

## **Høringsinnspill fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin til «Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord»**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) takker for muligheten til å gi innspill til høringsnotatet «Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Det er et stort og vanskelig oppdrag Helse Nord har fått, med svært korte tidsfrister og stramme rammer. 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 fremtidsrettede helsetjenester – og ikke minst hvordan dette kan bidra til å skape bærekraftige samfunn – i hele landsdelen.

Det har vært nedlagt mye arbeid, men tidspress og stramme føringer har ikke gitt rom for gode diskusjoner, modningsprosesser og helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser med forankring fra bunn til topp. Det er ikke sannsynliggjort at de foreslåtte tiltakene – som kun vil dekke 7% av Helse Nord's omstillingsbehov – vil gi bedre helsetilbud eller en bedre bemanningssituasjon.

Vi vil innledningsvis peke på noen iboende premisser i høringsnotatet som det kan stilles spørsmålstegn ved:

- Større organisasjoner gir bedre tjenester enn mindre organisasjoner
- Subspesialister gir bedre kvalitet enn generalister
- Samling av tjenester må alltid skje til en by
- 0-alternativet kan ikke videreutvikles og forbedres
- Helse Nord kan gjøre endringer uten å ta hensyn til samfunnet

I høringssvaret kommer vi inn på disse premissene i mange sammenhenger, og argumenterer for at de ikke holder.

### **Helse Nord eller helse i nord?**

Helse Nord kan ikke se på seg selv som en isolert aktør. Spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester påvirker hverandre gjensidig, og helsetjenestene og samfunnet påvirker hverandre. Transportveier, infrastruktur for IKT, skoler, barnehager, arbeidsmarkedsutvikling osv har betydning for helsetjenestene, og helsetilbudet har betydning for alt dette.

Både sykehus og kommuner har utfordringer med økonomi, rekruttering, manglende stabilitet, økende behov for helsetjenester og økende forventninger. Mange av forslagene vil direkte eller indirekte føre til oppgaveoverføring til kommunene, og/eller et redusert helsetilbud til pasienter i distriktene. Dette er i liten eller ingen grad beskrevet eller tatt med i ROS-analysene.

Det er ingen løsning å dytte oppgaver over på hverandre, og å overby hverandre for å tiltrekke fagfolk. Endringer og utvikling må til, men for å finne gode, realistiske tiltak og gjøre kloke beslutninger for framtiden må vi må jobbe mer sammen på tvers av nivåer og organisasjoner.

Beredskap er også et område der både kommuner og helseforetak har stort ansvar, og tjenestene må henge sammen. Det kan kun skje ved felles planlegging.

Helse Nord har ansvar for spesialisthelsetjenesten, og det er naturlig å fokusere på kjerneoppgavene, men Helse Nord har også et samfunnsansvar, og kan ikke løse sine oppgaver uten tett og godt samarbeid med primærhelsetjenesten og samfunnet for øvrig. Vi anerkjenner at situasjonen i helsetjenesten er utfordrende, og at tilstrekkelig personell er en av de store bøygene både i første- og

andrelinjetjenesten. Disse utfordringene må håndteres helhetlig. Endringer som gjøres i en del av tjenesten, vil alltid påvirke andre deler.

### **ROS-analysene**

ROS-analysene er gjort på et overordnet nivå og bygger på et svakt kunnskapsgrunnlag. En ROS-analyse skal ifølge Helsebiblioteket baseres på at de som sitter nært problemet gjør en vurdering og synliggjør risikoen. Dette betyr at en ROS-analyse av forslag om nedleggelse eller vesentlige endringer i tjenestetilbudet må involvere dem som berøres. Dette er ikke gjort i noen av Helse Nord's ROS-analyser. Konsekvensene for primærhelsetjenesten og kommunene er ikke vurdert (selv ikke der det foreslås å overføre behandlingsansvaret for store pasientgrupper til kommunene). Behov for bygningsmessige endringer og oppbygging av annen infrastruktur er heller ikke vurdert.

I Helsebibliotekets omtale av ROS-analyser anføres det også at en «skal være forsiktig med å tillegge risikoanalysen et høyere presisjonsnivå enn den faktisk har». Når Helse Nord bruker de overordnede ROS-analysene nærmest som en fasit for til dels store endringer av tjenestetilbudene er det stor risiko for at endringene ikke fører til det man ønsker.

0-alternativene har fått som premiss at det ikke kan skje endringer eller forbedringer innenfor disse. Det er mange gode eksempler på at endring, forbedring, tilpassing, rekruttering og stabilisering skjer innenfor dagens organisering. Dette er verdifull kunnskap som må tas med i videre arbeid.

### **Robusthet, fleksibilitet**

Små, fleksible fagmiljøer kan være robuste, mens store fagmiljøer kan være sårbare og lite fleksible. Det finnes flere eksempler på stabile, gode fagmiljøer ute i distrikt og på lokalsykehus, samtidig som flere større avdelinger i for eksempel Nordlandssykehuset er hardt rammet av rekrutteringsproblemer og stort behov for vikarinneleie.

Det er heller ikke gitt at utfordringer med små fagmiljøer løses best gjennom sentralisering. Et av poengene med klinikkledelse i helseforetaket er nettopp å redusere sårbarheten gjennom fleksibel bruk av kompetanse og ressurser på tvers av sykehusene. Dette kan utvides til å skape nettverk med andre sykehus, innenfor og utenfor regionen. Slike nettverk kan bidra til å redusere vikar-innleie, fremfor alt fra vikarbyråer, og dermed redusere kostnadene.

Det ligger som en underliggende premiss, at det er nødvendig å sentralisere tjenester til større sykehus for å skape større enheter med høy faglig kompetanse. I flere andre land, for eksempel i Sverige, har man valgt en annen løsning. Lycksele sykehus, som er Sveriges minste sykehus, samarbeider i nettverk med Umeå universitetssykehus, og har fått regionansvar for obesitaskirurgi. Lignende samarbeid om oppgaver mellom stort og lite sykehus finnes i Sveits. Det styrker det lille sykehuset, og det avlastet det store sykehuset, med gode resultater både faglig og økonomisk.

I Nordland kan man tenke seg lignende samarbeid rundt rehabilitering. Det er nødvendig å øke kapasiteten i rehabilitering i Nordlandssykehuset, og en mulig løsning kunne være å gjøre Nordlandssykehuset Vesterålen til senter for rehabilitering.

### **Brede og spisse tjenester må utfylle hverandre**

Helse Nord skal tilby spesialisthelsetjenester til hele befolkningen. Det betyr at Helse Nord trenger både de meste spisskompetente spesialistene, samtidig som vi trenger økt generalistkompetanse i sykehusene for å bære den økende andelen eldre og kronisk syke i regionen. Spisskompetanse er nødvendig, men det må være en rimelig balanse mellom spisskompetanse og breddekompetanse. Lokalsykehusene og kommunene «sluttbehandler» til sammen over 93% av alle pasienter som søker

helsetjenester. En svekkelse av lokalsykehus og kommuner er derfor ikke hensiktsmessig, og kommer til å føre til økt forbruk av spesialisthelsetjenester. Dette er ikke bærekraftig, hverken faglig eller økonomisk. Det er ikke sannsynliggjort at man får et sterkere subspecialisert miljø gjennom å legge ned tilbud i distriktene. Tvert om vil en styrking av generalistnivået i både små og store sykehus gi subspecialistene mer tid til å bruke sin kompetanse målrettet der den gjør mest nytte.

Hverken Universitetssykehuset i Tromsø eller Nordlandssykehuset i Bodø har i dag kapasitet til å ta imot flere pasienter. «Flytting» av pasienter fra lokalsykehus til Tromsø og Bodø kommer å føre til økt investeringsbehov og dermed økte kostnader.

Skjøre og eldre pasienter og pasienter med kroniske lidelser skal prioriteres (jfr Helsefelleskapet) og god samhandling om disse pasientene er en forutsetning for et bærekraftig helsevesen. Avstand har betydning både for pasienter og for samhandling. Kommuner og lokalsykehus sammen er avgjørende for kvaliteten for disse pasientgruppene, og sentralisering av tjenesten gjør samhandling vanskeligere.

### **Kvalitet**

Et underliggende premiss i de foreslåtte endringene er at kvaliteten er best ved de store sykehusene. Dette kan ikke dokumenteres, og for de store pasientgruppene som nevnt ovenfor er et sannsynlig at tilbud ved lokalsykehus gir (minst) like god kvalitet. (ref Cato Kjærvik doktorgrad <https://munin.uit.no/handle/10037/27134>). Nærhet til tjenestene er et viktig kvalitetsaspekt som er underkommunisert i høringsnotatet.

### **Bemanning, vikarer, stabilisering, rekruttering**

Høringsnotatet presenterer en summarisk beregning basert på budsjett og regnskapstall for å synliggjøre omfanget av rekrutteringsutfordringene i Helse Nord. Estimater lander på drøyt 1000 stillinger som i høringsnotatet omtales som ubesatt. Tallet 1000 brukes, fester seg i offentligheten og synes i stor grad å forstås som at det ikke lenger er mulig å rekruttere og beholde det helsepersonellet man har behov for i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Vi stiller oss spørrende til den metodiske tilnærmingen og hva tallet man har kommet fram til egentlig er et uttrykk for. Det er ikke helt enkelt å forstå. Analysenotatet hvor beregningene utdypes handler om å synliggjøre hvordan behovet for arbeidskraft ble dekket inn i en åtttemåneders periode i 2023 – som kanskje er noe litt annet.

De bakenforliggende årsakene til mangelen på fast personell er ikke analysert. Slike analyser er nødvendig for å kunne sette inn virksomme tiltak. Høringsnotatet gir interessante nå-beskrivelser av sykehusforetakenes egne vurderinger av bemanningssituasjonen. Her kommer viktige nyanser frem, mest om hvor utfordringene er størst (fagområder og personellgrupper) men også litt om pågående arbeid med tegn til positiv avkastning. Beskrivelsene vitner om at arbeidet med å grunnutdanne, spesialisere, rekruttere og beholde helsepersonell er oppgaver som åpenbart trenger mer strategisk oppmerksomhet enn tidligere fra både Helse Nord, sykehusforetakene, kommunene og regionen som helhet.

Helsetjenesten vil alltid ha behov for vikarer. Forventet fravær grunnet ferie, utdanning, svangerskapspermisjoner, forskning o.l. kan oftest forutses, men blir i liten grad planlagt for. En studie av de fem kommunene og 43 fastlegestillingene i Vesterålen viste at forventet fravær utgjorde om lag seks årsverk, altså 16%. I hvor stor grad vikarinneleie i sykehuset er knyttet til forventet fravær er ikke kjent. Helse Nord må gå mye dypere inn i årsakene til fravær, overtid og vikarinneleie, på hver enkelt lokasjon og avdeling, dersom det skal være mulig å sette inn effektive, målrettede tiltak. Dette krever

systematisk, langsiktig arbeid og god ledelse. Lokalt engasjement og stedlig ledelse er nødvendig for å lykkes.

Liten stabilitet, høy mobilitet og stort bruk av vikarer øker kostnadene og svekker kvaliteten på tjenesten, både på pasientnivå og på systemnivå. Det er derfor nødvendig å satse på riktig rekruttering og stabilisering av personell i helsetjenesten. En av utfordringene er at offentlig helsetjeneste i stadig mindre grad oppleves som attraktiv for helsepersonell. Det finnes god kunnskap om hva som skal til for å lykkes, og mange vellykkede eksempler på god rekruttering, stabilitet og arbeids glede i lokalsykehus og større sykehus. Kjennetegn ved disse er ofte godt arbeidsmiljø, tilpasset turnus/arbeidstid, tid til faglig utvikling, relevant videre- og etterutdanning, mulighet til å drive kvalitetsarbeid, forskning, undervisning, deltakelse i faglige nettverk lokalt og digitalt osv. Dette er effektivt for å rekruttere og beholde helsepersonell, uavhengig av størrelsen på fagmiljøet eller organisasjonen, og det gir bedre kvalitet på tjenestene.

Helse Nord og sykehusene i Nord-Norge må tilby attraktive arbeidsplasser gjennom å satse på fagutvikling, teamarbeid og utdanning. Helseforetakene bør gi personell på lokalsykehus mulighet til å ta større deler av sin utdanning lokalt, og skape fleksible rammevilkår som gjør det mulig å ikke måtte flytte for å ta videreutdanning.

### **Utdanning**

Det påpekes mange ganger i høringsnotatet at vi i Nord-Norge må vi utdanne våre egne fagfolk. Dette kan leses som et nederlag, men vi vil påpeke at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver, og bør være en selvsagt del av driften. Det er også en viktig kilde til rekruttering. Lokalsykehusene og kommunene må i økende grad tas i bruk som læringsarenaer, fordi pasientene for det meste befinner seg på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten, og breddekompetanse får økende viktighet.

En kraftfull og målrettet utvikling av, forskning på, og tilrettelegging for framtidens breddekompetanse generelt, og i sykehusene spesielt, vil kunne motvirke mangelen på helsepersonell, fordi flere pasienter vil kunne behandles effektivt på lokalsykehusnivå, og man vil begrense behovet for mange parallelle vaktlinjer.

Nord Norge – med sine mange lokalsykehus, distriktsmedisinske og -psykiatriske sentre og store avstander for både første- og andrelinjetjenesten – er i særposisjon til å utvikle spennende, framtidsrettede utdanningsløp innen breddekompetanse. Slik kompetanse er relevant for helsetjenester i både storbyer og distrikt.

Videre har forskning vist at investering i desentraliserte utdanningsløp gir god avkastning, ikke bare når det gjelder rekruttering og stabilisering av helsepersonell, men også for omdømmebygging, nettverksbygging, næringsutvikling og samfunnsøkonomi utenfor de store byene. Lignende effekter er også vist for desentraliserte helsetjenester, og helsetjenester og utdanningsløp henger naturligvis tett sammen.

Vi må derfor fortsette å satse på desentralisert utdanning og ha gode praksisarenaer i hele regionen. Dette forutsetter gode fagmiljøer også på mindre sykehus og DMS/DPS, og i kommunene. Tiltakene i høringsnotatet motarbeider en slik utvikling gjennom å bygge ned tjenestene lokalt. For eksempel er sengeposten i Vesterålen DPS en viktig utdanningsarena for medisinstudenter, sykepleiere, ergoterapeuter, logopeder og psykologspesialister. Sengeposten er også viktig for fagmiljøet ved poliklinikken og FACT/AAT. En nedleggelse/flytting av sengeplasser vil destabilisere hele

Lofoten/Vesterålen DPS og gjøre en velfungerende organisasjon med positiv utvikling om til et sårbart og lite fleksibelt miljø. Det samme gjelder andre DPSer.

### **Samhandling og helhet**

Vi har understreket viktigheten av likeverdig og respektfull samhandling flere ganger i denne høringsuttalelsen. Arbeidsgruppe 5 beskriver mange gode eksempler på eksisterende samhandlingsprosjekter, og foreslår ulike grader av samarbeids-/sammenslåingstiltak. Uansett hvilke tiltak man vil gå inn på må det være på et fundament der alle aktører opplever nytte og eierskap. Det betyr blant annet at hensyn til og involvering av distriktskommuner med store avstander og få innbyggere må veie tungt, fordi de ofte har andre behov enn større, sentrale kommuner. EU anbefaler å bruke “rural proofing” på alle planlagte tiltak, se <https://ruralengland.org/rural-proofing-for-health-toolkit/> Dette er verktøy som bidrar til å belyse både styrker og utfordringer i utviklingen av helsetjenester i distriktsområder.

Helsefelleskapene fungerer ulikt i regionen, men bør videreutvikles til å bli arenaer for konkrete små og store fellesprosjekter, og for felles utvikling av helsetjenestene. Helsefelleskapene bør gi stort rom for samarbeidsprosesser i hvert av lokalsykehusområdene med tilhørende kommuner. Det er på dette nivået at det konkrete, pasientnære og faglige samarbeidet springer ut fra og må forankres.

### **Arbeidsgruppe 2 – psykiatri**

Behovet for sikkerhetstilbud til pasienter dømt til tvungen behandling er økende i hele landet. Dette er en nasjonal utfordring som må håndteres uten at det går på bekostning av andre grupper med store psykiske lidelser som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten.

DPS med sengekapasitet er viktige tilbud som sikrer at personer med psykiske lidelser kan få oppfølging og behandling lokalt, i nært samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten. Høringsnotatet peker på flere psykiatri-innleggelse per innbygger enn resten av landet. Pasienter med lang reisevei har vanskeligere for å benytte poliklinisk behandling. Det er derfor helt naturlig at antallet innleggelse er høyere i distriktsregioner. Å sammenligne Nord-Norge med urbane og tettbygde områder fremstår lite formålstjenlig.

ROS-analysene av forslagene om nedleggelse av DPS-senger har ikke vurdert hvert område konkret, og tar ikke hensyn til at flere av DPSene har stabil og god bemanning. Det er heller ikke beskrevet konsekvensene for pasienter og for økt belastning på kommunehelsetjenesten.

Utvikling av samarbeid mellom nivåene gjennom FACT og lignende tiltak ønskes velkommen.

### **Rehabilitering**

Rehabilitering er et underprioritert område i både sykehusene og kommunene. Ansvars- og oppgavedeling for mange pasientgrupper er fortsatt uavklart, noe som medfører store hull i tilbudene. Helse Nord velger i sine forslag å skyve store oppgaver over på kommunene uten dialog og uten konsekvensvurdering av hverken fag, bemanningsmuligheter, kvalitet eller økonomi. Dette vil føre til store ulikheter i rehabiliteringstilbudet. Det er nødvendig med en nasjonal avklaring av hva som skal gjøres av sykehuspersonell og hva som kan håndteres i primærhelsetjenesten. Slike avklaringer må ta høyde for at det er store ulikheter mellom kommunene når det gjelder størrelse, avstander, bemanning og kompetanse. Godt samarbeid mellom nivåene, og veiledning/opplæring av helsepersonell i kommunene rundt enkeltpasienter kan gi mulighet for rehabilitering i hjemkommunen. Dette forutsetter at det er kapasitet til det både i kommune og sykehus.

Igjen vil vi peke på “rural proofing” for alle planlagte tiltak, se <https://ruralengland.org/rural-proofing-for-health-toolkit/>

Vi støtter forslaget om en styrking av tidligrehabilitering innenfor sykehusenes fagmiljøer.

Vennlig hilsen



**Anette Fosse**

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway

[www.nsdm.no](http://www.nsdm.no)

Phone: +47 91622312

