



Helse Nord RHF  
Att. Tollåli Geir

Deres ref:  
2018/488

Vår ref:  
2018/2957-3

Dato:  
20.01.2019

## Høring Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord

Dokumentet har vært til høring i Finnmarkssykehuset og vi har fått flg innspill:

### 1. Fra klinikkledelsen ved klinikk Hammerfest:

Klinikkledergruppen har gjennomgått dokumentet. Vi har en felles oppfatning om at dokumentet er litt uklart. Det skal være en veileder til bruk i diskusjoner og utredninger og da bør innholdet være entydig og avklarende på områder hvor det kan oppstå tvil. Under begrepsavklaringer bør man plassere de enkelte sykehus i RHF-et, for å unngå usikkerhet om hva som er hva. Viser for øvrig til Nasjonal helse- og sykehusplan der dette er avklart. Under store akuttisykehus er det vanskelig å forstå om sykehus med akuttfunksjon for enkelte fagområder inngår her. F.eks har Hammerfest Sykehus ansvar for alle barn i Finnmark. Opptaksområde er mer enn 60 000 innbyggere. Er sykehuset da et stort akuttisykehus? Under pkt 3 Sykehusstrukturen i Helse Nord beskrives akuttisykehus noe ullent. Her bør man bruke forklaringer som benyttes i Nasjonal helse- og sykehusplan. I presentasjonen er det vanskelig å forstå hva som er kriteriene for et akuttisykehus. Dagens fordeling av oppgaver bør komme tydeligere fram. Kan f.eks. ikke se av veilederen hvilke oppgaver Hammerfest har i innen barnemedisin.

Klinikkledergruppen er enig i at retningslinjer for nettverkssamarbeid bør utarbeides. Dette arbeidet bør få høy prioritet for å kunne videreføre og forbedre dagens samarbeid.

### 2. Fra medisinsk faglig rådgiver prehospital klinikk.

Kommentarer til «Veileder: Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord – Hvilke somatiske sykehusfunksjoner skal finnes på et sykehus? – og vurderingskriterier for funksjonsdeling»

Veilederen forholder seg stramt til Nasjonal helse- og sykehusplan. Vi vet at planen allerede er under revisjon, så Helse Nord's veileder bør være fremtidsrettet og ta høyde for den reviderte helse- og sykehusplan ved å gjøre seg mindre avhengig av den någjeldende. Dette berører blant annet terminologien og deling av sykehus etter befolkningsunderlag.

Pkt. 3.2.2 Lokalsykehusfunksjoner beskriver at Akutt- og mottaksmedisin kan ha systemansvar for klinisk ledelse og triage i akuttmottak, og kan inngå i generell medisinsk vakt. Denne spesialitet er knapt etablert, og det gjenstår å se om det er mulig å rekruttere leger til den. Den er ment å fylle funksjoner som allerede er dekket i dagens lokalsykehus, og

kan fort bli enda en gruppe der det mangler fastboende spesialister. Jeg mener Helse Nord bør styre utenom denne spesialitet i sine sykehus, spesielt lokalsykehusene.

Pkt. 4.1.4 Utdanning og rekruttering belyser betydningen av regionsykehusene (her UNN Tromsø) for utdanning og spesialisering av helsepersonell. Jeg savner en «bro» mellom de kapitlene som beskriver mulighet for desentralisering av de store pasientgrupper med behov for behandlingstilbud som kan utføres lokalt med dokumenterte gode resultater (f.eks. brokk, varicer, urininkontinens) og muligheten for utdanning av regionens helsepersonell lokalt. Kanskje skulle alle kirurger innom det lokalsykehus der man sentraliserer brokk-kirurgi for å lære det, og alle gynekologer innom et lokalsykehus der man spesialisere seg på urininkontinens hos kvinner? Med nasjonale kvalitetsregistre påhvile det både store og små sykehus å dokumentere kvalitet i egen behandling.

Som tidligere leder for Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi er jeg nødt til å påpeke at Helse Nord allerede har vedtatt Nasjonal traumeplan, som gir ufravikelige føringer for hvor alvorlig skadde pasienter skal Pkt. 3.2.1 skriver: «Alle lokalsykehus skal ha vurderings- og stabiliseringskompetanse ved traumer, selv om ikke alle skal være traumesykehus.» Dette er i strid med nasjonal traumeplan.

Nasjonal Traumeplan – Traumesystem for Norge er nå vedtatt likelydende i alle fire regionale helseforetak. Denne plan er ganske tydelig på hvor pasienter med mistenkt alvorlig skade skal, og hvilke pasienter dette gjelder for.

Dersom en pasient oppfyller kriteriene for mistenkt alvorlig skade i figuren under (traumeplanen side 18) skal pasienten transporteres til enten akuttisykehus med traumefunksjon eller traumesenter avhengig av skade og avstand/tid til traumesenter. Dette beskrives i figuren.

Traumeplanen beskriver også tydelig funksjonen til sykehus uten definert traumefunksjon, se side 123. Her står det klart:

Pasienter som fyller kriteriene for mistenkt alvorlig skade i figur 3 skal raskest mulig til det sted som kan ferdigbehandle dem, eller som kan håndtere livstruende skader i påvente av overføring til traumesenter. I denne plan har akuttisykehus med traumefunksjon og traumesentre en definert rolle med tilhørende krav.

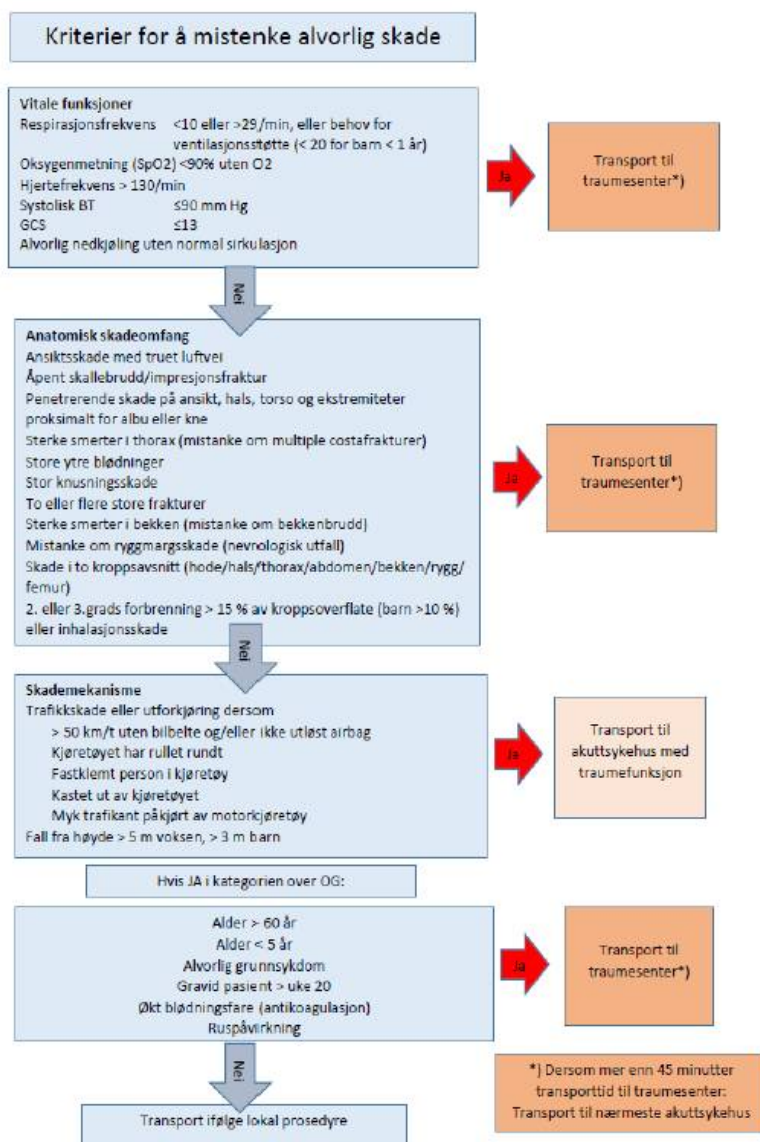
Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre og legekontorer kan være gode steder å undersøke og behandle pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Disse fasiliteter har ikke definerte krav til beredskap og kompetanse. Tilbudet til pasientene er derfor varierende, og pasienter med mistenkt alvorlig skade skal ikke transporteres til disse institusjoner med mindre det er for å vente på transport.

Det står også som **STERK ANBEFALING** at:

Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v. kan brukes for midlertidig undersøkelse og behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan gjøres avhengig av tilgjengelig kompetanse, men i samråd med traumeleder på det traumesenter/sykehus pasienten venter på å komme til. Diagnostikk og behandling skal ikke forsinke transport.

Og det står som anbefaling at:

Helseforetak og regionale helseforetak bør informere befolkningen og ansatte i AMK, ambulansetjeneste, luftambulanse etc. om sin beredskap for behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Befolkningen bør vite at transport til akutt sykehus med traumefunksjon og traumesenter er tryggere enn transport til sykehus uten definert traumeberedskap.



Det er derfor ikke tvil om at forslaget vil være i direkte motstrid med den nasjonale traumeplan, som er vedtatt av Helse Nord. Traumeplanen er derfor BÅDE et regionalt vedtatt dokument OG må oppfattes som et normerende dokument dersom det skulle oppstå pasientskader eller hendelser ved transport av pasienter som oppfyller traumeplanens kriterier for mistenkt alvorlig skade til sykehus uten traumefunksjon. Det er nettopp for å unngå «pasientfeller» at traumeplanen er tydelig på dette punkt.

### 3. Fra avdeling rehabilitering klinikk Kirkenes.

Først noen generelle betraktninger / kommentarer:

- ✓ Flott initiativ, erfaringsmessig trengs det en avklaring i regionene.
- ✓ Dessverre oppfatter vi at dokumentet er for «rund» i sine formuleringer, slik at vi tror ikke konkrete situasjoner vil bli avhjulpet / avklart som følge av dokumentet.
- ✓ Savner flere problemområder, eks:
  - ⇒ Grensesnitt mellom psykiatrien og somatikken
  - ⇒ Tydeliggjøring av «konservativ» behandling, eks under ortopedi. Det er ikke alt som skal behandles med kniven.
  - ⇒ Satsning på LMS og HelseIArbeid
  - ⇒ Generelt områder som omhandler mer myke verdier og ikke er verken akuttmedisin eller kirurgi

Vi prøver å presisere ift til de brukte bollepunktene / tabellene i dokumentet:

Pkt. 3.2.3 Andre lokalsykehusfunksjoner som (bør) finnes i et helseforetak

Spesialitet	Beskrivelse	Merknad
Nettverkssamarbeid		Om begrepet nettverkssamarbeid skal få en praktisk betydning, må det spesifiseres / avklares hva det skal innebære og mellom hvem. Definere ansvarsplassering osv.
Fysikalskmedisin og rehabilitering	Spesialisert rehabilitering Bistand til slagenheter er ikke et godt uttrykk, det bør heller kalles <i>samarbeid med slagenheter</i>	Denne fagspesialiteten må tydeliggjøres mer. Fysikalsk medisin og rehabilitering er <b>mye</b> mer enn sengepost og poliklinikk. Det bør stå selvstendig sengepost (heldøgnsstilbud), samarbeid med slagenheter, andre medisinske enheter og kirurgiske enheter, samt akuttenheter eks ifm commotie som ofte skrives rett hjem. Poliklinikken bør defineres som <i>tverrfaglig poliklinikk og ambulante tjenester</i> må nevnes. Samarbeid med avtalespesialister og private institusjoner bør tydeliggjøres.
Habiliteringstjenesten for voksne	Utredning, diagnostisering og nødvendig oppfølging av kommunale tjenester av voksne med medfødte/tidlig ervervede funksjonsnedsettelse	Tverrfaglig poliklinikk og ambulante tjenester samt udekket behov for døgnplasser ved særlige situasjoner. Samarbeid med psykiatrien MÅ her inn, da mange av disse pasientene faller mellom eller skyves fram og tilbake mellom psykiatri og somatikk.

Lærings- og mestringsvirksomhet	Lærings- og mestringsstilbud til flere pasientgrupper	Tett samarbeid med fagmiljøene på medisinske, kirurgiske og rehabiliteringsmedisinske avdelinger. I tillegg til tett samarbeid med primærhelsetjenesten.
HelseArbeid	Nasjonalt nytt tilbud som det er ønskelig i Helse Nord at alle Foretakene samarbeider om og etablerer i alle Foretakene	Sammensetning av fagpersoner, bruk av avtalespesialister og private institusjoner m/avtaler osv.
Kreftsykdommer		Her bør det framkomme tydeligere behovet for oppfølging av senskader, som bør fint kunne gjøres på lokalsykehus. I Kirkenes har vi i alle fall kompetanse på både lymfødem, utmattelse og mestring av komplekse forhold rundt det å leve med eller leve etter behandling av kreft.
Nevrologi	Bistand til slagenhetene	Dette bør defineres tydeligere. I tillegg må man se på pakkeforløp og hva som der beskrives ift nevrologens rolle ved for eksempel trombolys behandling. Kanskje er ikke bare poliklinikk godt nok?
Ortopedisk kirurgi	Samhandling med fysikalsk medisin og <a href="#">rehabilitering</a>	Det bør avklares hvilke tilstander som bør få rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvilke bør få tilbud via private opptreningscenter og lignende. Bruke legespesialisten fysikalsk medisiner for å vurdere hvem bør hvor?
Revmatologi	Samhandling med fysikalsk medisin og <a href="#">rehabilitering</a>	LMS må inn her. Videre må det avklares hvilken rolle fysikalsk medisin skal ha, når skal det samarbeides og om hvilke tilstander??

### Pkt 3.3.1 Regionale funksjoner og spesialiteter

Spesialitet	Beskrivelse	Merknad
Håndkirurgi		For mange av disse skadene bør det så avgjort være et adekvat tilbud lokalt. I tillegg bør det framkomme at mye av dette krever konservativ behandling og spesialisert oppfølging, som i dag

		<p>ivaretas gjennom et godt samarbeid mellom ortoped (poliklinikk) og terapeuter (her ved klinikk Kirkenes. Her er det også etablert et godt regionalt forum for håndskader/håndterapi. Vise til: <a href="https://unn.no/Documents/Metodebøker/Metodebok%20ved%20håndskader%20og%20håndleddsskader/2018-04-08%20Metodebok%20i%20håndkirurgi%20for%20Helse%20Nord%20_web.pdf">https://unn.no/Documents/Metodebøker/Metodebok%20ved%20håndskader%20og%20håndleddsskader/2018-04-08%20Metodebok%20i%20håndkirurgi%20for%20Helse%20Nord%20_web.pdf</a></p>
Klinisk nevrofysiologi		Det blir ikke klart nok når det står «kan etableres». Dette må formaliseres og ansvaret må defineres.
Fysikalskmedisin og rehabilitering. Utredning, behandling og rehabilitering av komplekse tilstander	Spesialisert rehabilitering av definerte pasientgrupper -	<p>Denne fagspesialiteten mangler helt. Her må det framkomme hvilke pasientgrupper som skal prioriteres hvor. Både ift behovet for sengepost (heldøgn) og poliklinikk.</p> <p>Når behandlingstilbud funksjons fordeles, må det tas hensyn til utdanningsforløp for legespesialiteten, samt alle de andre faggruppene behov for spisskompetanse.</p>
Lærings- og mestringstilbud til pasienter med komplekse tilstander	Lærings- og mestringstilbud til definerte pasientgrupper	<p>Tett samarbeid med LMS ved lokalsykehusene.</p> <p>I tillegg trenger vi at det gjøres en avklaring på Helse Nord – nivå, på hvilket nivå pasient- og pårørendeopplæring/LMS kurs skal tilbys.....regionale eller lokale tilbud??</p>

ART UNN har ikke noen andre funksjoner enn de andre ART'ene i regionen, derfor trenger en ikke nevne ambulante tjenester på dette nivået.

Habiliteringstjenesten for voksne er ikke nevnt, dette mener vi er en stor mangel. Her trengs det avklaringer og økte ressurser. Kanskje bør det jobbes for at habilitering blir en egen spesialitet for leger? Kanskje det vil øke anseelse og rekruttering til faget. Habilitering er et tilbud spesialisthelsetjenesten må prioritere og deres oppgaver ut til sine pasienter er slik at det i svært liten grad egner seg for tradisjonell poliklinikk. Her må fagpersonene i langt større grad ut til der pasienten bor. Samt at en stor andel av den jobben som spesialisthelsetjenesten skal gjøre, er knyttet direkte til det kommunale hjelpeapparatet. Videre må det satses mer på diagnostisering. Det må være leger og andre spesialister i hvert foretak.

Noe regional satsning kan være fordelaktig, da kanskje særlig ift døgntilbud for de aller sykeste. Dette gjelder kanskje aller mest de med psykisk utviklingshemming som i tillegg blir alvorlig psykisk syke.

### **Pkt 3.4.:**

2. avsnitt: Erfaringen er at UNN ikke har kapasitet til å bistå i særlig grad, selv ved planlagt fravær som er varslet i god tid. Kanskje kan et tiltak være at det på lokalsykehuset legges til

rette for noen delte stillinger med regionalt nivå? Rekruttering i slike stillinger som er på en måte øremerket til ambulerende, vil sikkert være et problem, men dersom alternativet er å få pasienten til UNN uten økte ressurser, er vel ikke det heller en god løsning.

Et annet alternativ kan være å styrke det lokale miljøet direkte med økte antall stillinger, evt økte midler til innleie av vikarer.

Når fravær av den ene spesialisten som finnes på lokalsykehuset ikke er planlagt, eks ved akutt sykdom, er vel den siste løsningen lettere å få til å fungere enn å belaste UNN???

### 3. avsnitt:

Det har vi og det er nesten litt ubehagelig at det står i et slik dokument! Se ellers kommentar ift 2. avsnitt.

### 4. avsnitt:

Er egentlig kommentert under avsnitt 2, men det bør i så fall lages en mal for hva er en «avgrenset tidsperiode», hvilke faggrupper gjelder dette (eks hva sier planene ift logoped?)

#### **Pkt. 4.1.2. Egenskaper ved behandlingstilbudet**

Under 3. bollepunkt må det framkomme at dette gjelder MANGE flere yrkesgrupper / fagutdanninger og spesialiseringer.

#### **Pkt. 4.1.4 Utdanning og rekruttering**

Med utdanningssykehus bør her inkluderes også lokalsykehusene, ikke bare universitetssykehuset, selv om det er der utdanningsinstitusjonen formelt ligger.

Praksisfeltene gis ofte lokalt og her må universitetsnivåene ha et ansvar for oppfølging slik at veiledning osv. blir kvalitetssikret opp mot universitet og kravene til høyere utdanning.

Her er det særlig viktig med samarbeid på master og Phd-nivå, da lokalsykehus-ansatte erfaringsmessig blir nedprioritert med begrunnelse av ikke knyttet til universitet ... Dette har ført til en vond sirkel, der lokalsykehusene mangler kompetanse i veiledning på forskernivå, og dermed får avslag på forskningsmidler og dermed heller aldri får bygd opp nødvendig forskningskompetanse lokalt. Dette bør det ikke være noen grunn til å fortsette med, ikke med dagens IKT-løsninger osv.

Vennlig hilsen  
Finnmarkssykehuset

Harald G. Sunde  
Medisinsk fagsjef

*Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.*