

Uenighet i valg av anbefalt alternativ

Et mindretall på 4 representanter kan ikke stille seg bak anbefalingen om alternativ 2 som framtidig struktur for Helse Nord. Konserntillitsvalgt ønsker ikke å ta stilling til noen av de foreslåtte alternativene. 2 av mindretallet anbefaler alternativ 1 for Helgelandssykehuset som innebærer at den vedtatte strukturen fattet i foretaks møte i 2019 realiseres. En fra mindretallet støtter alt. 2 for Helgelandssykehuset. Mindretallet på 3 mener 0- alternativet skal være utgangspunktet for den videre utviklingen av UNN og Nordlandssykehuset og Finnmarksykehuset.

Mindretallet vil understreke som også er utgangspunktet for utredningen, at dagens situasjon i spesialisthelsetjenesten er særdeles krevende både m.h.t store økonomiske utfordringer, rekruttering til faste stillinger, fristbrudd og lange ventelister. Dette er en erkjent forståelse både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

I Helse Nord RHF sin styresak 116-2023 (Virksomhetsrapport nr. 9 -2023) har vi merket oss at det for 2023 var planlagt en tiltakseffekt på 900 mill. kroner i helseforetakene, men at helseforetakene rapporterte om en samlet tiltakseffekt etter ni måneder på 236 mill. kroner. Som det går frem av saksframlegget i sak 116-2023, har internrevisjonen konkluderte med at Helse Nord RHF ikke sørget for tilstrekkelig klarhet i kravene til omstilling og rapportering, noe som hemmet det regionale helseforetakets mulighet for effektiv oppfølging av sykehusforetakenes omstillingsarbeid. Det er med andre ord et betydelig potensial i å utvikle dagens organisering og funksjonsdeling ved å intensivere det strukturerte arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering av arbeidet understøttet av teknologi og digitale verktøy. Det vil kunne bidra til å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene, redusere ressursbruken, øke effektiviteten, styrke fokus på kjerneoppgavene og sikre økt motivasjon og trivsel blant de ansatte.

Det har vært uhyre krevende å gjennomføre en utredning basert på det vedtatte mandatet innenfor en så kort tidsperiode. En prosess hvor det forventes at vi skal sette oss i inn problemstillingen og komme med velbegrunnede anbefalinger på under 3 mnd. om en framtidig sykehusstruktur i Helse Nord, et område på nesten 113 000 kvadratkilometer som rommer 80 kommuner med under 9 % av Norges befolkning, har vist seg å være særdeles utfordrende om i det hele tatt mulig. Den korte tidsfristen har også gjort det umulig å sikre nødvendig involvering og forankring både innenfor fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten og ikke minst i kommunene. Helse Nord har rigget en ramme for utredningen som hadde intensjon å involvere kommunene. Denne har ikke fungert i praksis grunnet knappe tidsfrister og for raske prosesser. Resultatet er en massiv motstand som er mobilisert fra kommunene og de ansattes organisasjoner mot foreslåtte alternativer fra flertallet i arbeidsgruppen. Mistilliten mot Helse Nord er stor og voksende. Dette er synd for det store omstillingsarbeidet som er nødvendig for å utvikle en bærekraftig helsetjeneste i Nord Norge.

Vi vil understreke at vi aksepterte mandatet og har arbeidet hardt og seriøst innenfor de rammene vi har hatt.

Etter vår mening har analysene for utvelgelse av alternativer vært basert på for lite informasjon. Det gir et ufullstendig bilde når hovedparameteret for utvelgelsen av hvilke sykehus som har størst mulighet for å skape robuste fagmiljøer er antall akuttinnleggelse. Vi har etterlyst en oversikt over ledige stillinger på sykehusnivå for å få en bedre oversikt over hvor vi har de mest sårbare miljøene innen spesialisthelsetjenesten samt et vurderingsgrunnlag av de faktorer som vil sikre en god rekruttering fremover. Etter vår mening vil det bli særdeles krevende å rekruttere nøkkelpersoner til sykehus i Nord- Norge som omgjøres til et DMS, til et elektivt sykehus eller et sykehus som mister den

kirurgiske akuttberedskapen. Samtidig er faren for å miste sentrale fagfolk i helseforetakene overhengende. Man kan ikke legge til grunn at rekruttering til styrkede fagmiljøer går i samme tempo som man mister fagfolk på steder under avvikling eller nedskalering.

Konklusjonene i arbeidsgruppa trekkes uten at vi etter vår mening har god nok oversikt over konsekvensene for de prehospitale tjenestene. Endring av det faglige tilbudet ved f.eks. UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten vil kreve en betydelig styrkning av de prehospitale tjenestene uten at vi vet omfang og utfordringene med å få dette realisert mht. til rekruttering av ambulansesarbeidere og flysykepleiere. Skal man fjerne akuttberedskapen i kirurgi inkl. omgjøring av fødeavdeling til fødestue, må dokumentasjon av en samtidighet i oppbygging av tilstrekkelig prehospitale tjenester for å ivareta befolkningens behov for trygghet være en del av utredningen. Dette inngår ikke i beslutningsgrunnlaget med den følge at massiv motstand mot flertallets alternativer er mobilisert fra befolkningen.

Endring av oppgave og funksjonsdeling i spesialisthelsetjenesten får konsekvenser for den kommunale primærhelsetjeneste som beskrives i kap. 6 i rapporten. Alternativ 1 og i særdeleshet alternativ 2 for UNN og Nordlandssykehuset får betydelige konsekvenser for primærhelsetjenesten, som innebærer at kommunene burde ha vært trukket langt mere aktivt inn i utredningen. Dette svekker i betydelig grad beslutningsgrunnlaget. Potensialet for samhandling er stort, men da må kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste få sitte sammen som likeverdige parter i et slikt prosjekt.

Mandatet for utredningen åpner ikke for at vil skulle trekke inn de samfunnsmessige konsekvensene gjennom en konsekvensanalyse eller spesialisthelsetjenestens mulige rolle/funksjon i et totalberedskapsperspektiv som beskrives i rapporten fra totalberedskapskommisjonen. Mindretallet mener dette svekker beslutningsgrunnlaget og troverdigheten i flertallsforslagene fra arbeidsgruppen. I Helse Nord sin utviklingsplan er definert et mål om å prioritere tverrsektorielt beredskaps-samarbeid, og totalforsvarsarbeid, for å sikre robust beredskap for spesialisthelsetjenesten i hele krisespekteret.

Det er en kjent sak at den økende spesialiseringen innen medisin er en trussel mot lokalsykehusfunksjonene i både store og små sykehus samt god samhandling med kommunene. Det er særdeles viktig at generalistkompetansen styrkes og det er gledelig at det fra Helsedirektoratets side i samarbeid med RHFene i Norge legges opp til å styrke generalistutdannelsene i spesialisthelsetjenesten. Nord Norge med sine mange lokalsykehus og distriktsmedisinske sentre og store avstander for både første- og andrelinjetjenesten er, i særposisjon til å utvikle spennende, framtidrettede utdanningsløp innen generalistkompetanse og ikke minst legge til rette for å styrke rekrutteringen og samhandlingen med kommunene.

Konklusjonene fra utredningen innebærer store omveltninger for flere lokalsamfunn og til dels for Nord-Norge som helhet. Med tilstrekkelig tid og ressurser kunne dette oppdraget vært et spennende utgangspunkt for en felles og samlet «masterplan» for helsetjenestene i Nord-Norge. Denne kunne handlet om hvordan vi sammen best kan sørge for gode, likeverdige og framtidrettede helsetjenester og ikke minst hvordan dette kan bidra til å skape bærekraftige samfunn i hele landsdelen.

Uenighet i valg av anbefalt alternativ

Som gruppemedlem støtter jeg i hovedsak alternativ 2, men ikke når det gjelder alternativ 2 for Lofoten. Her mener jeg at man må se på mulighetsrommet i alternativ 1.

Helse Nord RHF med de fire helseforetakene, har i dag store driftsutfordringer. Foretaksgruppen har utfordringer innen bemanning/rekrutering, fristbrudd og lange ventelister. Dette gir konsekvenser for tilbudet helseforetakene kan tilby befolkningen i regionen. Summen av utfordringsbildet gjør at økonomien i Helse Nord ikke lenger er bærekraftig, og endringer er nødvendig.

Som medlem i arbeidsgruppe 1 har jeg deltatt i en hektisk arbeidsprosess. Med utgangspunkt i mål og hovedretninger beskrevet i styresak 11-2023, og vedtak om utredning i styresak 29-2023 har arbeidsgruppe 1 jobbet frem to nye alternativer for akutfunksjoner, kapasitet og drift av elektive funksjoner.

For alternativene i akutte og elektive funksjoner er det utført risiko og sårbarhetsanalyse ut fra sentrale risikoområder og kritiske suksessfaktorer. Denne analysen viser gjennomgående at null-alternativet er det som har gjennomsnittlig høyest risiko innen alle vurderte områder. Alternativ 1 viser lavere gjennomsnittlig risiko og alternativ 2 viser ytterligere redusert risiko. Som gruppemedlem støtter jeg i stort alternativ 2, men støtter ikke alternativ 2 for Lofoten. Her må en se på mulighetsrommet i alternativ 1.

Med den overordnede tilnærmingen som er brukt i gruppens arbeid mener jeg at det er ikke tilstrekkelig belyst konsekvensene av den lange reiseveien, i tid og avstand, som deler av Vest Lofoten får ved denne løsningen. Det er også behov for å se nærmere på de værmessige forholdene og mulighetene for kompensierende tiltak før en slik endring kan iverksettes.

Anførsel fra brukersida

Dette er en anførsel fra brukersida, og siden jeg er dens eneste representant i gruppa, uttrykker den min mening. Jeg har gått inn i arbeidet med en intensjon om å etter beste evne sette meg inn i bakgrunnsinformasjon, statistikk og analyser for å forstå grunnlaget for oppdraget som er gitt til Helse Nord.

Mitt hovedutgangspunkt er at vi som pasienter og pårørende virkelig fortjener likeverdige helsetjenester her i nord. Det har vi ikke i dag. Det er lange ventelister, som vokser. Pasienter, brukere og pårørende er den viktigste interessenten i denne prosessen og vi bærer den største risikoen. Det er våre helsetjenester, våre sykehus. Vi trenger gode sammenhengende helsetjenester som ivaretar de sykeste og mest skrøpelige blant oss. Vi trenger at det også i framtida er nok kvalifisert personell til å bemanne sykehusene våre.

Dagens løsninger er ikke bærekraftige, det er ikke nok personale til å bemanne alle vaktlinjene. Det er for sårbare systemer. Vi har ikke ubegrensede menneskelige ressurser å hente ut nytt helsepersonell fra, og det er ikke ubegrensede økonomiske midler til rådighet. Det må omstilling til. Vi må på en grunnleggende måte endre organiseringen av helsetjenestene for å få til en robusthet i tjenestene som frambringer faglig kvalitet, god tilgjengelighet og øker pasientsikkerheten.

I både alternativ 1 og 2 er det mange gode elementer som kan bidra til å løfte kvaliteten på helsetjenestene i nord. Jeg kan ikke ut fra der vi er nå, anbefale en bestemt retning eller ett alternativ som skal gjelde for hele landsdelen. Men det er heller ikke mulig for meg å gå for en status quo, eller 0-alternativet. Selv om det oppleves som krevende og vanskelig for mange, vil det være nødvendig med omstilling og store endringer, det er jeg sikker på.

Jeg opplever at brukerperspektivet må tillegges betydelig mer vekt i det fremtidige arbeidet. De pasientnære risikoene må få et enda tydeligere fokus. Et eksempel er Pasientreiser og pre-hospitale tjenester. Det hjelper ikke å lage kvalitetsmessig gode helsetjenester hvis pasientene ikke har råd til å ta imot behandlingen. Risikoreducerende tiltak i omstillingsprosessen må ha en tydelig innretning mot pasienter, brukere og pårørendes behov.

Jeg står derfor litt på utsiden av flertallets anbefaling, men gir her min tilslutning til behovet for endring og omstilling for å sikre nordnorske pasienter og pårørende gode og likeverdige helsetjenester. Framover trenger vi et tydelig fokus på sammenhengende helsetjenester med sømløs samordning, særlig innenfor døgntilbud, som ivaretar nordnorske pasienter og pårørende på en helhetlig måte. I det videre arbeidet med endring og omstilling er brei brukermedvirkning vesentlig og avgjørende. For det er våre helsetjenester.