

## **Høring: Forslag til lokalsykehusstrategi 2010 – 2020**

### **Fellesuttalelse fra kommunene Røst, Værøy, Moskenes, Flakstad og Vestvågøy**

#### **Innledning**

Kommunene er fornøyd med at Helse-Nord tar arbeidet med å summere og kommunisere de visjoner og planer man har for lokalsykehusfunksjonen det neste tiåret. Den visjon man har valgt er lovende og borger for et godt tiår i samarbeide med kommunene.

For kommunene er det imidlertid viktig innledningsvis å si at det er vanskelig å avklare lokalsykehusenes rolle og funksjon så lenge Samhandlingsreformen ikke er vedtatt og detaljene i denne i forhold til både hva som anses som lokalsykehus, finansieringsmodeller og rammer i forhold til blant annet interkommunalt samarbeid ikke er avklart.

Vi har likevel med stor interesse lest og diskutert Helse-Nord sitt dokument, og håper at de innspill som kommer blir tatt med i den videre prosess i å definere og klargjøre lokalsykehusfunksjonen. Det er behov for videre diskusjon, forankret i gjensidig respekt for ulike ståsteder med ulike rammer og handlingsrom.

Helse-Nord redegjør i strategidokumentet for full bredde i det kliniske tilbudet og høye ambisjoner i alle henseender på målsettinger. Vi ser imidlertid at for en del områder er tiltaksforslagene begrenset og at fellestiltak ikke blir fokusert.

#### **Kommunenes utgangspunkt**

Kommunene mener at lokalsykehuset skal ha kompetanse og kapasitet til å vurdere, behandle og evt. videresende pasienter som primærhelsetjenestene ikke har kompetanse og kapasitet til å ta seg av. Dette må foregå i en balansert prosess der begge nivåer er med på avklaring av hvilken kompetanse og kapasitet man skal ha på de ulike nivåene og der det utøvende helsepersonell har omforente prosedyrer å forholde seg til i det daglige arbeid.

For å få dette til må det utvikles samhandlingsarenaer på flere nivåer, basert på likeverdighet og respekt for gjensidig avhengighet. Basert på utredninger over de siste år omkring samarbeidsavtaler og samarbeidsfora (1) og samhandling omkring utskrivning av omsorgstrengende eldre (2) er det klart at sykehus og kommuner har behov for å etablere nye arenaer for samhandling, med både holdnings- og adferdsendring og forfriskning av kommunikasjon. Våre konkrete innspill på dette følger i senere avsnitt.

Fra kommunal side er det viktig å få frem at det arbeides med kvalitetsforbedringer og kapasitetsøkning i alle helsetjenester, kanskje spesielt i pleie/omsorgstjenestene. Det arbeides med å få inn elektronisk journalsystem med kommunikasjonsløsninger mot samarbeidspartnere, og sykehjemslegedekningen er i noen kommuner betydelig forbedret. Dette gjør kommunenes tjenester mer fleksible og kvalitetsmessig bedre. Det arbeides også med økning av kapasitet, kompetanse og organisering i hjemmebasert omsorg, og vi ser for oss at dette feltet fremover vil bli ytterligere styrket og videreutviklet.

I innledningen i Strategidokumentet står det følgende:

*”Fram til 2020 må lokalsykehusene må styrke tilbudet for å møte flere sykdommer hos eldre og ovenfor mennesker med sammensatte sykdommer og lidelser. Dette krever akutfunksjoner og helhetlig behandlingstilbud, rehabilitering og oppfølging. Alle lokalsykehus skal ha akutfunksjoner som inngår i en helhetlig akuttmedisinsk kjede som også omhandler helsetjenesten i kommunen”.*

Da det blir flere sykdommer hos eldre og økte utfordringer ovenfor mennesker med sammensatte sykdommer og lidelser, blir det viktig at kommende Samhandlingsreform og strategier i spesialisthelsetjeneste medfører at forholdene for de pasienter som faller mellom to stoler i dag ikke ytterligere blir svekket. Taperne i dagenes Helse – Norge er etter vår oppfatning kronikere, eldre, psykiatri og rus pasienter. Det ligger an til at disse pasientene skal over til kommunehelsetjenesten. Før dette skjer bør stykkprisfinansieringen (DRG) for disse pasientgruppene gjennomgås og endres. I dag har kronikere og eldre lav stykkpris. Psykiatri- og rusområdet har ingen DRG finansiering. Om ikke DRG – lista endres tror vi at reformen, i særlig grad rammer kronikere og pasienter med sammensatte lidelser. En bør ta denne prioriteringsdebatten i helsevesenet.

### **Stategiens fokus/profil**

Vi er fornøyde med at strategien er orientert i bredden – og man uttaler at man skal sikre spesielt den eldre delen av befolkningen sine behov, og sikre generalist tilnærmingen. Vi er imidlertid ikke fornøyd med at geriatrien er så vidt kort omtalt, med få konkrete tiltak både internt i sykehuset og i relasjon til kommunene. Hvordan generalist tilnærmingen skal sikres er heller ikke godtgjort.

Vi er fornøyd med at så mange fagområder er diskutert og tiltak er forsøkt utformet. Imidlertid vil vi bemerke at tiltakene i svært mange tilfeller ikke er spesielt konkrete og at det ikke redegjøres for noen samlet strategi for hvordan tiltakene kan tenkes gjennomført. Finansiering er ett spørsmål, men også for det grunnleggende viktige spørsmålet om rekruttering av personell er det ikke angitt noen overordnet strategi.

Kommunene anser at geriatri, KOLS og diabetes vil være vesentlige sykdomsbilder å samarbeide med lokalsykehus (og de andre nivåene) om i fremtiden, og vi kunne ønsket større fokus på disse.

Utredningen er veldig kort på forebygging, i hovedsak finner vi dette omtalt under Lærings- og Mestringssentra. Kommunene arbeider med å utvikle det forebyggende arbeidet. Det er viktig å avklare sykehusenes profil og arbeidsmåte i forhold til dette fagområdet fremover, for å høste synergieffekter og unngå dobbeltarbeid.

### **Rammer for økonomi og personell**

Økonomiske muligheter og begrensninger diskuteres i liten grad, men vil være avgjørende for muligheten til å gjennomføre strategien. Samhandlingsreformen vil gi premisser for økonomien og vil formodentlig ha betydelig innvirkning. Likeledes vil reise/transportkostnader til dels styre organisering og fordeling av personell og utstyr og gjennom dette ha vesentlig innvirkning på en del beslutninger.

I forhold til personell anser vi det som viktig å avklare hva som er et kritisk laveste mulige nivå av ulike personellgrupper for overhodet å kunne drive et sykehus med de kompliserte funksjonene dette innebærer. I denne vurderingen inngår foruten vanlig tenkning omkring

rimelig arbeidsbelastning og turnusplanlegging også forsvarlighetsvurderinger og rekrutterings- og stabiliseringshensyn for flere personellgrupper.

Strategien innebærer en betydelig satsing på å få tak i kompetent personell, og vil falle dersom rekruttering og stabilisering ikke blir god. For å få dette til mener kommunene at lokalsykehusene sammen med kommunene må ta et betydelig ansvar for videre- og etterutdanning av både leger, pleie/omsorgspersonell og andre helseprofesjoner, i tillegg til at man allerede er involvert på en meget viktig måte i grunnutdanning for flere profesjoner (spesielt leger, sykepleiere).

Behovet for rekruttering av personell lokalt er stort, med påfølgende behov for både lengre og kortere utdanningsforløp, og for påfyll/vedlikehold av eksisterende kompetanse. Det må derfor legges til rette for deltagelse i desentraliserte og distansebasert undervisning, både gjennom samarbeid om organisering av slikt og gjennom deltagelse i praktiske deler av utdanningene. Det kan dreie seg om lærlingeplasser, praksisplasser, hospiteringsordninger og tilrettelegging for bruk av telemedisinske løsninger og deltagelse i undervisning.

Kommunene ser derfor behov for å komme sammen og diskutere dette i større detalj og avklare strategien sammen. Spesielt i forhold til leger vil det være viktig å avklare hvilke spesialiteter man ønsker å satse på, slik at fremtidens leger kan forholde seg til dette.

For noen fagområder synes løsningen klart å bli sentralisering kombinert med ambulering og bruk av telemedisinske hjelpemidler, både i forhold til poliklinikk og avdelingsarbeide. Dette antas å gjelde både for lege-, sykepleier- og andre profesjonsgrupper. Man må i langt større grad enn tidligere teste ut og evt. implementere telemedisinske muligheter, og det er å anta at lokalsykehusene må gå foran i en slik prosess. I denne sammenheng kan hospitering alle veier kunne være et viktig tiltak i opplæring og tilvenning til bruk av ny teknologi.

### **Samhandling med førstelinjetjenesten**

Det redegjøres for mål og tiltak i forhold til bedre samhandling, noe vår region i stor grad tiltrer. Det er imidlertid viktig for oss å understreke følgende:

Samhandling tar tid og kompetanse, og med fremtidig økte krav til samhandling må både lokalsykehuset og kommunene gi personellmessige og andre ressurser til dette arbeidet. Det er derfor viktig å balansere fremtidige behov for og planer om effektivisering og kostnadsreduksjon i relasjon til dette.

Ved utforming av samhandlingsarenaer må kommunene være med på å definere hvilke arenaer og samhandlingsmetoder som skal brukes. Kommunene har klare ønsker om gode prosesser, og vil foreslå endringer i samhandlingsstruktur og – mønster.

Det anses som formålstjenlig at de allerede etablerte regionsråd brukes i de overordnede prosesser og organiserer samhandlingen basert på selvvalgt representasjon. Man vil bort fra modellen med samarbeidsavtaler kun med enkeltkommuner, og med tema kun bestemt av helseforetakene, og man vil inn i mer dynamiske relasjoner mellom de ulike nivåene i foretak og kommune.

I slik prosess vil kommunene organisere arbeidet som følgende:

- eget helseutvalg med politisk og høyt administrativ og faglig representasjon
  - o som møter med regionens sykehus på overordnet nivå, og som arbeider for Regionrådets overordnede organer gjennom utredninger/saksforberedelse innenfor helseområdet.

- fag/driftsrelatert underutvalg
  - o som møter lokalsykehusets ulike faggrupper, praksiskonsulenter med mer for overordnet utvikling av rutiner og prosedyrer. På dette nivå kan arbeide med pasientforløp være gode arbeidsmetoder.
  - o som organiserer eventuelle kommunebaserte samhandlingsorganer/representanter for å få den ønskede lokale samhandling.
  - o Forutsetning for dette vil være at det lages samhandlingsavtaler hvor ansvar, myndighet og oppgaver avklares.
- brukerrepresentasjon må bli vurdert

Spesielt vil vi understreke behovet for god tilrettelegging av samhandling for pleie/omsorgspersonell. Dette vil ha betydning for både pasient og helsepersonell og for innleggelser, men kanskje størst betydning i forhold til utskrivelser.

Elektronisk kommunikasjon mellom både fastlegene og pleie og omsorgstjenestene og sykehuset er avgjørende i forhold til dette. Noen av kommunene i vårt lokalsykehusområde er ved å bestemme full datorisering av hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, noe som vil matche Helse-Nord sin strategi godt.

Av vesentlig betydning for samhandlingsmulighetene er at den byråkratisering vi har sett gjennom de siste reorganiseringsprosesser (innføring av klinikkstruktur) har bidratt til usikkerhet i kommunal sektor omkring kommunikasjonslinjer og -muligheter. Fordeling av ansvar og myndighet i sykehusstrukturen må avklares for å sikre god samhandling. Ansvarspulverisering eller maktkonsentrasjon vil i vesentlig grad legge hindringer for aktive samhandlingsprosesser, enten det gjelder overordnede eller driftsrelaterte prosesser. De tjenester som faktisk må sentraliseres og ikke vil ligge i lokalsykehusene vil i så måte representere en spesiell utfordring.

Det anses som viktig at det for deler av organisasjonen beholdes lave terskler for kontakt/kommunikasjon, og det må i samhandlingsutformingen sikres at laveste effektive nivå blir involvert. I dette ligger at samhandling utvikles som en kultur fra øverst til nederst, med klar aksept for at de lavere nivåer må ha direktelinjer.

Av alle samhandlingstiltak og -prosjekter som har vært utprøvd over mange år står Praksiskonsulentordningen for leger frem som noe av det mest positive og effektive. Kommunene foreslår at man i fremtiden utprøver Praksiskonsulentordninger også for andre deler av tjenestene, og vil konkret foreslå slik på sykepleiersiden, med fokus på pleie/omsorg.

SINTEF Helse sin rapport om samhandling omkring utskrivning av omsorgstrengende eldre (2) gir vesentlige bidrag i forhold til forståelse av muligheter for god samhandling, et felt som kommer til å bli enda viktigere fremover: omsorgen for de eldre. Det gis en rekke forklaringer på hvorfor dette feltet har vært konfliktfylt og vanskelig. Kommunene foreslår at helseforetakene bruker dette som grunnlag for utforming av samhandling fremover. Fra kommunal side er det igjen viktig å understreke likeverdighet og gjensidig respekt, og at forskuttering av hverandres tilbud må gjøres med forsiktighet. Det synes klart at partene gjerne kjenner hverandres tilbud dårlig, og at forvaltningspraksis er forskjellig.

### **Samhandlingsreformen i relasjonen mellom lokalsykehus og kommunen**

Kommunene mener altså at lokalsykehusstrategien må avventes noe til Samhandlingsreformen er vedtatt og til at spesialisthelsetjenestens og lokalsykehusenes rolle gjennom dette blir definert og finansieringsmodeller blir tydelige. Dette er avgjørende for

eksempel i forhold til etablering av lokalmedisinske senter/ intermediæravdelinger i kommunene/regionene, som er en målsetting i reformen, men som gjennom endelig vedtak av reformen vil kunne få en klar definisjon og finansiering. Det vil også kunne bidra til at slike tilbud bygges ut med utgangspunkt i de etablerte institusjoner og fagmiljøer, og i et tett samarbeid med de aktuelle kommunene. Fra kommunal side vil det være viktig å sikre seg når avtale mellom helseforetakene og kommune/region (som skal godkjennes av dep/direktorat) skal skrives, at disse sentra får faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Begge parter må da kunne være sikre på at disse tilbudene ikke ”konkurrerer” om pasienter som naturlig hører hjemme i lokalsykehus, men heller utgjør et nødvendig mellomledd.

Vi merker også at man i forhold til samhandling nevner ”*Interkommunal og kommunale avtaler opp mot HF (eks legevakt...)*” og ”*Samlokalisering (eks ambulanse og legevakt)*” (s.33), og at ”*Felles akuttmottak mellom sykehus og kommune (FAM) kan være en løsning*” (s. 45). Dette er meget interessante signaler for Lofotregionen, hvor arbeidet med en Interkommunal legevakt har pågått over lang tid, og der man har vært i en posisjon der FAM kunne vært etablert. Kommunene mener at dersom Helse-Nord mener noe med de siterte punktene er det ennå ikke for seint, men tiden renner ut forhold til FAM i det man nå å diskutere lokalisering utenfor sykehuset, men det er fortsatt mulighet til samlokalisering med ambulanse.

## **Beredskap**

Utredningen konkluderer med følgende tiltak innenfor beredskap (s. 46):

- *I et hvert helseforetak skal det være minst ett lokalsykehus med vaktberedskap innen generell kirurgi, samt fødetilbud. Det må være døgnkontinuerlig radiologiservice, men denne kan dekkes via teleradiologisk tjeneste. Det må være døgnkontinuerlig laboratorietjeneste, herunder blodbank. Intensivtilbudet må understøtte akuttfunksjoner og kirurgisk tilbud innenfor vedtatt struktur.”*

Dette er en svært defensiv holdning. Etter vår vurdering må det være vaktberedskap innen generell kirurgi og fødetilbud ved alle lokalsykehus. Slik det står i dokumentet sier man i realiteten at det ikke skal være en strategi å opprettholde kirurgisk akuttberedskap og fødetilbud ved våre lokalsykehus - bare ved ett. Det vil medføre en betydelig trussel mot lokalsykehusstilbudet. Det er viktig å spørre hvordan en kirurgisk avdeling uten akutt beredskap (og traumeteam) vil rekruttere og eventuelt holde på kirurger? Dette vil igjen ha betydning for muligheter for rekruttering og stabilisering innenfor for alle andre fagområder og profesjoner og både i sykehusene og omkringliggende kommuner. Det strider også mot norsk legeförenings standpunkt til lokalsykehusets innhold.: ”*Akuttfunksjon ved sykehus bør som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester.”*

Fjerner en den kirurgiske akuttfunksjonen ved et lokalsykehus fjerner man også grunnlaget for å opprettholde fødetilbudet. Det er et kritisk felt for befolkningen og helsetjenestene og må sees i relasjon både til befolkningsstabilisering og rekruttering/stabilisering av helsepersonell i sykehusene og kommunene rundt.

For Lofotregionen gjelder at vi på grunn av geografi er avhengig av enten fly eller lang transport per vei evt. via ferje for å nå annet sykehus. Årstidsavhengige vanskelige værforhold representerer en egen utfordring, av absolutt relevans til spørsmålet om hvilken akuttberedskap vårt lokalsykehus bør ha i fremtiden. Flere av våre kommuner har allerede 1-1.5 t transporttid *til lokalsykehuset*, med tilhørende risiko for utsettelse av nødvendige tiltak

ved manglende akutt kirurgisk beredskap ved lokalsykehuset med behov for videretransportering. Deler av året øker befolkningen relativt betydelig med turisttilstrømning, og vi må dimensjonere og utforme våre tjenester også i relasjon til dette.

Mobiliseringstid for luftambulanser vil formodentlig også øke dersom man satser på ytterligere sentralisering i Helse-Nord av kirurgisk beredskap, dersom man ikke samtidig øker antall luftambulanser og deres lokalisering. Det bør i så fall gjøres nytte/kostnadsanalyser.

Vi anser det derfor for u diskutabelt om NLSH Lofoten skal ha akutt kirurgisk beredskap i fremtiden.

Vi vil i fortsettelsen av dette bemerke til kap. 18 anestesi/intensiv (side 57) at NLSH Lofoten sin intensivavdeling bør organiseres som nivå 2: *Intensivsenhet ved lokalsykehus*, ikke som utredningen antyder nivå 1: *Intermediærsenhet (Overvåkningsenhet ved små lokalsykehus) med mulighet for bruk av vasoaktive medikamenter, non-invasiv ventilasjon(inkl.CAP) og initial respiratorbehandling*.

### **Undervisning/forskning**

Som omtalt tidligere, mener vi at lokalsykehusene har og fortsatt må ha en sentral rolle i utdanningssystemene for helsepersonell. Deler av denne funksjonen vil kunne sikres gjennom at det også drives forskning ved lokalsykehusene, evt. i samarbeid med kommunene. Utredningen redegjør for Helse Nord sine planer om videre og gjerne økt forskningsinnsats. Det må legges til rette for deltids arbeid for de som engasjerer seg i forskning, og en må sikre at også undervisningsoppgaver følger med i slike stillinger. Det vil sikre åpne relasjoner mellom ulike grupper av kunnskapsbærere og bidra til kvalitetsutvikling og gjennom dette har man en sjanse til både rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

Spesielt vil vi peke på behovet for forskning omkring samhandling mellom nivåene, for å få mer kunnskap om hva som gir eller er en optimal behandlingsskjede.

Lokalsykehuset må utvikle en filosofi for sin del av den undervisning som skal foregå på dette nivået. Dette må gå på å lære utdanningskandidater, uansett profesjon, å arbeide som generalister. Det vil si å lære dem breddekompetanse, lære dem å tåle å jobbe slik og ha glede av å jobbe slik. I dette ligger å lære både tverrfaglighet og å arbeide på tvers av nivåene og med pårørende.

Lokalsykehusene har gjerne mulighet til å gi alle profesjonsgruppene breddekompetanse, gjennom at de mest vanlige typer pasienter vil komme innom. Dette må selvsagt sees i sammenheng med god utdanning knyttet til dem sentrale læresteder.

Det foreslås få konkrete tiltak i forhold til rekruttering av spesielt kritisk helsepersonell. Vi foreslår at lokalsykehusene i større grad blir anerkjent i spesialiseringsforløpene til leger, vel vitende om dette er en langsiktig prosess som involverer mange aktører. Myndighetenes mulighet til kontroll/valg av innhold og plassering av utdanningsstillinger må her utfordres. Spesielt vil vi bemerke behovet for geriatere, se eget punkt om dette.

### **Det indremedisinske tilbudet**

Vi slutter oss til hovedelementene i dette kapitlet.

### **Rus og psykisk helse**

Det er viktig å opprettholde et nivå hvor avrusning og første spesialisert intervensjon i forhold til rus og evt. rus og psykiatri kan foregå. Spesialisthelsetjenestens rusteam bør kunne bidra med intervensjoner og samhandling med både kommunale rusteam, fastlege og andre

involverte. Man er godt fornøyd med de dagtilbud som er utviklet for unge voksne med dobbeltdiagnoser.

### **Brukermedvirkning**

Det er spørsmål om man både i sykehus og kommune bør etablere flere brukerutvalg. Alternativet er å invitere brukere inn på de samhandlingsarenaer man etablerer i fremtiden, se foran.

### **Geriatrici**

Når det gjelder kapittel 22 om Geriatrici er det etter vår vurdering noe uklart i forhold til ansvarsforholdene mellom forvaltningsnivåene. Det sies i innledningen at en av de store utfordringene er at det blir flere syke eldre, og senere at *”det skal være tverrfaglige team ved alle våre lokalsykehus. Så snart teamet har vurdert pasienten, settes det opp en strategi for rehabiliterings- og utskrivningsfasen i samråd med pasienten, eventuelle pårørende og hjemkommunen. Dette gjøres i form av individuell plan der oppfølging i kommunen inngår.”* Vi etterlyser behandlingskomponenten i disse, - at Spesialisthelsetjenesten etter denne vurderingen åpner for å definere sitt behandlingsansvar ovenfor disse pasientene. Det virker som om en er mest opptatt av utskrivning til neste nivå.

Geriatrici i alle dets avskygninger anses som en vesentlig utfordring i fremtiden for både sykehus og kommunene, med behov for spesialkompetanse til diagnostikk, behandling og veiledning i forhold til både somatisk sykdom, psykiatriske og aldersavhengige andre sykdommer som demens inkludert etikk. Sykehus og kommune må gå inn i en koordinert styrking og utvikling av tilbudet for eldre pasienter, - for å sikre effektivitet og hindre motstand og konflikter.

Utredningen foreslår at man skal ha geriatriciske team ved alle lokalsykehus. Det er bra at man tenker ny organisering av innsatspersonellet. Imidlertid ber vi om at den tenkte strategien gjennomvurderes i forhold til SHDir sin anbefaling om geriatriciske sengeenheter, fordi man gjennom disse synes å ha større gjennomslagskraft for geriatricisk tenkemåte og metode (3).

### **Psykiatrici**

Kommunene har bygd ut psykiatrien i stor grad. Det mangler fortsatt en del på sykehusenes forståelse av hvordan ressursene på de ulike nivåene kan og skal brukes. Kommunene skal ta sin del av oppgavene, men må få avklare sitt handlingsrom, svært gjerne i kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten.

Et annet tiltak er å etablere veiledningsavtaler med kommunene i forhold til veiledning for flere personellgrupper, både akutt og i rolige faser.

For å få god samhandling og effektivisere de psykiatriske behandlingsforløp for alle aldersgrupper er det viktig at de psykiatriske poliklinikker / behandlingseenheter starter med elektronisk kommunikasjon. Det er også behov for bedre rapport/epikriserutiner for disse tjenestene.

I Lofotregionen er legene godt fornøyd med tilgang til akuttpsykiatrisk veiledning per telefon, men det er fortsatt viktig å vurdere mulighetene for akuttpsykiatriske team som kan bidra ute i kommunene.

Ved lokalsykehusene må det etableres døgnkontinuerlig vaktordning for sykepleiere, som kan bidra til stabilisering av psykiatriske pasienter og bidra til å forebygge både psykiatrisk sykdom og innleggelse i sentralinstitusjoner.

Det er paradoksalt at DRG systemet ikke støtter opp om sykehusbasert behandling for en del pasienter innenfor dette feltet.

### **Lærings- og mestringssentra**

Disse forutsettes i nåværende form å ha god oversikt over og kontakt med de kommunale tjenester innen forebyggende helsearbeid, og gjerne vurdere ambulerende/desentralisert/oppøkende/utadrettet virksomhet for å komme nærmere brukere i de ulike kommunene. Arbeidet i LMSene må basere seg på kjennskap til og respekt for kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid på flere felt.

Fremtidig grenseoppgang i forhold til helsefremmende, primært, sekundært og tertiært forebyggende arbeid og fordeling av dette mellom LMS og kommunene må gjennomføres. Avklaring av sentrenes rolle i forhold til små / desentraliserte kommuner, som vil ha vanskeligheter med å etablere tjenester er også viktig.

I fremtiden vil det også være viktig å avklare fastlegenes rolle i forhold til forebygging og henvisning etc til LMSene.

### **Smittevern og beredskap pkt. 31 (side 76)**

Kapitlet er godt skrevet, men vi mener at det burde stått et punkt i mål og tiltak om tett samarbeid med de kommunale planer for smittevern og beredskap. Disse to nivåene hører tett sammen og planene burde samordnes.

### **Svangerskapsomsorg og fødetilbud kap. 19 (side 58)**

I dag har Lofoten sykehus jordmorstyrt forsterket fødeavdeling. I strategien for sykehuset bør det ligge en ambisjon om å rekruttere en gynekolog og på den måten etablere fullverdig fødeavdeling ved lokalsykehuset.

### **Palliativ/lindrende behandling**

Vi ser positivt på de tiltak som foreslås, og ser samtidig at det er potensiale for økt samhandling. Noen kommuner har startet utbygging av tilbud om lindrende behandling, og man forutsetter at lokalsykehus går inn i samhandling omkring disse. Det er behov for avklaringer omkring både deling av personell, deltagelse i finansiering, faglig profil med mer.

### **Referanser:**

1. Kalseth B, Paulsen B. Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Rapport A8640 SINTEF Helse.
2. Paulsen B, Grimsmo A. God vilje – dårlige verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Rapport A7877 SINTEF Helse.
3. Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. Rapport nr. IS-1498 SHDir 2007.

Leknes 17. mars 2010

For kommunene Røst, Værøy, Moskenes, Flakstad og Vestvågøy

Jonny Finstad  
Ordfører i Vestvågøy

