



Styresak 8/10

”FORSLAG TIL LOKALSYKEHUSSTRATEGI 2010-2020” HELSE NORD – HØRINGSSVAR NORDLANDSSYKEHUSET

Saksbehandler:
Otto Mathisen

Saksnr.: Dato:
2008/3720 08.02.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg:

Ikke trykt vedlegg: ”Forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020”

Saksbehandlers kommentar :

Bakgrunn

I denne saken orienteres styret om ”Forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020” og inviteres til å vedta denne som Nordlandssykehuset sin høringsuttalelse til denne utredningen.

Lokalsykehusstrategidokumentet er utviklet på grunnlag av en omfattende prosess i en større prosjektgruppe nedsatt av Helse Nord RHF, og er et dokument med stor bredde. Vi prøver i vårt svar å følge de oppsatte spørsmålene/problemområdene i oversendelsesbrevet fra Helse Nord. Vi vil i hovedsak peke på de store linjer og i begrenset grad gå inn i detaljer, og vi vil prøve å begrunne hvorfor. Dokumentet har vært drøftet i klinikkene, der engasjementet i hver av klinikkene rundt utviklingen av lokalsykehusene er betydelig og kanskje ytterligere forsterket av at foretaket nå er blitt organisert med gjennomgående klinikker.

1. Strategiens fokus/profil.

Strategidokumentet har et bredt fokus og gjennomgår tilnærmet alle deler av lokalsykehusene. Siden bredden er så stor og dokumentet favner store deler av fagstrukturen i hele Helse Nord, også ut over tradisjonelle ”lokalsykehusfunksjoner” i snever forstand, er det begrenset hvor dypt man har kunnet gå inn i de enkelte fagområdene. Dette vil naturlig medføre at man når man skal arbeide videre med utviklingen av lokalsykehusene på enkeltområder, naturlig vil måtte supplere med ytterligere dybdekunnskap. Vi synes dette er et greit valg på nåværende tidspunkt.

Det er også krevende å balansere mellom utviklingen av fagområdene, rekrutterings- og utviklingspotensialer, nærhetsperspektivet til befolkningen inkludert de store mulighetene og utfordringene i samhandlingsreformen og det økonomisk mulige. Nettopp balanseringen her på de ulike fagområdene vil det være nødvendig å arbeide videre med i det konkrete strategiske utviklingsarbeidet. Her vil det også være viktig å integrere krav eller mal for eiendom, bygg og anleggsinfrastruktur og hvordan denne påvirker tjenestetilbudet.

Dokumentets fag- og nærhetsvisjon ”Tillit, tilgjengelighet og omsorg” synes vi er god. Hovedmålene er ambisiøse og viktige og dekker de sentrale problemstillingene. Utfordringen vil være å balansere dette opp mot tilgjengelig økonomi. Dokumentet gir med sin bredde nettopp et bakteppe for videre strategiarbeid, men er ikke isolert sett en strategi, og det synes vi er et greit utgangspunkt. Det vil være utilstrekkelig uten fordypning av problemstillingene, særlig på en del av de sentrale fagområdene, når man går videre i strategiarbeidet.

2. Rammer for økonomi og personell.

Det foreligger ingen samlet kostnadsvurdering knyttet til denne strategiplanen, og det synes vi er forståelig. Flere sentrale økonomiske forhold er i dag relativt ukjente. Vi står foran en stor samhandlingsreform, der de økonomiske forutsetningene foreløpig ikke er avklart, og der de framtidige grenseflatene mellom lokalsykehus og kommunehelsetjeneste ikke er etablert. Ulike løsninger for sykehusstruktur kan slå svært ulikt ut på utgiftssiden, når vi tenker på summen av indre driftskostnader ved sykehusene, transportutgifter, ambulanssekostnader etc.

Nasjonale fagkrav og medisinsk utvikling innen de ulike områder er også under utvikling, med sine potensielt kostnadskrevende sider. Slik er det altså vanskelig å vurdere kostnadene ved framtidig tilbudsstruktur i sykehusene, men det blir svært viktig å gjøre realistiske kostnadsvurderinger i forbindelse med de enkelte strategiprosessene.

Strategiplanen peker helt riktig på den sentrale betydningen av rekruttering og vedlikehold/utvikling av høykompetent helsepersonell, for å drive sykehusene med den nødvendige fagstandard. Den ene utfordringen vil da være tilgang på helsepersonell generelt, samt grad av spisset spesialisering nasjonalt innen ulike fagområder. Vi antar det vil være betydelige kostnader knyttet til utdanning og fagutvikling for å sikre god helsepersonelldekning innen sykehusstrukturen som landsdelens krevende geografiske struktur forutsetter.

Det betyr at man trenger videreutvikling av regionale rekrutterings- og utdanningsplaner, og realistiske rammer for å drive denne kompetanseutviklingen. Her er også videreføring av tradisjonen med tilrettelagte utdanningsløp basert på lokal tilhørighet vesentlig.

Det å være en utdanningsinstitusjon (på legesiden for eksempel både å delta i spesialistutdanning, utdanne turnuskandidater og ha medisinske studenter) er sentralt for rekruttering. Et viktig grep her kan også være å se nøyer på oppgavefordelingen mellom personellgrupper i sykehusene. Vi må tro at samhandlingsreformen også vil måtte se på total tilgang av personell og ressurser for å kunne drive et samlet tilfredsstillende tilbud. Men totalt sett ser vi pr. i dag flere kostnadsdrivere i bildet, og altså betydelige personellmessige utfordringer som det må tas høyde for.

3. Faglig kvalitet, trygghet og nærhet.

Kombinasjonen av faglig kvalitet, trygghet og den mulige grad av nærhet når de to første er oppfylt, er selvfølgelig sentral for enhver utvikling av gode lokalsykehus. Her må man gå i dybden på de enkelte fagområdene til dels i høyere grad enn det man har kunnet gjøre i denne utredningen. Det vil også skje faglige utviklinger over tid som forskyver tyngdepunktene for hvor tjenester kan legges. Innen de store fagområdene (eksempel medisin og kirurgi/ortopedi) vil ambulering innen gren- og spesialområder mellom de store sentrale klinikkmiljøene og lokalsykehusene bidra til at tjenester kan gis lokalt samtidig som spesialisten beholder sin forankring i et større fagmiljø. Her vil også opplæring lokalt med tanke på pasientoppfølging etc. kunne være sentralt. Innen de mindre fagområdene som for eksempel øre-nese-hals, der vi anser små lokale avdelinger som faglig uheldige og der man heller bør satse på sentrale avdelinger med høy kompetanse, vil nettopp ambulering være svært viktig. Det er viktig at man går dypere inn i hver av de mindre spesialitetene og ser på de spesielle forutsetningene som ligger i hver når man bygger opp optimale desentraliseringsstrategier her, dette kan ikke bare omtales generelt.

Teleradiologi er eksempel på viktigheten av å utvikle gode elektroniske tjenester som gir optimal kombinasjon av nærhet for pasienten med kompetanse på fagsiden. Ved utvidelse av perspektivet under dette punktet til også å omfatte primærhelsetjenesten, er det viktig å styrke elektronisk samhandling gjennom hele linjen når det gjelder journal/dokumentflyt, kvalitetssystem etc.

I tråd med desentraliseringsprosjektet, er det viktig å kunne legge kontroller i størst mulig grad til lokalsykehusene og videre til primærhelsetjenesten der dette er mulig. Dette krever både større satsing på opplæring og kompetansebyggende ambulering (kfr. diabetessatsingen, sårbehandling etc.). Potensialet her bør understrekes.

Rehabilitering er helt riktig blitt knyttet til de enkelte fagområdene og bør integreres i forløpet der, samtidig som den store tyngden av rehabilitering bør ligge i kommunene med et viktig kompetansesamarbeid med

spesialisthelsetjenesten. Bruk av ambulerende team innen rehabilitering og habilitering bør utvikles i betydelig større grad enn i dag. Innen habilitering og rehabilitering foreligger det regionale handlingsplaner, som det er viktig å knytte seg opp mot. Styrking av lærings- og mestringstilbudene i lokalsykehusene i samarbeid med kommunene bør også fremheves. Geriatri er helt riktig påpekt som sentralt mot kommunene, og må nettopp sees på tvers av de enkelte fagfeltene og ikke for eksempel knyttes spesielt opp mot et område som slagbehandling (som dekkes av nevrologi).

4. Samhandling med førstelinjetjenesten.

Nordlandssykehuset slutter seg til de formuleringer og strategier som er trukket opp i forhold til samarbeid/samhandling med førstelinjetjenesten. Helseforetakets styre har i sak om samhandling vedtatt dette som et strategisk verktøy mellom nivåene i behandlingsskjeden, og mellom - og innad i - klinikkene i Nordlandssykehuset.

Målet er at samhandling gjennom robust organisatorisk forankring og optimaliserte pasientforløp, skal bidra til:

- Å koordinere pasientenes behov for tjenester
- Å styrke fokus på forebygging
- At nivåene er godt forberedt på endringene i demograf og framtidige sykdomsbilder
- At økonomiske ressurser forvaltes på en samfunnsøkonomisk god måte

Mål og tiltak i forslaget harmonerer med NLSH sine.

Et hovedproblem er å få etablert økonomiske insentiver for samhandling. Å etablere flere desentraliserte observasjonssenger er kostnadskrevende, og slike tiltak bør innpasses i de ordinære finansieringsmetodene som utarbeides.

Innenfor alt dette vil selve samhandlingen mellom pasienter, primærhelse- og omsorgstjeneste og kommunale myndighetsnivåer og spesialisthelsetjenesten i utviklingen av de gode samhandlingsstrukturene være det sentrale verktøyet. Det er nok mange sider av og muligheter i en samhandlingsutvikling og –reform vi i dag ikke klarer å overskue, og da er det viktig at vi har bygd opp samhandlingsstrukturer og –relasjoner som gjør at vi kan gripe mulighetene for tiltaksutvikling når de er der. Her kommer også praksiskonsulentordningen inn som viktig, som bør vurderes å omfatte også andre grupper enn leger.

5. Beredskap.

Den foreliggende innstillingen beskriver helt naturlig beredskapsspørsmålet som sentralt for lokalsykehusfunksjonen. Her kommer det inn et komplekst samspill mellom kompetanse og rekruttering, vaktbyrde, volum-kvalitet, nærhets- og transportproblematikk, utstyrsmessige forutsetninger etc. Flere utredninger arbeider nå med denne problematikken (intensiv, traume, fødsel etc.), og sammen med lokalsykehusutredningen vil de være med i drøftingsgrunnlaget for videre utvikling av beredskapsfunksjoner ved lokalsykehusene.

Både faglige, transportmessige og økonomiske og nærhetsmessige faktorer kommer inn her. I denne drøftingen må man også gå dypere inn i fagområdene når det gjelder forsvarlighetskrav og realisme – og hva de ulike fagområdene betyr i forhold til hverandre (eks. kirurgi-føde-indremedisin-akuttmedisin), hvilken gjensidig støtte som er nødvendig. Muligheter for nødprosedyrer og kompetent stabilisering blir viktig. Konsekvenser for og muligheter innen volum av luftambulansetjenester og redningshelikoptertjenesten blir vesentlig. Med tanke på geografisk kunnskap og ressursstyring i akuttsituasjoner vil også det å ha minst én AMK-sentral i hvert foretak være betydningsfullt.

Også fagutviklingen (metode, ny teknologi etc.) på de ulike fagområdene vil få betydning for hvordan beredskapen kan legges og organiseres. Beredskap er et svært krevende område der nærhet, god nok kvalitet og personellmessige forutsetninger (inkl. breddekompetanse) vil måtte balanseres slik at tilbudet samlet blir godt og trygt for befolkningen. Dette krever mer omfattende fagprosesser framover.

Kvaliteten i disse faglige utviklingsprosessene som omfatter alle nivåer av tjenesten og samspillet mellom dem vil være avgjørende for resultatet. Nordlandssykehuset ser en stor og viktig utfordring i å arbeide med dette.

6. Undervisning/forskning.

Lokalsykehusenes rolle som utdanningsinstitusjoner er vesentlig både for utvikling og sikring av kvaliteten i behandlingsvirksomheten og for rekruttering, som påpekt i innstillingen. Med utgangspunkt i at rekruttering kanskje blir en av våre største utfordringer i sikring av et godt lokalsykehusstilbud, må det etter vårt syn satses betydelig mer på utdanning, fagligutvikling og forskning enn i dag. I Helse Nord bør nettopp kompetanse som investeringsområde løftes sterkere fram, med ambisiøse målsettinger og økonomiske virkemidler svarende til dette. Individuell og enhetsbasert kompetanseplanlegging bør få en primær plass i utvikling og drift av Helse Nord's lokalsykehus.

Når det gjelder forskning, er muligheter for det vesentlig. Det er da viktig at det gjøres grep som legger til rette for at også mindre prosjekter fra små fagmiljøer kan konkurrere med store prosjekter fra tunge og sterke fagmiljøer når det gjelder tildeling av forskningsmidler i Helse Nord. Her anses det nødvendig å gjøre særskilte grep, for det kan synes som det nå kan være en utvikling ytterligere i motsatt retning. I tillegg til det ansvar for forskningsmessig bistand som ligger til de større sykehusmiljøene er det viktig at også Universitetet kommer sterkere inn når det gjelder forskningsutvikling med prosjekter i lokalsykehusene og i samlinjen mellom lokalsykehusene og førstelinjetjenesten. Bemanningsgraden ved lokalsykehuset må også ta høyde for tid til forskningsvirksomhet.

7. Det indremedisinske tilbud.

Dette vil som rapporten påpeker være det største (og sterkt voksende) fagfeltet ved lokalsykehusene, spesielt pga. aldersutviklingen i befolkningen. Utviklingen og forventningene til spesialisert medisin gir oss stadig høyere krav til presisjonsnivå i diagnostikk og behandling av sykdom også hos den aldrende befolkningen. Aldersgrenser for avansert teknisk behandling blir stadig høyere, med økte krav til spesialistundersøkelser. Med tanke på hvilke behandlingsformer som skal kunne tilbys på lokalsykehusene, er det nødvendig å gå videre enn rapporten og inn i de nasjonale standardene for forsvarlig faglig nivå som foreligger på de ulike spesialområdene. Dette ser vi må bli en del av prosessen videre. Forholdet til støtte fra de andre fagene i lokalsykehuset blir også viktig.

De store utfordringene innen områdene nyre- og lungemedisin nå og framover må det også gås dypere inn i den videre prosessen, og her vil man også berøre et viktig perspektiv som går på sammenhengen mellom faglig styrke lokalt og spesialistbemanning sentralt for å kunne drive lokal avansert oppfølging kombinert med krevende utredning og behandling sentralt (samt bidrag med opplæring/ambulering, teledialyse etc.). Ambulering innen disse to fagene og hjertemedisin vil kreve sterk spesialistdekning sentralt.

Utvikling innen kreftmedisin (og her er det viktig å fremheve av Nordlandssykehuset Bodø har en betydelig senterfunksjon i kreftbehandling i Nord-Norge) med samarbeid med oppfølging i lokalsykehusene – og med videreutvikling av screeningsbehov i forhold til kreft – vil også stille store krav til spesialisert bemanning og kostbare medikamenter og teknologi, og med aldersutviklingen i befolkning vil dette representere en svært stor utfordring som må tillegges nødvendig vekt i all planlegging framover. På sentrale indremedisinske fagområder må det altså legges strategiske planer framover som går dypere inn i utfordringene på de enkelte områdene. Innen den akutte indremedisinen, særlig i forhold til eldre, er det viktig at man utviklet kommunale tilbud innen akuttobservasjon og behandling (og bidra faglig fra spesialisthelsetjenesten til kompetansebygging her) for at pasientene skal kunne slippe unødige innleggelse og kapasiteten ved sykehuset kunne brukes til pasienter som trenger den.

8. Rus og psykisk helse.

Psykisk helsevern i form av distriktpsikiatriske sentre (barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og ruslidelser) er godt forankret i lokalsykehusene. Selv med opptrappingsplanen som har vært for psykisk helsevern, er disse områdene av dem der avstanden mellom befolkningens behov (og forventning) og behandlingsmuligheter er størst. Siden dette området også representerer høy grad av sykmeldings- og uføreproblematikk, er det viktig at det gis stor vekt ved videre utvikling av spesialisthelsetjenesten,

også i lokalsykehusene. Dette er også et område hvor samarbeid med og veiledning av primærhelsetjenesten kan gi betydelige gevinster, men hvor dette ofte kommer i konflikt med behov for kontorbasert pasientbehandling. Her snakker vi både om tilgang på spesialisert personell og om økonomi.

Det er riktig som utredningen påpeker, at rekrutteringsproblemene er betydelige. Her må det legges tyngde og ressurser i regionalt utdanningsprosjekt, og det må investeres betydelig i opplæringstiltak. På ruslidelsesområdet med behov for tverrfaglig spesialisert behandling, er den manglende tilgangen på kompetent personell svært problematisk og truer mulighetene for et tilstrekkelig og kvalifisert tilbud i årene som kommer (samarbeid med privatpraktiserende spesialister vurderes som til liten hjelp i denne sammenheng). Det blir viktig med regionale strategier på dette området.

Vi mener den ambisiøse strategien og målene for psykisk helsevern er bra, men det blir nok nødvendig å gå sterkere inn i hvordan en styrket oppbygging skal skje og hva spesialistenes tid skal prioriteres til under oppbyggingen (her er det bl.a. spørsmål om realismen i døgnkontinuerlig vakt ved svak bemanning – og om prioritering av tverrfaglige team med kirurgi, indremedisin og psykiatri blir riktig). De økende kravene innen psykisk helsevern for spesialisert behandling med kompetansekrevede metoder i forhold til de ulike lidelser styrker også behovet for ressurser til kompetansebygging. Det er også viktig i sammenheng med denne kompetansebyggingen å legge til rette for lokal forskning, kfr. pkt. 6.

Når det gjelder habilitering og rehabilitering, er det viktig å understreke betydningen av dette i forhold nettopp til psykiske lidelser og funksjons/utviklingshemninger, og å trekke dette sterkere inn i planleggingen både av lokale, foretaksbaserte og regionale tjenester (kfr. plan for habilitering og rehabilitering). I det hele tatt har psykisk helsevern og rusvern et betydelig potensiale på samhandling tett inn i forhold til de primærhelsetjenesten, som det ressursmessig må tas høyde for.

9. Brukermedvirkning.

Vi vurderer brukermedvirkning som svært vesentlig i den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten, herunder lokalsykehusstilbudet. Det er viktig at det nå er satt på agendaen i den foreliggende meldingen. Ut fra engasjement i sykehuset rundt brukerkompetanse og strategier for utvikling av ”brukerempowerment” mener vi det viktig å gå videre på dette feltet, både i forhold til representasjon i sykehusene og ikke minst å styrke brukeres stilling og ”stemme” slik at de kan hevde seg godt som partnere (og mestre og oppleve seg reelt verdsatt og hørt i pasientrollen i helsetjenesten). Ut fra erfaringer fra andre land og internasjonale prosjekter vi selv deltar i, tror vi at det er mye å hente på dette feltet, og at vår helseregion kunne løfte disse problemstillingene opp på en slik måte at reell brukermedvirkning og brukerstyrke blir et varemerke. Dette er i meget høy grad i samhandlingens ånd, og Nordlandssykehuset deltar svært gjerne i en slik utvikling, gjerne også i utviklingen av prosjekter i regionen.

Tilråding

Styret inviteres til å fatte følgende

Vedtak

1. Styret ved Nordlandssykehuset viser til saksutredningen knyttet til "Forslag til lokalsykehusstrategi for 2010-2020" og vedtar denne som Nordlandssykehuset sin høringsuttalelse.
2. Styret vil spesielt understreke følgende
 - a. Forlaget til lokalsykehusstrategi favner store deler av fagstrukturen i Helse Nord, også områder som ikke er tradisjonelle "lokalsykehusfunksjoner". Videre utvikling av lokalsykehusene vil derfor måtte suppleres med ytterligere dybdekunnskap.
 - b. I det videre arbeid med utvikling av lokalsykehusstrategien til Helse Nord må de økonomiske konsekvensene av ulike valg synliggjøres.
 - c. Utdanning, fagutvikling og forskning bør prioriteres.
 - d. Indremedisin er bærebjelken i tilbudet ved lokalsykehusene og det bør vurderes hvorvidt det skal utvikles en egen delstrategi for utvikling av tilbudet innenfor dette området ved lokalsykehusene.
 - e. Brukermedvirkning understrekes som viktig i den videre utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet.

Avstemming :

Vedtak :