de respektive HF, gjennom prosesser som involverer begge de respektive HF og der hensynet til helheten i tilbudet ivaretas.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Fjellregionen er i denne sammenhengen definert som kommunene Holtålen, Røros, Tynset, Os, Tolga, Folldal, Alvdal og Rendalen. Disse kommunene har til sammen et befolkningsgrunnlag på ca. 24000 innbyggere hvorav ca. 8000 personer bor i Sør-Trøndelag og ca. 16000 bor i Hedmark.

Etter at saken ble behandlet i styrene har representanter fra Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF hatt en løpende dialog om hvordan samarbeidet mellom St. Olavs Hospital HF og Sykehuset Innlandet HF kan konkretiseres og formaliseres. Det ble opprettet et forhandlingsutvalg som har gjennomgått ulike fagområder. Utvalget er på sak utvidet med kompetanse fra aktuelle fagområder
Her gjennomgås forhandlingsutvalgets forslag på de ulike fagområdene.

1 Psykisk helsevern, habiliteten og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

a. Voksenpsykiatrien (VOP) i Fjellregionen.

For innbyggerne i Fjellregionen er det nåværende psykiatritilbudet knyttet til DPS Tynset og DPS Orkdal. DPS Tynset er lokalisert ved sykehuset på Tynset. Avdelingen består av en

døgnerhet med 10 plasser, og poliklinikk med integrert TSB-team. DPS gir et allmennpsykiatrisk tilbud i opptaksområdet til sjukehuset innenfor frivillig psykisk helsevern. DPS Orkdal er en avdeling under Divisjon Psykisk helsevern i St. Olavs Hospital. Orkdal DPS har 20 døgnplasser, poliklinikk blant annet på Røros og ambulante team. DPS Orkdal er godkjent for bruk av tvang under døgnbehandling. Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Røros består av 1 hel psykiaterstilling, 1 hel psykologspesialist og 1 hel psykiatrisk sykepleierstilling.

Forhandlingsutvalget har følgende tilråding:

1. DPS tilbudet for Fjellregionen lokaliseres til Tynset for en prøveperiode på 2 år med evaluering før prosjektperioden avsluttes.
2. Det opprettholdes poliklinikker for psykisk helsevern på Røros og på Tynset. Ansatte ved poliklinikken på Røros knyttes administrativt og faglig til DPS på Tynset.
3. Ressurser tilsvarende 2 senger flyttes fra Orkdal DPS til Tynset DPS
4. Akuttfunksjonen lokaliseres til respektive akuttjukehus i St. Olavs Hospital og SI.
5. En stilling i FAKT- tilbudet som i dag er lokalisert i Haltdalen knyttes organisatorisk til poliklinikk på Røros for å opprettholde ambulante tjenester i Holtålen og Røros innen akutte- og rehabiliterende tjenester.
6. Det iverksettes en prosess i forhold til de ansatte som berøres. Prosedyre for omstilling benyttes.
7. Det iverksettes en prosess for å utvikle DPS tilbudet på Tynset faglig.
8. Økonomisk overføring er fastsatt til 7 millioner i 2016 å indeksreguleres.

Tiltaket anbefales iverksatt når prosessen med ansatte og arbeidstakerorganisasjonene er gjennomført og økonomiske tilpasninger er gjort, tidligst 1.1.2017.
Partene er, i samarbeid med de regionale helseforetakene enige om en økonomisk fordeling.

Behandling med tvang i psykisk helsevern:

Kravet til slik godkjenning er beskrevet i «Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm», Kapittel 1 §§ 2,3,4 og 5. Det er krav om materielle forhold og bemanningsmessige forhold, inkludert tilknytning til et vaktssystem.

Det som oftest skjer er at tvang etablert på sykehuset (ofte akuttposter) videreføres på DPS. Om det er behov for at pasienten også er på tvang under den videre behandlingen utenfor institusjon skjer dette innenfor rammen av samme lovverk, og pasienten følges opp enten fra døgnerhet eller poliklinikk og bor hjemme.

Det varierer fra helseforetak til helseforetak om DPS-ene er godkjent for bruk av tvang eller ikke. I Midt-Norge har Helseforetakene Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital HF DPS som er godkjent for bruk av tvang mens Helse Møre og Romsdal ikke har sine DPS godkjent for tvang. Tilbud om tvungent psykisk helsevern i form av poliklinisk behandling (oppmøte, medisiner, samtale etc.) gis ved DPS Tynset.

b. BUP i Fjellregionen

BUP tilbudet i Tynset -regionen dekker barnebefolkningen i 8 kommuner. BUP på Røros dekker 4 kommuner og inkluderer et tilbud til Tydal og Midtre Gauldal kommuner. Tydal har et formalisert samarbeid med Værnes regionen for øvrige helsetjenester og Midtre Gauldal har tilsvarende formelt samarbeid med Trondheimsområdet.



Det har vært en prosess mellom BUP i St. Olavs Hospital og BUP i Sykehuset Innlandet der man har diskutert behovene for- og mulighetene for et tettere samarbeid.

Eventuell endring i kommunestrukturen vil påvirke hvordan BUP organiseres. Partene mener derfor at spørsmålet om organisering av BUP bør utredes på nytt når eventuell ny kommunestruktur blir tydeligere.

Gjennomgangen av BUP i Fjellregionen har vist at det er lite kommunikasjon mellom de aktuelle BUP -ene. Det er grunnlag for å formalisere et samarbeid for spissing av kompetanse på mer sjeldne tilstander og behandlingsmetoder.

Det vil være gevinster for begge parter ved å formalisere et fagsamarbeid der man utvikler et system for kompetanseoverføring.

Forhandlingsutvalget anbefaler at organisering av BUP avventes til det foreligger avklaring om kommunestrukturen i opptaksområdet for BUP.

c. Habiliteringstjenesten for voksne i Fjellregionen

Det er få pasienter i habiliteringstjenesten i Røros og Holtålen. Habiliteringstjenesten drives i stor utstrekning som oppsøkende og poliklinisk virksomhet. Habiliteringstjenesten må, på samme måte som andre få tilgang på andre spesialisthelsetjenester på lokalsykehusnivå i Fjellregionen.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet innen habiliteringstjenesten fortsetter som i dag.

d. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Fjellregionen

I Sykehuset Innlandet er TSB og Psykisk helsevern organisert som en tjeneste. I St. Olavs Hospital er tjenestene delt i 2 klinikker.

Generelt innebærer behandling i TSB en sterk kommunal forankring. Både fastlege og kommunal rustjeneste/NAV kan henvise til TSB hvor det forutsettes deltakelse gjennom et spesialisert behandlingsforløp. Samarbeid gir gevinster, der man blant annet ser potensial til spissing av fagmiljøer ift TSB og psykiatri.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidsutvalget (se punkt 4 i denne saken) utarbeider en skisse til samarbeid mellom TSB og DPS i Fjellregionen når DPS funksjonene i Fjellregionen er samordnet.

2 Akutt somatiske sykdommer

Kommunene Røros og Holtålen benytter både St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet Tynset ved øyeblikkelig hjelp. For øvrige kommuner i Fjellregionen, går pasientstrømmen hovedsakelig mot Tynset. Andelen pasienter fra Røros / Holtålen som legges inn som øyeblikkelig hjelp på Sykehuset Innlandet, Tynset var i 2012, ca. 40 % mens tallet for Røros kommune var nærmere 50 %.

Et utvalg har utarbeidet kriterier for hvilke pasientgrupper som med fordel kan behandles på Sykehuset Innlandet, Tynset, og hvilke pasientgrupper som bør få sitt tilbud henholdsvis på St. Olav, Hospital og Sykehuset Innlandet, - Elverum –Hamar og Sykehuset Innlandet Lillehammer. Kriteriene følger vedlagt.



Målsetning har vært å beskrive Sykehuset Innlandet Tynset sin rolle i behandlingsskjeden i spesialisthelsetjenesten.

Kriteriene er bearbeidet og gjennomgått av klinikkledelsen i Sykehuset Innlandet, i samarbeid med sentrale klinikkjefer ved St. Olavs Hospital. Seleksjonskriteriene har vært til høring blant primærlegene i Fjellregionen. Muntlige tilbakemeldinger bekrefter at seleksjonskriteriene svarer til forventningene. Det er usikkert om anbefalte kriteriene vil endre pasientstrømmen. Men det er grunn til å tro at kriteriene vil bidra til «rett pasient på rett sted til rett tid».

Grunnprinsippet for seleksjonskriteriene er:

- Diagnostikk skal så langt som mulig gjøres lokalt
- Det er lav terskel for samråd med spesialist på seksjonerte avdelinger ved St Olavs hospital og Sykehuset Innlandet Elverum - Hamar.
- Der diagnostikk tilsier videre utredning eller endelig behandling på høyere nivå, skal pasienter flyttes over til St Olav/SI/OUS. Sykehuset Innlandet Tynset vil da sørge for at pasientene er stabilisert for transport.

Forhandlingsutvalget anbefaler at seleksjonskriteriene legges til grunn for bruken av Sykehuset Innlandet Tynset som akuttsykehus. Det er viktig at faglige vurderinger og pasienthensynet er styrende for henvisning av pasienter.

3 Elektivt tilbud, somatiske sykdommer

Forhandlingsutvalget har gått gjennom eksisterende elektive tilbud for befolkningen i fjellregionen. På noen områder er det iverksatt tiltak/ tjenester, på andre områder peker forhandlingsutvalget på mulige tiltak som bør utredes for å styrke tilbudet.

Geriatrici

Ut fra forventet økning i antall eldre i Fjellregionen bør spesialisthelsetjenesten utvikle lokale tilbud innen geriatrici. Dette bør skje i nært samarbeid med kommunene i regionen. Med økonomisk støtte fra Helse Midt – Norge og St. Olavs Hospital er det igangsatt et prosjekt sammen med Fjellregionen og Fosen DPS som samarbeidsparter.

Prosjekt skal:

1. Forbedre tjenestetilbudet til de geriatriciske pasientene gjennom standardiserte helhetlige pasientforløp også mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
2. Etablere av faste og robuste strukturer på tvers av forvaltningsnivå og profesjoner
3. Overføre og heve kompetanse
4. Optimalisere og eventuelt redusere antall henvisninger, innleggelser og kontroller i sykehus.
5. Det skal forskes på måloppnåelse og resultatene skal danne grunnlag for strategiske valg regionalt og nasjonalt.

Prosjektets varighet på 3 år. Geriatricisk avdeling på St. Olavs Hospital ivaretar prosjektledelsen. Det er opprettet en bredt sammensatt prosjektgruppe med fastleger og helsepersonell for øvrig fra Fjellregionen og Fosen.

Forhandlingsutvalgets anbefaling: Prosjektet er et viktig bidrag til å samordne og utvikle spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen. Ved sluttevaluering av prosjektet må det tas stilling til om arbeidsformen skal utvikles til et permanent tilbud.

Kreftbehandling

I Sykehuset Innlandet HF har onkologimiljøet ved Hamar det faglige ansvaret for Tynset. Kreftpoliklinikken har også mange pasienter fra Røros og Holtålen og derved mye kontakt med kreftavdelingen ved St Olavs Hospital. Det er et sterkt ønske fra miljøet på Tynset om å ha større tilgang til onkolog i det daglige arbeidet. Det arbeides med å få en ordning med onkolog fra St. Olavs Hospital knyttet til praksis ved Sykehuset Innlandet Tynset, etter samme mal som revmatologi.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet om å utvikle et onkologitilbud fortsetter.

Slagbehandling

Partene har initiert et prosjekt for å styrke tilbudet til slagpasienter i Fjellregionen.

Formålet med prosjektet er å:

1. Innføre felles pasientforløp for slagbehandling
2. Konkretisere samarbeid mellom St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet Tynset om slagbehandling
3. Forsterke samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for slagpasienter
4. Utrede dag og døgnrehabilitering for slagpasienter i samarbeid med Røros Rehabiliteringssenter.

St. Olavs Hospital, Sykehuset Innlandet Tynset, kommunene i Fjellregionen og Røros Rehabiliteringssenter involveres i arbeidet. Arbeidet må ha en framdrift som muliggjør oppstart primo 2016.

Forhandlingsutvalget anbefaler at det etableres et prosjekt med deltakelse fra St Olavs Hospital, Sykehuset Innlandet Tynset og LHL klinikkene Røros. Formålet er å sikre et godt pasientforløp for slagpasienter.

Etterbehandlingssenger i regi av Røros kommune

Etterbehandlingssenger er et avansert kommunalt tilbud med definerte senger og pasientgrupper, hvor etterbehandling inngår i pasientforløpet. Pasientene kan etter spesielle kriterier overflyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tilbudet er et spleiselag mellom kommunene og St. Olavs Hospital

Det er etablert 6 etterbehandlingssenger for Røros og Holtålen kommune lokalisert på Røros sykehus. Kommunene i Fjellregionen har fått tilbud om å bruke tilbudet ved ledig kapasitet til en på forhånd avtalt pris. Kommunene vinner erfaring med hva som er behov og hvilke pasienter som vil ha nytte av tilbudet. Det er forutsatt at kommunene må avklare sitt behov og inngå en permanent avtale om bruk av etterbehandlingssenger ved Røros sykehus.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet om etterbehandlingssenger ved Røros sykehus utvides til å gjelde et tilbud til alle kommunene i Fjellregionen og lokaliseres ved Røros sykehus.

Revmatologi:

Det er inngått en avtale mellom Sykehuset Innlandet Tynset og St. Olavs Hospital om revmatologitjenester. Avtalen innebærer at en revmatolog har poliklinikk etter fast oppsatt plan på Tynset og ivaretar det faglige ansvaret for tjenesten.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs Hospital HF fortsetter for å sikre gode revmatologitjenester i fjellregionen.

Tannbehandling

Tannbehandling kan samordnes på en plass, men på grunn av denne pasientgruppens særlige behov vil det fortsatt være tilbud begge plasser.

Forhandlingsutvalget anbefaler at tilbudet opprettholdes både på Røros og Tynset.

Medisinske servicefunksjoner

Laboratorietjenester:

En gruppe bestående av representanter fra kommunene, Røros Rehabilitering, Sykehuset Innlandet Tynset, St. Olavs Hospital og Røros kommune, har gjennomgått laboratorietjenestene for å avklare om et tettere samarbeid mellom fagmiljøene og andre organisatoriske løsninger kan bidra til et stabilt fagmiljø og et robust tilbud.

Gruppen har ikke samlet seg om ett forslag til modell for laboratorietjenester. Tynsetmiljøet ønsker mer samarbeid der laboratorieaktiviteten for sykehusene (Tynset og Røros) ivaretas av Sykehuset Innlandet - Medisinsk service Tynset. Laboratoriemedisinsk klinikk og Røros sykehus foreslår at det arbeides etter en modell der St. Olavs Hospital fortsatt driver laboratorietjenesten og åpner for et samarbeid med Røros kommune.

Forhandlingsutvalget anbefaler at St. Olavs Hospital HF driver laboratorietilbudet på Røros sykehus. Det innledes samarbeid med Røros kommune for å styrke og effektivisere driften.

Bilediagnostikk

Det er etablert tekniske løsninger som muliggjør overføring av bilder fra bildediagnostikk mellom Tynset og St. Olavs Hospital. Dette er en forutsetning for samhandling på flere fagområder. Tilbudet på Tynset omfatter ultralyd, CT og MR i tillegg til konvensjonell røntgen.

Forhandlingsutvalget anbefaler at fagmiljøene fra begge HF samarbeider videre for å utnytte ressursene optimalt.



Hjertesykdommer

Kardiologi finnes både på Røros og Sykehuset Innlandet Tynset, på Røros som et rent poliklinisk tilbud og på Sykehuset Innlandet Tynset som en del av det indremedisinske tilbudet. Av hensyn til tilgjengelighet bør det polikliniske tilbudet opprettholdes på Røros. St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet vil vurdere om dette kan gjøres med utgangspunkt i et nærmere samarbeid mellom sykehusene.

Forhandlingsutvalget anbefaler at kardiologi ivaretas som en del av det generelle indremedisinske tilbudet på Tynset, at poliklinikktilbudet på Røros videreføres og at det arbeides videre med å forsterke det faglige samarbeid mellom sykehusene om fagområdet kardiologi.

Lungesykdommer

St. Olavs Hospital driver en lungepoliklinikk på Røros en dag pr mnd, men befolkningsgrunnlaget er for lite for videre drift. Sykehuset Innlandet Tynset har også et lungemedisinsk tilbud, inkludert poliklinikk.

Forhandlingsutvalget anbefaler at et videre faglig samarbeid mellom sykehusene om tilbudet tas opp i samarbeidsutvalget.

Hudsykdommer

St. Olavs Hospital driver en hudpoliklinikk på Røros. I tillegg gis hudpasienter lysbehandling både på Røros og Tynset.

Forhandlingsutvalget anbefaler at det forsøkes etablert en hudpoliklinikk som dekker hele Fjellregionen, lokalisert primært på Røros og at saken følges opp av Samarbeidsutvalget. Lysbehandling bør fortsatt lokaliseres både på Røros og Tynset.

Pediatri:

Det mangler et pediatri tilbud i Fjellregionen. Det er et ønske fra primærhelsetjenesten og Sykehuset Innlandet at et slikt tilbud etableres på Røros i regi av St. Olavs Hospital.

Forhandlingsutvalget anbefaler at planlegging og gjennomføring av et pediatri tilbud tas opp som sak i samarbeidsutvalget.

Gynekologi:

Røros sykehus har et poliklinisk og dagkirurgisk tilbud innen gynekologi for hele Fjellregionen. Det er behov for å øke tilbudet innen gynekologi.

Forhandlingsutvalget anbefaler at planlegging og gjennomføring av et utvidet gynekologitilbud tas opp som sak i samarbeidsutvalget.

Diabetes/ fedmepoliklinikk:

Det er behov for en diabetes / fedmepoliklinikk i Fjellregionen. Ved å flytte pasientbehandling nærmere pasienten og samtidig etablere et nært samarbeid med

fastlegene i regionen kan flere pasienter behandles lokalt. Dette vil forsterke samhandling og utveksling av kompetanse på dette feltet mellom helsetjenestenivåene. Fagmiljøet ved St. Olavs Hospital ønsker å etablere en poliklinikk på Røros sykehus drevet av en sykepleier med spesialkunnskap om diabetes og fedmebehandling og med faglig forankring til fagmiljøene ved St. Olav Hospital, Trondheim. En slik poliklinikk vil finansiere en slik stilling. *Det anbefales at planlegging og gjennomføring av et tilbud innen diabetes / fedme tas opp som sak i samarbeidsutvalget.*

4 Organisering av samarbeidet om spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen

I styresakene 34/13 i St. Olavs Hospital HF og sak 074-2013 i styret for Sykehuset Innlandet HF ble det vedtatt at det skal innledes forhandlinger om hvordan samarbeidet mellom St. Olavs Hospital HF og Sykehuset Innlandet HF kan formaliseres.

Å utvikle et samarbeid tar tid og vil være en kontinuerlig prosess.

Forhandlingsutvalget har diskutert muligheten for å opprette samarbeidsorgan på to nivå:

A Et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå. Samarbeidsutvalgets oppgaver vil i hovedsak være knyttet til å planlegge og videreutvikle tilbudet i tråd med intensjonene om å skape en spesialisthelsetjeneste som er robust og bærekraftig på lang sikt. Samarbeidsutvalget vil være overordnet i forhold til samarbeidsorganet på driftsnivå.

B Samarbeidsutvalg på driftsnivå.

Oppgavene til samarbeidsutvalget på driftsnivå vil i hovedsak være knyttet til gjennomføring av vedtak fra samarbeidsutvalget på HF -nivå.

Forhandlingsutvalget anbefaler at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og St. Olavs hospital formaliseres ved at det opprettes samarbeidsutvalg på HF nivå og på driftsnivå. Direktørene i foretakene oppnevner utvalgene og gir dem mandat.

DRØFTING

Å sikre gode spesialisthelsetjenester til 24000 innbyggere i Fjellregionen med lang avstand til andre spesialisthelsetjenester er en stor utfordring både med hensyn til fornuftig ressursutnyttning, rekruttering av fagfolk og geografiske avstander.

På grunn av lavt befolkningsgrunnlag har vi for noen fag etablert poliklinikktilbud med lav frekvens, for eksempel en dag pr. måned. Poliklinikktilbud med så lav frekvens fører lett til fristbrudd fordi pasienter må vente til vi har nok henviste pasienter til en poliklinikkdag. En samordning av spesialisthelsetjenestene i Fjellregionen og et samarbeid med kommunen kan gi et bedre fremtidig tilbud til pasienter i Fjellregionen. Et samarbeid på tvers av HF- og RHF-grenser vil gi økt befolkningsgrunnlag. Dette gjør det mulig å øke antall poliklinikkdager og dermed legge til rette for flere og bedre spesialisthelsetjenester i Fjellregionen.

Administrerende direktør er enig i forhandlingsutvalgets vurderinger og anbefalinger innenfor områdene psykisk helsevern, voksenhabilitering, tverrfaglig spesialisert

rusbehandling, kriterier for håndtering av akutte somatiske sykdommer, elektive somatiske sykdommer og samarbeid med kommunehelsetjenesten i fjellregionen.

Administrerende Direktør foreslår at DPS-tilbudet for pasienter fra Røros og Holtålen overføres til DPS på Tynset. Ordningen betyr økt tilgjengelighet og kortere reisetid for pasienten som får behandling i DPS døgnbehandling. Dette letter også den polikliniske og ambulante oppfølgingen av slike pasienter. En ordning med at pasienter fra Holtålen og Røros skal benytte DPS på Tynset forutsetter imidlertid at DPS Tynset har godkjenning for bruk av tvang slik DPS Orkdal har. Om ikke dette er etablert vil pasienter som trenger slik behandling få et mer oppstykket og dårligere tilbud enn i dag. Direktøren foreslår derfor at DPS Tynset skal være godkjent for tvang før ordningen iverksettes, jf innstillingens punkt 1. Administrerende direktør er opptatt av at ansatte som blir berørt av den foreslåtte omstillingen innen psykisk helsevern blir ivaretatt på en god måte. Tiltaket vil derfor ikke bli iverksatt før det er gjennomført en prosess i henhold til gjeldende prosedyre for omstilling (ID:31456).

Et lokalsykehus med akuttfunksjon skal kunne håndtere/vurdere minimum de hyppigste innleggelsesdiagnosene. De politiske føringer i Samhandlingsreformen sier at pasienter skal behandles på lavest effektive omsorgsnivå, og få behandling på lokalsykehus for de tilstander som kan og bør behandles der.

Kvaliteten på akuttilbudet vil forbedres med en tydeliggjøring og avklaring av hvilke diagnoser / pasientgrupper som med fordel kan behandles på SI Tynset og hvilke diagnoser / pasientgrupper som bør få sitt tilbud henholdsvis ved St. Olavs Hospital og i Sykehuset Innlandets øvrige divisjoner. Administrerende direktør anbefaler derfor at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det gjelder akuttilbudet for befolkningen i Fjellregionen.

Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er nevnt under punktene som beskriver slagbehandling, geriatri og etterbehandlingssenger. Det vil være et potensiale for å utvikle bedre helsetilbud også på andre områder med et tettere samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.



Vedtak:

1. Styret ber administrerende direktør fortsette dialogen med Sykehuset Innlandet om faglig innhold i et eventuelt DPS-tilbud på Tynset for befolkningen i Fjellregionen.
2. Styret anbefaler at seleksjonskriteriene som er utarbeidet for akutt medisinsk behandling legges til grunn når det gjelder øyeblikkelig hjelp-tilbudet for befolkningen i Fjellregionen.
3. Styret ber administrerende direktør om å fortsette dialogen om videreutvikling av elektive somatiske spesialisthelsetjenester i Fjellregionen som beskrevet i saken.
4. Styret ber om at det opprettes et fast samarbeidsutvalg for spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen på HF-nivå og et samarbeidsutvalg på driftsnivå slik det er beskrevet i saksutredningen. Administrerende direktører ved Sykehuset Innlandet og ved St. Olavs Hospital gir utvalgene mandat og oppnevner medlemmer.

Arbets