

Behandling Kommunestyret - 25.02.2010:

H v/ordfører Helge Eriksen fremmet følgende forslag:

"Fagmiljø/rekruttering

Kommunestyret i Harstad er svært opptatt av at Harstad sykehus har et bredest mulig fagmiljø. Sammenhengen mellom et robust og utviklende fagmiljø og muligheten for rekruttering av spesialister er åpenbar. Jo tynnere et spesialistmiljø blir jo vanskeligere viser det seg å rekruttere. Dermed blir det sårbart og kan fort komme i fare i forhold til effektiviseringstiltak og innsparinger. Gitt de rette faglige forutsetningene viser det seg generelt å være forholdsvis lett å rekruttere til Harstad-regionen. Kommunestyret oppfordrer Helse Nord om å følge utviklingen nøye og bidra aktivt til tiltak for å styrke rekruttering av lege-spesialister til Harstad sykehus.

Medisinerutdanningen ved UiT

Ved Universitetet i Tromsø (UiT) er det startet en prosess med sikte på å endre medisinerutdanningen. Gjøre den mer desentralisert og med base i et sykehus. Vi tror dette er en riktig vei å gå og oppfordrer Helse Nord om å engasjere seg. For Harstad åpner dette nye og spennende muligheter ikke minst i lys av de forhandlinger som nå pågår om en sammenslåing mellom UiT og Høgskolen i Harstad (HiH). Forhandlinger som etter alt å dømme vil være avsluttet i år."

AP v/Synnøve Søndergaard, fremmet følgende forslag:

- 1) Inn etter "ambulanseløst eller politibil" --- UNN HF Harstad må utvikles til å bli landsdelens beste lokalsykehus. Det må gi tilbud for livreddende og stabiliserende akuttbehandling både for somatisk og psykisk syke. Det må også fortsatt være et helårlig fødetilbud ved sykehuset.
- 2) Inn før "Det er lange ventelister". Harstad DPS skal tilby et heldøgns tilbud før akutt psykisk syke. Om nødvendig må dette gjøres i samarbeid med UNN HF Harstad. Fagmiljøet må styrkes, og det må settes inn nødvendige ressurser for å få ned ventetid både hos psykiater og psykolog. Det må settes inn særlige tiltak for å oppnå dette.
- 3) Nytt pkt: Rehabilitering og poliklinikk ved sykehuset må styrkes og utvides for å følge opp pasienter lokalt på en god måte."

AP v/Andreas Bergland og KRF v/Per Pedersen, fremmet følgende forslag:

"Tillegg til pkt 12

Kommunestyret vil dog uttale at en fortsatt mener at Harstad sykehus må ha en stedlig leder."

SV v/Britt Myrvang, fremmet følgende forslag:

"Nytt Punkt 5.)

Bevare og videreutvikle dagens funksjoner ved lokalsykehuset, samt styrking av nåværende funksjoner.

Nytt Punkt 13.)

Styrking av tilbudet, og oppfølging av personer med kroniske lidelser.

Nytt Punkt 14.)

Lokalsykehuset og HiH overtar i fellesskap videreutdanning for spesialsykepleiere i operasjon, intensiv og anestesi."

Innstilling fra Utvalg for omsorg ble enstemmig vedtatt.

Uttalelse fra Eldrerådet ble enstemmig vedtatt.

Forslaget fra H v/Ordfører Helge Eriksen ble enstemmig vedtatt.

Forslaget fra AP v/Synnøve Søndergaard ble enstemmig vedtatt.

Forslaget fra AP og KRF v/Andreas Bergland og Per Pedersen ble enstemmig vedtatt.

Forslaget fra SV v/Britt Myrvang ble enstemmig vedtatt.

Vedtak Kommunestyret - 25.02.2010:

Harstad kommunestyre vedtar følgende høringsuttalelse:

Harstad sykehus har siden det sto ferdig i januar 1977 fremstått som et velfungerende lokalsykehus med stor faglig kompetanse. Sykehuset har nytt tillit i befolkningen. Det har vært et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og fagmiljøet på sykehuset. Etablering av landets første komplette felles akuttmottak, felleskjøkken og felles kompetanseprogram er eksempler på sykehusets evne og vilje til samhandling med kommunene i nedslagsfeltet.

Sykehusets sengekapasitet er redusert fra 244 senger + spesialsenger da det sto ferdig til 87 senger i dag. Selv om dette i primært er uttrykk for nyvinninger innen medisinsk behandling har reduksjonen i sengetall sammen med avvikling av de fylkeskommunale psykiatriske langtidsinstitusjonene ført til store utfordringer for kommunehelsetjenesten.

Forslaget til lokalsykehusstrategi er omfattende og signaliserer vilje til å gi befolkningen et godt helsetilbud. Planen er imidlertid lite konkret bortsett fra der hvor funksjoner skal legges til UNN Tromsø eller Nordlandssykehuset. Hvordan sykehuset i Harstad skal videreutvikles blir dermed uklart.

Lokale utfordringer:

1. Mangel på akutttilbud for alvorlig psykisk syke. I dag må alle som skal akuttinnlegges tiltrengende øyeblikkelig hjelp på grunn av alvorlig psykisk sykdom transporteres til Tromsø i drosje, ambulanse eller politibil. UNN HF Harstad må utvikles til å bli landsdelens beste lokalsykehus. Det må gi tilbud for livreddende og stabiliserende akuttbehandling både for somatisk og psykisk syke. Det må også fortsatt være et helårlig fødetilbud ved sykehuset. Det må etableres et lokalt døgntilbud med 1-2 senger for akutt psykisk syke. Fagmiljøet må styrkes med spesialister både innen psykiatri og psykologi.
2. Barne- og ungdomspsykiatrien må styrkes. Det er store utfordringer knyttet til psykisk sykdom hos stadig flere barn og unge. Harstad DPS skal tilby et heldøgns tilbud før akutt psykisk syke. Om nødvendig må dette gjøres i samarbeid med UNN HF Harstad. Fagmiljøet må styrkes, og det må settes inn nødvendige ressurser for å få ned ventetid, både hos psykiater og psykolog. Det må settes inn særlige tiltak for å oppnå dette. Det er lange ventelister. Fagmiljøet må styrkes med spesialister både innen psykiatri og psykologi.
3. Tydelig og systematisk tilbud innen pediatri med mulighet for døgnbehandling må etableres.
4. Ortopedien må beholdes – noe som er en forutsetning for en velfungerende kirurgisk avdeling.
5. Rehabilitering og poliklinikker ved sykehuset må styrkes og utvides for å følge opp pasienter lokalt på en god måte.

Generelle utfordringer:

6. Oppfølging av pasienter med kreft. Det er ingen uenighet om at kreftbehandlingen må spesialiseres. Planen inneholder tiltak hva angår diagnostikk og behandling av kreft. Planen bør imidlertid også omfatte oppfølging av kreftpasienter etter for eksempel kirurgi/strålebehandling slik at disse sikres en faglig god oppfølging av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

7. Samhandling mellom avdelingene og kommunene på utførernivå. Bør sikres for eksempel gjennom felles prosedyrer.
8. Lærings- og mestringssentrene anbefales utviklet sammen med kommunehelsetjenesten og brukerorganisasjonene.
9. Harmonisering av planverk. Behov for harmonisering av planverk når det gjelder "blålys" (Brann – politi - helse) er åpenbar, men det er også nødvendig at lokalsykehusene deltar i utformingen av for eksempel kommunale helse- og omsorgsplaner.
10. IKT - behov for sentral satsing når det gjelder samhandling med pleie- og omsorgssektoren. Helse Nord har bidratt sterkt og lagt til rette for oppkobling av stort sett samtlige fastleger i regionen til Norsk Helsenett SF. Det er ønskelig at Helse Nord sammen med aktuelle statlige aktører på samme måten bidrar til at også kommunenes pleie- og omsorgstjeneste kobles opp mot Helsenettet.
11. Felles utdanningstrategier for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør vurderes der det er naturlig i behandlingsforløpet. F.eks. innen rehabilitering.
12. Lokalsykehuset og HiH overtar i fellesskap videreutdanning for spesialsykepleiere i operasjon, intensiv og anestesi.
13. Fagmiljø/rekruttering
Kommunestyret i Harstad er svært opptatt av at Harstad sykehus har et bredest mulig fagmiljø. Sammenhengen mellom et robust og utviklende fagmiljø og muligheten for rekruttering av spesialister er åpenbar. Jo tynnere et spesialistmiljø blir jo vanskeligere viser det seg å rekruttere. Dermed blir det sårbart og kan fort komme i fare i forhold til effektiviseringstiltak og innsparinger. Gitt de rette faglige forutsetningene viser det seg generelt å være forholdsvis lett å rekruttere til Harstad-regionen. Kommunestyret oppfordrer Helse Nord om å følge utviklingen nøye og bidra aktivt til tiltak for å styrke rekruttering av lege-spesialister til Harstad sykehus.
14. Medisinerutdanningen ved UiT
Ved Universitetet i Tromsø (UiT) er det startet en prosess med sikte på å endre medisinerutdanningen. Gjøre den mer desentralisert og med base i et sykehus. Vi tror dette er en riktig vei å gå og oppfordrer Helse Nord om å engasjere seg. For Harstad åpner dette nye og spennende muligheter ikke minst i lys av de forhandlinger som nå pågår om en sammenslåing mellom UiT og Høgskolen i Harstad (HiH). Forhandlinger som etter alt å dømme vil være avsluttet i år."
15. Felles kvalitetsystem. Det bør etableres et felles kvalitetsystem for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
16. Evaluering av klinikkmodellen. Klinikkmodellen innebærer fravær av felles lokal ledelse ved lokalsykehusene noe som kan vanskeliggjøre nyetablering av den type samhandlingstiltak som nevnt innledningsvis. Klinikkmodellen må evalueres og kontinuerlig forbedres for å sikre muligheten for lokale samhandlingstiltak som for eksempel utvikling av intermedieæravdelinger.

Kommunestyret vil dog uttale at en fortsatt mener at Harstad sykehus må ha en stedlig leder.

1. INDREMEDISIN

Det heter i rapporten: "Pasientene er i økende grad eldre med kroniske sammensatte sykdommer" og "Eldreboelgen tilsier et økende behov for indremedisinske sengeplasser i fremtiden." "Den viktigste utfordringen er knyttet til den kommende eldreboelgen, med

økende antall pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, preget av økende kombinasjoner av avansert medisinsk behandling." "Over 90 % av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp"

Dette tilsier at lokalsykehuset – UNN-Harstad sykehus må heller øke enn redusere sin sengekapasitet. Det betyr videre at skal pasientene ivaretas med diagnostikk og behandling av livstruende, akutte og kroniske tilstander med en helhetlig tilnærming, må sykehuset ha en fullverdig indremedisinsk og kirurgisk vaktberedskap og kapasitet.

2. GERIATRI (ELDREMEDI SIN)

Det heter i rapporten: "De typiske pasienter er pasienter med langtkomne aldersforandringer, flere sykdommer og fysisk og/eller mental funksjonssvikt." Helse Nord RHF vedtok i 2004 en handlingsplan for geriatri. Noen av de viktigste tiltakene var geriatriske team ved alle somatiske sykehus, rekruttering av geriater og kompetanseheving.

"Demografisk utvikling gir større og nye utfordringer innen geriatri. Pasientene har behov for en bred tverrfaglig geriatrisk kompetanse i sitt møte med helsetjenesten."

Det er viktig og helt nødvendig nå å fullføre etableringen av geriatriteam ved alle lokalsykehus. De MÅ utdannes flere geriater og geriatriske sykepleiere. Det MÅ etableres tilstrekkelig med sengeplasser.

3. PALLIATIV/LINDRENDE BEHANDLING

Det er opprettet et lite antall enheter/senger ved Helseforetakene i Nord-Norge. Tilbudet til denne gruppen gis bl. a. gjennom døgntilbud (UNN, gyn.avd. Tromsø og Harstad). Omfanget av sengeantallet varierer. Pasienter med alvorlig, uhelbredelig sykdom trenger tilgang til kompetent behandling og pleie.

Pasienter ved livets slutt har krav på en verdig omsorg. Harstad Eldreråd har i sak PS 10/3 Styrking av behandlingstilbudet til eldre ved Helsehuset/Harstad sykehjem, vist til at Internasjonale retningslinjer og prinsipper for omsorg ved livets slutt ble vedtatt av FN i 1975 under betegnelsen: "En verdig avslutning av livet".

Et bærende prinsipp som må nedfelles som en absolutt retningslinje for behandling, pleie og omsorg i hele Helse Nord RHF er: "Jeg har rett til å slippe å dø alene".

Det må vurderes å etablere en egen hospiceavdeling ved Harstad Sykehus.

4. SLAGBEHANDLING

De fleste pasienter vil kunne tas hånd om og tilbys tilfredsstillende diagnostikk og behandling i lokalsykehuset. Noen vil trenge mer avansert diagnostikk og behandling. For denne seleksjon er kompetanse den kritiske faktor.

Pasienter som rammes av slag er avhengig av hurtig akuttbehandling. Slagenheten må organiseres i tråd med nasjonale retningslinjer. Dette vil sannsynligvis øke andelen av trombolytisk behandling ved sykehusene i Helse Nord. Denne behandlingen er i dag for lav.

Bevisstheten om at hjerneslag er akuttmedisin må økes. God akutt billeddiagnostisk tjeneste må sikres slik at trombolytisk behandling kan økes.

5. HABILITERING OG REHABILITERING

Det er lange ventelister for mange rehabiliteringspasienter. Implementering av nye nasjonale retningslinjer for behandling av pasienter med hjerneslag, som ble gjeldende fra 2010 innebærer behov for å styrke slagenhetene i sykehusene, og øke tilgangen på rehabiliteringstiltak for de som har behov for dette etter utskriving fra slagenheter.

Det er avgjørende å redusere ventetid og fristbrudd for pasienter som trenger rehabilitering. Fortsatt rehabilitering etter utskriving av slagenhet er kritisk. Ventetid og fristbrudd er uakseptabelt. Sengekapasiteten må vurderes.

Det er nødvendig å styrke det faglige samarbeidet mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene og helseforetaket. Samarbeidet mellom UNN-Tromsø og lokalsykehuset UNN-Harstad sykehus overfor traumepasienter må styrkes.