



KONSERN TILLITSVALGTE HELSE NORD RHF

Dato: 19. mars 2010

Vi viser til Helse Nord RHF's forslag til Lokalsykehusstrategi fra november 2009 med høringsfrist 18. mars 2010

Helse Nord (HN) har gjennom sin høring bedt om tilbakemelding på en del hovedområder og rapporten i sin helhet, konserntillitsvalgte (KTV) vil her gi sin uttalelse til dette. Vi vil også si noe om oppfyllelse av mandatets krav.

Lokalsykehusstrategien er bygd opp rundt mål og tiltak for å nå visjonen om trygge, tilgjengelige og omsorgsfulle spesialisthelsetjenester. God samhandling på alle nivå i spesialisthelsetjenesten og med kommunene vil etter vår oppfatning være avgjørende for at HN skal kunne oppfylle sine forpliktelser og nå sine mål i fremtiden. Lokalsykehusstrategien skal gi føringer for hvordan HN skal arbeide for å løse de krav og utfordringer vi står overfor og danne et grunnlag for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i vår region. Mandatet til gruppen som har utarbeidet høringsdokumentet gir klare føringer for hvordan strategien forventes å sammenfatte faglige, organisatoriske og ressursmessige krav som stilles til tjenesten. Kun gjennom forutsigbare tilbud og tydelige planer for utvikling kan HN nå den foreslåtte visjonen for lokalsykehusene: Trygghet, tilgjengelighet og omsorg

KTV mener det fremkommer mangelfull informasjon til høringsinstansene om uenigheten i arbeidsgruppa knyttet til akuttfunksjoner somatikk. Det er vanlig i offentlige høringer, eksempelvis Norges Offentlige Utredninger, at det fremkommer klart både hva det er uenighet om, hvem som mener hva og hvilke argumenter som legges til grunn fra partene. Det er en viktig debatt som vi synes ikke får nok oppmerksomhet i rapporten. Samtidig vet vi at dette har hatt stort fokus og tatt mye tid i arbeidsgruppa og vi er av den grunn litt bekymret for at andre deler av tilbudet ikke har blitt godt nok belyst.

Samhandling og brukermedvirkninger har også fått et stort fokus i rapporten. Videre drift og forbruk av lokalsykehustjenester er avhengig av andre instanser og politiske beslutninger. Det er foreløpig vanskelig å forholde seg til innholdet i samhandlingsreformen fordi den verken er behandlet politisk på Stortinget eller konkretisert. Vi foreslår derfor at det videre arbeidet med lokalsykehusstrategien utsettes til samhandlingsreformen er vedtatt og innholdet i den framkommer klarere.

Før vi går inn på hovedområdene som HN ønsker tilbakemelding på, vil vi sammenfatte noen viktige konklusjoner.

- **Vi er uenig i mindretallets innstilling angående beredskap og forslaget om begrenset akuttberedskap. Forslaget om å redusere den kirurgisk**

akuttberedskap til minst ett sykehus i hvert helseforetak vil ikke gi befolkningen et mest mulig likeverdig helsetilbud.

- **Mindretallets forslag til akuttberedskap vil i ytterste konsekvens gi kun fire fødeavdelinger med beredskap for keisersnitt, det er for lite i landsdelen.**
- **Samhandlingsreformen må være vedtatt og gi tydeligere føringer før det arbeides videre med lokalsykehusstrategien.**
- **Økt fokus på utdanning, rekruttering og stabilisering av alle personellgrupper.**

Kommentarer til hovedområdene i rapporten.

1. Strategiens fokus/profil

Forslaget tar ikke stilling til prioritering mellom de ulike tiltakene eller mellom fagområdene. Strategiens fokus er å gi et bredt, helhetlig og koordinert behandlingstilbud som sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Kronikergruppene og et økende antall eldre er også vektlagt. Når det gjelder beredskap synes vi rapporten er for uklar. Det er fare for at rapporten kan føre til engstelse hos befolkningen og ansatte for hvilke tilbud de mindre lokalsykehusene vil ha. Utviklingen fremover tilsier ytterligere differensiering av tilbudene i helseforetakene. Her kunne rapporten også vært klarere og gitt tydeligere føringer.

Kapittel om kreft er lite gjennomarbeidet på innholdssiden og må omskrives i stor grad. I oppdragsdokumentet til HN og de ulike foretakene er kreftbehandling et satsningsområde. Vi foreslår at hele 24.1 fjernes, da det gjentas i 24.2. Begrepet "kreftkirurgi" bør gjennomgående byttes ut med "kreftbehandling". Det er nesten utelukkende referert til kreftkirurgi og kirurger i en strategi som skal omhandle flere medisinske spesialiteter og andre yrkesgrupper med spesialkompetanse.

Det bør legges til at medikamentell kreftbehandling startes i samråd med kreftavd. UNN og enhet for kreft og lindrende behandling NLSH, men at det meste av behandlingen gis og organiseres lokalt. Det må gis honnør til kreftsykepleierne i lokalsykehusene og i kommunene og de små enhetene må styrkes.

Det bør utdannes flere kreftleger, og det må utredes om det er behov for kreftleger utover NLSH Bodø og UNN Tromsø. Dette kan skje på flere måter: Økt antall hjemler, ambulerende eller økt bruk av telemedisin (jf. Pilotprosjekt mellom Rana og Tromsø). "Stråleparken" i HN må være på nasjonalt nivå.

Det er flere lokalsykehus som planlegger oppstart av palliative team (Sandnessjøen, Narvik, Rana, UNN Tromsø) og det bør være et mål for HN at alle lokalsykehus har palliative team. Dette vil gjøre at god lindrende behandling kan gis i hjemmet eller nærmest mulig hjemmet.

2. Rammer for økonomi og personell

KTV registrerer at strategien legger vekt på å effektivisere ressursbruken i Helse Nord innenfor de gitte rammebetingelser og at dette oppnås gjennom bedre funksjons- og oppgavedeling. Gjeldende økonomiske rammer legges til grunn for å gjennomføre foreslåtte mål og tiltak. Etter vår mening synes dette å være noe urealistisk. Man må erkjenne at for å rekruttere tilstrekkelig antall helsepersonell av alle kategorier, spiller også økonomi en viktig rolle. Ktv savner mer fokus på oppgavedeling som et tiltak for å løse de økonomiske og personellmessige utfordringene. Oppgavene må plasseres der de ut fra kvalitetsmessig og organisatoriske hensyn løses best, d.v.s. rett person på rett plass til rett tid.

Vi mener også at det må lages langsiktige planer for utdanning, rekruttering og stabilisering av **alt** nødvendig personell i sykehusene. Tilgang på nødvendig personell kan bli en utfordring i framtiden. Samarbeid med utdanningsenhetene er viktig.

HN har i strategiperioden behov for å gjøre betydelige investeringer innen for eksempel medisinskteknisk utstyr, bygningsmasse og IKT. Rapporten taler varmt for samarbeid, samhandling og desentraliserte tjenester. Dette krever oppdatert medisinsk og teknisk utstyr samt felles IKT plattform og felles databaser internt i foretakene. Strategien skisserer viktige mål og tiltak for den kliniske delen av IKT området, mens f.eks. investeringer i og utvikling av interne systemer for stab- og støttfunksjoner synes glemt. Investeringsbehovet gir betydelige økonomiske utfordringer. Lokalsykehusstrategien har mange gode mål og tiltak innen de områdene den omhandler, men generelt vurderer vi at den i svært liten grad beskriver hvordan HN skal nå de skisserte målsettingene. Tiltakene er for så vidt gode, men vi vil stille spørsmål om alt er gjennomførbart under dagens økonomiske rammer.

3. Faglig kvalitet, trygghet og nærhet

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 framtidige rolle" fra 2006 har Den Norske legeforening kommer fram til følgende:

- Sykehusenes kvalitet har i for stor grad blitt knyttet til ivaretagelse av spissfunksjonene, de avanserte operasjoner med høyspesialisert og medisinsk teknologi for de smale pasientgrupper.
- Kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse. Behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en breddetilnærming 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 store her.

Spesialisert rehabilitering må foregå i sykehus. Denne må gis prioritering og forutsigbarhet for helårsdrift.

Kvalitetsbegrepet må kvalitetssikres eller i hvert fall defineres tydeligere. Hva er god kvalitet og hvordan kan det oppnås? Kvalitet handler også om pleie, omsorg, nærhet og trygghet. HN bør være i front med hensyn til utvikling av hensiktsmessige kvalitetsindikatorer. LEON prinsippet er gammelt og godt kjent. Det nyere BEON er vi mer usikre på hva innebærer

4. Samhandling med førstelinjetjenesten

For å lykkes med å skape en god strategi for lokalsykehusene er samhandling viktig. Samhandlingsreformen og føringer som kommer med den, håper vi vil være med på å skape et grunnlag for bedre samhandling. Flere prosjekt er godt i gang i regi av HN. I vår region har Helseforetakene valgt ulik organisering. Vi ser en ekstra utfordring med hensyn til god kommunikasjon og mulighet til å fatte beslutninger når mange av lokalsykehusene våre ikke har stedlig ledelse.

Vi står foran en eldrebølge, den vil uansett tiltak føre til økt antall innleggelses i sykehus. Det antas at det er pasienter over 67 år som står for de fleste og lengste oppholdene. Disse kan være vanskelige å gjøre om til dagpasienter eller korte ned liggetiden på fordi de ofte har sammensatte lidelser og dermed kompliserte forløp.

Rapporten henviser til Stortingsmelding 47 (2008-2009), samhandlingsreformen og de forslag til løsninger som ligger i meldingen. 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 synsing 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. Vi er derfor av den

oppfatning at en eventuell reduksjon i sengetall på sykehusene må sees i sammenheng med den effekt Samhandlingsreformen kan få på behovet for sykehusinnleggelse.

5. Beredskap

Vi vil hevde i samsvar med Legeforeningens statusrapport om lokalsykehusenes fremtidige rolle fra 2006:

Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester, samt der det er fødeavdeling skal det også være gynekologisk vaktberedskap.

Vi støtter ikke overgangen til lokalsykehus med akuttfunksjon kun i indremedisin.

Mindretallets forslag vil i ytterste konsekvens gi kun fire sykehus med kirurgisk akuttberedskap vår langstrakte region.

En eventuell endring i fødetilbudet vet vi vil vekke stort engasjement i befolkningen.

Et mål i rapporten er at framtidig struktur og dimensjonering skal være i tråd med Stortingsmelding 12. "En gledelig begivenhet", samhandlingsreformen og nasjonale kvalitetskrav. Vår oppfatning er derfor at dagens struktur og tilbud må opprettholdes i påvente av disse utredningene. Arbeidet med den regionale planen som skal sikre et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud er ikke påbegynt og eventuelle endringer i dagens tilbud bør kun gjennomføres i tråd med nasjonale kvalitetskrav og den kommende regionale planen.

KTV mener at for området traumebehandling må vi også vente på rapport fra det regionale traumeutvalget og styrets behandling av denne før mål og tiltak kan beskrives i lokalsykehusstrategien.

Det er også kritikkverdig at evalueringsrapporten om omleggingen ved sykehuset i Mosjøen ikke er lagt ved litteraturlisten. Spesielt påfallende blir det når arbeidsgruppas mindretall med hensyn til akuttfunksjoner får argumentere for modellen på Helgelandssykehuset, avdeling Mosjøen.

Henvisningen til at yngre leger krever begrenset vaktbyrde er et argument som vi ikke kan se er begrunnet. Det er ureddelig å legge skylden på ei yrkesgruppe for å kunne forsvare endring og eventuelt nedlegging av akuttfunksjoner. Leger har samme krav til et helsebringende arbeidsmiljø som andre arbeidstakere og HN bør ikke kaste fram slike udokumenterte påstander. Undersøkelser med hensyn til pasientskader og pasientsikkerhet viser med all tydelighet at lange arbeidsøkter er skadelige for både pasient og helsearbeider. Vakt og arbeidstidsordninger for leger skal derfor være i samsvar med gjeldende lov- og avtaleverk.

6. Undervisning/forskning

KTV er av den oppfatning at kvalitetsarbeid og fagutvikling må vies en større oppmerksomhet i foretakenes virksomhet. Lokalsykehusene spiller en viktig rolle i utdanningen til fremtidens helsepersonell når de er ute i praksis. En må også ha fokus på veilednings kompetanse til de ansatte som gir veiledning til helsepersonell som er under utdanning. Lokalsykehus må ha fast personell som kan drive fagutvikling på individuelt nivå, arbeidsplassen og nettverksarbeid. Det må settes av tid og økonomi til dette. Lokalsykehusene må stimulere til at de ulike helsepersonell gruppene kan gis en mulighet for å ta utdanning slik at de kvalifiserer til å drive forskningsarbeid. Samhandling mellom Universitet, høyskole, UNN og NLSH for å fremme fremtidens forskningsarbeid i lokalsykehus.

7. Det indremedisinske tilbud

Det er ingen tvil om at samhandlingen mellom det indremedisinske fagmiljø og kommunehelsetjenesten bør forsterkes. HN har allerede prosjekter som til nå viser at dette er positivt.

Kronikere og alvorlig syke pasienter bør få sin behandling så nært hjemmet som mulig. Gode eksempel er dialyse og cellegiftbehandling. Alle sykestuer bør for eksempel kunne gi cellegiftbehandling. Sykestuene må derfor ha lokaliteter, kompetanse og utstyr som muliggjør dette. Samtidig må ikke terskelen for sykehusinnleggelse økes for disse pasientgruppene. Geriatrieteam bør defineres. Det er vist at ambulerende geriatriiske team innad på sykehuset ikke har noen effekt (Rapport fra kunnskapssenteret Nr 14-2006). Derimot er det vist i flere studier at geriatri i egne definerte sengeområder med fast personell gir økt kvalitet og økt effektivitet i behandlingen av de innlagte. Ingvild Saltvedt viser for eksempel i sin doktoravhandling at behandling av eldre i geriatriisk sengeenhet gir redusert dødelighet. Derfor bør det tydeliggjøres en definisjon om at geriatriiske team for de inneliggende pasientene i hovedsak jobber innenfor et definert geografisk område med egne dedikerte senger.

8. Rus og psykisk helse

Vi støtter forslaget om økt samordning mellom rus, psykiatri og somatikk. Vi synes det er positivt at HN er nytenkende og at Narvik sykehus kan bli en "pilot" på dette området.

Rus og psykiatri er satsningsområder hvor det er viktig å ha gode lokale tilbud. Det burde vært et tydeligere mål å sikre et mer enhetlig og forutsigbart tilbud i regionen.

Etter møter med alle DPS i HN stilles det spørsmål med bakgrunn for variasjon i tilbud og kvalitet mellom DPS'ene. Er behandlingstilbudet innen psykisk helsevern og rus i vår region likeverdig og tilstrekkelig?

Tiltak er forslått, men de gir lite føringer for hvordan arbeidet skal komme i gang og hvilke prioriteringer som skal legges til grunn for endringer.

Det er viktig å følge opp denne sektoren etter at opptrappingsplanen er avsluttet. Vi viser til stort andel fristbrudd, særlig blant barn og unge og tiltak må settes i verk for å bedre denne situasjonen. Hjelp til de yngste vil være et viktig samfunnsmessig økonomisk tiltak.

9. Brukermedvirkning

KTV vil trekke fram ett avsnitt fra Brukermedvirkning: "Det er lokalt en har de beste forutsetninger til å se sammenhenger og helhet i behov og behandlingsmuligheter. Brukeren selv, pårørende familie, nettverk og andre lokale ressurser er en del av denne helheten. Den bredde i kompetanse som er i lokalsykehusene i dag må stimuleres og bygges videre ut. Dette er brukernes viktigste krav."

Dette er momenter som en må ta på alvor og er en viktig oppsummering en bør ta med seg i det videre arbeidet. Det er viktig at brukerne/pasientene gjennom Brukerutvalgene får muligheten til å bli sett og hørt.

Vennlig hilsen

Konserntillitsvalgte Helse Nord

Fredrik Sund
Akademikerne
(sign.)

Ann-Mari Jenssen
YS Spekter
(sign.)

Tove Elisabeth Svee
SAN
(sign.)

Sissel Alterskjær
Unio
(sign.)

Kari B. Sandnes
LO-stat
(sign.)

