



Jnr.: 182/2010/GM/smr/152.0

Helse Nord RHF

8038 Bodø

## **Uttalelse til «Forslag til Lokalsykehusstrategi 2010 – 2020»**

### **Innledende kommentarer**

Primærhelsetjenesten og lokalsykehus står til sammen for >90 % av den medisinske behandlingen i Norge. Vesterålen er en region med lang reisevei til spesialiserte tjenester noe som gjør aksene kommunehelsetjeneste – lokalsykehus enda viktigere.

Mandatet for arbeidet er omfattende. Strategidokumentet beskriver dagens situasjon gjennom å vise til sentrale forskrifter, planer og veileder, men man har ikke beskrevet hvordan dagens lokalsykehus faktisk fungerer. Der er for eksempel store forskjeller i tilbud, bruk av sykehustjenester og kompetanse mellom de forskjellige lokalsykehusene i Helse Nord. Dette gjør det vanskelig å vurdere om foreslåtte mål og tiltak er realistiske og hvor mye innsats som må til for å nå målsettingene.

I Vesterålen er vi avhengig av et godt lokalsykehus, med nødvendig kompetanse og tilbud. Lokalsykehuset er vår viktigste samarbeidspartner og det er viktig at utviklingen av et nytt lokalsykehus, både billedlig og bokstavlig skjer i tett samarbeid med kommunene. Lokalsykehuset må være en dynamisk enhet, med nødvendig fleksibilitet for å møte fremtidige behov.

Det er derfor gledelig at Helse Nord tar initiativ til en strategi for lokalsykehusene i landsdelen. Hovedmålet å gi et bredt, helhetlig og koordinert behandlingstilbud som sikrer nærhet til akutfunksjoner og fødetilbud er vi helt enig i. Det er også nødvendig å legge vekt på at tjenester til kronikergrupper og økt samhandling er forutsetning for å skape et sømløst helsevesen.

### **1. Strategiens fokus/profil.**

Rapporten er omfattende og når rapporten skal omhandle så mange områder blir den samtidig detaljert og overfladisk. Detaljert for at det er vanskelig å se en felles strategi, overfladisk for at hvert enkelt område er lite beskrevet.

Man har valgt å dele dokumentet i fagområder, noe som gjør det vanskelig å få et helhetsbilde av lokalsykehusenes rolle i Helse Nord. Samhandlingsreformen peker på de store utfordringene i fremtidens helsevesen: Diabetes, KOLS, demens, rus og psykiatri. Lokalsykehuset og primærhelsetjenesten er uten tvil de viktigste aktørene i behandling av disse store sykdomsgruppene. En tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å møte disse utfordringene. Strategidokumentet holder fast ved tradisjonell inndeling i fagområder og det er sannsynligvis lite

hensiktsmessig når de store pasientgruppene trenger å møte et helsevesen der kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten samarbeider og der ulike yrkesgrupper møter pasienten. Det er også påfallende at man har valgt å ikke diskutere neurologi.

Der er beskrevet mange utfordringer, gode mål og tiltak, men det er lite sannsynlig at alle er mulige å gjennomføre innenfor dagens økonomiske rammer. Det er derfor beklagelig at arbeidsgruppa ikke har forslag om hvilke tiltak som skal prioriteres. I noen tilfeller er der ikke samsvar mellom mål og tiltak, og dokumentet virker lite gjennomarbeidet da mål og tiltak i et fagområde ikke er koherent med mål og tiltak på andre fagområder.

Strategidokumentet vektlegger LEON prinsippet. Vi er enig i at helsevesenet er nødt til å tenke kvalitet i alle møter med pasienten og at spesialiserte tjenester ikke alltid er svaret på kompliserte helsemessige utfordringer. «Helse Nord der vi bor» er et viktig prinsipp som bør gjennomsyre lokalsykehusprosjektet. Ved etablering av nye tilbud og endring av eksisterende tilbud, må man legge stor vekt på totaløkonomien, og også transportøkonomi. Helseforetaket har et samfunnsansvar og det er viktig at samfunnsøkonomiske hensyn også tas, for eksempel tapt arbeidsfortjenesten, ledsagerbehov etc.

*Strategien har et bredt fokus og gjennomgår alle deler av lokalsykehusene. Helse Nord ønsker tilbakemelding på om strategien har en tilstrekkelig balanse/vektning mellom de ulike områdene og om det i tilstrekkelig grad er satt prioritert fokus på de viktigste utfordringene.*

## **2. Rammer for økonomi og personell.**

Det er svært viktig at arbeidet med å utvikle lokalsykehusene sikres nødvendige økonomiske rammer. Der er en motsetning i en økt spesialisering og samtidig utvikling av lokalsykehusene. Erfaring tilsier at spesialisering kommer å vinne kampen om resurser og personell dersom helseforetaket ikke har en tydelig strategi og gir lokalsykehuset økonomiske muskler for å sikre seg gode fagfolk og utdanne dem for å møte fremtidige krav i lokalsykehuset. Det er derfor viktig at helseforetaket gjør tydelige prioriteringer.

Det er prisverdig at strategien diskuterer rekruttering av fagfolk. Stabilitet i fagstillinger er en forutsetning for å bygge en god tjeneste. Hovedstrategien for rekruttering er god. Det er likevel viktig å huske på at rekruttering må gjøres i et langtidsperspektiv. Det tar minst 12 år å utdanne en legespesialist. Det er viktig at Helse Nord bidrar til å gjøre lokalsykehusene til en attraktiv arbeidsplass gjennom en bevisst satsning på lokalsykehusprofil i utdanningen av leger og annet fagpersonell.

*I hvilken grad bygger strategien på realistiske forutsetninger for tilgang til økonomiske og personellmessige ressurser? Høringsinstansene bes særlig vurdere om strategiens ambisjonsnivå for de neste 10 årene er forenlig med forventet tilgang på legespesialister og annet spesialisert helsepersonell.*

## **3. Faglig kvalitet, trygghet og nærhet.**

Det er mulig at det er hensiktsmessig med «viss sentralisering av tjenestetilbudet» men i hvilken grad sentralisering er nødvendig er et vurderingsspørsmål. Truen på at sentralisering gir økt effektivitet og kvalitet gjennomsyrrer hele samfunnet, ikke bare helsevesenet. Dersom vi skal lykkes i å skape levedyktige lokalsykehus er Helse Nord nødt til å utfordre dette dogmet. Hvilke tilbud

som bør og skal sentraliseres må vurderes på det enkelte lokalsykehus dersom det ikke foreligger god vitenskapelig dokumentasjon på at sentralisering gir bedre tjenester (jfr. kreftkirurgi).

Erfaringen med ambulering er svært god i Vesterålen. Et godt eksempel er barnepoliklinikken som fungerer veldig godt. Ambulering gir god kvalitet med mulighet for å arbeide med utviklingsarbeid og systemarbeid.

Ved endring av tilbud må transportkostnader vurderes. Samfunnsøkonomiske faktorer må også vektlegges (pårørende, ledsagertjeneste o.l.).

*I norsk helsetjeneste vil det fortsatt være en kontinuerlig dynamikk mellom sentraliserings- og desentraliseringsprosesser for best mulig å balansere de respektive hensyn til faglig kvalitet og tilgjengelighet. Befolkningens trygghet og tilgang til likeverdige helsetjenester knyttes både til nærhet og kvalitet. I hvilken grad er lokalsykehusstrategien tydelig nok i vurderingen av når kvalitet og nærhet er forenlig, og når hensynet til stabil kvalitet forutsetter en viss sentralisering av tjenestetilbudet?*

#### **4. Samhandling med førstelinjetjenesten.**

Kommunehelsetjenesten har gjennomgått store endringer de siste 15 årene, og utviklingen kommer å fortsette årene som kommer. Dokumentet tar ikke innover seg at kommunene er en viktig «bestiller» av tjenester fra lokalsykehuset i fremtiden. Utviklingen av lokalsykehuset og kommunehelsetjenesten må skje parallelt og i kontinuerlig dialog. Det betyr at lokalsykehusene nødvendigvis må få lov å se forskjellig ut, avhengig av region, kommunal profil og størrelse.

Det er riktig, som det står i dokumentet, at en av de største utfordringene er forskjellene i størrelse, status og innflytelse mellom helseforetaket og kommunene. Det er lite sannsynlig at kommuner kommer til å greie og samarbeide i større regioner (f.eks. Nordland). I mindre regioner som eksempel Vesterålen er det mulig at kommunene i fellesskap kan snakke med en stemme overfor lokalsykehuset. Det betyr at samhandling mellom lokalsykehus og kommunene må skje på lavest mulige nivå og at lokalsykehuset må få mandat til å finne gode lokale løsninger.

*Hvilke understøttende tiltak overfor kommunene er det viktig at lokalsykehusene påtar seg i forhold til signaler knyttet til samhandlingsreformen? Er strategien utformet slik at den dekker de mest aktuelle/sannsynlige fremtidsscenarioer som kommunene/foretakenes ser for seg frem mot år 2020?*

#### **5. Beredskap.**

Trygghet ved ulykker og akutt sykdom er svært viktig for befolkningen i Vesterålen. Det er riktig å fokusere på behandlingsskjede som begynner med pasient og pårørende, ambulans og legevakt og deretter lokalsykehus og ved behov mer spesialiserte tjenester. Helseforetaket har ansvar for ambulans og lokalsykehus og det er naturlig at strategidokument for lokalsykehus har fokus på de deler av den akuttmedisinske kjeden som de har ansvar for. Helseforetaket sine tjenester må imidlertid ses i sammenheng med kommunenes. Man bør ha konkrete tanker om hvordan samhandling om den akutte syke pasienten skal foregå og hvordan akuttmedisinsk trening skal gjennomføres, fremfor alt hvem som skal ha ansvar for gjennomføringen.

Dokumentet er uklart når det gjelder akuttkirurgisk beredskap. «Det bør være minst et lokalsykehus med vaktberedskap....generell kirurgi.....» Det åpner for lokalsykehus uten beredskap. Samtidig

sier man under kapitel indremedisin at man skal ha økt fokus samhandling med tilgrensende fagområder. Dersom man ikke skal ha generell kirurgisk kompetanse i vaktberedskap i lokalsykehus får det store konsekvenser for fastlegene og legevakt. Uten kirurgisk beredskap på lokalsykehuset må fastlege og legevakt vurdere om pasienten skal sendes direkte til sykehus som har dette tilbudet. Det betyr at endringer i den kirurgiske vaktberedskapen ikke kan gjennomføres uten at kommunene involveres.

Slik vi ser det må Helse Nord ha en klar strategi for hvordan behovet for beredskap i generell kirurgi skal håndteres. Dersom man mener at alle lokalsykehus skal ha beredskap i generell kirurgi må man samtidig iverksette tiltak for å sikre fagfolk med kompetanse til å arbeide i slike stillinger. Helse Nord bør påvirke utdanningssystemet slik at det tilpasses lokalsykehusenes behov. Det å arbeide som generell kirurg i et lite lokalsykehus er spennende og utfordrende og det er mulig å skape fagnettverk mellom lokalsykehus som ivaretar behovet for faglig utvikling. Vaktbelastningen må likevel være akseptabel og for å sikre arbeidsvilkår for generell kirurger på små lokalsykehus er det nødvendig med ambuleringsvakt. Innleie av vikar fra vikarbyrå bør unngås da det er umulig å drive fagutvikling med tilfeldige vikarer.

*Gruppen beskriver akutfunksjonene som en naturlig del av en helhetlig behandlingsskjede og det er enighet om en indremedisinsk vaktberedskap ved alle sykehus. Gruppen er delt mht kirurgisk akuttberedskap ved alle lokalsykehusene. Den kirurgiske vaktberedskap vil ha konsekvenser for fødetilbudet. Helse Nord ønsker høringsinstansenes synspunkter på en fremtidig mulighet for å opprettholde akuttkirurgisk beredskap ved alle lokalsykehus. Dette med bakgrunn i det kirurgiske fagfeltets utvikling (nye metoder, ny teknologi, relativt stabilt pasientvolum, økende sentralisering, pasientenes forventninger, tilgang til spesialister, ambuleringsvillighet etc.) og kostnader knyttet til opprettholdelse av dagens vaktberedskap. Høringsinstansene bes også å vurdere mulige konsekvenser av yngre legegenerasjoners krav om mer begrenset vaktbyrde (flere som inngår i vaktordningene) for bemanningsbehov ved lokalsykehusene, for tilgang på arbeidsoppgaver på dagtid og for organisering av vakt- og beredskapsfunksjonene.*

## **6. Undervisning/forskning.**

Forskning i lokalsykehus er svært viktig, både for de fagfolk som arbeider der og for å kunne utvikle lokalsykehuset som kompetansebedrift. Lokalsykehus gir behandling til majoriteten av pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten, og det er svært viktig at behandlingen av disse pasientene er kunnskapsbasert og at det skjer kontinuerlig evaluering av resultatene.

I dag er forskning ikke noe som er naturlig i et lokalsykehus, like lite som det er naturlig i allmennmedisin. Helse Nord bør ha en bevisst strategi for å endre holdninger til forskning. Det bør gis muligheter for, og oppmuntres til forskning på lokalsykehusnivå. Det er nødvendig med forskerstillinger også på lokalsykehusnivå. Forskning som baseres seg på frivillig arbeid utenfor arbeidstid er ikke bærekraftig.

På lokalsykehus formes våre nye fagfolk, både sykepleiere, vernepleiere og leger. Undervisningsstillinger er vår viktigste rekrutteringsarena («catch them early and treat them nice»), og det må legges større vekt på veiledning av studenter og turnusleger. Veilederansvar bør premieres og det bør legges vekt på slik kompetanse og erfaring ved tilsetting av helsepersonell.

*Lokalsykehusenes rolle som utdanningsinstitusjoner vurderes som viktig for å opprettholde et dynamisk fagmiljø og sikre framtidig rekruttering av helsepersonell. I hvilken grad bidrar strategien til å sikre dette formålet? Også klinisk forskning kan vurderes som et tiltak for både å styrke fagmiljøet og kvaliteten på det medisinske arbeidet. I hvilken grad bidrar Helse Nord's forskningssatsing til å inkludere lokalsykehusene i klinisk relevante forskningsprosjekter, og hva er et realistisk nivå for innretning og volum av forskningen ved disse sykehusene?*

## **7. Det indremedisinske tilbud.**

Strategien gir ikke noen tydelig retning innenfor det indremedisinske fagområdet når det gjelder det økende antall syke eldre og kronikere. Løsningen finnes ikke i spesialisthelsetjenesten men i kommunehelsetjenesten, i samhandling mellom lokalsykehus, fastlege og pleie- og omsorgstjenesten. Lokalsykehuset er en viktig samhandlingspartner for kommunehelsetjenesten. Bruken av sykehustjenester er stor i Vesterålen, sannsynligvis for stor. Terskelen for innleggelse og vurdering av spesialist bør likevel være lav. Man bør gå bort fra fokus på unødvendige innleggelser og i stedet fokusere på et skape et effektivt pasientforløp som forhindrer reinnleggelser.

Helseforetaket må hjelpe kommunene til å bygge opp alternative tilbud, gjerne interkommunale. Det er derfor påfallende at strategidokumentet ikke vurderer lokalsykehusets rolle ved etablering av intermedisæravdelinger, preObenheter eller sykestue.

Befolkningen blir eldre og det er sannsynlig at behovet for helsetjenester kommer å øke i fremtiden. Det er bra at strategidokumentet omhandler geriatri, men målsettingene er uklare. Det er for eksempel uklart hva man mener med tilrettelagt geriatri tilbud og at kommunen skal kontaktes for å opprettholde kontinuitet er åpenbart og gjelder ikke bare for geriatriske pasienter, men for alle pasienter med kroniske lidelser og behov for koordinerte tjenester.

Det er nødvendig med fast tilsatt geriater i alle lokalsykehus. Hovedoppgaven for geriater og geriatrisk team må være å jobbe med holdninger og skape faglig interesse og forståelse for de eldre's situasjon, både somatisk og psykososialt. Geriatrisk team bør arbeide utadrettet for å bedre kompetanse og interesse for hos fastlegene og pleie- og omsorgstjenestene.

*Dette er det store vekstområdet for lokalsykehusene i fremtiden, med særlige utfordringer overfor økende antall syke eldre og kronikere. Gir strategien en tilstrekkelig fleksibilitet innen det indremedisinske fagområdet (eks. KOLS, diabetes, slagbehandling, rehabilitering etc.)? Bør samhandling mellom det indremedisinske fagmiljø i lokalsykehusene og kommunehelsetjenesten forsterkes og i så fall på hvilken måte? Er tiltakene for å rekruttere og beholde indremedisinere tilstrekkelige?*

## **8. Rus og psykisk helse**

Ruspasienter er krevende. De har ofte en kombinasjon av psykiske lidelse og rusproblemer i tillegg til somatiske lidelser. Lokalsykehusene må få en tydeligere rolle i behandling av ruspasienter og institusjonstilbud for ruspasienter bør være en naturlig oppgave for lokalsykehuset. All rusbehandling må skje i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten og pårørende.

Strategien foreslår sterkere organisatorisk forankring av tjenestene i helseforetakenes lokalsykehusfunksjoner, tiltak for å styrke rekruttering og kompetanse, og samordning mellom rus og psykiatri og somatiske tjenestene.

## **9. Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning må omhandles i enhver utredning og rapport. Likevel er brukermedvirkning i praksis svært krevende og krever holdningsendring i helseforetaket.

Brukermedvirkning på behandlingsnivå skal ivaretas av behandlende helsepersonell. Forholdene for brukermedvirkning må legges til rette. Det betyr av legevisitt på rom med mer enn en pasient bør unngås. Samtalerom må alltid finnes tilgjengelig. Systemet med pasientansvarlig lege fungerer ikke og helseforetaket bør revurdere ordningen, eller endre den så at den fungerer. Dette er også viktig for fastlegene som har behov for en samarbeidspartner om pasienten.

Brukermedvirkning på systemnivå krever kompetente brukere og helseforetaket må stimulere brukere til å delta og gi dem en rolle som oppleves meningsfull. Det er sannsynligvis nødvendig med opplæring. Denne opplæringen kan gjerne skje i samarbeid med kommunchelsetjenesten.

Med hilsen

Jonni H Solsvik (sign.)  
regionrådsleder



Geir Markussen  
sekretariatsleder