

18. mars. 2010

HØRINGSUTTALELSE

Vi viser til Helse Nord RHF`s forslag til lokalsykehusstrategi 2010- 2020 med høringsfrist 18.mars.2010.

-Helse Nord har som mål å tilby befolkningen i Nord-Norge et nært og godt helsetilbud som møter behovene skriver prosjektlederen i forordet til rapporten med forslag til lokalsykehusstrategi 2010 - 2020 for befolkningen i Helse Nord.

- Tillit, tilgjengelighet og omsorg er stikkord, og intensjonen om nærhet til tilbudet for pasienten er et viktig og godt utgangspunkt når strategier for fremtidig helsetjenestetilbud skal legges.

Det er befolkningens behov som må veie tyngst. For at andrelinjetjenesten skal dekke befolkningens behov, må den være desentralisert, men ikke mer enn at den har en grunnstamme av funksjoner med akutfunksjon og planlagt dagaktivitet. For lokalsykehusfunksjonen er fagområdene indremedisin, kirurgi, anestesi, psykiatri og gynekologi/fødsel/barsel, samt tilgang på radiologiske- og laboratorietjenester viktigst.

Etter Fagforbundets syn må dagens 3-nivådeling ligge fast. Samhandlingsarenaer må ta utgangspunkt i denne ansvars- og oppgavefordelingen. 1. linje som et medisinsk lavterskeltilbud av fastleger som utreder, behandler og følger opp alminnelige sykdommer, og hvor fastlegene samarbeider med og koordinerer den medisinske hjelpen med kommune- og spesialisthelsetjeneste og med NAV. Lokalsykehus i 2. linjetjeneste som yter generell kirurgi, indremedisinsk, psykiatrisk og rehabiliterende spesialisthelsetjeneste (og eventuelt andre fagområder), samt de privatpraktiserende spesialistene i sykehusets nedslagsfelt. Og et høyterskeltilbud i 3. linje med regionale og nasjonale medisinske funksjoner må ligge fast for å sikre stabile samarbeidsrelasjoner i helsetjenesten. Vi må først og fremst bli gode til å samhandle om pasienter på de nivå vi har. Innføres nye nivå, vil vi få flere arenaer som krever samarbeid, økende administrasjon, uklare ansvarsforhold og økte utgifter med marginal effekt på helsen.

Det er all grunn til å frykte at å bygge ned lokalsykehusene vil ha ringvirkninger for hele helsetjenesten i lokalsamfunnet som man ikke hadde tenkt seg. Stikkord er rekruttering, stabilitet og kvalitet. Vi vil fraråde å sette i gang ytterligere prosesser med formål å bygge ned de tilbud som er bygd opp gjennom mange år, fordi skadevirkningene av slike strukturelle endringer kan bli atskillig større enn man hadde forutsett.

Dagens klinikkorganisering

Dagens sykehusstruktur slik vi kjenner den i Helse Nord RHF er etter Fagforbundets vurdering en forutsetning for et velfungerende helsetjenestetilbud av god kvalitet, som ivaretar både et nødvendig samfunnsøkonomi perspektiv og krav til en bærekraftig samfunnsutvikling. Vi vil her likevel påpeke noen svakheter. Endringer av sykehusstruktur ved å omorganisere til klinikkorganisering har store svakheter som

kan skape ineffektivitet og desillusjonerte medarbeidere. Styrene ved Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN) og Nordlandssykehuset HF vedtok i 2007 og 2009 ny organisasjonsmodell som innebar en organisering med klinikker, driftsenheter og sentrale stabsenheter. Dette medførte at lokal ledelse ved sykehusene i Harstad, Narvik, Lofoten og Vesterålen ble organisert bort.

Ansatte har siden sykehusreformen ble innført i 2002 vært gjennom kontinuerlige omstillinger og endringer. Dette har hatt stor innvirkning på arbeidshverdagen. I denne prosessen har det vist seg at identitet til eget sykehus har stått sterkt. Selv ved klinikker vil ofte identitetsfølelsen være knyttet til eget sykehus og egen by. Både ansatte og lokalsamfunn har støttet oppom eget sykehus. Ved å innføre klinikker ble ledernivået sentralisert. Styring skjer dermed sentralt, uten mulighet til oversettelse lokalt. Ved å fjerne lokal ledelse ved sykehusene har man fjernet et viktig bindeledd mellom lokal identitet og sentrale beslutninger i foretaket. Sykehus er kunnskapsorganisasjoner hvor spesialisert menneskelig kompetanse må koordineres med høyteknologi for å fungere godt. I en slik organisasjon kan det lett oppstå interessemotsetninger og vansker med å koordinere aktiviteter.

Når sykehusstrukturen med forslag til lokalsykehusstrategi 2010 - 2020 igjen er gjenstand for vurderinger foreslår Fagforbundet at klinikkorganiseringen gjennomgås og at erfaringene evalueres.

Lokalsykehusenes pasientgrunnlag

På alle akuttsykehus er det såkalte "lokalsykehuspasienter" som dominerer. Altså pasienter med helt vanlige lidelser, men som er såpass dårlige at de trenger et sykehusopphold.

Til de kirurgiske avdelingene blir omtrent halvparten henvist som øyeblikkelig hjelp, på de indremedisinske avdelingene er over 90 % av innleggelsene, øyeblikkelig hjelp

Lokalsykehusene og primærhelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre. Det er allerede vanskelig å rekruttere primærleger til utkantstrøk. Denne situasjonen vil ytterligere forverres om et større faglig fellesskap svekkes. Tryggheten ved å ha et sykehus i nærheten kan etter Fagforbundets syn vanskelig overvurderes.

Hva legges i strategidokumentet i begrepet lokalsykehus?

Dette er forsøkt omtalt på side 6 i rapporten, men fører ikke til noen avklaring. Her innføres også begrepet lokalsykehusoppgaver som skal være noe annet enn lokalsykehusfunksjon, men det er ikke definert hva som menes med dette begrepet. Det beskrives også at disse oppgaver og funksjoner er lokalisert i sykehusenheter og institusjoner uten at det konkretiseres hva dette betyr i praksis.

Gode lokalsykehusfunksjoner - grunnmuren i spesialisthelsetjenesten

Lokalsykehuset spiller en uvurderlig distriktpolitisk rolle. Lokalsykehusene er bygd opp med grunnlag i bosetting, geografi, kommunikasjonsløsninger og avstander. Distriktpolitikk og næringspolitikk er uløselig knyttet sammen, og nødvendige forutsetninger for hverandre i et distriktpolitisk perspektiv. Lokalsykehusene er hjørnesteinen i lokalsamfunnet, og et helt sentralt element for å opprettholde levedyktige samfunn i regionene.

Akutfunksjoner

Her er gruppa delt i oppfatningen om hvilke funksjoner som bør være tilstede. Mindretallets oppfatning om tilpassede funksjoner får stor plass. Dette er prøvd ut på sykehuset i Mosjøen, erfaringene herfra er ikke entydig positive.

Legeforeningen har kommet frem til et konsensusdokument vedrørende dette der det er enighet om at:

- *Sykehus med akutfunksjoner må som et minimum ha et vaktteam bestående av spesialist i indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske laboratorietjenester og radiologisk service 24 timer i døgnet. Sykehus som tar imot gravide/fødende og kvinner med akutte gynekologiske problemer, må i tillegg ha gynekolog i tilstedevakt.*

Fagforbundet støtter definisjon for innholdet i et lokalsykehus, og mener Legeforeningens anbefalinger må legges til grunn når endelige konklusjoner om sykehusstruktur og lokalsykehusenes innhold og oppgaver skal besluttes.

Ved å redusere akutfunksjonen på noen lokalsykehus sentraliseres helseressursene. Framfor rimelige og kostnadseffektive sykehus i befolkningens nærmiljø legges det opp til å satse på kostbare og kompliserte transportsystemer. Vi kan ikke se at det foreligger en god begrunnelse for slike omstrukturingsforslag. Under punkt 11.2 *Utfordringer* gjennomgår rapporten Helse Nord's hovedstrategi. -*at spesialisthelsetjenesten, inkludert akutfunksjoner skal være desentralisert. -Helseforetakets helhetlige akuttmedisinske tilbud må være tydelig definert og forutsigbart, uavhengig av helseforetakets interne organisering.* Under punktet om pasientrettigheter og prioriteringer på side 8 i rapporten sies det at -*Det er viktig at lokalsykehusene fortsatt kan ta hånd om de fleste pasienter fra eget opptaksområde.* Med dette som utgangspunkt skisseres gode målsettinger under punkt 11. *Akutfunksjoner somatikk* på side 10 i rapporten. Det er derfor overraskende når prosjektgruppen i tiltakene legger opp til en sentralisering av akutfunksjonene, og at fødetilbudet skal organiseres i henhold til forslag om en slik sentralisering.

Akuttberedskapen kjernen i sykehusets virksomhet

Det gis et inntrykk av at lokalsykehus kan bestå selv om den akutte kirurgiske beredskap og den operative fødselshjelp opphører. All erfaring tilsier at en slik sentralisering vil føre til trinnvis nedbygging av virksomheten ved de lokalsykehus som rammes. På sikt vil sykehusene ha mistet viktige funksjoner, og mister dermed statusen som sykehus. Mangel på bevilgninger, systematisk reduksjon av pasientgrunnlaget sammen med mangel på spesialister vil øke faren for nedleggelse. Tidligere sammenslåinger kommer ikke bort fra at selv om flere lokalsykehus nå er organisert i samme helseforetak så har disse sykehusene en berettigelse som fullverdige sykehus, i tråd med rapportens egne mål og strategier for forutsigbarhet, nærhet, tilgjengelighet og like muligheter.

Det åpnes videre for en sentralisering av vaktberedskapen i ortopedi. Det utdannes i dag svært få eller ingen kirurger for å drive med både gastrokirurgi/generell kirurgi og ortopedi. Det er derfor ikke fornuftig å legge opp til en strategi der dette forutsettes.

Det vil være betydelig behov for ortopediske operasjoner på dagtid i fremtiden, og alle sykehus med akuttfunksjon må kunne ta seg av ortopediske problemstillinger. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene legger Regjeringen opp til fortsatt vekst i pasientbehandlingen, reduksjon i ventetidene og et helhetlig pasientforløp i 2010. Ved en nedbygging/sentralisering av det ortopediske tilbudet i regionen vil dagens lange køer innenfor elektiv ortopedi sannsynligvis øke. Det er særlig innenfor UNNs nedslagsfelt køene i dag er lange. Lange ventetider er samfunnsøkonomisk svært uheldig, blant annet vil dette generere økte utgifter til sykemeldinger. Ventetid er også et problem i forhold til gjestepasientutgifter (kne- og hofteproteser). Reiseutgifter til pasienter som må finne tilbud utenfor regionen vil også øke. Regnestykket er enkelt: Det ville lønne seg å ha god kapasitet på ortopedi flere steder slik at alle de ovennevnte ulempene blir minst mulig. På denne måten får man også god akuttberedskap og bærekraftige lokalsykehus som gjør elektiv ortopedi på dagtid.

Vedtak som strategien viser til, om at det skal være ortopedi på et sykehus i hvert foretak var fattet på et tidspunkt da Hålogalandsykehuset fremdeles var et foretak. Ved å overføre et slikt vedtak etter denne strukturelle endringen risikere man at Sør Troms og Ofoten`s område til Tysfjord står uten ortopedi. Dette er ikke forsvarlig, og strider mot prosjektgruppens egne mål for et desentralisert tilbud til befolkningen på den ene siden, og står i motsetning til rapportens intensjon om å sikre gode pasientforløp etter LEON-prinsippet.

Et lokalsykehus uten akuttberedskap går ut over sykehuset i sin helhet. Medisinerstudenter får et redusert praksistilbud ved et medisinsk senter uten akuttkirurgisk beredskap. Det kan bli problematisk å rekruttere turnus- og assistentleger fordi det er mindre attraktivt å jobbe på et slik sykehus. Man vil ikke kunne tilby fullverdige praksisplasser til helsefagarbeidere og sykepleierstudenter. Det blir trolig vanskeligere å rekruttere fagfolk både til sykehus og kommunehelsetjenesten. Etter hvert vil sykehuset komme i den situasjon at det ikke lenger kan drives og det legges ned. Spørsmålet som stilles i høringsbrevet, om strategien bidrar til å sikre formålet lokalsykehuset har når det gjelder å sikre framtidig rekruttering, avhenger av hvorvidt sentraliseringen realiseres. Dersom intensjonen om å bygge ned lokalsykehusenes fullverdige akuttfunksjoner, og derigjennom fødetilbud og ortopedi, reduseres muligheten til å opprettholde lokalsykehuset som utdanningsinstitusjon for fremtidige fagpersonell. Dette kan gi dramatiske konsekvenser for tilbudet til befolkningen i Helse Nord's nedslagsfelt.

Rekrutteringsgrunlaget forsvinner

Flere av lokalsykehusene i Helse Nord er ansett som gode utdanningsinstitusjoner for helsepersonell som Leger, Sykepleiere, turnuskandidater, Jordmor- og Fysioterapikandidater, i tillegg til praksisplasser for Helsefagarbeidere (Hjelpepleiere/Omsorgsarbeidere). De er dermed en stor bidragsyter til rekruttering av helsepersonell i regionen. Flere Høgskoler i Nord Norge har også desentraliserte tilbud om utdanning og videreutdanning for helsearbeidere Både unge og voksne har i dag muligheten til å ta utdanning i nærmiljøet. Dette forutsetter fullverdige lokalsykehus.

De geografiske og klimatiske forhold sammen med til dels tunge industrisamfunn forsterker nødvendigheten av fullverdige akuttstusykehus innenfor tettere geografiske områder enn i de øvrige regionene. Alle sykehusene i Helse Nord har alle til dels tung og tett industri/næringsvirksomhet som det knytter seg risiko til med hensyn til ulykker og behov for nærhet til et forsvarlig helsetilbud.

Distriktpolitiske konsekvenser

Lokalsykehusene i Nord Norge er svært viktig for infrastrukturen i lokalsamfunnet. Med 70 prosent kvinner i arbeidsstyrken er lokalsykehusene i tillegg viktige kvinnearbeidsplasser. Distriktpolitisk vil en sentralisering få svært uheldige konsekvenser. Forslagene til sentraliseringen som rapportene legger opp til er etter Fagforbundets oppfatning i strid med målsettingen om et fullgodt helsetilbud til befolkningen.

Forsvinner fødeavdelingen og kirurgisk akuttberedskap på flere av regionens sykehus får dette konsekvenser for befolkningens trygghet, for bosettingsmønsteret og for kvinnearbeidsplasser. Grunnlaget for verdiskapning og arbeidsplasser i regionen reduseres. En sentralisering av sykehustilbudet vil i sin ytterste konsekvens bety en gradvis nedbygging av distriktene.

Kvalitet

Strategidokumentet drøfter kvalitetsaspektet, og forutsetter at volum og kvalitet er gjensidig avhengig av hverandre. Dette er ikke dokumentert for annet enn noen få avanserte og kompliserte operasjoner. I rapporten "Lokalsykehusenes fremtidige rolle", fra 2006 har Den norske legeforening kommet frem til bl.a.:

- *Sykehusenes kvalitet har i for stor grad blitt knyttet til ivaretagelse av spissfunksjonene; de avanserte operasjoner, med høyspesialisert medisinsk teknologi, for de smale pasientgrupper.*
- *Kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse: god diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en breddeinlærning i utredning, diagnostikk og vurdering av behandlingsopplegg.*
- *De største lokalsykehusene er i de største byene, og utfordringene med hensyn til å ivareta lokalsykehusfunksjonen for de store pasientgruppene er minst like stor her.*

Kvalitetsbegrepet må kvalitetssikres eller i hvert fall defineres tydeligere. Hva er god kvalitet og hvordan kan det oppnås? Gode erfaringer må deles, slik at en kan oppnå best mulig standard og best mulig kvalitet. En må forutsette at sykehusene ikke skal få redusert kvalitet på grunn av omorganisering.

Kapasitet

Vi står foran en eldrebølge, den vil uansett tiltak føre til økt antall innleggelser i sykehus. Det er de over 67 år som står for de fleste og lengste oppholdene og det er disse det er vanskelig å gjøre om til dagpasienter eller korte ned liggetiden på pga hyppig komorbiditet og kompliserte forløp. Rapporten henviser til Stortingsmelding

47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og de forslag til løsninger som ligger i meldingen. Hvilke forslag det henvises til er noe uklart, i og med at intensjonen i meldingen i svært liten grad er konkretisert. Det er i stortingsmeldingen anslått at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, dvs. i sykehus, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen. Dette er ikke konkretisert, og oppfattes mer som syensing enn basert på forskning og empiri. Det er ingen god dokumentasjon for påstander om at pasienter som i dag legges inn i sykehus ikke trenger innleggelse. Det er ikke vanskelig å se at en del oppfølging kan gjøres tidligere utenfor sykehus, men innleggelse til diagnostikk og avklaring for en videre behandling skal og bør fortsatt gjøres i sykehus.

Dette økte kapasitetsbehovet burde heller tas i mot som en mulighet til å gjøre lokalsykehusene mer robuste og øke aktiviteten. Det vil likevel være mulighet for å la kommunen overta en del oppgaver etter at pasienten er avklart i sykehus slik at noe av den fremtidige økte liggetiden vil kunne tas inn igjen der. Dette er foreløpig umulig å forholde seg til så lenge innholdet i samhandlingsreformen hverken er behandlet politisk på stortinget eller innholdet i reformen konkretisert.

Geriatrici

Det omtales geriatriciteam i strategien. Det bør defineres i innledningen til dette kapitlet hva som menes med team. Det er vist at ambulerende geriatriciske team innad på sykehuset ikke har noen effekt (Rapport fra kunnskapssenteret Nr 14-2006), derimot er det vist i flere studier at geriatrici i egne definerte sengeområder med fast personell gir økt kvalitet og økt effektivitet i behandlingen av de innlagte eldre (Saltvedt, 2006). Her må det tydeliggjøres en definisjon om at geriatriciske team for de inneliggende pasientene i hovedsak jobber innenfor et definert geografisk område med egne dedikerte senger.

Ifølge handlingsplan for geriatrici skal det ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum 8 til 10 senger samlet til geriatrici- og slagbehandling. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse. Dette skal være en felles enhet med fast personale på dagtid. Å bygge opp kompetanse og å skape en felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv. Ergoterapeut og Fysioterapeut som er tilknyttet geriatricisk team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten. Det vil være naturlig at geriatricer eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatrici leder disse kombinerte slag- og geriatricienhetene. Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det er et uttalt mål å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I flere offentlige utredninger er det fremhevet at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal fungere som en sammenhengende behandlingsskjede og gi et helhetlig tilbud. Tanken er at pasienter med sammensatte lidelser og uklare sykdomstilstander skal prioriteres. De endringer som foreslås, vedtas og gjennomføres i funksjonsfordelingens- og samhandlingens navn resulterer ofte i dårligere kvalitet for pasientene. Før ytterligere forsøk på nye

sentraliseringsgrep må de erfaringene som er gjort opp til grundig vurdering. Både i forhold til kvalitetsutviklingen og i forhold til målsettingen om bedre samhandlingssystem mellom første- og andrelinjetjenesten. Med dagens system i spesialisthelsetjenesten er vi i ferd med å utvikle ytterligere ansvarsfraskrivelse i kampen om budsjettbalanse og effektivitetskravene.

I forslaget til nye strukturelle endringer i Helse Nord ligger det strategier som etter vårt syn får som konsekvens en ytterligere sentralisering/nedbygging. Dette står i sterk kontrast til målsettingen om å vektlegge desentralisert infrastruktur og bosetting.

Legeforeningen har som tidligere nevnt i sin rapport *lokalsykehusenes fremtidige rolle* gitt viktige retningslinjer for lokalsykehusenes innhold. Fagforbundet slutter seg til legeforeningens syn om at lokalsykehusfunksjonen må styrkes både på små og store sykehus. Det er behov for lokalsykehus som har rett kompetanse til å avklare uklare tilstander og gi behandling for de vanligste sykdommene. Det må stilles faglige minimumskrav til sykehus som skal ha akuttberedskap. Indremedisin som eneste vaktspesialitet er ikke tilstrekkelig. I Norge er det behov for desentraliserte og små sykehus med nærhet til pasientene. Dette må ikke gå utover kvaliteten. Også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi og tilgang til laboratorietjenester og radiologiske tjenester hele døgnet.

Det anbefales ikke å sentralisere akuttfunksjonene ved lokalsykehusene i Helse Nord. Dette vil etter Fagforbundets synspunkt bryte med intensjonen i rapporten, om desentraliserte tilbud i tråd med LEON-prinsippet. Fagforbundet slutter opp om Legeforeningens definisjon av et fullverdig lokalsykehus, og de faglige vurderingene av hva et fullverdig lokalsykehus med akuttfunksjoner må inneholde av et minimum for å tilfredsstille kvaliteten på tjenestene, og de oppgavene et lokalsykehus har utover det rent medisinske.

Vennlig hilsen

Fagforbundet i Nordland, Troms og Finnmark

Bjørge Tapio

Leder av koordinerende ledd Helse Nord RHF