

## HØRINGSUTTALELSE VEDR. HELSE NORD'S LOKALSYKEHUSSTRATEGI.

HØRINGSINSTANS: NORGES HANDIKAPFORBUND NORD-NORGE (NHF-NN)

Forslaget til lokalsykehusstrategi 2010 - 2020 er utarbeidet av en prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord, med høringsfrist til 1. mars 2010.

I innledningen til rapporten skriver prosjektgruppen at *"utviklingen fremover tilsier ytterligere differensiering av tilbudene i helseforetakene*. Det sies intet om hvor man henter dette fra. Er det kommet fra forskerhold eller er det en påstand i forhold til en fremtidig ønsket situasjon?

Norges Handikapforbund mener at man skal ha et sikkert og kvalitetsmessig like godt helsetilbud uansett hvor man bor i landet, og er skeptisk til nåværende overdrevne politikk med differensiering og sentralisering innenfor sykehussektoren. At sjeldne diagnoser og spesiell tung behandling sentraliseres for å opprettholde kvalitet finner vi naturlig, men man må allikevel passe på at lokalsykehusene holder en forsvarlig standard for befolkningen som søker til lokalsykehusene.

NHF-NN legger merke til at det brukes store ressurser og midler på omorganisering av spesialisthelsetjenesten gjennom sammenslåing av sykehus og avdelinger innenfor helseforetak, og i forsøk på å omdefinere lokalsykehusenes innhold gjennom såkalt funksjonsfordeling. Disse omorganiseringer skjer "stykkevis og delt", uten nødvendige konsekvensanalyser. NHF-NN har liten tro på at det er administrative grep alene som vil løse utfordringen med lange helsekøer, løsningen vil vel heller være å kanalisere penger fra administrasjon og over på direkte pasientbehandling.

### **Habilitering og rehabilitering**

Disse pasientene får ikke et optimalt helsetilbud hele året pga. ordningen med ferieavvikling. Gruppen bør derfor finne en strategi som kan sikre tilbudet på helårsbasis.

Kronikere er ikke nevnt i strategiplanen. NHF-NN har mange kronikergrupper med ulike diagnoser, og opplever at både oppfølgingsopphold og rehabiliteringsopphold er svært mangelfulle i hele regionen. Noen av diagnosene er generelt lite kjente blant fastleger og øvrig helsepersonell. Vi ser det derfor som påkrevet at Spesialisthelsetjenesten styrker tilbudet i vesentlig grad.

I 2004 ble det utarbeidet Handlingsplan for habilitering og rehabilitering. I 2007 ble habiliteringsplaner for barn og voksne revidert, mens Handlingsplan for rehabilitering fortsatt står urevidert. Når denne, forhåpentligvis snart, skal revideres, forventer NHF NN at vi får inn flere brukerrepresentanter slik at et bredt spekter av diagnoser og behov kan komme fram og gis et tilbud.

I Samhandlingsreformen som skal behandles i Stortinget i vår, legges det opp til at kommunene skal overta et betydelig ansvar for rehabilitering. Med de kommunestrukturene (små kommuner, lange avstander, kronglete geografi) som vi har, kan dette bli svært vanskelig å få til, både

økonomisk og faglig. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for helsefaglig kompetanseoppbygging og utdanning for ulike faggrupper i både sykehusene og kommunene, og bør derfor sikre kvaliteten på rehabiliteringstilbudene i spesialisthelsetjenesten, både ved UNN, Nordlandssykehuset og i lokalsykehusene.

Rehabilitering ser nå ut til å ha blitt en salderingspost, underbygd av fagpersoners utsagn om at pasienter ikke trenger opphold i rehab.institusjon. "Folk kan trene hjemme!" Uttalelser som i beste fall skyldes uvitenhet, men som like fullt rammer kronisk syke i særlig grad.

### **Akutfunksjon/Vaktberedskap:**

Utvalget bak rapporten er enige om at alle sykehus må ha indremedisinsk vaktberedskap. Men når det kommer til kirurgisk akuttberedskap er gruppen delt. Den kirurgiske vaktberedskapen vil ha konsekvenser for blant annet fødetilbudet. Lokalsykehusenes rolle som utdanningsinstitusjoner vurderes som viktig for å opprettholde et dynamisk fagmiljø og sikre framtidig rekruttering av helsepersonell. Her er en god og forsvarlig kirurgisk akuttberedskap en viktig faktor.

Det er befolkningens behov som må veie tyngst. For at spesialisttjenesten skal dekke befolkningens behov, må den være desentralisert, og ha en grunnstamme av funksjoner: akuttbehandling og planlagt dagaktivitet innenfor indremedisin, hvor kirurgi, psykiatri og gynekologi/fødsel/barsel er viktigst. Små og fragmenterte enheter vil ikke kunne dekke befolkningens behov. Små enheter vil kunne vanskeliggjøre adekvat spesialistutdanning og være uinteressante arbeidsplasser for spesialistene pga manglende fagmiljø.

Lokalsykehusene og primærhelsetjenesten er gjensidig avhengige av hverandre. Legges lokalsykehusene ned, får primærhelsetjenesten i distriktene økte utfordringer. Trykgheten ved å ha et sykehus i nærheten kan etter NHF-NN's syn vanskelig overvurderes.

I tillegg vil større avstand til sykehuset gi et atskillig større vaktpress i distriktene som igjen vil bety en svekket beredskap, og man kan oppleve at flere pasienter må ledsages av lege til sykehus.

I kommuner med stor industrivirksomhet er en såkalt utvidet akuttberedskap nødvendig. Ved en større ulykke i et smelteverk eller annen form for kraftkrevende industri, vil tidsfaktoren være avgjørende for utfallet. Dette vil også gjelde fiskeri-, olje og gassnæringene i vår landsdel. Selv en godt utbygd fly-/ambulanseordning, vil ikke være tilfredsstillende nok for et trygt og forsvarlig akutt-tilbud.

### **Støtte til legeforeningen:**

Det ønskes ikke å sentralisere akutfunksjonene ved enkelte av lokalsykehusene i Helse Nord. Dette vil etter NHF-NN synspunkt bryte med intensjonen i rapporten, om desentraliserte tilbud i tråd med LEON-prinsippet (Laveste effektive omsorgsnivå). NHF-NN slutter opp om Legeforeningens definisjon av et fullverdig lokalsykehus, og de faglige vurderingene av hva et fullverdig lokalsykehus med akutfunksjoner må inneholde av et minimum for å tilfredsstille kvaliteten på tjenestene. NHF-NN er derfor helt enig i:

- *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.*

**Brukermedvirkning:**

Den tilbakemeldingen NHF-NN sitter igjen med fra de oppnevnte brukerutvalgene i Helseforetakene er at de føler seg godt representert, men at medvirkningen er heller svak. Ett stort flertall av brukerutvalgene gir oss tilbakemelding om at de føler seg mange ganger som et alibi i forhold til brukerperspektivet. Reell medvirkning og medinnflytelse er relativt lav, av enkelte beskrevet som null. Rapporten kan vel også synes å bære preg av lav brukermedvirkning (1 av 19 i arbeidsgruppen).

Lizett Skottestad /s/  
Regionkontorleder  
Norges Handikapforbund Nord Norge