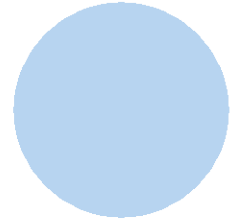
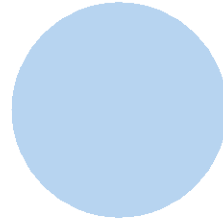


Styremøte

Helse Nord RHF

2. oktober 2014



- Sak 99-2014 Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet
- Sak 100-2014 Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet

side 1

side 14

Referatsaker:

- Sak 109-2014/3 Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg 23. september 2014
- Sak 109-2014/3 Brev fra Mental Helse Nordland av 14. september 2014 ad. manglende behandlingstilbud for pasienter med alvorlige traumeskader

side 24

side 28

Møtedato: 2. oktober 2014
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Linn Gros, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 24.9.2014

Styresak 99-2014

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet

Sakspapirene var ettersendt.

Formål

Denne styresaken handler om Helse Nord RHF's svar til Helsedirektoratets høring om forslag til ny legespesialitetsstruktur og veileder om organisering av akuttmottak. Forslag til høringsuttalelse er vedlagt (vedlegg 1).

Helsedirektoratets høring

Forslaget til ny legespesialitetsstruktur og -utdanning er del av Helsedirektoratets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om organisering av spesialistutdanning og godkjenningsordninger for helsepersonell.

Helsedirektoratets høringsdokumenter består av:

1. Rapport: Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold.
2. Rapport: Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger.
3. Rapport: Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin.
4. Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak.

Høringsfristen er satt 10. oktober 2014.

Beslutningsgrunnlag

Høringsforslaget kan få store konsekvenser for Helse Nord's sykehusstruktur, tjenestetilbud, økonomi, rekruttering og stabilisering av legespesialister. Av hensyn til omfanget vil saken konsentrere seg om de punktene i høringen som i størst grad har betydning for sykehusene i Helse Nord. Det innebærer at rapporten om spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin ikke omtales særskilt.

Arbeidets overordnede mål er å bedre kvaliteten i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene, med god samhandling mellom nivåene og vekt på pasientsikkerhet. Forslaget har lagt til grunn samhandlingsreformens hovedretning, der kommunene har et tilbud til 90-95 % av pasientene. Den nye legespesialitetsstrukturen skal gjenspeile befolkningens fremtidige helsebehov og demografiske sammensetning frem mot 2030. Det forventes flere kronikere og flere personer med sammensatte lidelser, samt et økt behov for tilbud innen psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet. De siste fagområdene er likevel viet svært begrenset oppmerksomhet i utredningen.

Fremskrivninger viser at gapet mellom befolkningens behov for helsehjelp og tilgangen til kvalifisert helsepersonell vil øke i tiden frem mot 2030.¹

Rapporten baserer tankegangen på at store sykehus i 2030 primært skal drive høyspesialisert behandling som krever avansert og kostbart utstyr som verken kan betjenes eller finansieres lokalt. Mindre sykehus skal tilby breddebehandling og dekke de vanligste tilstandene. I tillegg skal de kunne avklare, diagnostisere og stabilisere akutte tilstander. Forslaget legger vekt på økt kompetanse i front slik at pasienter med behov for akutt behandling får rask avklaring og diagnostikk.

Legenes spesialiseringsløp

Forslaget presenterer en tredelt, fleksibel modell for spesialitetsstruktur som skal ivareta behovet for både bredde- og spisskompetanse som erstatning for dagens spesialisering. Spesialiseringen bygges opp i kompetansemoduler med gjennomgående fellesmoduler innen blant annet kommunikasjon, kunnskapshåndtering, etikk, systemforståelse og lovverk.

Medisinskfaglig utvikling går i retning mot stadig sterkere spissing innen dagens grener. Dagens grenspesialiteter innen indremedisinske og kirurgiske fag foreslås derfor gjort om til hovedspesialiteter. Spesialiseringstiden kortes ned. Ny spesialitet opprettes i mottaks- og indremedisin (MIM), hvis faglig styrke skal være avklaring, triagering², stabilisering, diagnostisering og noe behandling.

Den nye ordningen harmoniserer med EUs spesialistdirektiv. Ordningen skal forbedre og effektivisere spesialiseringsløpet. Det blir innført kompetansetesting og læringsmål. Det skal stilles klare krav til praksisveiledning og obligatorisk veilederutdanning for alle legespesialister.

Klarere oppgavefordeling

Helsedirektoratets oppgaver utvides med et sentralt nasjonalt råd for legespesialistutdanning og faglige spesialitetstråd for alle spesialiteter. Ansvar for veilednings- og spesialiseringkursene overføres til universitetene og dagens gruppetjeneste avvikles.

Organisering av akuttmottak

Undersøkelse fra Riksrevisjonen og Helsetilsynets rapport fra 2007 påpeker at flere akuttmottak kan forbedre sine ansvarslinjer, organisering og bruk av kompetanse i front. Den nye veilederen gir tydelige føringer for organisering, myndighet og kompetanse. Dette vil bidra til å styrke kvaliteten i akuttmottakene.

¹ Helsemod 2012.

² Triagering: Betegnelsen *triage* benyttes ofte om systemer for systematisk hastegradsvurdering for å avgjøre i hvilken rekkefølge pasienter skal prioriteres og hvor raskt de vil trenge medisinsk behandling.

Forslagets strukturelle konsekvenser

Helsedirektoratets forslag legger til grunn at den akuttkirurgiske beredskapen skal bæres av gastrokirurger. Det begrunnes med at 80 % av all akutt bløtdelskirurgi er gastroenterologisk.³

En slik løsning vil kreve seks til åtte gastrokirurger pr. vaktlag, med tilhørende arbeidsoppgaver og befolkningsgrunnlag. Mindre sykehus vil få store utfordringer med å rekruttere og utdanne tilstrekkelig med gastrokirurger. Den foreslåtte vaktordningen innebærer en betydelig oppbemanning for de fleste sykehusene, noe som øker kostnadene. Med begrenset pasientgrunnlag blir det også lavere aktivitet pr. behandler, noe som vil gjøre det vanskelig å opprettholde kompetansen. Dette er en problemstilling som ikke fullt ut kan kompenseres for ved bruk av simulatortrening. Små sykehus kan derfor vanskelig etablere gastrokirurgiske vaktlag slik forslaget legger opp til, noe som på sikt føre til tap av akuttkirurgisk beredskap. Akuttkirurgisk beredskap påvirker sykehusets andre funksjoner, som muligheten til å opprettholde fødeavdeling med beredskap for keisersnitt. Slike endringer påvirker igjen pasientlogistikk og prehospitaltjenester. Helsedirektoratets forslag har derfor sentraliserende konsekvenser og forsterker den pågående sentraliseringen som følger av faglig utvikling.

Alternativer for å motvirke sentraliseringseffekten

Dersom akuttkirurgien ikke skal ivaretas ved ambulering, er særlig to alternativer aktuelle. Det første alternativet er å utvide modul 2 for flere kirurgiske spesialiteter, som urologi, slik at denne gir kompetanse tilsvarende dagens generellkirurgi. Det andre alternativet er å etablere en akuttkirurgisk påbygning slik at andre kirurgiske spesialiteter blir vaktkompetente i mindre sykehus.

Rekruttering, stabilisering og arbeidsforhold

Forslaget innebærer høy vaktbelastning for vaktbærende spesialister, noe som kan gjøre rekruttering og stabilisering av spesialistgruppen mer krevende på sikt. Det er også av betydning for legen i et livsløpsperspektiv.

Endret tjenestetilbud i mindre sykehus virker inn på faglig innhold, noe som kan gjøre det mer krevende å rekruttere, beholde og utvikle legegruppen. Forslaget vil øke behovet for legespesialister, og det øker lønnskostnadene. Det kan forsterke allerede eksisterende rekrutteringsutfordringer.

Økonomiske konsekvenser

Helsedirektoratets beregninger tar ikke høyde for den faktiske kostnadsøkningen som følger av forslaget. Forslaget genererer blant annet økte lønnskostnader og økte kostnader knyttet til kjøp av spesialiseringkurs, etterutdanning og veilederopplæring. Ordningen forutsetter betydelige forvaltningsoppgaver for sykehusene knyttet til administrasjon av spesialiseringsløp og resertifisering. Beregninger fra Helse Sør-Øst har estimert de årlige merkostnadene til 500 mill kroner for deres region. Basert på samme logikk tilsvarende det om lag 140 mill kroner årlig for Helse Nord.

³ En gastroenterolog er spesialist i fordøyelsessykdommer.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om saken ad. *Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring* i samarbeidsmøte, den 9. september 2014, jf. sak 107-2014. Det ble også gitt informasjon om saken i samarbeidsmøtet 19. august 2014, jf. sak 91-2014, og det ble avholdt tematime 5. september 2014.

Brukermedvirkning

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak – høring fra Helsedirektoratet, informasjon ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 10. september 2014, jf. RBU-sak 58-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak – høring fra Helsedirektoratet til orientering.*
2. *Høringsuttalelsen behandles i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg 23. september 2014 - kl. 12.00.*
3. *Innspill fra Regionalt brukerutvalg tas med i det videre arbeid med høringsuttalelsen.*

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet ble behandlet i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 23. september 2014, jf. RBU-AU-sak 11-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalget gir sin tilslutning til utkast til høringsuttalelse ad. Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak.*
2. *RBU-AU ber om at det desentraliserte tjenestetilbudet i Helse Nord sikres.*

Behandling i helseforetaksstyrene

Høringen styrebehandles/har vært styrebehandlet i helseforetakene som følger:

- Finnmarkssykehuset HF - 25. september 2014
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) - 17. september 2014
- Nordlandssykehuset HF - 19. september 2014
- Helgelandssykehuset HF - 23. september 2014

Helseforetakenes saksfremlegg for sine respektive styrer følger saken som utrykte vedlegg.

Helseforetakene støtter forslaget intensjoner og hovedretning med visse forbehold. Det er særlig skepsis til forslaget om å gjøre gastrokirurgi vaktbærende, ettersom en slik løsning er vanskelig å realisere i de mindre sykehusene.

Adm. direktørs vurdering

Helse Nord's viktigste mål i årene fremover er å sikre befolkningen likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet og med vekt på pasientsikkerhet.⁴

⁴ Helse Nord's kvalitetsstrategi (2011), jf stortingsmelding 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*.

Helsedirektoratets forslag er en kvalitetsreform der den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin får en viktig funksjon, særlig i akuttmottak og i observasjonsposter. Hovedvekten av alle akutte tilfeller er av indremedisinsk art, og den nye spesialiteten kan anvendes i sykehus av ulik størrelse og organisering. Rask utredning og diagnostikk bidrar til god kvalitet og riktig ressursbruk.

Fremtidens helsetjeneste vil preges av et økt behov for helsetjenester, noe som øker gapet mellom tilgangen til, og behovet for helsepersonell. Det er derfor viktig å utvikle en bærekraftig struktur, der ressursene støtter prioriterte områder. Disse utfordringene reflekteres i forslaget, og adm. dir. gir derfor sin støtte til forslagens intensjon og hovedlinjer.

Få sykehus i Helse Nord kan bemanne et vaktlag av gastrokirurger slik Helsedirektoratet foreslår. På sikt kan forslaget derfor få betydelige konsekvenser for Helse Nord's lokalsykehusstruktur og muligheten til å opprettholde kirurgisk akuttberedskap. En endring i akuttkirurgisk funksjon har også konsekvenser for fødetilbudet og prehospitale tjenester. I tillegg vil en slik ordning gå på bekostning av andre kirurgiske spesialiteter, og dermed forsterke problemstillingen med at befolkningen pr. i dag har et større udekket behov for blant annet urologiske tjenester. Adm. direktør foreslår derfor at Helsedirektoratet vurderer å utvide modul 2 innen kirurgi slik at også andre kirurgiske spesialiteter, som urologi, kan inngå i akuttkirurgisk vaktordning.

Forslaget styrker kompetansen i kommunene i tråd med samhandlingsreformen. Pasientene skal ha et tilbud for de vanligste og mest utbredte lidelsene lokalt. Den faglige utviklingen, med stadig sterkere spissing, gjør det likevel utfordrende å etablere og opprettholde robuste fagmiljø innen alle fagområder. Det rammer særlig mindre sykehus og er en utvikling som forsterkes av Helsedirektoratets forslag. For å gi pasientene i Helse Nord et likeverdig behandlingstilbud av en kvalitet som følger nasjonale standarder og retningslinjer, må det bygges opp sterke fagmiljø med stabile ressurser.

Adm. direktør vurderer forslagens klare ansvarlinjer som riktig. For spesialisthelsetjenesten blir det svært viktig at de kliniske behovene reflekteres i tilbudte spesialiseringer, veiledningskurs og obligatoriske etterutdanninger. Ikke minst må det være samsvar mellom tjenestens behov og spesialitetsrådenes oppfatning av nødvendig kompetanse.

Selv om forslagens hovedlinjer vurderes som positive, må det bemerkes at utredningen har enkelte svakheter, særlig innen fagområdene psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet. Barne- og ungdomspsykiatri er ikke omtalt i forslaget. Pasientsikkerhet burde inngå i de langsgående kompetansemodulene for alle spesialiteter. Utredningen gir ikke svar på hvordan det nye systemet skal fange opp endringer i behandlingsmetodikk som involverer flere spesialiteter. De økonomiske konsekvensene er ikke tilstrekkelig beregnet.

Helse Nord RHF har "sørge-for" ansvar i en region preget av store avstander og spredt bosetting. Desentraliserte pasienttilbud anses i noen grad, nødvendig for å sikre beredskap og tilgjengelighet til helsetjenestene. Rask vekst hos private leverandører vil kunne tappe helseforetakene for fagfolk som det er knapphet på.

5. Juridiske forhold

Et av hovedargumentene for statlig overtakelse av sykehusene var å plassere ansvaret for spesialisthelsetjenester entydig. Som følge av dette er de regionale helseforetakene tillagt et totalansvar for å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester, jf helseforetaksloven § 2 a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

Forslaget om å forskriftsfeste en godkjenningsordning som skal forvaltes av helsedirektoratet, splitter ansvaret for å stille tilgjengelige spesialisthelsetjenester til rådighet mellom de regionale helseforetakene og helsedirektoratet. Særlig understrekes dette av at direktoratet skal etablere en organisasjon som skal gjennomføre vurderinger, herunder av skjønnsmessig karakter, i forbindelse med godkjenningsordningen, på linje med prosessene som gjennomføres i de regionale helseforetakene når leverandører skal velges innenfor anbudsinstuttet.

Helse Nord RHF finner grunn til å reise spørsmål om en godkjenningsordning utenfor RHF-enes totalansvar kan etableres uten å endre helseforetaksloven.

EØS-regelverket

Godkjenningsordningen skal medføre plikter for FBV leverandøren, som krav til kvalitet, bemanning og rapportering. I tillegg skal skjønnsmessige helsepolitiske vurderinger gjennomføres som en del av godkjenningsordningen. Behandling utført av FBV leverandøren betales med fastsatt pris, og retten til å levere tjenester kan inndras dersom forskriftskravene ikke innfris.

Ordningen gir dermed en rett til å levere tjenester av økonomisk verdi til det offentlige, og som kan sanksjoneres. Helse Nord RHF mener det er grunn til å vurdere om godkjenning og kjøp hos FBV leverandører i realiteten må anses som en kontrakt, og at forholdet til anskaffelsesregelverket derfor bør vurderes.

6. Økonomiske og administrative konsekvenser

Helse Nord RHF antar FBV ordningen kan medføre økte kostnader, bl a innenfor IKT. Drift og administrasjon av ordningen, oppfølging av leverandører og dekning av informasjonsbehov på kortere og lengre sikt vil kreve ressurser.

HELFO er tiltenkt rollen som oppgjørsenhet og systemer for direkte avregning mot helseforetakene må etableres. Dette innebærer at HELFO gjør direkte opp med FBV-institusjonen og viderefakturerer til hjemme-HF. For de regionene som ønsker en annen løsning, som f.eks samlefaktura til RHF, kan dette oppfylles innenfor de samme prinsippene. Helseforetakene er avhengig av oppdatert informasjon om bruk av FBV-institusjonen for å kunne tilpasse sin egen kapasitet. Månedlig oppfølging av aktiviteten innen FBV fra de enkelte leverandører blir derfor vesentlig, blant annet fagområder, DRG-poeng, prosedyrekode, utskrivninger, liggedøgn, pasientens bostedskommune, osv.

Helse Nord RHF mener forslaget vil få konsekvenser for de regionale helseforetakenes evne til økonomistyring og planlegging av spesialisthelsetjenestetilbudet. Aktivitetstaket foreslås fjernet i

FBV. Aktiviteten kan dermed øke ut over det RHF-ene budsjetterer med, samtidig som HFene fortsatt har ansvar for økonomisk balanse og bærekraft.

Helse Nord har færre tilbydere av spesialisthelsetjenester enn sentrale deler av landet og har betydelig høyere reisekostnader enn andre regioner på grunn av spredt bosetting, mindre tilgjengelig kollektivtransport og liten konkurranse innenfor luftfarten. Dette vil medføre kostnader til pasienttransport for Helse Nord.

Helse Nord RHF finner også departementets forslag om at RHF-ene skal stå økonomisk ansvarlig for pasientskader som påføres av private aktører tilknyttet FBV utfordrende, og som et brudd med ansvarsprinsippet. RHF-ene har ingen virkemidler for å påvirke kvaliteten i tilbudet som gis i FBV, eller sanksjonsmuligheter der korrigerende tiltak burde iverksettes. Helse Nord RHF mener derfor det økonomiske ansvaret må legges til den instans som godkjenner tilbudet i FBV og som dermed står inne for kvaliteten på behandlingen som tilbys.

7. Oppsummering

Helse Nord RHF slutter seg til intensjonen om pasientens frie valg, økt tilgjengelighet og kortere ventetider. Private leverandører er et verdifullt supplement og korrektiv til helseforetakene. Helse Nord RHF ser imidlertid betydelig fare for at intensjonen ikke vil bli oppfylt gjennom ordningen departementet nå foreslår. Helse Nord RHF finner ikke mekanismene for å sikre kvalitet, omfang og pris tilstrekkelig beskrevet, og tror ordningen kan få uoversiktlig, negativ effekt. Svikt i prioriteringsprosessen vil over tid kunne utgjøre en fare, særlig for svakere pasientgrupper med komplekse behov. Resultatet kan bli at ressurser overføres fra behandling av pasienter med alvorlige lidelser til pasienter med mindre alvorlige lidelser.

”Sørge for” ansvaret bør fortsatt være helhetlig og entydig plassert. Rask vekst hos private leverandører vil kunne tappe helseforetakene for fagfolk som det er knapphet på.

Helse Nord RHF anbefaler at intensjonen med ordningen virkeliggjøres gjennom utvidet kjøp fra private leverandører, innenfor anbudsinstuttet.

Med hilsen

Lars Vorland
Adm. direktør

Møtedato: 2. oktober 2014
Arkivnr.:
2013/298-66/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:
Bodø, 24.9.2014

**Styresak 109-2014/3 Protokoll fra møte i arbeidsutvalget i det
Regionale brukerutvalg 23. september 2014**

Sakspapirene var ettersendt.

Se vedlagt kopi.

Protokoll

Vår ref.:
2013/308/012

Referent/dir.tlf.:
Karin Paulke, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 23.9.2014

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalg
Møtedato:	23. september 2014
Møtested:	Telefonmøte fra Helse Nord RHF's lokaler, Bodø
Neste møte:	23. oktober 2014 - møte i Regionalt brukerutvalg

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Mildrid Pedersen	leder	FFO
Asbjørn Larsen	nestleder	RIO
Werner Johansen	medlem	FFO
Lars Vorland	adm. direktør	Helse Nord RHF
Karin Paulke	stabsdirektør	Helse Nord RHF
Brite Jacobsen	rådgiver	Helse Nord RHF
Linn Gros	rådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette RBU-AU-møtet.

RBU-AU-sak 10-2014 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 10-2014	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 11-2014	Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet
Sak 12-2014	Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet
Sak 13-2014	Eventuelt
	A. Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet, høringsuttalelse fra ledere og nestledere i de Regionale brukerutvalgene i RHF-ene av 16./17. september 2014
	B. Møte i Regionalt brukerutvalg 12. november 2014 - kort orientering om planlagt program/opplegg

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med den endringen som kom frem under behandling av saken.

RBU-AU-sak 11-2014 Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalget gir sin tilslutning til utkast til høringsuttalelse ad. *Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak.*
2. RBU-AU ber om at det desentraliserte tjenestetilbudet i Helse Nord sikres.

RBU-AU-sak 12-2014 Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalget gir sin tilslutning til høringsuttalelse ad. *Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten.*
2. RBU-AU vil gi uttrykk for bekymring om kvaliteten i det helhetlige pasientforløp ivaretas, spesielt for svakere pasientgrupper med komplekse behandlingsbehov, ved innføring av fritt behandlingsvalg.

RBU-AU-sak 13-2014 Eventuelt

- A. Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet, høringsuttalelse fra ledere og nestledere i de Regionale brukerutvalgene i RHF-ene av 16./17. september 2014

RBU-leder Mildrid Pedersen innledet og orienterte arbeidsutvalget om høringsuttalelsen fra ledere og nestledere i de Regionale brukerutvalgene i RHF-ene som ble utarbeidet i felles møte, den 16./17. september 2014.

Vedtak:

Informasjonen om høringsuttalelsen fra ledere og nestledere i de Regionale brukerutvalgene i RHF-ene ad. *fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten - høring fra Helse- og omsorgsdepartementet* tas til orientering.

- B. Møte i Regionalt brukerutvalg 12. november 2014 - kort orientering om planlagt program/opplegg

Rådgiver Brite Jacobsen redegjorde kort for programmet/rammen til møte i Regionalt brukerutvalg 12. november 2014 slik det foreligger pr. dags dato. Til dette møtet skal også ledere i brukerutvalgene i underliggende helseforetak inviteres til et felles møte.

Vedtak:

Informasjonen om det planlagte programmet/rammen til møte i Regionalt brukerutvalg, den 12. november 2014 tas til orientering.

Bodø, den 23. september 2014

*godkjent av Mildrid Pedersen,
i etterkant av RBU-AU-møtet,
den DDMMM2014 - kl. 12.30*

Mildrid Pedersen
RBU-leder

Møtedato: 2. oktober 2014
Arkivnr.:
2013/298-66/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:
Bodø, 24.9.2014

**Styresak 109-2014/4 Brev fra Mental Helse Nordland av 14.
september 2014 ad. manglende
behandlingstilbud for pasienter med alvorlige
traumeskader**

Sakspapirene var ettersendt.

Se vedlagt kopi.



Til helse- og omsorgsminister
Bent Høie,
Helse- og omsorgsdepartementet
Teatergata 9
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

Deres ref

Vår ref.
Tr-ss 09.13-ff/lis

Dato 14.09.2014

Manglende behandlingstilbud for pasienter med alvorlige traumeskader.

I styremøte 13.-14. september 2014 behandlet Mental Helse Nordland oppfølgingsarbeidet vedrørende manglende tilbud til pasienter med alvorlige skader etter traumer.

Styret gjorde slik enstemmig vedtak i sak 52/2014-15.

Vedtak:

Styret i Mental Helse Nordland vil i brev til helse- og omsorgsministeren be om en klar og entydig holdning til at det benyttes misvisende og feil informasjon som grunnlag for endringer i behandlingstilbud.

Vi viser til tidligere henvendelser til Helse- og omsorgsdepartementet, benevnt «Klage over vedtak i sak 47-2014 i styret for Helse Nord RHF, datert 10.05.2014, vår Korrigerende kommentar til dokument nr. 15:757 (2013-2014) av 21.05.2014, Helse Nord RHF sitt «Svar på merknader», datert 12.06.2014 og kopi av vårt Brev til Helse Nord RHF, datert 15.06.2014.

Dokumentene som vi henviser til, avdekker at

1. utredningen til sak 47-2014 i styret for Helse Nord RHF er utført uten at informasjon om omfattende mangel på kompetanse ved DPS Salten, DPS Vesterålen og DPS Lofoten er tatt med.
2. saksutredningen ser bort fra vesentlige vurderinger gitt av både landets fremste ekspertise på behandling av alvorlige traumelidelser og fra vurderinger uttrykt av pasienter med erfaringer fra ulike behandlingstilbud.
3. Helse Nord ikke nyanserer mellom ulike behandlingsbehov hos pasienter med type 1 og type 2 traumatisering.
4. vurderinger gitt av helseforetak innen Helse Nord RHF's egen region er gjengitt usant.

5. Helse Nord RHF's opplysning om at «tilbud flyttes nærmere brukerne» ved at det blir gitt ved Salten DPS, er misvisende. DPS ligger i samme bygningsmasse som det spesialiserte behandlingstilbudet lå.
6. Helse Nord RHF's informasjon om at Salten DPS vil få tilført kompetansen fra Enhet for traumebehandling utelater at dette fagpersonalet er splittet opp og fordelt til vakante stillinger ved ulike avdelinger, at DPS ikke gir mulighet for skjerming og selektiv sammensetting av pasientgrupper og at det ikke blir gitt tilbud som tillater behandling over tid, vurdert og tilrettelagt etter pasientens individuelle behov.

Mental Helse Nordland registrerer nå at pasienter med alvorlige traumeskader som ikke oppnår bedring innenfor det avkortede, polikliniske tilbudet, blir avvist fra en tilpasset behandling med betegnelsen «behandlingsresistente».

Mental Helse Nordland ber helse- og omsorgsministeren avklare om han er kjent med de feilaktige opplysningene som er benyttet, både ved saksbehandlingen i sak 47/2014 til styret i Helse Nord RHF og som grunnlag for Helse- og Omsorgsministerens svar på skriftlige spørsmål, dokumentene 15:580 og 15:757, begge 2013-2014.

Mental Helse Nordland har lagt fram informasjon som dokumenterer påstandene 1 - 6 ovenfor, uten at departementet eller helse- og omsorgsministeren har reagert.

Mental Helse Nordland ber statsråden tydeliggjøre sin holdning til at behandlingstilbud blir fjernet basert på feilaktige, mangelfulle og misvisende informasjon, slik det har skjedd ved nedleggelsen av Enhet for traumebehandling ved Nordlandssykehuset HF.

Mental Helse Nordland ber også statsråden avklare om det er i samsvar med eiers interesser og intensjoner at det er stort sprik mellom den virkeligheten pasientene møter og den fremstillingen som blir gitt fra administrativt nivå ved helseforetak.

Helse- og omsorgsministeren har uttalt at tilbud ikke skal fjernes før det foreligger andre tilbud med tilsvarende kvalitet.

Ved nedleggelsen av Enhet for traumebehandling ved Nordlandssykehuset har styret i Helse Nord RHF fjernet behandlingstilbudet for mennesker med alvorlige skader etter type 2 traumatisering i Nord Norge. Det polikliniske tilbudet som fortsatt blir gitt flere steder i landsdelen er ikke en erstatning for det spesialiserte tilbudet som var bygd opp over 8 år.

Mental Helse Nordland ber helse- og omsorgsministeren svare på om pasientenes virkelighet blir ansett som mindre relevant og troverdig enn «virkeligheten» som blir presentert fra administrasjonen i Helse Nord RHF.

Helse- og omsorgsministeren har uttrykt forståelse for pasientenes reaksjoner på tapet av behandlingstilbud.

Mental Helse Nordland mener det har større betydning at helse- og omsorgsministeren viser forståelse av hvilken situasjon pasienter med alvorlige psykiske skader etter langvarige traumeopplevelser er blitt utsatt for ved nedleggelsen.

Det vil være bedre i samsvar med statsrådets målsetting om å skape «pasientens helsetjeneste».

Forståelse for uttrykker indirekte at pasientene overreagerer fordi de ikke forstår hvilket behandlingstilbud de vil få.

Det viser manglende respekt for pasientene og manglende tillit til pasientenes vurderingsevner, og blir dermed uttrykk for en nedlatende holdning.

Mvh
Styret i Mental Helse Nordland

Leif G. Strømdal (sign.)
leder

Kopi av brevet sendes
Helse Nord RHF
Stortingspolitikere fra Nord Norge
Regionalt brukerutvalg HN RHF
Landsleder Mental Helse
Politisk nestleder Mental Helse