

Styresak

Dato dok.:	19.02.2018	Administrerende direktør
Møtedato:	28.02.2018	
Vår ref.:	16/07682-48	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67960000
Vedlegg:	Planer for Akershus universitetssykehus HF innen regionale satsingsområder 2018-2035	

Sak 08/18 Planer for Akershus universitetssykehus HF innen regionale satsingsområder 2018-2035

Utviklingsplan for Akershus universitetssykehus ble vedtatt av styret i 2016 (sak 94/16) og godkjent av Helse Sør-Øst i september 2017. Planen trekker opp hovedmål for utviklingen av virksomhet og bygninger i perioden frem mot 2030. I mars 2017 ble regionale føringer for utviklingsplaner distribuert til helseforetakene. Disse skal danne grunnlag for en regional utviklingsplan, og er på noen områder mer omfattende enn de føringer så lå til grunn da Akershus universitetssykehus utarbeidet sin utviklingsplan. Helse Sør-Øst har akseptert at det utformes et tilleggsdokument som omhandler tilleggstemae i føringene. Fristen for oversendelse av dokumentet er 1. mars 2018.

Temaene i de regionale føringene har vært diskutert i interne fagmøter, i møte med kommunene og i brukerutvalget. Et planutkast har vært på høring til kommuner og bydeler i opptaksområdet, brukerutvalget og ungdomsrådet, og internt i organisasjonen. Det er mottatt innspill fra de tre bydelene, kommunene på Nedre Romerike, kommunene på Øvre Romerike og fra Oppegård kommune, samt internt fra to divisjoner/klinikker og fire avdelinger. Brukerutvalget har gitt muntlige innspill.

Høringsinnspill fra kommuner og brukere danner et godt grunnlag for videre samarbeid om utvikling av tjenestene. Bruk av elektronisk kommunikasjon og digitale verktøy er særlig fremhevet som forbedringsområder. De konkrete innspillene vil følges opp i relevante fora.

Målsetninger som omtales i tilleggsdokumentet vil i løpet av 2018 bli innarbeidet i utviklingsplanen for Akershus universitetssykehus. Operasjonalisering av planen vil følge et etablert årshjul, der konkrete tiltak prioriteres som del av arbeidet med plandelen av årlig melding. Endelige prioriteringer tas inn i foretakets økonomiske langtidsplan.

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å ferdigstille og oversende tilleggsdokumentet til Helse Sør-Øst RHF.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

Planer for Akershus universitetssykehus HF innen regionale satsingsområder 2018-35

- tillegg til helseforetakets utviklingsplan

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Utviklingsplan 2017-2030 for Akershus universitetssykehus	3
1.2 Regionale føringer for utviklingsplaner	4
1.3 Samling av planene til en felles utviklingsplan	5
2. Pasientens helsetjeneste	6
2.1 Nye arbeidsformer	6
2.2 Brukertilfredshet	8
3. Oppgavedeling og samhandling	10
3.1 Trygg utskrivning	10
3.2 Skreddersøm for kronikere	11
4. Pasientbehandling og faglig prioritering	13
4.1 Psykisk helse	13
4.1.1 Brukermedvirkning og samvalg	13
4.1.2 Standardiserte pasientforløp	13
4.1.3 Behandlingseffekt	15
4.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	16
4.2.1 Utvikling av basistjenester og organisering av disse	16
4.2.2 Samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste	17
4.3 Rehabilitering	18
4.3.1 Tilbud innen døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet	18
4.3.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – «én dør inn» til tjenesten	20
4.3.3 System for samarbeid innen rehabilitering – formalisering i samarbeidsavtalene	21
4.4 Habilitering	22
4.4.1 Samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum omhandlende barn og unge	22
4.4.2 Behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade	23
4.4.3 Tjenestetilbudet for barn og unge med autismspekterforstyrrelser	23
4.4.4 Intensiv habilitering	24
4.4.5 Pasientforløp for voksne med atferdsvansker ved utviklingshemming	25
4.5 Hjerneslag	26
4.6 Kreftkirurgi	28
4.7 Prehospitale tjenester	28

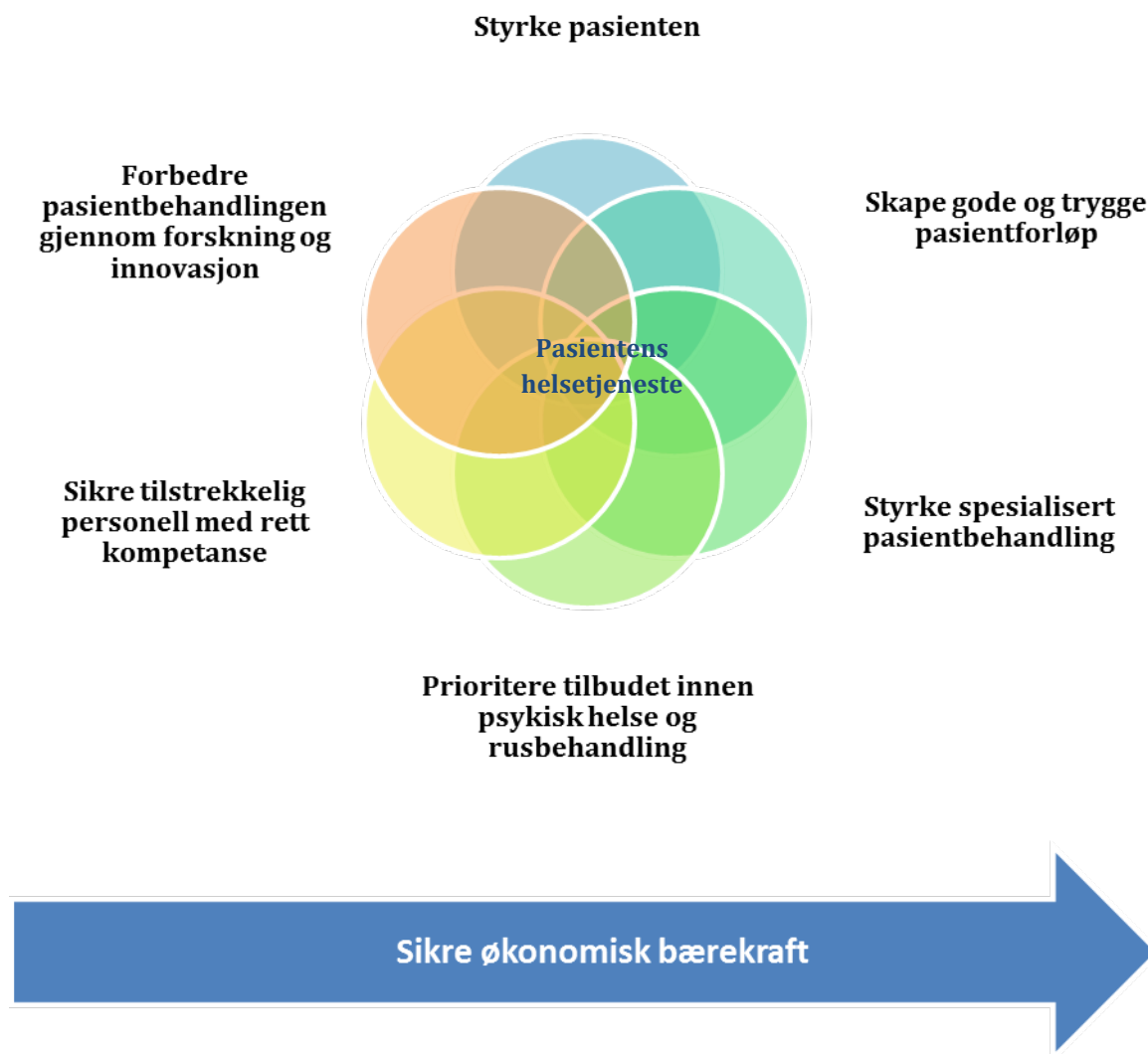
1. Innledning

1.1 Utviklingsplan 2017-2030 for Akershus universitetssykehus

Helseforetakets utviklingsplan for perioden 2017-2030 trekker opp hovedmål for utviklingen av virksomheten og bygninger, basert på en beskrivelse av de utfordringer helseforetaket står overfor fremover. Økonomisk bærekraft er en forutsetning for ønsket utvikling.

Utviklingsplanen ble vedtatt av styret i desember 2016 og godkjent av Helse Sør-Øst i september 2017. I godkjenningsbrevet skrev Helse Sør-Øst at utviklingsplanen er «et godt grunnlag for videre utvikling av Akershus universitetssykehus».

Det er valgt seks hovedmål med tilhørende delmål:



De langsiktige målene i utviklingsplanen følges opp med tiltak i en fireårig strategi som rulleres årlig i styrets plandel av årlig melding og legges til grunn for den årlige rulleringen av foretakets økonomiske langtidsplan. Arbeidet med operasjonalisering av utviklingsplanen skal gi retning til utviklingen de nærmeste årene, og sikre at prioriterte delmål og tiltak har finansiering innenfor det planlagte økonomiske handlingsrommet. Det skal sikre ett felles planverk som samordner overordnende strategiprosesser med divisjonenes delplaner.

Flere prosesser er allerede godt i gang: Det er etablert tverrgående prosjekter for satsingsområdene kreft og eldremedisin, og planlegging av nybygg for strålebehandling og samling av sykehusbasert psykisk helsevern har startet opp. I tillegg pågår det en rekke andre prosjekter som skal bidra til å nå målene i planen.

1.2 Regionale føringer for utviklingsplaner

Som grunnlag for utviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2035, ble det i 2017 fastsatt regionale føringer for utviklingsplaner. Det er valgt ut strategiske og faglige satsingsområder som skal styrke den videre utviklingen av pasientens helsetjeneste. I tillegg legger føringene et godt grunnlag for å forbedre samarbeidet med brukere, kommuner og andre aktører gjennom nyskapende arbeidsformer og teknologi.

Dette dokumentet omhandler planer for Akershus universitetssykehus innen disse regionale satsingene. Dokumentet utdyper noen områder som allerede er omtalt i foretakets vedtatte utviklingsplan for 2017-2030 og omtaler i tillegg mål og videre arbeid for de spesifikke satsingsområdene Helse Sør-Øst har trukket frem i sitt grunnlagsarbeid for en regional utviklingsplan for perioden frem mot 2035.

Det er fra Helse Sør-Øst gitt føringer innenfor følgende områder, videre i dokumentet omtales dagens situasjon, mål og konkrete tiltak for hver av disse:

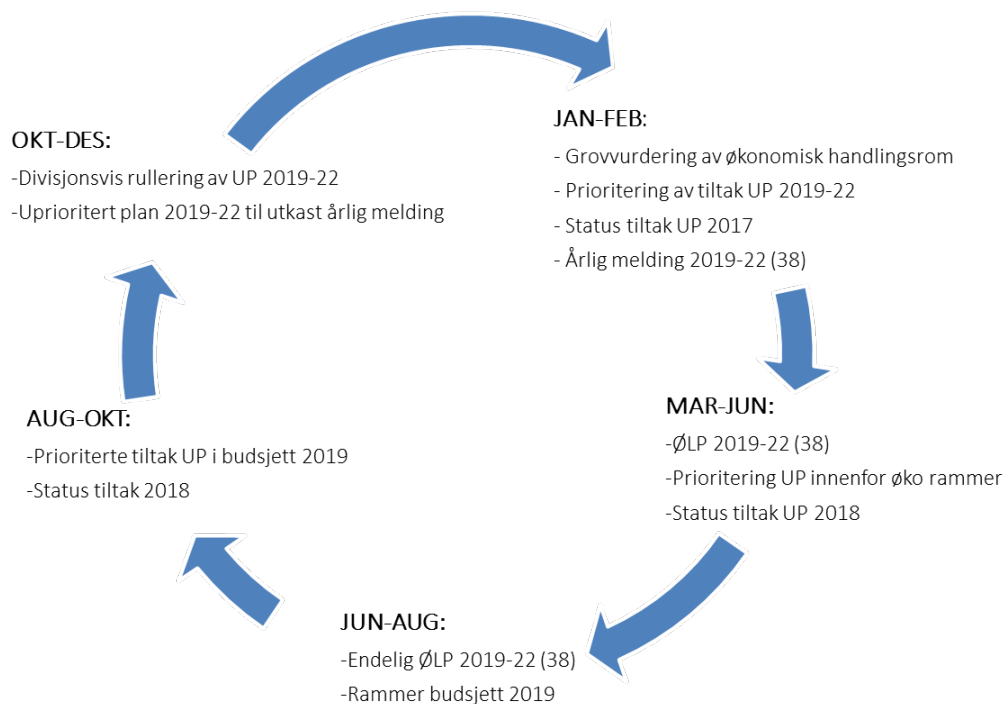
- Pasientens helsetjeneste (kapittel 2)
 - Nye arbeidsformer
 - Brukertilfredshet
- Oppgavedeling og samhandling (kapittel 3)
 - Trygg utskrivning
 - Skreddersøm for kronikere
- Psykisk helse (kapittel 4.1)
 - Brukermedvirkning og samvalg
 - Standardiserte pasientforløp
 - Behandlingseffekt
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (kapittel 4.2)
 - Utvikling av basistjenester og organisering av disse
 - Samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste
- Rehabilitering (kapittel 4.3)
 - Tilbud innen døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet
 - Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – «én dør inn» til tjenesten
 - System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene

- Habilitering (kapittel 4.4)
 - Samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum omhandlende barn og unge
 - Behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade
 - Tjenestetilbudet for barn og unge med autismespekterforstyrrelser
 - Pasientforløp for voksne med atferdsvansker ved utviklingshemming
- Hjerneslag (kapittel 4,5)
- Kreftkirurgi (kapittel 4.6)
- Prehospitale tjenester (kapittel 4.7)

1.3 Samling av planene til en felles utviklingsplan

Det er en uttalt målsetning å ha ett felles planverk for helseforetaket. I løpet av 2018 vil planene som omtales i dette dokumentet bli innarbeidet i foretakets vedtatte utviklingsplan. Oppfølging av den samlede utviklingsplanen gjennom konkretisering og prioritering av konkrete tiltak vil følge det etablerte årshjulet for operasjonalisering av hovedmålene i utviklingsplanen.

Figur 1-1 Årshjul for planlegging av utviklingstiltak. (UP = utviklingsplan, ØLP = økonomisk langtidsplan)



2. Pasientens helsetjeneste

2.1 Nye arbeidsformer

Arbeidet med nye arbeidsformer er en integrert del av forbedringsarbeidet, og konkrete planer vil integreres i fagområdenes ulike prosjekter.

Ambulante tjenester

Ambulante tjenester er en av de mest utbredte samarbeidsformene med kommunene. Høsten 2017 ble det gjennomført en kartlegging av ambulante team og tjenester. Mange avdelinger driver ambulans virksomhet. Særlig gjelder dette innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. Det er stor bredde i målgruppene, men en fellesnevner er at pasientene ofte har sammensatte behov. Mange pasienter innen psykisk helsevern har alvorlige tilstander og kan ikke benytte ordinære polikliniske tilbud. Disse har behov for fleksible, spesialiserte tjenester, og det er mest hensiktsmessig at oppfølgingen skjer i eller nær hjemmet. Det er etablerte avtalestrukturer med kommuner og andre aktører knyttet til den ambulante virksomheten.

De ambulante tjenestene har ulik organisatorisk tilknytning og arbeidsform, og det er varierende grad av tverrfaglighet. Team innen psykisk helsevern er mest tverrfaglige. Tjenestene ytes på både individ og gruppenivå med tilbud som hjemmebesøk, veiledning, undervisning, hospitering og kurs. Det er minimal bruk av velferdsteknologi.

Det stilles krav til erfaring og kompetanse innen aktuelle fagfelt, slik at det legges best mulig til rette for samarbeid med og veiledning av fastleger, kommunehelsetjeneste og andre. Flere instanser kan henvise til ambulante tjenester, både i helseforetaket og i kommunene. Beslutning om tilbud fattes gjennom organiserte prosesser i inntaksteam, drøftingsforum eller av behandler. Rapportering skjer i linjen.

Ambulante tjenester kan gi stor gevinst for pasienter og pårørende, blant annet gjennom å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten og å sikre en bedre overgang mellom omsorgsnivåene. Det gir mulighet for gjensidig kompetanseutveksling og bedre kommunikasjon mellom helsepersonell med ulik tilhørighet. For helseforetaket vil reduksjon av reinnleggelser og kortere liggetid på sykehus gi økt kapasitet. I tillegg gir det mulighet for å utvikle mer individtilpassede tjenester basert på pasientenes livssituasjon og ulike behov.

For å kunne skape en god utvikling innen ambulans virksomhet vil det være nødvendig å tenke nytt om arbeidsmetoder, tilgjengelighet, oppgavedeling og kommunikasjon, blant annet gjennom økt bruk av teknologiske løsninger. I tillegg er utvikling av denne arbeidsformen avhengig av at den kan drives på en økonomisk forsvarlig måte.

Velferdsteknologi

Akershus universitetssykehus har god erfaring med bruk av elektronisk kommunikasjon med kommuner og fastleger. Imidlertid er avstandsoppfølging gjennom bruk av velferdsteknologi i stor grad uprøvd.

I arbeidet med et senter for eldremedisin vil digitale løsninger stå sentralt i utviklingen av nye tjenestemodeller. Erfaringer fra dette prosjektet vil legge grunnlag for videre utvikling av helseforetaket på dette området. I tillegg vil det også være viktig å samarbeide tett med

kommuner og bydeler i opptaksområdet for å finne gode digitale løsninger for kommunikasjon og samarbeid om pasientene.

Tiltak for å utvikle nye arbeidsformer

1) Videreutvikle digital samhandling

I samarbeid med kommunene skal det utvikles digitale samhandlingsarenaer som kan forenkle kommunikasjonen mellom sykehus og kommuner/bydeler om enkeltpasienter. Eksempler kan være videreutvikling av den elektroniske meldingsutvekslingen, utarbeidelse av forløpsplaner, og elektroniske møter med helsepersonell og pasient.

2) Helseteknologi i hjemmesykehus

Sykehusopphold er kostbare, og det søkes derfor etter trygge alternativer for levering av spesialisthelsetjenester. Avansert hjemmesykehus for barn (AHS) er et ambulant tilbud med 5 medisinske senger og tilbud om polikliniske konsultasjoner til enkelte kronisk syke pasienter. Ved større bruk av helseteknologi i hjemmet kan tilbudet utvides. Det er nå utviklet en prosjektplan som et samarbeid mellom BUK og DDT der bruk av videokommunikasjon med pasient/pårørende og avstandsovervåkning/innhenting av måledata kan testes ut som en pilot, og etter at man har høstet erfaring og utviklet modeller eventuelt anvendes i andre deler av foretaket.

3) Samarbeid om eldre pasienter

Satsingen på eldre pasienter gjennom et senter for eldremedisin skal blant annet skape en sentral samhandlingsarena gjennom å involvere primærhelsetjenesten i senterets utviklingsarbeid. Eksempler på slik samarbeid vil være aktuelt ved utvikling av en virtuell avdeling (hjemmesykehus for eldre), diagnostisk sløyfe for eldre og en samarbeidsmodell for sykehjem og sykehus.

4) Bruk av velferdsteknologi i avstandsoppfølging av eldre pasienter

Senter for eldremedisin skal utrede muligheter for å utnytte ny teknologi i oppfølgingen av pasientene; både på sykehuset, i kommunal helsetjeneste og i pasientens hjem. Ny teknologi kan støtte opp om mestring og selvstendighet og trygge omgivelsene, gir nye muligheter for overvåkning og oppfølging, og kan gi grunnlag for bedre samhandling og pasientsikkerhet. Dette vil legge grunnlag for arbeid med avstandsoppfølging også av andre pasientgrupper.

5) Utprøving av ny teknologi i behandlingen

Utprøving av internettbasert kognitiv atferdsterapi for barn og unge med angstlidelser er et eksempel på hvordan man kan jobbe med nye behandlingsmetoder. Gjennom dette og andre forsknings- og utviklingsprosjekter skal helseforetaket bidra til å styrke den teknologiske utviklingen innen diagnostikk og behandling.

6) Bruk av psykometriske instrumenter og elektronisk kurve for psykometriske data

Det skal arbeides for å etablere en digital kurveløsning for psykometriske data, slik at man kan følge utvikling i symptombelastning og funksjon over tid for pasienter med psykiske lidelser. I mange tilfeller kan slike data bare tolkes i sammenheng med en nærmere klinisk beskrivelse, noe som også vil kreve en elektronisk kobling mellom kurvedata og tilhørende journalnotat.

7) Utvidet bruk av ambulante tilbud til barn og unge innen psykisk helsevern

Ambulante tjenester til barn og unge med psykiske lidelser skal videreutvikles både kvalitativt og kvantitativt, både som alternativ til tradisjonell døgnbehandling, og i poliklinisk oppfølging, eller i grenseland mellom disse omsorgsnivåene. Det planlegges også å utvikle mer intensiverte og komprimerte behandlingstilbud, blant annet firedagersformatet i OCD-behandling ved det seksjonsovergripende OCD-teamet ved Bråten behandlingssenter.

8) Dagopphold som alternativ til innleggelse i døgnavdeling for barn og unge innen psykisk helsevern

Det er prøvd ut en modell med fleksibel bruk av dagopphold som alternativ til døgninnleggelse. Denne skal videreutvikles. Arbeidsmodellen innebærer en kontinuerlig fleksibel bruk og veksling mellom nivåene poliklinikk, ambulant tjenester, dagbehandling og innleggelse ved døgnenhet. Formålet er å kunne gi et tilpasset og optimalt tilbud på laveste omsorgsnivå.

9) Bruk av avanserte diagnostiske verktøy innen alderspsykiatri

Biologiske markører får stadig større betydning i diagnostisering av degenerative hjerneorganiske forandringer, og laboratorietjenester for blod-, spytt- og spinalvæskeprøver blir viktige elementer i den fremtidige spesialisthelsetjenesten, i tillegg til avansert billediagnostikk. Dette området skal derfor videreutvikles.

10) Ambulant oppfølging av alderspsykiatriske pasienter

Ambulant oppfølging er en godt innarbeidet og etablert del av den alderspsykiatriske metodikken, og det legges stor vekt på samarbeid med pasienten selv, dennes pårørende og kommunal helsetjeneste. Det arbeides med å etablere en beredskapsordning i poliklinikken for håndtering av hastesaker ambulant. Etablering av en alderspsykiatrisk konsultasjonstjeneste skal også utredes som en del av arbeidet med et senter for eldremedisin.

2.2 Brukertilfredshet

Formålet med brukererfaringsundersøkelser er å få informasjon om pasientenes erfaringer med helseforetakets tjenester innen områder som er funnet viktige for pasienter og pårørende.

Informasjonen skal bidra til

- Virksomhetsstyring
- Kvalitetsforbedring
- Forbrukervalg
- Samfunnsmessig legitimering og kontroll for å gi allmennheten og media innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng

Pasienterfaringsundersøkelsen PasOpp ble innført som et nasjonalt tiltak i 2011. Undersøkelsen gjennomføres en gang pr år ved at 400 pasienter får tilsendt spørreskjema med 53 spørsmål. Andelen svar ligger på omtrent 50 prosent. Svarene samles i ni indekser og presenteres på foretaksnivå. Utvikling av resultatene for den nasjonale PasOpp-undersøkelsen vises nedenfor. Neste undersøkelse er planlagt gjennomført høsten 2018, med publisering i 2019.

Tabell 2-1 Resultater for Akershus universitetssykehus på nasjonal PasOpp-undersøkelse 2012-15

Indeks	Gjennomsnitt score 2012	Gjennomsnitt score 2013	Gjennomsnitt score 2014	Gjennomsnitt score 2015
Informasjon	68	72	74	75
Pleiepersonalet	71	72	73	73
Legene	70	70	70	70
Organisering	59	64	64	65
Pårørende	69	75	73	76
Standard	74	76	75	77
Utskrivning	53	55	58	57
Samhandling	54	63	56	65
Ventetid	56	57	58	60
Pasientsikkerhet	85 (spørsmål endret fra 2013)	85	84	84

Intensjonen med PasOpp var at resultatene skulle kunne brukes både som styringsinformasjon og i konkret forbedringsarbeid. Resultatene kan brukes til å følge trender innen områdene som måles. I tillegg kan man sammenligne egen utvikling med andre sykehus på foretaksnivå og eget sykehus mot nasjonalt nivå. En sentral utfordring er at resultatene først foreligger ett år etter at svarene er innhentet fra pasientene. Dermed er tilbakemeldingene i dagens format ikke egnet til forbedringsarbeid i avdelingene.

For å møte behovet for informasjon til bruk i forbedringsarbeid, finansierte Helse Sør-Øst en PasOpp-undersøkelse på avdelingsnivå høsten 2015. Den samme utfordringen med at resultatene var klare først ett år etter undersøkelsen, gjaldt også her.

Helse Sør-Øst vedtok i november 2017 en regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS for perioden 2018-2020. I strategiperioden skal satsingen på kvalitet forsterkes ved å prioritere:

- Styrket pasientrolle
- Kvalitetsorientert ledelse
- Reduksjon av uønsket variasjon

Kjennskap til brukernes erfaringer er sentralt virkemiddel for å prioritere disse tre hovedområdene. Vi ønsker å styrke pasientrollen på flere måter. Vi erfarer at manglende samtaler og informasjon kan føre til alvorlige avvik. Forbedringstiltak må følges opp gjennom brukerfaringsundersøkelser for å se at tiltakene virker.

Kliniske avdelinger har behov for hyppige tilbakemeldinger som kommer «i sann tid». Ønsket og behovet for å bruke pasienterfaringer inn i eget forbedringsarbeid, har ført til at det i dag er mange og svært ulike løsninger for å innhente informasjon på enhetsnivå. Det er derfor behov for en mer helhetlig tilnærming til løpende brukerundersøkelser med rask tilbakemelding til bruk i forbedringsarbeid på avdelingsnivå.

Tiltak for å innhente og nyttiggjøre brukererfaringer

1) Nye muligheter for brukererfaringsundersøkelser

Papirbaserte brukerundersøkelser gjennomføres flere steder i helseforetaket. Det er igangsatt et prosjekt i en avdeling med mål om å utvikle og implementere et elektronisk system for løpende

innhenting av tilbakemeldinger av pasientens opplevelse av helsehjelpen de mottar. Avdelingens erfaringer vil være en viktig del av grunnlaget for å vurdere hvilken metodikk foretaket bør anvende i for å innhente brukererfaringer fremover. Blant annet vil det være nødvendig å avklare kritiske suksessfaktorer og behov for ressurser knyttet til utvikling og bruk av en digital løsning.

3. Oppgavedeling og samhandling

3.1 Trygg utskrivning

Trygg utskrivning har vært et sentralt tema for helseforetaket de siste årene. For å gi pasientene en tryggere og bedre overgang fra sykehuset, er det etablert flere tiltak som har hatt god effekt. Disse vil videreføres også i kommende år. Blant annet er det etablert systematiske tiltak for å sikre trygg utskrivning av eldre pasienter. Videreutvikling av ambulante team og tjenester er et annet eksempel på arbeidsmetode som kan bidra til tryggere utskrivning for mange av pasientene. Behovet for nye forbedringstiltak vurderes på bakgrunn av avviksmeldinger, brukerundersøkelser eller journalgjennomgang.

Tiltak for å styrke området trygg utskrivning

1) Tiltakspakke for trygg utskrivning i Pasientsikkerhetsprogrammet

Helseforetaket deltar i utprøving av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakke for trygg utskrivning. Pasientsikkerhetsprogrammets fire tiltak er generiske, og skal ligge til grunn for trygg utskrivning for alle pasientgrupper:

1. Starte planlegging av utskrivning allerede ved innkomst
2. Formidle viktig informasjon til samhandlingspartnere i tide
3. Gjennomføre strukturert utreise samtale
4. Bruke sjekkliste før utreise

Samstemming av legemiddellister er et viktig tiltak for trygg utskrivning, og ivaretas i en egen tiltakspakke i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Avdeling for geriatri er pilotavdeling, og deltar i det nasjonale læringsnettverket for å prøve ut og evaluere tiltakene. Erfaringene fra pilotprosjektet skal ligge til grunn for implementering av tiltakspakke for alle avdelinger; både innen somatikk og psykisk helsevern. Ved implementering forutsettes det lokal tilpassing av innholdet i tiltakene ut fra de behov som pasientene ved enhetene har. Åtte til ti prosent av pasientene vil ha behov for kommunale tjenester. Trygg overføring mellom tjenestenivåene følges opp to ganger i året med journalgjennomgang.

2) Forståelig informasjon på flere språk

Akershus universitetssykehus har en stor andel pasienter med ulike språkhindre. Sykehuset skal utvikle informasjon og formidle dette på måter som bidrar til likeverdig tilgang til informasjon i tilknytning til utskrivning.

3) Enklere overganger for barn og unge med kronisk sykdom

Basert på tilbakemelding fra pasientene, arbeider Barne- og ungdomsklinikken med tiltak for å støtte overgangen mellom sykehus og hverdagsliv. Tiltakene skal fremme god overgang og samarbeid med skole, helsestasjon, fastlege og eventuelle kommunale pleie- og omsorgstjenester. Klinikken vil følge opp med regelmessig måling av tilfredshet med utskrivningsprosessen, og være i dialog med Ungdomsrådet for å sikre at tiltakene er basert på barn og unges behov.

4) Kompetanseutveksling

En god helsetjeneste er avhengig av kompetansedeling. Kompetansebroen er en internettportal som skal styrke gjensidig informasjons- og kompetansedeling mellom 21 kommuner og tre bydeler i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus, Høgskolen i Oslo og Akershus, Universitetet i Oslo og Akershus universitetssykehus (www.kompetansebroen.no). Dette er et viktig verktøy for å sikre kompetanseføring mellom tjenestenivåene. Kompetansebroen har trygge pasientforløp som eget tema. I tillegg er det etablert tilbud om opplæring og hospitering i flere av fagavdelingene på sykehuset. Dette samarbeidet vil videreutvikles.

5) Helhetlig og sammenhengende akutt behandlingsskjede for psykisk helsevern

Det er etablert en behandlingsskjede som innebærer bedre og koordinert vurdering før innleggelse av skuttpsykiatriske pasienter. Det er etablert ett telefonnummer for fastleger og annet kommunalt helsepersonell. På dagtid rutes henvendelsene til det aktuelle polikliniske akutteamet ved DPS, og utenom kontortid rutes henvendelsene til mottaksseksjonen ved avdeling akuttpsykiatri. Akutteamene skal også kunne raskt gi tilbud til pasienter som skrives ut fra akuttavdelingene i påvente av at videre oppfølging er etablert ved poliklinisk team ved DPS-et, fastlege eller annen primærhelsetjeneste.

6) Strukturert samarbeid mellom omsorgsnivåene innen psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri

Det skal etableres kontakt mellom sykehus og kommunalt tjenestetilbud fra første innleggelsesdag og gjennom hele behandlingsforløpet via PLO-meldinger og ansvars- og samarbeidsmøter. Det avtales hvordan utskrivning kan samordnes med etablering av nødvendig kommunalt tjenestetilbud ved utskrivning.

7) Tettere samarbeid med fastleger

Det skal etableres samarbeid med fastlege og eventuelt helse- og sosialtjeneste om et helhetlig og koordinert tilbud til pasienter som får behandling i spesialisthelsetjenesten.

3.2 Skreddersøm for kronikere

Noen pasienter har behov for spesialisthelsetjenester i lange perioder eller gjennom hele livet. Mange har også behov for oppfølging i kommunene. Det er viktig å gjøre overgangene så sømløse som mulig.

Tiltak for kronikergruppene

1) Forutsigbare pasientforløp for kronikere

Det er igangsatt et arbeid for å kartlegge aktivitet og behov for oppfølging blant de store kronikergruppene. Dette vil danne grunnlag for å utvikle mer forutsigbare pasientforløp for

pasienter som har stort og langvarig behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

2) Etablering av lavterskeltilbud

I samarbeid med kommuner og bydeler skal det utvikles lavterskeltilbud for kronikergrupper, for eksempel pasienter med MS, Parkinson, epilepsi og hodepine. Tilbudet kan omfatte ordninger med kontaktsykepleier, tverrfaglige kontroller og vurdering av rehabiliteringsbehov, samt utarbeidelse av forløpsplaner.

3) Bedre tilbud til pasienter med kroniske psykiske lidelser

Innen psykisk helsevern vil det vurderes å se nærmere på flere tiltak for å skape bedre og mer sammenhengende tilbud til pasienter med psykiske lidelser. Som eksempler kan nevnes:

- Etablering av kontaktlegeordning og pasientkoordinator
- Tilrettelegging for samvalg og evaluering
- Planlegging av tjenestene på tvers av avdelinger og tjenestenivåer i et flerårsperspektiv
- Individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, der tidsperspektivet er i tråd med prognosen
- Justering av pasientforløp med lav grad av forbedring
- Mulighet for fleksibel bruk av tjenester

4) Piloter med brukerstyrt poliklinikk

Forsøk fra andre land viser at brukerstyrt poliklinikk, der pasienten selv kan styre kontrollhyppighet ved at det ikke forhåndsettes tid for time, men der dette gis på kort varsel ved behov, kan gi lavere forbruk av helsetjenester, like god kvalitet og større pasienttilfredshet. Akershus universitetssykehus vil se på muligheten for å gjennomføre forsøk på utvalgte poliklinikker der effekt av tiltaket måles.

5) Overgangsforløp

Akershus universitetssykehus har utarbeidet gode overgangsforløp fra Barne- og ungdomsklinikken til voksensomatikken. Arbeidet med å implementere dette arbeidet vil intensiveres, og det vil bli gjort forsøk med mer systematiske overgangsforløp til primærhelsetjenesten på utvalgte områder.

6) Videreutvikling av hjemmedialyse

En del pasienter med behov for dialyse, kan gjøre dette hjemme i samarbeid med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunen/bydelen. Dette reduserer antall reiser til sykehuset betydelig, noe som kan gi pasienten en bedre hverdag. Tilbudet skal videreutvikles, slik at enda flere pasienter kan få mulighet til å gjennomføre dialyse hjemme eller på et lokalt sykehjem, helsehus eller annet egnet sted i lokalmiljøet.

4. Pasientbehandling og faglig prioritering

4.1 Psykisk helse

4.1.1 Brukermedvirkning og samvalg

Det skal legges til rette for at individuell erfaringskunnskap blir bruk i behandlingen, og at pasienten inviteres til å ta ansvar for egen bedring gjennom samvalg. Selv om samvalg praktiseres i klinikken i større og mindre grad, er samvalgsbegrepet ikke godt innarbeidet alle steder. Det vil være behov for å definere hva samvalg vil innebære i praksis i de enkelte behandlingsforløp.

Tiltak for å styrke brukermedvirkning og samvalg

1) Erfaringsutveksling og bruk av erfaringskonsulenter

Bruke pasientundervisningen til et forum hvor pasientene deler sine erfaringer, samt vurdere ulike ordninger for hvordan tidligere pasienter kan bruke, og formidle sine erfaringer.

2) Sikre at pasientene har reelle valgmuligheter

Pasienter i alderspsykiatrisk avdeling er rutinemessig med på primærgruppemøter, slik at prinsippet «Ingen beslutning om meg, uten meg» er godt ivaretatt i avdelingen. Pårørende er også en viktig ressurs, som involveres aktivt i utredning og behandling av pasienten, både ved oppstart og underveis i forløpene. Det skal jobbes med å videreutvikle systematikken knyttet til dette.

3) Aktiv bruk av brukererfaringer og forskningsresultater

Kunnskap fra brukerundersøkelser og forskning på nye behandlingstilbud benyttes til å videreutvikle tilbudet.

4) Samvalg for barn og unge

Det er etablert rutiner og maler for behandlingsplan som forutsetter medvirkning, samvalg og samhandling med pasienten/foresatte. Avdelingen innfører også rutinemessige brukerundersøkelser i alle pasientsaker, og innhenter råd fra brukere i et eget ungdomsråd. Dette arbeidet vil videreutvikles.

5) Oppgavedeling

Avdeling barn og unges psykiske helsevern har faste samarbeidsmøter med alle kommuner og bydeler i opptaksområdet, der også rutiner for håndtering av ansvars- og oppgavedeling mellom tjenesteområdene er tema. Det er etablert kontaktpersoner i alle kommuner/bydeler for dialog ved utskrivning. Tilsvarende er det etablert faste samarbeidsmøter mellom hvert av de fire DPS og kommuner/bydeler i deres respektive opptaksområder. Dette er en ordning som fungerer godt, og som vil videreføres.

4.1.2 Standardiserte pasientforløp

Med bakgrunn i erfaringer fra somatikken er det knyttet store forventninger til innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Pr. medio desember 2017 har praksisfeltet fortsatt begrenset informasjon om den endelige, konkrete utformingen av disse pakkeforløpene. På grunn av reliabilitets-, validitets- og heterogenitetsutfordringer ved

dagens symptombaserte diagnostikk av psykiske og rus- og avhengighetsrelaterte lidelser, er psykiatriske diagnoser et krevende utgangspunkt for standardisering av behandlingsforløp. Når pakkeforløpene foreligger, vil uansett praksisfeltets oppgave være å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i individuelle pasientforløp innenfor den fremdriftsplanen, og med den tilgjengeligheten og forutsigbarheten for pasienter og pårørende, som de respektive pakkeforløpene forskriver.

Det er satt følgende målsetninger for pakkeforløpene:

- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner
- Pakkeforløp skal bidra til økt fokus på pasientens ressurser, bedre samhandling og likeverdig behandling.
- Pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normgivende forløp for utredning og behandling. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og veiledere der disse finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus.

Det er planlagt i alt 8 pakkeforløp for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

1. **Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**
2. **Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, voksne**
3. **Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, barn og unge**
4. Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne
5. Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, barn og unge
6. Pakkeforløp for psykoselidelser, inkludert debuterende psykose
7. Pakkeforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge
8. Pakkeforløp for tvangslidelser

Utredningsforløpene (2. og 3.) er korte, avgrensede forløp som skal henge sammen med pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern.

Høringsfristen for de tre første pakkeforløpene ble avsluttet 1. oktober 2017. Divisjon psykisk helsevern har fulgt arbeidet med pakkeforløp gjennom hele prosessen, og har gitt innspill på høringen. De resterende pakkeforløpene er under arbeid.

En sentral utfordring vil være implementering av pakkeforløpene. Dert er derfor svært viktig at det legges et godt grunnlag som gjør det enkelt å ta i bruk pakkeforløpene i den kliniske virksomheten.

Tiltak for å standardisere pasientforløpene

1) Forberedelse til implementering av pakkeforløp

Divisjonens kliniske enheter har i dag utredningsprosedyrer basert på Nasjonale faglige retningslinjer som også gir anvisninger på standard behandlingsopplegg for sentrale pasientgrupper, se f.eks. EQS 25419 DPS – Utredning

Pakkeforløp for DIVPSYK planlegges implementert ved at dagens utredningsprosedyrer vurderes med GAP-analyse for utredning, tidsrammer og målepunkter som blir definert når høringsrunden er avsluttet og direktoratets pakkeforløp har fått sin endelige form.

Divisjonen har startet den lokale implementeringen ved valg av forbedringsmetodikk og pasientforløp som tema for divisjonens ledersamling 6.-7. november 2017. Det skal nedsettes en ressursgruppe i januar 2018 som skal arbeide videre med planen.

Elementer i implementeringsplanen:

- Nasjonale faglige veiledere ligger til grunn for utredning og behandling.
- Interne prosedyrer for utredning er utarbeidet.
- Pasientforløp arbeides det allerede med i forbindelse med krav om ventetid på 45 dager.
- Utnytte av erfaringene fra implementering av pakkeløp for kreftbehandling ved Ahus.
- Lokale informasjonsmøter DPS, BUP, ARA
- Benyttet eksisterende samarbeidsarenaer med kommuner/bydeler.
- Implementering av pakkeforløpene er nedfelt som et tiltak i samhandlingsplan 2017-18 Ahus har med kommunene i opptaksområdet.
- Benyttet eksisterende samarbeidsarenaer med kommuner/bydeler.

2) Forløpsstruktur for barn og unge

Avdeling barn og unges psykiske helse har etablert en egen forløpsstruktur, som er i tråd med kommende pakkeforløp. Dette innebærer moduler med regelmessig, lederstyrt vurdering av pasientforløpene.

Den regionale implementeringskonferansen som var planlagt høsten 2017 er utsatt til mars 2018. Den lokale implementeringsfasen starter først når pakkeforløpene er tilgjengelige for tjenestene, og det er lagt til rette for måling av forløpstider og eventuelt andre koder.

3) Forløp for alderspsykiatriske pasienter

Av hensyn til at det alderspsykiatriske fagfeltet har mange spesielle særtrekk, og pasientene ofte har svært kompliserte sammensatte og kroniske tilstander som ikke fanges opp i de pakkeforløpene som hittil er beskrevet, er det behov for egne pakkeforløp for alderspsykiatri. Det er etablert strukturerte forløp for poliklinikk og døgnet på Akershus universitetssykehus, i påvente av at forløpsstrukturen defineres nasjonalt.

4.1.3 Behandlingseffekt

Det skal etableres en god struktur for forbedringsmetodikk innen psykisk helse. Arbeidet skal forankres i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

Tiltak for å vurdere behandlingseffekt

1) Forbedringsarbeid innen barn og unges psykiske helse

Det er etablert CGAS som fast koding ved inn- og utskrivning. Videre skal det etableres et kvalitetsregister, som vil være viktig i det videre arbeidet.

2) Klinikknær forskning innen psykisk helsevern

Divisjon psykisk helsevern har en egen forsknings- og utviklingsavdeling som samarbeider tett med de kliniske avdelingene om klinikknær forskning og faglig utviklingsarbeid. Dette legger et

godt grunnlag for kontinuerlig forbedring av tjenesten, basert på kunnskap om behandlingseffekt.

3) Rutinemessig måling av endringer i pasientens tilstand

Som del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet vil det jobbes med rutinemessige målinger. Det skal legges vekt på å etablere en god infrastruktur for målinger, oppsummering av resultater og rapportering. Dette vil også legge til rette for klinikknær forskning.

4) Bidra til nasjonale kvalitetsregistre

Innen alderspsykiatri er det etablert nasjonale kvalitetsregistre. Akershus universitetssykehus vil bidra aktivt til disse.

4.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

4.2.1 Utvikling av basistjenester og organisering av disse

Avdeling rus og avhengighet ved Akershus universitetssykehus har utarbeidet og vedtatt en «service-erklæring», som beskriver grunnleggende prinsipper for god pasientbehandling. Prinsippene er utformet for å understøtte avdelingens målsetning om helhetlige og enhetlige behandlingsforløp, hvor samtidige lidelser blir håndtert samtidig (integrert behandling).

Tiltak for å videreutvikle basistjenestene

1) Videre arbeid med behandlingsforløpene

Foretaket vil i løpet av de nærmeste årene operasjonalisere disse behandlingsprinsippene i nært samarbeid med kommunale tjenesteytere. Det vil blant annet være behov for å kartlegge og beskrive samarbeids- og samhandlingsflater mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, slik at ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike aktørene blir tydeliggjort. Det vil være et særlig fokus på å utvikle omforente rammer og arbeidsformer som kan kompensere for ulik siloorganisering på de ulike tjenestenivåene, slik at pasientene opplever det totale tjenestetilbudet som helhetlig, forutsigbart og sammenhengende.

Det er et vedtatt prinsipp for god pasientbehandling i avdelingen at pasienten skal være premissleverandør i eget behandlingsforløp, og at pasient og pårørende skal kunne bidra som en ressurs inn i behandlingen. Det skal derfor videreutvikles arenaer og arbeidsformer som fremmer pasientens og pårørendes medvirkning og involvering.

2) Akuttkjede for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er etablert en akuttkjede for å ivareta pasientenes behov for rask intervensjon når dette er nødvendig. Det er imidlertid et behov for å videreutvikle dette tilbudet slik at den kvalitative og kvantitative ressurs-/kompetansetilgjengeligheten blir mer stabil. Tilgjengeligheten til de akutte tjenestene skal også økes.

3) Utvikling av nye tilbud

Det skal utvikles tjenestetilbud og arbeidsformer som kan bidra til større grad av ambulerende virksomhet og arenafleksibilitet.

4) Forbedringsarbeid i samarbeid med kommunene

I samarbeid med kommunale aktører er det iverksatt et arbeid for å styrke kvaliteten på tjenester som ytes iht. helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3, både i forkant av

vedtak, i løpet av tilbakeholdelsen, samt etter tilbakeholdelse. En viktig målsetning for dette arbeidet er også å sikre at pasientenes rettssikkerhet blir ivaretatt.

5) Bedre tilbud til gravide og foreldre

Det skal utvikles tjenester og fagmiljøer som kan bidra til at gravide rusmiddelavhengige og rusmiddelavhengige foreldre blir bedre i stand til å ivareta foreldrerollen.

6) Økt kompetanse på legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

I arbeidet med å utvikle/styrke tjenester innenfor TSB skal avdelingen videreutvikle tilbudet til pasienter som er under LAR. Spesielt er det et mål å øke den generelle LAR-kompetansen blant medarbeiderne og sikre at pasientene får et tjenestetilbud som gir dem en reell mulighet til å mestre sin livssituasjon mer i tråd med egne, opprinnelige forutsetninger.

7) Klinikknær forskning

Behandlingsrelevant forskning skal være en integrert del av virksomheten, og det skal arbeides for å gi flere av de ansatte mulighet til å kombinere klinisk virksomhet og forskning.

4.2.2 Samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste

Kommunale tjenester og tjenesteytere utgjør den klart største samarbeids- og samhandlingsflaten for avdelingen. Den viktigste enkeltfaktoren for å kunne realisere målet om helhetlig, enhetlig og integrert pasientbehandling er at spesialisthelsetjenestetilbudet utvikles i nært samarbeid med kommuner og bydeler i opptaksområdet.

Det er etablert en felles handlingsplan med kommunene. Handlingsplanen legger et godt grunnlag for videre samarbeid, og operasjonaliseres gjennom prosjektarbeid. Flere slike prosjekter er pågående.

En sentral utfordring er at kommunene har ulikt tjenestetilbud. Dette påvirker samhandlingen med den enkelte kommune om arbeidsdelingen i pasientforløpene. Det er viktig å lykkes med å etablere integrerte tiltak, slik at pasienten opplever at tilbudet er helhetlig og sammenhengende.

Tiltak for å styrke samarbeidet med kommuner og bydeler

1) Gode samhandlingsarenaer

Det er etablert en ordning på avdelingsnivå med dialogmøter hvor kommuner, bydeler og ARA i fellesskap jobber med større, felles utfordringer. Denne samhandlingsarenaen skal videreutvikles. På lokalt plan skal etablerte samarbeids- og samhandlingsarenaer knyttet til både generelle utfordringer og konkrete pasientsaker videreutvikles. Det er et mål at kommuner og bydeler i opptaksområdet alltid skal være enten direkte deltagende, bli hørt eller være informert mht. utviklingsarbeid som skjer i avdelingen.

2) Samhandling om pasientforløp

Det vil legges vekt på å operasjonalisere eksisterende avtaler gjennom å utvikle helhetlige pasientforløp, slik at tilbudet oppleves som sammenhengende. Tjenestedesign vil være en del av dette arbeidet.

3) Samarbeid med barnevernet

Avdeling barn og unges psykiske helsevern vil utvikle og ta i bruk helt nye organisatoriske arbeidsformer i samarbeid med barneverntjenesten, både den kommunale barneverntjenesten og institusjonsbarnevernet, for å nå ungdom som faller mellom alle stoler, og som er vanskelig eller umulig å nå med tradisjonell behandlingsmetodikk. Avdelingen prøver nå ut slike behandlingsformer i et prosjekt på Øvre Romerike.

4.3 Rehabilitering

Moderne forståelse av effektive helsetjenester viser at det er en sammenheng mellom akuttbehandling og rehabilitering. God akuttbehandling kjennetegnes av at man har fokus på funksjon og rehabilitering fra første dag. Rehabilitering må derfor være en integrert del av pasientforløpet.

Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenester innen rehabilitering der det er behov for spisskompetanse eller spesialisering, tilstanden er kompleks, og det er behov for intensiv behandling. Rehabilitering defineres som kompleks rehabilitering når minimum seks yrkesgrupper er involvert i rehabiliteringsarbeidet.

For personer med behov for rehabilitering, er godt samarbeid mellom ulike aktører et nødvendig premiss for å lykkes i den enkeltes rehabiliteringsløp. Det er derfor etablert egne samarbeidsavtaler med kommunene om koordinerte tjenester, der rehabilitering står sentralt. Det er også et godt samarbeid med Sunnaas sykehus. Videre bruker Akershus universitetssykehus de private institusjonsplassene til pasienter med rehabiliteringsbehov aktivt. Disse institusjonene er representert i ReHabiliteringsnettverket ved foretaket.

4.3.1 Tilbud innen døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet

Akershus universitetssykehus har rehabiliteringstilbud ved ulike enheter ved sykehuset. Innen somatisk helse er det Nevroklinikken som gir flest rehabiliteringstilbud.

Nevrologisk rehabilitering

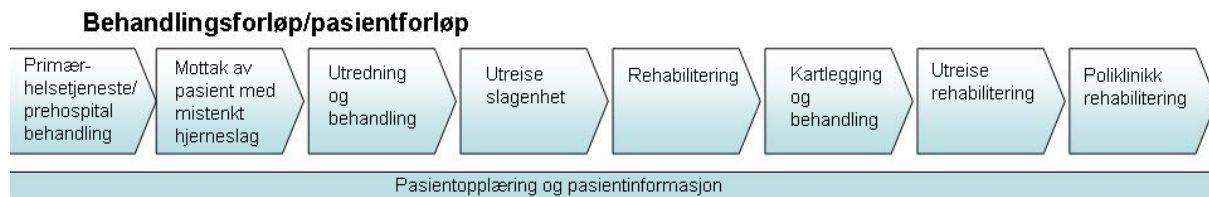
Nevroklinikken har hatt landets største opptaksområde for nevrologi siden 2011, og tilbyr avansert og helhetlig diagnostikk, behandling, rehabilitering og ivaretagelse av pasienter med akutte og kroniske sykdommer i nervesystemet. Nevroklinikkens aktivitet er fordelt på to sengeområder med generell nevrologi og slagenhet, poliklinikk og nevrorehabilitering. Avdelingens overordnede mål at pasientene gjennom aktiv deltakelse og individuelle rehabiliteringsplaner skal kunne reise hjem og leve et selvbestemt liv.

Seksjon nevrorehabilitering har en sengepost for subakutt rehabilitering etter akutt sykdom med 18 senger, poliklinisk virksomhet med gruppetilbud, inkludert kognitiv utredning og oppfølging. Behandlingstilbudet er tverrfaglig rehabilitering for spesielle pasientkategorier, vesentlig hjerneslag, samt noe ambulerende virksomhet. Det er etablert gode rutiner for samhandling med primærhelsetjenesten.

Rehabiliteringspoliklinikken tilbyr kontroller, kartlegging, og rehabiliteringstiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det gis hukommelsesutredning og lavterskeltilbud til pårørende og pasienter med hukommessvikt, Parkinson, hjerneslag og MS. Pasientopplæring og kurs er en del av dette. Det er dagbehandlingstilbud til slag-, parkinson, - og MS- pasienter. Det er også

tverrfaglige dager med kartlegging av rehabiliteringspotensial og oppfølgingstiltak hvor ulike faggrupper som leger, sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped og nevropsykolog deltar.

Figur 4-1 Forløp for rehabilitering av slagpasienter



Økende levealder, større andel av eldre i befolkningen, og økende befolkningsvekst i vårt opptaksområde, vil fordre ulike former og sannsynlig økt behov for helsetjenester. Alderssammensetning vil endre seg betydelig, slik at store folkesykdommer som hjerneslag og andre sykdommer som blant annet gir demens, kan øke med ca. 50 prosent. Videre vil sannsynligvis etterspørselen av flere rehabiliteringssenger og poliklinisk kapasitet øke, grunnet forbedringer i behandlingstilbud og økt kunnskap i befolkningen.

Ortopedi

Tidligere ble mange ortopediske pasienter sendt til private opptreningsinstitusjoner, men grunnet ny og bedret operasjonsteknologi, er det for mange av pasientene ikke lenger behov for dette. De fleste skrives ut til hjemmet med rekvisisjon til fysioterapi og opptrening. Pasienter med sammensatte og komplekse diagnoser og som har behov for rehabilitering, søkes til de private opptreningsinstitusjonene eller kommunehelsetjenesten.

Hjerte

Rehabilitering innen dette området gjelder særlig pasienter med hjertesykdommer og omfatter blant annet pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, pasienter som har gjennomgått hjerteoperasjoner (f.eks. bypass- og klaffeoperasjon), pasienter med angina pectoris, hjertesvikt og rytmeforstyrrelser, samt hjertetransplanterte. Mens insidensen for ischemisk hjertesykdom går ned og trenden mest sannsynlig vil fortsette, øker både KOLS og astma.

Hjertesykdom rammer hele personen og ikke bare hjertet. Rehabiliteringsopplegget må derfor tilpasses den enkeltes behov, og inkludere lærings- og mestringsstilbud. Pasientene trenger å få økt kunnskap og opplevelse av mestring, samt redusere sin angst for hjertesykdom.

På fagområdet hjerte drives det ulike rehabiliteringstilbud. I tilknytning til hjertepoliklinikken drives et veletablert tilbud for hjertepasienter som kalles "Hjerteskolen". Den drives tverrfaglig; sykepleiere, fysioterapeut, lege, sosionom og LHL (likemannsarbeid) samarbeider tett om opplegget. Hjerteskolen er gruppebasert, og det forventes at pasientene engasjerer seg og deltar i samtaler og erfaringsutveksling.

Hjertepasienter med behov for rehabilitering i institusjon blir søkt til Feiringklinikken eller andre private institusjoner som har avtale med Helse Sør-Øst. Det er mange eldre pasienter som får plass på kommunale korttidsavdelinger eller rehabiliteringsavdelinger.

Lunge

KOLS er den sykdommen som øker raskest i verden, og WHO rangerer tilstanden som verdens fjerde ledende dødsårsak. Beregninger viser at innen 2020 vil KOLS være den tredje viktigste dødsårsaken internasjonalt.

Lungerehabilitering er anbefalt nasjonalt og internasjonalt som en viktig del av behandlingstilbudet til personer som lever med KOLS. Akershus universitetssykehus har et eget lungeteam med sykepleier og fysioterapeut som følger opp pasienter med alvorlig KOLS og pasienter som er avhengig av oksygen på grunn av lungesykdom.

Teamets målsetting er å gi pasient og pårørende trygghet, og dermed hindre re- innleggelse, bremse sykdomsutviklingen, gi økt kunnskap og innsikt i egen sykdom, og informere om viktigheten av fysisk trening. Lungeteamet bistår med faglige råd og undervisning til helsepersonell, gir pasienten opplæring i hjemmet, og tilbyr hjelp og støtte til røykeslutt. Det tilbys også KOLS-skole, dagrehabiliteringskurs, trening og veiledning til pårørende.

Kreft

Antall årlige nye krefttilfeller er økende, og behandlingen blir stadig mer sammensatt. Samtidig vil også flere bli helbredet av sin kreftsykdom. Det er viktig å komme tidlig i gang med rehabilitering.

4.3.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – «én dør inn» til tjenesten

Det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Det skal være tilsvarende koordinerende enhet i kommunene. Alle kommuner og bydeler i opptaksområdet har etablert denne funksjonen.

Enheten fungerer som et felles kontaktpunkt («én dør inn») for rehabilitering og habilitering, og koordinerer alle henvendelser. Videre skal enheten ha oversikt over og sørge for at virksomheten (helseforetak eller kommune) har et system for tilbud om koordinator og individuell plan.

På Akershus universitetssykehus er funksjonen koordinerende enhet lagt til avdeling for samhandling og helsefremmende. Målsettingen er at pasientene opplever en "sømløs" helsetjeneste der aktører samarbeider på en konstruktiv måte til den enkelte pasients beste, og der pasienten har innsyn i og innflytelse på det som skjer.

Koordinerende enhet for helseforetaket ivaretar følgende oppgaver:

- Generell oversikt over avdelinger og rehabiliteringsarbeid på Ahus
- Generell oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen
- Oversikt over rehabiliteringstjenesten i kommunene/bydelene
- Nødvendig kontakt med rehabiliteringstjenesten i kommune/bydel
- Kontakt med regional koordinerende enhet
- Driver ReHabiliteringsnettverket Ahus
- Kursformidling
- Planlegging og deltakelse ved organisasjonsendringer
- Samarbeid internt

- Gir råd og veiledning

Ordningen med koordinerende enhet fungerer godt, og det anses ikke som nødvendig å endre organisatorisk plassering av denne funksjonen. Koordinerende enhet vil delta aktivt i den videre utviklingen av pasienttilbudet, og vil være et naturlig bindeledd mellom helseforetak, kommuner og brukere i den videre planleggingen.

4.3.3 System for samarbeid innen rehabilitering – formalisering i samarbeidsavtalene

Samhandling med kommunene på rehabiliteringsfeltet er omfattet av delavtale 2, samarbeid om koordinerte tjenester. Samarbeidet omhandler pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester og/eller individuell plan, samt pasienter med behov for koordinator og kontaktlege. Partene skal gi hverandre relevant og oppdatert informasjon og funksjonsbeskrivelse, og derved sette den andre parten i stand til å vurdere riktig tiltak, behandling eller tjeneste.

Habilitering- og rehabiliteringsprosessen kan startes både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I sykehuset vil denne prosessen være en integrert del av pasientforløpet. Kommunens tjenestetilbud skal ta utgangspunkt i pasientens behov og problemstilling. Den faglige vurderingen vil bygge på kartlegginger og observasjoner, samt faglige uttalelser fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ansvar for å ivareta viktige forhold i hverdagslivet som skole/arbeid, hjemmesituasjon og fritid.

I samarbeidsavtalen har partene forpliktet seg til å:

- samarbeide om pasientforløp med utgangspunkt i pasientens behov og ønsker
- ta kontakt med hverandre via elektronisk meldingsutveksling eller telefonisk
- invitere hverandre til og delta på samarbeidsmøter når det er behov for felles retningslinje for hvordan samarbeidsmøter skal gjennomføres
- invitere hverandre til samarbeid når det skal utarbeides pasientforløp; både for individuelle enkeltavtaler og generelle forløp
- utvikle/etablere nødvendige møteplasser
- invitere NAV- kommune eller andre tverrsektorielle etater i saker hvor det er aktuelt
- være regionens representanter i utarbeidelse av felles planer på fagområdene rehabilitering og habilitering gjennom Fagforum koordinerte tjenester
- drifte ReHabiliteringsnettverket Ahus

Det er etablert et fagforum for hver delavtale i samarbeidet mellom Akershus universitetssykehus og kommunene. Fagforumene er opprettet for å være ASU/SU's «verktøy» i arbeidet med å bedre og videreutvikle samhandlingen og levede gjørelse avtaleverket. Fagforumene skal foreslå tiltak som kan bedre våre helsetjenester. Fagforumene skal synliggjøre samarbeidet og bidra til forankring av arbeidet i organisasjonene. Det skal legges vekt på pasientene og et helhetlig behandlingsforløp.

Fagforum Koordinerte tjenester springer ut av delavtale 2. Fagforumet utarbeider handlingsplan med tiltak og strategier, denne skal ta utgangspunkt i gjeldende delavtale, overordnet samhandlingsplan og eventuelle oppdrag fra ASU og SU. Fagforumet er en god arena for å jobbe med temaer som informasjonsflyt, kompetanseutveksling, ansvarsfordeling, forbedringsarbeid

og utvikling av nye måter å samarbeide på. Det vil i det videre jobbes med å avklare arbeidsdelingen mellom ReHabiliteringsnettverket og Fagforum koordinerte tjenester.

Tiltak for å styrke rehabiliteringstilbudet

1) Opptappingsplan for rehabiliteringstilbudet

Det skal utarbeides en helhetlig plan for hele rehabiliteringsfeltet som skal omfatte videreutvikling av eksisterende tilbud, etablering av nye tilbud, samt plan for samarbeid med brukere, kommuner og andre tjenesteytere i privat og offentlig sektor.

2) Videreutvikling av nevrorehabiliteringen

Med så stort tilfang av pasienter er det viktig å opprettholde kompetansen hos de ansatte. Det er nødvendig å legge en helhetlig plan i samarbeid med brukere, kommuner og Sunnaas sykehus for hvordan fagmiljøet kan henge med i den teknologiske utviklingen og skape et fremtidsrettet og individtilpasset pasienttilbud.

3) Etablering av neurogeriatri

Flere studier viser at en geriatrisk multiprofesjonell behandling av pasienten gir økt medisinsk kvalitet og kortere sykehusopphold. En del av satsingen på eldre pasienter vil være å utrede et neurogeriatrisk tilbud for pasienter med kognitiv svikt og demensutvikling. Integrasjon med alderspsykiatriske tilbud vil være en del av dette. Viktige mål er å gi bedre intern samhandling og mer helhetlige pasientforløp.

4) Ortogeriatrisk team

Retningslinjer for behandling av pasienter med hoftebrudd slår fast at behandlingen skal skje innenfor rammen av et formalisert ortogeriatrisk tverrfaglig integrert hoftebruddprogram med anestesi, geriatri og ortopedi. I satsingen på eldremedisin er det igangsatt en utredning av forløp for hoftebruddpasienter, der ortopedier og geriatere skal samarbeide tett.

5) Helhetlige pasientforløp for kreft

Det er utarbeidet en opptappingsplan for kreftområdet. En av satsingene er å etablere helhetlige pasientforløp, der rehabilitering er en integrert del.

6) Informasjon og mestringstilbud for kreftpasienter med senskader

Det skal legges mer vekt på å kurse pasientene i å leve med kreft og senskader etter kreftbehandling. Målsetningen er å gjøre pasienten i stand til å leve et godt liv og fungere i hverdagen.

4.4 Habilitering

4.4.1 Samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum omhandlende barn og unge

Helseforetaket skal etablere samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene. Dette området er dekket av henholdsvis delavtale 2 (Akershus) og tjenesteavtale 1 (Oslo) om koordinerte tjenester. Det kan imidlertid være behov for møtepunkter der det vektlegges temaer knyttet til barn og unge. For barne- og ungdomspsykiatri er det et veletablert

samarbeid med kommunene, men det er også behov for et mer formalisert samarbeid for somatisk behandling av barn og unge.

Tiltak for å styrke samarbeidet om barn og unge

1) Etablering av samarbeidsstrukturer

Akershus universitetssykehus vil ta initiativ til å samarbeide tettere med kommunene om barn og unge. Det kan være aktuelt å se på mulighetene for en egen delavtale og/eller et samarbeidsforum for tilbud til barn og unge.

4.4.2 Behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade

Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling av barn og unge med ervervet hjerneskade basert på et omfattende arbeid. Parallelt med det nasjonale prosjektet er det igangsatt et regionalt prosjekt for etablering av felles prinsipper.

Behandlingslinjen omfatter barn og unge med moderate og alvorlige hjerneskader og derav senfølger etter hodetraumer, svulster eller andre sykdommer i hjernen. Det anslås at behandlingslinjen i Helse Sør-Øst omfatter om lag 50-60 barn og unge pr år, og der behandlingen i mange tilfeller vil gå over flere år.

Behandlingslinjen har fem faser:

- Fase 1: Akutt fase – Oslo universitetssykehus
- Fase 2: Tidligrehabilitering/ supplerende behandling: Oslo universitetssykehus
- Fase 3: Institusjonsrehabilitering: Nordre Åsen (barn 1-5 år) og Sunnaas sykehus (barn over 5 år)
- Fase 4: Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) i helseforetakene i samarbeid med kommunale tjenester.
- Fase 5: Senfaseoppfølging i spesialisthelsetjenesten – Intensiv trening av spesifikke funksjoner. Flere helseforetak eller institusjoner i regionen kan være aktuelle for denne opptreningen.

For alle fasene vil det være behov for nye samhandlingsrutiner, oppbygging av kompetanse og omprioritering av ressurser.

4.4.3 Tjenestetilbudet for barn og unge med autismspekterforstyrrelser

For barn og unge med autismspekterforstyrrelser har Akershus universitetssykehus en arbeidsdeling mellom avdeling barn og unges psykiske helse (BUP) i Divisjon psykisk helsevern og avdeling habilitering i Barne- og ungdomsklinikken.

Henvisninger vedrørende pasienter med problemstillinger knyttet til infantil autisme, Rett syndrom, psykisk utviklingshemming med atypisk autisme tas i mot ved henholdsvis barnehabilitering eller voksenhabilitering, avhengig av om pasienten er under eller over 18 år.

Henvisninger vedrørende pasienter med problemstillinger knyttet til Aspergers syndrom, høytfungerende autisme og uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og samtidig normalt evnenivå tas imot ved avdeling BUP eller lokale DPS, avhengig av om pasienten er over eller under 18 år.

4.4.4 Intensiv habilitering

Dette er et beslektet tema der det er gitt regionale og nasjonale føringer, men som ikke er koblet direkte på bestillingen til utviklingsplanen. Det synes imidlertid fornuftig å omtale også dette temaet i forbindelse med videre planer for habiliteringsfeltet. Videre er intensiv habilitering nå tatt inn i godkjenningsordningen for private, og innlemmet i fritt behandlingsvalg.

Tidlig intensiv habilitering har vært et satsingsområde for Akershus universitetssykehus, og har vært prøvd ut i fem kommuner med godt resultat. Prosjektet «Tidlig intensiv habilitering der barnet bor» ble gjennomført i perioden 2014 til 2016. Målgruppen var barn i førskolealder med medfødt eller tidlig ervervet hjerneskade. Modellen er utpreget tverrfaglig, og retter seg mot flere funksjonsområder for barnet, der aktivitet og deltakelse inngår som viktige knagger.

En grunnpilar i denne modellen er samhandling mellom foreldre, kommune og spesialisthelsetjenesten. Mesteparten av arbeidet foregår der barnet bor, fortrinnsvis i barnehagen. Hvert barn får tre intensive treningsperioder av inntil fem uker i løpet av ett år. Treningen, og veiledningen til personale rundt barnet, gjennomføres både av fagpersoner fra kommunen og habiliteringstjenesten, etter et innledende felles kartleggingsarbeid der mål og tiltak utformes i fellesskap for det enkelte barn.

En evaluering har vist at ved å gjøre det på denne måten har man lykket med blant annet:

- Høy grad av skreddersøm for det enkelte barn.
- Høy grad av foreldreinvolvering i arbeidet med å sette mål for barnet
- Omfattende kompetanseutveksling mellom første- og andrelinjen og varig kompetanseheving i kommunene
- De ansatte i kommunen får 100 % eierforhold til den intensive habiliteringen, og er med på å definere mål og prioritere tiltak
- Barnet slipper å bli tatt ut av sitt hjemmemiljø for lengre treningsperioder
- Økt forståelse for hverandres roller og bedre koordinert innsats for barnet – alle trekker i samme retning
- Sammenhengende og helhetlig habilitering for det enkelte barn
- Økt trygghet hos foreldre og ufaglært personale i barnehagen

Modellen er også ressurseffektiv ved at spesialisthelsetjenestens innsats kan variere med den enkelte kommunens behov for bistand og veiledning. For barn i kommuner som er tynne på kompetanse, kan spesialisthelsetjenesten gå tungt inn. For kommuner som selv har fått styrket sin kompetanse gjennom samhandlingsmodellen, kan spesialisthelsetjenestens bidrag når det gjelder operativ behandling og veiledning reduseres.

Erfaringen i prosjektet er at heller ikke kommunen nødvendigvis trenger å bruke mer ressurser for å bidra til intensiv habilitering for barna, men at man kan oppnå dette ved å jobbe annerledes. Viktige stikkord er mer tverrfaglighet på kommunalt nivå og spissing av innsatsen (i intensive perioder). Dette er en pasientgruppe som skal følges over lang tid. Det er derfor viktig med størst mulig nærhet til hjemmet, slik at spesialisthelsetjenesten kan involvere og samhandle med fagressursene i barnets hjemkommune i det daglige.

På bakgrunn av de gode erfaringene med «Tidlig intensiv habilitering der barnet bor», synes det beste tilbudet for målgruppen å skapes i et direkte, operativt samspill mellom kommunene og

spesialisthelsetjenesten. Det dynamiske aspektet ved modellen er også fremtidsrettet på den måten at grensesnittet og oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke er låst, men kan justeres over tid, i retning av mer ansvar og volum hos kommunene.

Tiltak for å styrke habiliteringstilbudet til barn og unge

1) Lokal implementering av behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade

Det skal lages en opptrappingsplan for implementering av «fase 4» i behandlingslinjen i samarbeid med kommunene.

2) Fremtidig organisering av tilbudet til pasienter med autismspekterforstyrrelser

Det nedsettes en prosjektgruppe som skal foreslå fremtidig organisering, herunder om tilbudet skal samles eller fortsatt være todelt. Vurderingen skal omfatte en evaluering av dagens tilbud, arbeidsdeling og arbeidsformer, samt fremtidig behov for kapasitet og kompetanse. Dersom tilbudet skal fortsette som en todelt ordning, vil det være behov for en avklaring av arbeidsform og arbeidsdeling, samt plan for kommunikasjon til pasienter, pårørende, kommuner og andre aktører om hvordan tilbudet er organisert.

3) Videreføring og videreutvikling av modell for tidlig intensiv habilitering

Det skal utredes hvordan modellen som ble utviklet i prosjektet «Tidlig intensiv habilitering der barnet bor» kan videreføres for barn i opptaksområdet. Det planlegges å gjøre en manuell gjennomgang av alle i den primære målgruppen og vurdere hver enkelt pasient opp mot behov for intensiv habilitering.

4.4.5 Pasientforløp for voksne med atferdsvansker ved utviklingshemming

Det henvises til relevante dokumenter (Regional strategiplan for habilitering 2010 – 2013, HSØ plan for strategisk utvikling 2013 – 2020, Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 2015, Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019, prioriteringsveileder for habilitering voksne revidert 2015). I disse dokumentene beskrives målgruppe for fagfeltet og behov for kompetanse. Akershus universitetssykehus har en strategisk plan for habilitering voksne som går frem til 2021. Her beskrives nødvendig oppbygging og videre utvikling av fagmiljøet i tråd med gjeldende veiledere og styrende dokumenter, samt strategiske mål med tilhørende opptrappingsplan.

Helseforetaket skal etablere et kompetansemiljø som sikrer oppfølging av gjeldende veiledere for habiliteringsfeltet samt ansvar og oppgaver forankret i strategiplan. Dette innebærer at avdeling voksenhabilitering skal ha medisinsk faglig kompetanse i form av nevrolog og psykiater, psykologspesialister innen relevante fagområder som nevropsykologi og habilitering, vernepleiere med relevant praksis og videreutdanning innen psykisk helse, atferdsproblematikk, alternativt supplerende kommunikasjon, demens, epilepsi og sexologi, fysioterapeuter med kompetanse innen habilitering og nevrologi samt tilknyttet ernæringsfysiologisk kompetanse. Fagmiljøet skal være stort nok til å opprettholde nødvendig kompetanse og tåle naturlig turnover. Det skal etableres samarbeid med andre fagmiljøer på Akershus universitetssykehus for å sikre et helhetlig utrednings- og behandlingstilbud. Dette gjelder spesielt mot nevrologi og psykisk helsevern

Helseforetaket har en ambisjon om å være ledende på forskning og fagutvikling innen voksenhabilitering.

I den kliniske virksomheten arbeides det med å tydeliggjøre pasientforløp, med mål om å etablere helhetlige behandlingstilbud til pasienter med moderat/alvorlig utviklingshemming/autisme, atferdsproblematikk og psykiske tilleggslidelser. Det skal anvendes anerkjente metoder for utredning, diagnostisering og behandling, inkludert ambulante miljøterapeutiske tiltak. Det legges også vekt på samhandling på system- og individnivå mot aktuelle samarbeidspartnere.

Tiltak for å styrke habiliteringstilbudet til voksne

1) Øke kapasiteten

Det planlegges en økning til 45 stillinger i forbindelse med etablering i nye lokaler. I nåværende bygningsmasse planlegges en gradvis opptrapping til 40 stillinger.

2) Etablere ny kompetanse

Rekruttering til nyopprettede stillinger skal ivareta behov for ytterligere kompetanse. Det etableres årlige kompetanseutviklingsplaner for den enkelte ansatte i tråd med definerte behov for kompetanseheving i tråd med gjeldende planverk. Dette sikres gjennom årlige medarbeidersamtaler og individuelle utviklingsplaner.

3) Årlige handlingsplaner for fagutvikling og forskning

Det skal utarbeides årlige planer for forskning og kompetanseutvikling på systemnivå med fokus på kvalitet i pasientarbeidet. Det etableres samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer ved Akershus universitetssykehus, mot andre habiliteringstjenester i regionen og andre relevante forskningsmiljøer.

4) Øremerke ressurser til FOU-aktivitet

Det videreføres funksjoner for forskningsleder og forskningskoordinator i 50-prosentstillinger. Ansatte får avsatt tid til forskning og fagutvikling forankret i individuelle utviklingsplaner.

5) Bedre pasientforløp

Det skal etableres systematiserte forløp for utredning, diagnostisering og behandling på konkrete tilstands-/diagnosegrupper med henvisning til anerkjente metoder.

6) Satse på ambulant virksomhet

Ambulant virksomhet og veiledning mot kommunale tjenesteytere skal styrkes.

7) Sjekklistor

Det skal lages sjekklistor for hva som er anvendt av verktøy for utredning og kartlegging.

8) Bedre samarbeid på tvers

Det skal etableres bedre samarbeid på tvers i helseforetaket. Det opprettes faglige nettverk ut i fra tematisk organisering, hvor nettverkene skal ivareta samarbeid mellom tilgrensende fagområder og felles faglig utvikling.

9) Økt brukermedvirkning

Det skal etableres en faglig plattform med årlige dialogmøter med brukerorganisasjoner.

10) Behandlingsplaner på individnivå

Behandlingsplaner på individnivå skal videreutvikles. Disse skal sikre kontinuitet i utredning og behandling, samarbeid internt og eksternt. Avtalene skal sikre brukermedvirkning, og pasientperspektivet skal ivaretas.

11) Samarbeid med døgnet

Det etableres internt samarbeid for å ivareta pasienter som trenger døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Voksenhabiliteringen skal bidra med veiledning under innleggelsen. Tiltaket iverksettes i sammenheng med etablering av nybygg for psykisk helsevern.

12) Godkjenning for oppfølging av pasienter på tvungent psykisk ettervern

Det skal utarbeides en kompetanseutviklingsplan med tanke på å søke godkjenning som psykiatrisk poliklinikk godkjent for oppfølging av pasienter på tvunget psykisk ettervern. Tiltaket iverksettes i forbindelse med opptrapping av avdelingen i etablert nybygg der nødvendig kompetanse og fasiliteter for øvrig blir ivaretatt.

13) Etablering av pasientforløp for utredning og behandling av moderat og alvorlig grad av atferdsvansker ved utviklingshemming

For 2018 er det planlagt å systematisere en behandlingslinje for utredning av psykisk utviklingshemming samt en behandlingslinje for utredning og behandling av utfordrende atferd ved psykisk utviklingshemming. Disse behandlingslinjene vil basere seg på avdelingens etablerte rutiner for saksgang og tilhørende interne veiledere for utredning og behandling. Arbeidet skal også forankres mot pasientorganisasjoner og samarbeidspartnere i kommunene gjennom avdelingens og helseforetakets etablerte samarbeidsfora.

4.5 Hjerneslag

Akershus universitetssykehus har det største opptaksområdet for hjerneslag i Norge. Helseforetaket tar imot alle akutte slagpasienter fra hele Akershus, unntatt Asker og Bærum. I tillegg tas det imot slagpasienter fra Alna, Grorud og Stovner i Oslo. Reisende til eller fra Gardermoen med mistenkt akutt hjerneslag, innlegges på Akershus universitetssykehus.

Helseforetaket har hatt slagenhet i nevrologisk avdeling fra 1993 og akutt slagenhet med egen seksjon for hjerneslag fra 2003. Det er etablert en behandlingsskjede for akutte slagpasienter som starter med prehospital konferering mellom ambulanse/legevakt og vakthavende nevrolog, ankomst akuttmottak, derfra direkte til CT, videre til akutt slagenhet og deretter til rehabiliteringsavdeling. Etter utskrivning får pasientene oppfølging via rehabiliteringspoliklinikk og lavterskeltilbud med direkte kontakt til slagsykepleier.

Pasienter med akutt hjerneslag og TIA innlegges akutt via AMK. Vakthavende nevrolog har en konfereringstelefon med direkte innvalg ("trombolysetelefon"). Ambulansepersonell kan ringe denne telefonen hele døgnet for å varsle nevrolog om pasienter med mistenkt akutt hjerneslag. I tillegg kan AMK/ambulanse benytte denne telefonen til å konferere direkte med nevrolog om hastegrad for transport til sykehuset.

Dersom det antas at pasienten skal ha trombolyse, slås trombolysealarm før pasienten ankommer sykehuset. Denne alarmen innebærer at nevrolog, bildediagnostisk avdeling (CT) og sykepleier i akuttmottaket blir varslet. Slagpasienter som kan få trombolyse møtes av trombolyseteamet i døren i akuttmottaket. Pasientene blir undersøkt med CT, CT angiografi av intracerebrale og precerebrale kar og CT perfusjon av hjernen. Pasienter som har

storkarokklusjon og som kan få endovaskulær behandling, flyttes fra CT tilbake til akuttmottaket og transporteres til Oslo universitetssykehus (Rikshospitalet) med samme ambulanse som kjørte pasienten til Akershus universitetssykehus.

Slagpasienter som ikke skal ha trombolyse, får fullstendig klinisk undersøkelse i akuttmottaket. Disse pasientene tilses av nevrolog innen ti minutter etter triagering. Alle pasienter med akutt hjerneslag blir undersøkt med CT. For å avklare etiologi og infarktutbredelse blir pasientene også undersøkt med MR. Noe over 50 prosent av alle akutte slagpasienter blir nå undersøkt med MR, og andelen er økende. CT og MR er tilgjengelig hele døgnet og hele uken.

Akershus universitetssykehus har egen seksjon for akutt hjerneslag med 28 senger, hvorav fire er fullt utstyrte overvåkingsenger i en overvåkingsenhet samlet på en firemannstue. I overvåkingsenheten er det to sykepleiere til stede hele tiden. I denne enheten samles pasienter som får/har fått trombolyse siste 24 timer, pasienter med hjerneblødning med behov for spesiell oppfølging av blodtrykk, hjerneslagpasienter med behov for tett overvåkning av bevissthet, kramper, respirasjonsvansker og pasienter som har ustabil sirkulasjon. Pasienter med trakeostomi behandles også på overvåkingsenheten. Sykepleiere som arbeider i denne enheten har gjennomført spesialopplæring og er sertifisert som sykepleiere med spesialkompetanse innen semiintensiv slagsykepleie.

Det er også en spesialisert rehabiliteringsavdeling tilknyttet Nevroklinikken.

Rehabiliteringsavdelingen har 18 døgnplasser og tar i mot slagpasienter fra akutt slagenhet ca. en uke etter hjerneslaget. I rehabiliteringsavdelingen er det et flerfaglig team med leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, nevropsykologer, logoped og sosionom. Omtrent halvparten av de akutte slagpasientene får tilbud om spesialisert rehabilitering. De øvrige reiser enten rett hjem eller utskrives til sykehjem.

Tiltak for å styrke hjerneslagtilbudet

1) Korrekt registrering i nasjonalt hjerneslagregister

I forbindelse med innføringen av pakkeforløp for hjerneslag er det en målsetning å forbedre rutinene for registrering i Norsk hjerneslagregister, slik at data fra Akershus universitetssykehus blir mer helhetlige. Det er allerede satt av ekstra ressurser til dette arbeidet.

2) Etablering av trombektomi

Trombektomitilbudet utredes på regionalt nivå, med deltakere fra alle helseforetakene. Det er også etablert et internt prosjekt på Akershus universitetssykehus for å utrede muligheten for å etablere et lokalt tilbud. Ved trombektomi er både tid og kvalitet avgjørende for effekten. Det antas at et betydelig større antall pasienter kan få nytte av trombektomi dersom dette tilbudet etableres på Akershus universitetssykehus. Dette vil muliggjøre en komplett behandlingsskjede lokalt, noe som vil komme pasientene til gode.

4.6 Kreftkirurgi

Kreft er et av satsingsområdene i helseforetakets utviklingsplan for perioden 2017-2030. Det er utarbeidet en opptrappingsplan for et helhetlig krefttilbud, med mål om å etablere et kreftsenter i planperioden.

Kirurgi er en hjørnestein i kurativ behandling av de fleste typer solide svulster, og er den behandlingsmodaliteten som kurerer flest kreftpasienter. Kreftkirurgi utgjør en betydelig andel av den elektive operative virksomheten ved sykehuset. I tillegg til kurative inngrep utføres det palliative inngrep og inngrep for å behandle følgetilstander etter kreftbehandling.

Akershus universitetssykehus har store pasientvolumer innen de vanlige kreftformene og gode resultater f eks målt med 5-års overlevelse i nasjonale kvalitetsmålinger. Det kirurgiske miljøet ved sykehuset må karakteriseres som robust og med stor faglig bredde. Helseforetaket utfører de fleste typer kreftinngrep, og har «flerområdefunksjon» (betjener flere sykehusområder) for kirurgi ved kreft i magesekk og urinblære. Videre er det kun Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus som opererer pasienter med lungekreft i Helse Sør-Øst.

Behandling av levermetastaser, sarkomer og kreft i lever, galleveier, bukspyttkjertel, spiserør, øre/nese/hals og hjerne foregår kun ved Oslo universitetssykehus. Ahus vil tilpasse seg regionale føringer for fordeling av oppgaver innen kreftkirurgi. Grunnet fallende forekomst utføres det stadig færre inngrep for ventrikkelkreft i Helse Sør-Øst. Kreftrådet har diskutert om denne typen kirurgi bør sentraliseres til regionsykehuset. Kirurgimiljøet på Akershus universitetssykehus peker på at det ville være svært uheldig, blant annet av hensyn til utdanningstilbudet for legespesialister, om ventrikkelkirurgien ble borte fra avdelingen. En alternativ løsning kunne være å fordele antallet operasjoner jevnere mellom de to sykehusene. Denne typen diskusjoner med faglig utgangspunkt hvor prinsippet er at man sentraliserer det man må og desentraliserer det man kan vil være førende for videre utvikling av fagområdene, jfr. styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF 085-2010.

Som universitetssykehus er det viktig å delta aktivt i den kirurgiske fagutviklingen gjennom å ta i bruk nye, avanserte teknikker og nytt utstyr. Et betydelig antall urologiske pasienter har behov for kirurgisk behandling. Per i dag har Akershus universitetssykehus relativt lav egendekning på dette området, da mange pasienter foretrekker robotkirurgi fremfor laparoskopisk kirurgi. Med etablering av robotkirurgi i løpet av 2018 er det ventet at flere av pasientene i opptaksområdet innen dette og andre fagområder vil velge å bli behandlet på Akershus universitetssykehus. Dette vil gi positiv effekt for pasienter og fagmiljø, samt gi økte muligheter for klinikknær forskning.

4.7 Prehospitale tjenester

Det er inngått avtaler om beredskap og den akuttmedisinske kjede med alle kommunene i opptaksområdet (delavtale 11 for Akershus-kommunene og tjenesteavtale 9 for Oslo kommune). Formålet med avtalene er å samarbeide om planer innenfor krise- og katastrofeberedskap, og om utvikling av partenes ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, mottak for akuttinnleggelser innenfor somatikk, psykisk helse og rus i kommunen (KAD) og helseforetak, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt, og luftambulanser.

Kommunen og helseforetaket skal sikre at personell får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver, samt trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Det er etablert fagforum for beredskap og akuttmedisinsk kjede, som har revidert tidligere avtale og lagd utkast til handlingsplan med tiltak og strategier. Oslo universitetssykehus er ikke en part i avtalen, men de inviteres med i møter når det er aktuelle tema på agenda.

Fagforumet skal:

- Identifisere og drøfte utfordringer innenfor delavtalene/ pasientsamarbeidet
- Revidere/ evaluere samarbeidsavtalene og fremme forslag til revisjon/ endring til samarbeidsutvalget
- Revidere/ evaluere underavtaler, retningslinjer, rutiner og prosedyrer innen sitt område, samt vurdere behov for slike, og fremme forslag til samarbeidsutvalget
- Skaffe oversikt over pågående samhandling, samarbeid, felles prosjekter og lignende innenfor sitt avtaleområde
- Følge med på nasjonale prioriteringer, planer og veiledere