

Til Helse-Nord RHF
v/prosjektleder Oddvar Larsen

**Forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020
Høringsuttalelse fra kommuneoverlegeforum på Helgeland**

Bakgrunn

Kommuneoverlegeforum på Helgeland representerer kommuneoverlegene i de 18 kommunene på Helgeland. I tillegg til å være et samfunnsmedisinsk forum, er vårt mandat å være høringsinstans i saker som vedrører helsetjenestetilbudet til befolkningen på Helgeland. Vi skal også arbeide for bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten på Helgeland. Vi ønsker med dette å gi et høringsvar til lokalsykehusrapporten.

Gjennomgang av punktene i rapporten

Til punkt:

5. *Samhandling med kommunehelsetjenesten.*

Et forpliktende samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten betegnes i høringsrapporten som en overordnet strategi. God samhandling mellom helseforetakene og kommunene utfordres i dag av flere forhold:

- Helse-Nord skal forholde seg til over 100 kommuner i hele Nord-Norge.
- Kommunene er svært ulike med tanke på innbyggertall, nærhet til lokalsykehus og ressurser i egen helsetjeneste.
- Parallelt med at det lokale helseforetaket skal fungere som en enhet, foregår mye av dialogen mellom hvert enkelt lokalsykehus og kommunene i nedslagsfeltet til dette. God samhandling blir krevende når dialogen går på kryss og tvers mellom kommuner, regionråd, lokalsykehus og helseforetaket lokalt eller regionalt. Hvem har det endelige ansvaret for å iverksette helheten i tjenesten? Noen kommuner deltar aktivt i dialog med sitt lokale helseforetak, mens andre kommuner i liten grad samhandler med helseforetaket. Samarbeidet oppleves derfor noe tilfeldig og varierer fra kommune til kommune.
- Fastlegene er ”portvoktere” til spesialisthelsetjenesten og en viktig premissleverandør for aktiviteten i Helse-Nord. Fastlegenes henvisningspraksis påvirker i stor grad pasienttrykket inn mot sykehusene. Mens helseforetakene på den ene siden har et formalisert samarbeid med kommunene, finnes det ikke tilsvarende i forhold til fastlegene. Mange fastleger er ansatte i kommunehelsetjenesten, mens mange er selvstendig næringsdrivende. Det er derfor vanskelig for Helse-Nord å finne et gjensidig grunnlag for et forpliktende samarbeid.

Flertallet av kommunene på Helgeland har underskrevet samarbeidsavtalen med sitt lokale helseforetak. Forpliktelsene i avtalen legger opp til en utstrakt samhandling rundt pasientene og utvikling og oppbygging av kompetanse. Blant annet legger avtalen opp til trygg og god

behandling, som inkluderer brukermedvirkning, kompetanseoverføring og sømløst samarbeid mellom kommune og sykehus. Riktig og fornuftig bruk av ressurser ut fra LEON-prinsippet vektlegges som et hovedmål.

Samarbeidsavtalen er generell i formen og oppleves i dag først og fremst som en ”papiravtale” med en viktig symbolsk betydning, men som i liten grad innvirker på det praktiske samarbeidet mellom lokalsykehus og kommune. På Helgeland har vi flere eksempler på at LEON-prinsippet utfordres, når en del primærhelsetjenesteoppgaver utføres av lokalsykehuset (f.eks vanlige svangerskapskontroller, celleprøver eller psykiatrisk førstelinjearbeid i regi av DPSene). Dette til tross for at samarbeidsavtalen eksplisitt nevner riktig og fornuftig bruk av ressurser ut fra LEON-prinsippet som et hovedmål. Vi har i framtida mer tro avtaler rundt felles prosjekter (distriktsmedisinsk senter, FAM, legevakt, rus-samarbeid, henvisning, epikrise osv), som er mer konkrete og forpliktende enn dagens avtale.

Forslag:

- Vi ønsker at en lokalsykehusrapport kan være tydelig på hvordan Helse-Nord og de lokale helseforetakene kan samarbeide bedre med fastlegene.
- Samarbeidet mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset bør formaliseres i *ett overordnet samarbeidsorgan*, som inkluderer alle 18 kommunene i nedslagsfeltet til helseforetaket. Her bør kommunenes administrative og politiske ledelse være representert sammen med kommuneoverlegene. Et slikt organ vil i større grad ha mulighet til å oppnå en helhetlig samhandling mellom Helgelandssykehuset og kommunene. Dagens løsning med flere lokale utvalg viser seg i liten grad egnet til å sette samhandling i system.
- Framtidige avtaler om samhandling bør være mer konkrete og forpliktende i formen enn dagens samarbeidsavtale. Hva kan for eksempel kommunene forvente av en desentralisert poliklinikk, med hensyn til hvilke spesialister som kommer og hvor ofte de skal frekventere poliklinikken? Eller hvor ofte kan sykehjemmet forvente besøk av et ambulerende geriatrik team?

Til punkt:

9. Psykisk helsevern

Rapporten påpeker store faglige forskjellene mellom de 14 distriktspsykiatriske sentrene (DPS) i Helse Nord. Under tiltak foreslås blant annet å sørge for at psykiater og psykologspesialistdekningen ved det enkelte DPS er tilstrekkelig til å yte et godt tilbud lokalt.

Kommuneoverlegeforum på Helgeland ønsker fokus på DPSenes rolle som psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. I dag opplever vi at sentrene skal oppfylle mange målsetninger, der flere like gjerne kan defineres om oppgaver for primærhelsetjenesten. DPSene klarer i større grad enn små kommuner å utvikle fagmiljø og kompetanse innen psykiatri. Parallelt med dette ser vi Helgelandssykehusets utfordring med å ivareta fagutvikling for 3 spredte DPSer, som inneholder voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, rusbehandling, alderspsykiatri og psykiatriske døgnenheter m.m. Er enhetene for små til å kunne bygge opp et stabilt fagmiljø og rekruttere psykiatere? DPSene på Helgeland bør i større grad rendyrke sin rolle som andrelinjetjeneste for den ”tyngre psykiatrien”. Kommuneoverlegeforum på Helgeland ser en løsning i å samlokalisere noen av DPS-funksjonene som i dag er spredt til Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen og Brønnøy. På den andre siden har DPSene gode dagtilbud i regi av

andre yrkesgrupper som psykologspesialist, psykolog, psykiatrisk sykepleier og sosionom. Kommuneoverlegeforum mener mye av denne virksomheten like gjerne kunne vært lokalt forankret i kommunene.

Vi har påpekt at mangelen på psykiatere ved DPSene gjør at tilbudet ikke kan betegnes som en fullverdig spesialisthelsetjeneste. Fastlegene har en forventning om at alle DPSene skal kunne gjøre tyngre medisinskfaglige vurderinger og påbegynne medisinerer der det anses nødvendig. Alle 3 DPSene på Helgeland leier jevnlig inn psykiatere fra vikarbyrået Transmedica. Disse legene kommer hovedsakelig fra Danmark og Sverige og jobber for korte perioder av gangen. Vi kan ikke forvente at en slik vikarstafett legger til rette for god samhandling mellom fastleger og DPSene.

Helgelandssykehuset har ikke noe akuttpsykiatrisk tilbud. Mens DPSene på Helgeland i dag har gode dagtilbud, er vi en region uten akuttpsykiatrisk beredskap. I noen tilfeller legges psykiatriske pasienter inn på medisinsk avdeling ved Helgelandssykehuset, men en slik løsning er ikke god nok. Målsettingen om et likeverdig helsetilbud i Helse-Nord, er ikke oppfylt for pasienter med tyngre psykiske lidelser på Helgeland. Dette gjelder både sengeplasser og muligheter for snarlig vurdering av psykiater.

Når det gjelder innleggelse under tvang, synes vi dagens praksis med innleggelse til Nordlandssykehuset i Bodø bør fortsette. Imidlertid opplever vi at det noen ganger går på verdigheten løs, når pasienter legges inn på tvangsparagraf fra Helgeland. Problemene rundt logistikken og samarbeidet mellom legevakt, ambulansedy, AMK og politi kan være svært tidkrevende. Dette går i første rekke ut over pasienten.

Forslag:

- Det opprettes et akuttpsykiatrisk lavterskeltilbud på Helgeland. Dette innebærer en sengepost som kan ta i mot pasienter med tyngre psykiske lidelser, men som ikke fyller kravene til tvangsinnleggelse.
- Helgelandssykehuset intensiverer arbeidet med å stabilisere dekkningen av psykiatere på Helgeland, slik at man i framtida slipper å basere seg på innleie av vikarleger.
- DPS-strukturen på Helgeland revurderes, slik at man i større grad kan rendyrke DPSets rolle som en spesialisthelsetjeneste for psykiatri.
- Ansvarsforholdene rundt transport av pasienter som legges inn på tvangsparagraf fra Helgeland til Bodø blir bedre avklart. Dette bør skje i tett dialog med politiet, som i noen tilfeller skal følge pasienten nordover.

Til punktene

4. Rekruttering og stabilisering

19. Svangerskap og fødselsomsorg

20. Gynekologi

Helse-Nord har fokus på stabile fagmiljøer og ønsker i framtida å sikre rekruttering til stillinger. I rapporten påpekes det at man i dag må benytte vikarbyråer for å leie inn leger, sykepleiere og andre. Behovet for alle typer helsepersonell vil øke fram mot 2030. Samtidig poengterer lokalsykehusrapporten at store deler av ungdomskullene forlater Nord-Norge for å ta utdanning, og at de i liten grad kommer tilbake. Helse-Nord skal ha som mål at tilstrekkelig helsepersonell av alle kategorier blir værende i landsdelen.

Målsetningen om stabile fagmiljø i helseforetaket er en viktig forutsetning for at Helse-Nord i framtida skal sikre en spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet. Kommuneoverlegerforum mener at små avdelinger og mange enheter i et lite lokalsykehus ikke bidrar til å bygge et stabilt fagmiljø over tid.

Eksempler på dette:

- Fødeavdelinger og fødestuer på Helgeland. Til sammen var det 770 fødsler på Helgelandssykehuset i 2009, fordelt på 2 fødeavdelinger og 2 fødestuer. Mo i Rana hadde 387 fødsler, hvorav 69 ble forløst per keisersnitt og 29 med vakuum eller tang. Sandnessjøen hadde 265, hvorav 56 ble forløst med keisersnitt og 26 med vakuum eller tang. Fødestuene i Mosjøen og Brønnøysund hadde samme år henholdsvis 69 og 49 fødsler.
- Gynekologi: Mo i Rana gjennomførte 55 vaginaloperasjoner i 2009, mens Sandnessjøen gjennomførte 65
- Kirurgi. Mo i Rana naglet 107 lårhalsbrudd i 2009, mens tilsvarende tall for Sandnessjøen var 30 naglinger. Mo i Rana opererte til sammen 122 totalproteser i hofter i 2009, Sandnessjøen ingen. Mosjøen har plastikk-kirurg. Parallellt med dette utføres det i Sandnessjøen kosmetisk kirurgi (brystreduksjoner).

Disse tallene illustrerer at en del inngrep utføres med lav frekvens og er spredt på lokalsykehusene på Helgeland. Et hvert behandlingstilbud må ha et befolkningsgrunnlag av en viss størrelse for å fungere. På den ene siden skal Helse-Nord så langt det er mulig sikre et likeverdig helsetilbud i distriktene. På den andre siden er det en sammenheng mellom behandlingsvolum og kvalitet. Det finnes god dokumentasjon på at det kan være fordelaktig å sentralisere en del medisinske prosedyrer. Optimal kvalitet ligger i skjæringspunktet mellom disse to faktorene, nemlig behandlingsvolum og transporttid. Når behandlingsvolumet øker, øker kvaliteten på behandlingen. Har Helgelandssykehuset i dag valgt en modell som i for stor grad sikrer lokal tilgjengelighet og i mindre grad fokuserer på å bygge levedyktige fagmiljø rundt større enheter?

Til punktene:

11. Akutfunksjoner somatikk

15. ortopedi

Funksjonsfordelingen mellom lokalsykehusene på Helgeland, kompliserer i dag arbeidet til fastleger og legevaktsleger og kan i flere tilfeller forsinke viktig behandling når det haster. Helgelandssykehuset har i dag 2 kirurgiske avdelinger, Sandnessjøen og Mo i Rana. Mens Rana har ortopedisk seksjon, har Sandnessjøen beredskap for bløtdelskirurgi. I tillegg har avdelinga i Mosjøen ansvaret for urologi og utfører mindre ortopediske inngrep. Samtidig har noen av kirurgene i Sandnessjøen kompetanse innen ortopedi, skadekirurgi og urologi, men dette kan variere fra dag til dag. Parallellt med dette har ortopedene fra Mo i Rana poliklinikk-dager i Sandnessjøen og Mosjøen. Store deler av Helgelands befolkning bor langt fra Rana og ved spørsmål om bruddskader legges pasienter fra Sør-Helgeland like gjerne inn til Sandnessjøen eller til Namsos. I noen tilfeller sendes pasienten så videre til Mo i Rana eller Bodø, mens Sandnessjøen i andre tilfeller selv utfører nødvendig ortopedisk behandling.

Ved å spre akutfunksjoner på små lokalsykehus kan man sikre likeverdig tilgjengelighet til tjenesten, men ivaretas kvaliteten i tilstrekkelig grad? Samtidig kan funksjonsfordelingen

skape usikkerhet blant både fastleger og legevaktsleger om hvor den akutt syke pasienten skal henvises for best behandling.

Lokalsykehusrapporten poengterer at det må være en tydelig funksjons-og oppgavefordeling i helseforetakene. Er denne funksjonsfordelingen i dag tydelig nok?

Til punkt

14. Traume

Kommuneoverlegeforum støtter foreslått tiltak om prehospitalt traumeteam i kommunene, med definerte minstekrav til faglig kompetanse. KommuneBEST har vist seg som en god modell for å styrke akuttmedisinsk samhandling mellom det lokale legekantoret og ambulansen. PHTLS-kurs i regi av norsk luftambulansetjeneste har også bidratt til å øke kompetansen på traume-behandling blant både ambulansepersonell og leger.

Til punkt:

16. radiologi

Rapporten nevner formaliserte vaktordninger for radiologi ved alle sykehus som en målsetning. Teleradiologiske vaktordninger må vurderes særskilt og sees i sammenheng med det øvrige tilbudet på det enkelte sykehus. Rapporten poengterer at det må legges til rette for desentraliserte radiologiske løsninger i kommunene. Som eget tiltak nevnes i denne sammenheng at helseforetaket bør samarbeide med kommunene om desentraliserte radiologiske løsninger. Kommuneoverlegeforum på Helgeland støtter både denne målsetningen og ønsket om formaliserte vaktordninger for radiolog på Helgelandssykehuset.

Til punkt:

21. Pediatri/barnemedisin

Kommuneoverlegeforum vil særlig fokusere på samhandlingen med kommunehelsetjenesten når det gjelder barn med adferdsvansker. Barn som utredes for ADHD utgjør en stor gruppe for både førstelinje og spesialisthelsetjenesten. Krav til samhandling rundt disse barna er særlig stort når både fastlege, helsesøster, skole, PPT, BUP, foreldrene selv og i noen tilfeller habiliteringsteam og autismeteam er involvert. I dag legges det ned en stor lokal innsats for møte disse elevene med et best mulig tilbud. I noen tilfeller har elevene behov for langvarige og koordinerte tjenester i en slik grad at de må ha individuell plan. Kommuneoverlegeforum vil oppfordre til at ansvarsforholdene ved utredning av adferds-og lærevansker blir bedre avklart. I dag er praksisen svært ulik på Helgeland, blant annet avhengig av spesialistdekningen ved det lokale BUP-kantoret. Kommunene og Helgelandssykehuset bør også få konkrete retningslinjer for hvordan man i framtida skal utarbeide individuell planer i fellesskap.

Til punkt:

22. Geriatri

Kommuneoverlegeforum støtter mål og tiltak for geriatri som er foreslått i rapporten. I tillegg til tverrfaglige geriatrike team ved Helgelandssykehuset, ønsker vi oss øremerkede sengeplasser for geriatrike pasienter. Man vet at den skrøpelige eldre pasienten vil stå for en betydelig andel av innleggelsene til Helgelandssykehuset i framtiden. De har sammensatte behov, der helheten i behandlingen må ivaretas. I tillegg til kroniske sykdommer som KOLS, diabetes, hjerte-karsykdom, smertetilstander og kreft, har mange eldre en demenstilstand som

gjærne forverres ved transport fra hjemstedet og inn til lokalsykehuset. Ambulering av geriatriske team hilses derfor velkommen, men det er kanskje urealistisk å forvente at slike team skal rekke over hele Helgeland. En mulig løsnng kan være telemedisinsk kommunikasjon mellom sykehjem og lokalsykehus, der et tverrfaglig geriatrisk team kan veilede det lokale hjelpeapparatet i forhold til enkeltpasienter på sykehjemmet.

Til punkt:

25. Palliativ/lindrende behandling

Kommunehelsetjenesten vil i framtida måtte forholde seg til flere kreftsyke og flere pasienter som trenger lokal oppfølging i livets slutfase eller er i behov av lindring for kroniske smertetilstander. Kommuneoverlegeforum støtter derfor det foreslåtte tiltaket om at samhandlingsprosedyrer mellom kommune og lokalsykehus bør nedfelles i prosedyrebok. Kommunene må øke sin kompetanse på lindrende behandling. Gjensidig hospitering mellom de to forvaltningsnivåene anses derfor som svært hensiktsmessig. Allerede i dag er flere kommuner på Helgeland i ferd med å opprette regionale fagnettverk for lindring, i regi av Undervisningssykehjemmet i HALD. Kompetansen som finnes i undervisningssykehjemmet om lindring kan også være til nytte for Helgelandssykehuset.

Til punkt

27. Habilitering og rehabilitering

Kommuneoverlegeforum støtter rapportens forslag om å styrke tilbudet til barn og unge med behov for habilitering. Det framgår at habiliteringstjenesten for barn og unge ligger betydelig lavere i Helse Nord enn landsgjennomsnittet. Samtidig er det et ønske at spesialisthelsetjenesten kan være tydelig på *hvilke pasienter* som skal prioriteres for ”tyngre” oppfølging og utredning. I dag kan det være vanskelig for fastlege, helsesøster og andre i førstelinja å vite hvilke barn og unge som vil tjene mest på en slik oppfølging.

Til punkt

33. IKT

Helgeland er en region med svært spredt bosetning. Mens omtrent halvparten av befolkningen på 80 000 bor i bystrøk og nært et lokalsykehus, er den andre halvparten bosatt slik at de har lang vei til Helgelandssykehuset. Kommuneoverlegeforum synes derfor målsettingen om å *”legge til rette for at helseforetak, fastleger og pleie- og omsorgsektoren kan samhandle omkring en felles pasient og dele ett felles datagrunnlag for denne”* er svært viktig. Det nevnes også bruk av videokonferanse.

Informasjonsflyt mellom nivåene i helsetjenesten utfordres i dag av mange forhold. Et strengt lovverk i forhold til personopplysninger, legger begrensninger på utveksling av informasjon som ofte er av stor betydning for å gi riktig og god behandling. En sykehjemspasient har i dag viktige helseopplysninger i minst 3 ulike journalsystem: fastlegens, sykehjemmets og lokalsykehusets. Målsettingen om at disse 3 aktørene kan dele ett felles datagrunnlag for pasientopplysninger, vil være av stor betydning for å sikre god samhandling og riktig behandling.

På vegne av Kommuneoverlegeforum Helgeland
Rolv-Jørgen Bredesen
Leder