



Nordland legeförening

DEN NORSKE LEGEFÖRENING

Helse Nord
v/fagdirektør Geir Tollåli

Bodø, den 14. januar 2019

Høringsvar fra Nordland Legeförening (NLF) til Helse Nord (HN) høringen «Utkast til veileder: Deling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord»

NLF støtter formålet med veilederen, nemlig å sikre at diskusjoner rundt funksjonsdeling av oppgaver mellom sykehusene i HN området, kan foregå på et objektivt grunnlag. Men veilederen oppfyller slikt NLF ser det, i sin nåværende form, ikke det ambisiøse målet å «...bidra til å klargjøre hvilke funksjoner som må finnes ved alle sykehus (lokalsykehusfunksjoner) og hvilke funksjoner vi kan eller bør samle på ett eller få sykehus. Veilederen beskriver også hvilke kriterier som skal vurderes før endringer i funksjonsdeling.». Før veilederen inngår i fremtidige diskusjoner rundt funksjonsdeling, bør den utvides og gjennomarbeides noe.

Et bærende prinsipp i den norske sykehusstruktur er desentraliserte tjenester som sikrer mest mulig tilgjengelighet for pasientene, der pasientene bor – eller som helseminister Bent Høie har formulert det:

«...Befolkningen blir eldre. I årene som kommer vil flere av oss leve med sykdommer som krever behandling og oppfølging over tid. Her kommer lokalsykehusene til å spille en stadig viktigere rolle. Mye tyder på at kvaliteten på behandlingen blir bedre når den finner sted i mindre enheter nærmere pasienten. Det er altså gode grunner til å bruke ny teknologi til å desentralisere behandling der det er mulig. I utviklingen av sykehusene er dette også et overordnet mål for oss: Å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må.»
(<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/spare-liv--ikke-penger/id2407210/>).

NLF påpeker viktigheten av at denne veileder legger seg tett opp mot Nasjonal helse- og sykehusplan, særlig kapittel 14 (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-korte-trekk-nasjonal-helse--og-sykehusplanny-side/id2462251/sec14>) – Noe HN i stor utstrekning har lyktes med. Dog ønsker vi at følgende viktige punkter fra helse- og sykehusplanen innarbeides i større grad i veilederen:

* Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.

* Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres.

* Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavedeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.

* Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

I det følgende kommer vi med punktvis anbefalinger til veilederen:

Under pkt 3.2.2 listes spesialiteter, som bør være tilgjengelige i akutt sykehus.

Her er bla omtalt anestesilege, indremedisiner og kirurg. Sykehusenes akuttmedisinske infrastruktur, herunder særlig intensivmedisinsk kapasitet, er imidlertid ikke omtalt. Dette er kritisk infrastruktur for håndtering av akutt syke pasienter. Intensivmedisin er et krevende fagfelt, både økonomisk, utstyrmessig og kunnskapsmessig. I mange av våre naboland er det et krav med ekstrautdanning for å kunne ivareta systemansvar for en intensiv avdeling.

Her bør veilederen detaljeres og evt. utvides med et eget kapittel om intensivkapasitet i HN – gjerne med referanser til Norsk Anestesiologisk Forening/Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere «Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge 23. oktober 2014» (<https://nafweb.no/standarder/retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge/>).

Lufttransport og prehospital evakueringsakse er kritiske elementer i HN infrastrukturen.

Plassering og innhold i akutt-sykehus må hensyn ta disse momenter.

Veilederen bør således utvides med et eget kapittel om prehospitale tjenester, responstid, minimumskapasitet osv. Veilederen bør også omtale organisering av sykehus ifht. luftevakuering, herunder akseptable maksimumstider for evakuering til regionssykehus/stort akutt sykehus for livreddende og tidskritisk sentralisert behandling.

Veilederen nevner i kap 2.4 begrepet «sykehusområde», men i den videre veileder omtales ikke hvordan sykehus områdene er tenkt fordelt innen HN. For eksempel har NLSH Bodø i dagens organisering utstrakt områdevirksomhet for Helgelandssykehuset med bakvaksordninger, som dekker begge sykehus innen flere indremedisinske fagfelt.

Områdefunksjoner bør beskrives i veilederen – for eksempel under kapittel 3.4.

Hensikten med avsnitt 4, «Funksjonsfordeling i Helse Nord» er meget uklar. En tydelig referanse til Nasjonal sykehusplan og prinsippet om «Å desentralisere det vi kan og

sentralisere der vi må» (ref. Innledningen av dette høringssvaret), bør inn i dette avsnittet. Faren for at HN sentraliserer for mange tjenester av ikke-pasient-relevante årsaker, som for eksempel økonomi eller sterke ønsker fra enkelte fagmiljøer, er slik NLF ser det, overhengende og ikke i tråd med Stortingets føringer.

Funksjonsfordelinger må være velbegrunnede, forskningsbaserte, i tråd med Stortingets føringer og i befolkningens interesser. Dette må fremkomme tydelig av dette avsnittet.

I avsnitt 4.1 bør listen av kriterier utvides med pkt 7: «I tråd med nasjonale føringer gitt av Stortinget» og både det nåværende pkt 6 og det nye pkt 7 bør beskrives i teksten.

Avsnitt 4.1.1. og avsnitt 4.1.2 bør utvides med et krav om «Funksjonsfordeling bør så langt det er mulig forankres i nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer, både mht forsvarlig pasientvolum og mht forsvarlig responstid/prehospital tid før behandling».

Avsnitt 4.1.4 «Utdanning og rekruttering» er for dårlig beskrevet og må utvides. LIS-lege utdanningen er i omveltning og funksjonsfordeling av sykehus kan få store konsekvenser for utdanning, rekruttering og stabilisering. HN bør beskrive hvordan man vil legge til rette for at LIS leger får nødvendig tjeneste ved andre sykehus i helseregionen osv., samt beskrive hvordan LIS lege utdanningen skal finansieres – på HF nivå eller RHF nivå?

Avsnitt 5 «Anbefalinger» virker kort og uferdig. Bør utvides i en endelig versjon av anbefaling.

Med hilsen

Tove Myrbakk



Nordland legeforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Tove Myrbakk
Kommunikasjonsrådgiver og daglig leder
E-post: tove@nordland-legeforening.no
Telefon 911 79899
<http://doktorinord.no>
<http://kursinord.no>
<http://legeforeningen.no/nordland>