

21.juni 2006

Kommentar til Helse- og Omsorgsdepartementets

HØRINGSNOTAT
for
NASJONAL HELSEPLAN

+ 1 bilag

fra Sykehusaksjonen i Halden ved leder Gerd Myren, adr. 1789 Berg i Østfold
mail: trond.holm@halden.net

*Dette kommer også som mail innen
tidstvist.*

INNLEDELING

Sykehusaksjonen i Halden har i 25 år fungert som en folkelig støtte for lokalsykehuset. Vi har med uro fulgt den senere utvikling i Østfold-sykehusene. I Halden-regionen med 30.000 innbyggere i et tradisjonsrikt og samtidig moderne dynamisk samfunn - er spesialisthelsetjenesten i offentlig regi systematisk fjernet for at sykehuset skal gi plass til psykiatrisk institusjon. Omtrent det samme i Askim (45.000 innb).

Vi ser det riktig at det gjøres krafttak for psykiatrien og støtter den også. Men vi finner det meget galt at nesten all alminnelig spesialisthelsetjeneste blir fjernet. Derfor har vi samlet ti tusen - 10.000 - signaturer fra innbyggerne som støtte i arbeidet med å påvirke helseforetaket til en helsetjeneste nærmere det normale. Soria Moria-erklæringen om ikke å nedlegge lokalsykehus er forpliktende, men innholdet i dem må følge medisinsk faglig utvikling, og vi mener det er riktig spor å vise til Distriktsmedisinske senter. Vi har også vært i Helse- og Omsorgsdepartementet med våre signaturer og blitt møtt med forståelse og blitt anbefalt å sende inn denne kommentar til Nasjonal Helseplan.

Vår kommentar gjelder spesielt pkt.13 om lokalsykehus i departementets notat. Vi mener at begrepet lokalsykehus behøver en utvidet definisjon, spesielt p.g.a. vårt lands store geografiske og demografiske variasjoner. Det vil gavne pasientene i Østfold og mange andre steder. Distriktsmedisinske senter (som også kan kalles nærsykehus) bør få en tydeligere rolle. Dette kommer fram i vår kommentar som vi forenkler med å bruke Østfold og vår region Halden som eksempel. Vi ser at den også kan være allmenngyldig og kanskje nyttig i arbeidet med sykehusorganisering generelt. Den er delt i 12 kapitler. Noe er kanskje for detaljert eller fargesterkt p.g.a. vår nærhet til situasjonen som gir synspunkter på uheldige administrative grep. Det er kanskje unødvendig, men det er relevant og bør være lærerikt.

Vårt ærend er altså at det i de gamle lokalsykehusene etableres behandlingsmiljøer i form av Distriktsmedisinske senter som er samarbeidsarenaer for helseforetak og kommuner, spesielt i Halden og Askim i første omgang.

Vi regner med at det er mange kommentarer til høringen og derfor ikke behov for mange referanser fra oss. Bare én vil vi bidra med; eget referat fra Nasjonal Høringskonferanse om Distriktsmedisinske senter i Oslo 6-7.11.2003.

Med vennlig hilsen 21.06.2006 Gerd Myren og Trond Holm

Gerd Myren

Trond Holm

LOKALSYKESYKEHUS / DISTRIKTMEDISINSK SENTER (DMS)

(Dette gjelder Østfold, men er allmenngyldig.)

1. Definisjon (ref. Nasjonal høringskonferanse om DMS i Oslo 6-7.nov.2003):

Behandlingsmiljø for lokalbefolkning i samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og sykehusenes spesialisttjenester. Lokale forhold med demografi, sykdomspanorama og avstander til andre sykehus - er avgjørende for de enkelte DMS's innhold.

DMS kan etableres i oppgraderte sykestuer eller ved å reaktivere hel- eller halvveis nedlagte lokalsykehus. Dette må komme i høyteknologiens, sentraliseringens og fjernstyringens tidsalder - når pasientene i økende grad savner nærhet.

Kommunens del: Hjemmesykepleiens ledelse, legevakt, rehabiliteringsavdeling mm.

Helseforetakets del: Sengeposter for pasienter som ikke behøver høyteknologi. De vanligste spesialistpoliklinikker (barnelege, gynekolog, indremedisiner m.fl.). Avdeling for fysioterapi, enkelt laboratorium og røntgen.

2. Begrunnelse

Medisinske fag utvikles kontinuerlig. Noe må sentraliseres ytterligere, og meget kan forenkles og desentraliseres og bringes nærmere befolkning og pasienter.

Det er behov for høyteknologiske sykehus. Hittil har Østfold's vært i Fredrikstad, senere kanskje på Kalnes.

Langt fra alle sengepasienter må være i kostbare høyteknologisk sykehus. Det kan utvikles enklere institusjoner for pasienter som behøver annen form for kompetanse. Det kan kalles lokalsykehus, men med annet innhold enn før, eller "nærpsykehus" eller DMS.

For slike formål er det i England utviklet 400 "cottage hospitals", og i vårt svenske nabofylke, vestra Götaland, er 5 gamle lokalsykehus blitt "nærjukhus".

Det er viktig for befolkningen å ha helsetjenester i nærmiljø. Det er ikke bra når alle med hjerneslag i Østfold sendes til Moss sykehus, og retteten derfra til annen institusjon bare er til sykehjem (hvordan skal gamlemor fra Ørje eller Halden finne fram på besøk til gamlefar i Moss 7-11 mil unna?). Dette er bare ett eksempel på organisering som åpenbart bør forandres. Helseforetaket (sykehusene) ser på egen økonomi. Samfunnsøkonomien er ikke deres problem i nåværende system. Men det er lett å skjønne at **total kostnadene med syke mennesker blir mindre om enklere system også tas i bruk.**

3. Hvilke pasienter?

Det varierer fra landsdel til landsdel beroende på demografi, kommunikasjoner og sykehustetthet for øvrig.

Det meste gjelder indremedisinske pasienter som ofte også er geriatriske, som ikke alle behøver høyteknologi. For eksempel pasienter som skal rehabiliteres etter hjerneslag (etter at de først har gjennomgått høyteknologiske undersøkelser og startet spesifikk behandling i stort sykehus). Eller de som behøver regulere sukkersyke, behandle hjertesvikt eller enkel lungebetennelse, eller den store gruppe med kroniske sykdommer som får akutt forverring. Eller kreftpasienter som behøver cellegift og mennesker som behøver terminal behandling i sykehus. Pasienter med spesielt lang rekonvalesens etter operasjoner har også sin plass i DMS. Og de som behøver alminnelige polikliniske spesialisttjenester av bl.a. barnelege,

indremedisiner, gynekolog, øyelege med flere. Behovet relateres til avstand til annen lignende spesialist og i forhold til lokal befolkningsmengde.

Det skal ikke være alminnelig akutt-inntak i DMS. Heller ikke kirurgi, med mindre helseforetaket finner det praktisk å ha en spesialvirksomhet på stedet. Kirurgi og akutt-inntak bør begrenses til "høyteknologisk sentralsykehus". Som kjent kan man reise langt, bli operert - og reise hjem igjen. Annerledes blir det om lokalsykehuset er langt fra sentralsykehuset. Da kan det være behov for akuttinntak med kirurgi-beredskap.

4. Situasjonen i Østfold Fylket hadde 4 lokal- og et sentralsykehus, alle med akuttberedskap.

a) Nå er det akuttinntak med bred kompetanse i **Fredrikstad** (SØF) og begrenset kompetanse i **Moss** som overlater meget til SØF.

b) Sykehuset i **Sarpsborg** har spesialistpoliklinikker og dagkirurgi, samt en sengeavdeling for reumatiske sykdommer.

c) Sykehuset i **Askim** er delvis overlatt til Sunnås-systemet som har riksfunksjon for rehabilitering av hardt skadede mennesker. Og det er overlatt til det private Ringvoll-systemet som driver med kirurgi. For øvrig er der legevakt, laboratorium og røntgen, men ikke alminnelig spesialistservice for befolkningen.

d) Sykehuset i **Halden** er tomt, bortsett fra en liten indremedisinsk poliklinikk (dagavdeling) som bl.a. driver cellegiftbehandling. Helseforetaket kaller dette for DMS sammen med en sengeavdeling der 10 såkalte intermediaersenger er plassert inne i kommunens avdeling for rehabilitering i sykehjemmet - til foretrengsel for pasientene der.

Sykehuset har et lite laboratorium og røntgen og legevakt. Sengeposter for mer enn 90 pasienter bygges om til psykiatri for Sarpsborg og Halden, og det er meget kostbart. Avdeling for fysioterapi med varmtvannsbasseng (eneste i Østfold-sykehusene) er tom. En kirurgisk enhet spesialinnrettet for ortopedisk kirurgi (for 30 mil.kroner) brukes ikke.

Felles for 3 sistnevnte sykehus er at de ikke står til tjeneste med alminnelige spesialisttjenester for sin lokalbefolkning, bare det lille DMS i Halden. I de 3 sykehus-regioner er det tilsammen 130.000 innbyggere.

I Halden er alminnelige spesialisttjenester i offentlig regi systematisk fjernet, bl.a. for å gi plass til psykiatri i søndre Østfold.

5. Sykehusorganisering og ledelse

Norges sykehus er fordelt i 5 regionale helseforetak (RHF) med hver sin direktør, stab og styre. Dertil er det nå som før, et nasjonalt helsedirektorat i Oslo. Alle offentlige sykehus eies av Staten gjennom helseforetak (HF) som er konstruert som A/S med Helseministeren som formell eier og generalforsamling, og hun er den eneste som kan initiere forandringer i foretakenes agenda.

Ministeren styrer sine sykehus gjennom de fem RHF som hvert omfatter et antall HF.

Sykehuset Østfold HF med stab og styre er innordnet i Helse Øst RHF.

Styrelederne har en blanding av roller. De er gjerne ansatt i RHF (som underdirektører) og skal således vokte sin egen agenda. De kan også samtidig være styreleder i flere HF som kan ha motstridende interesser.

Styrene har muligheter til påvirkning. De nytilkomne politiske medlemmer (4 av 10) er i mindretall, mens mange av de øvrige er ansatt i og utpekt av HF og RHF (som styrene skal overvåke). De 4 politiske styremedlemmene er ikke politisk valgt til dette formål, men av RHF plukket ut blant navn som er folkevalgt i annen sammenheng.

Styret er uavhengig i forhold til befolkning og pasienter, men ikke til arbeidsgiver, bortsett fra de 4 politiske medlemmer som er knyttet til sine partier.

Sykehusene er offentlige forvaltningsbedrifter, hvor vi alle er medeiere, men det demokratiske underskudd er fremdeles betydelig.

Det er altså bare helseminister som kan stilles til ansvar i forhold til befolkning og pasienter. Det vil si gjennom stortingsvalg; og bare en parlamentarisk situasjon kan rokke på hans/hennes agenda. Dette blir for dramatisk når det gjelder små og middels store forandringer som folk måtte ønske, og systemet blir rigid.

Eksempel 1: Idéen om å legge ned sykehusene i Halden og Askim ble klekket i Helsedepartementet under Helseminister Høybråten. Beskjed utgikk til Helse Øst og ledelsen i Sykehuset Østfold, og direktøren ga innstilling om dette til styrebehandling. I styret satt de som var avhengig av sin arbeidsgiver (helseforetaket). Etter vedtak gjør sykehusledelsen noen raske forandringer som låser situasjonen. Nesten ingen har fått sjanse til å tenke seg om eller påvirke. Tidligere var styremøtene også lukket for innsyn. SØ's såkalte idéfase gjaldt ikke idéer fra pasienter og befolkning. Man sitter igjen med inntrykk av at den ene saken etter den andre gått gjennom styrene i en skindemokratisk prosess, hvor økonomi er overordnet element.

6. Vanskelig situasjon for store pasientgrupper.

Det gjelder spesielt indremedisin (som er større enn kirurgi) **med tilhørende geriatri.** Det er pasienter med hjertesvikt, sukkersyke, lungebetennelse og andre infeksjoner, hjerneslag, astma og KOLS, kreft, blodsykdommer, nyresykdommer o.s.v. **Svært mange av disse pasientene bør få sin plass i enklere behandlingsmiljø som DMS** (også kalt nærsykehus) inne i de gamle gamle lokalsykehus, og dermed meget nærmere hjemmemiljø.

Og det gjelder psykiatri, som har det meget vanskelig, men som nå får distriktpspsykiatriske senter i alle fylkets regioner, bortsett fra Sarpsborgs som plasseres i Halden.

Indremedisin i Fredrikstad og Moss har i flere år hatt overbelegg med korridorpasienter (110-130% til enhver tid mot ønskelig 85% belegg). Spesielt ille etter at de indremedisinske sengeavdelinger i Halden og Askim ble nedlagt.

Sykepleiere, leger og annet personale gjør en betydelig innsats og viser hyggelig ansikt under vanskelige arbeidsforhold og ved stadig nye krav om forandringer, forflytninger og rasjonaliseringer.

Det er brukt ca 200 mil.kroner til omorganiseringer uten at flere pasienter er behandlet, og et godt ortopedisk miljø som ga store inntekter er ødelagt. Østfold er ikke lenger attraktivt for dyktige fagfolk, de trekker seg heller ut. (Det er som Subaru-fabrikkene skulle kvitte seg med Petter Solberg).

Siden 2001 har de indremedisinske fagsjefer gjentatte ganger (årlig) skrevet brev til sykehusledelsen om problemene og knapt nok fått svar. Men nå nylig sendte de brevet direkte til helseminister (sykehuseier) med kopi til helsetilsynet. Da rykket sykehusledelsen ut og snakket om forandringer, og at det var bra med innspill fra fagfolk.

Med bl.a. denne bakgrunn annonseres Helse Øst som det RHF som lykkes med å holde budsjett.

Eksempel 2, ortopediskandalen: Det var en ortopedisk kirurgisk avdeling i Halden som nylig var rustet opp for 30 mil. kroner og hadde positivt driftsresultat 17 mil. Med den begrunnelse at Moss sykehus hadde dårlig budsjettbalanse, ble det besluttet flytte ortopedien dit. Men i Moss måtte det rustes opp for 27 mil. kroner ++. Det dyktige fagmiljø ble revet opp og fungerer ikke lenger, og i Moss går det med underskudd. Altså minst 57 mil. kroner ut av vinduet, og positivt driftsresultat 17 mil. vendt til underskudd. Det ble gjennomført tross klare

advarsler fra fagfolk. Virksomheten og inntektene ble overført til privat firma (som gjør en god jobb) hvor de tre ledende personligheter i fjor kunne ta ut utbytte hhv 5, 4 og 3 mil.

7. Distriktsmedisinske senter inn i bildet

I møte i Sarpsborg 14. sept. 2003 med ordførere og helseledere lovet helseminister Høybråten at det skulle etableres distriktsmedisinsk senter inne i Halden sykehus, og at det skulle utgå fra den indremedisinske avdeling som var der. Det ble også sendt skriftlig til ordfører. Han sa også at det skulle etableres DMS i Askim sykehus, og at det foreløpig ikke var klart hvordan det skulle organiseres der.

Sykehusledelsen følger dårlig opp Høybråtens løfte. De indremedisinske avdelinger i Halden og Askim ble lagt ned med overbelegg i SØF til følge, og behov for kjøp av Mosseporten sykehjem for 51 mil.kr, samt et provisorium i Fredikstad for 30 mil.kr. Spesialistleger i poliklinikk for øye- og øre-nese-halssykdommer ble sagt opp, gynekologens utstyr ble fjernet, og Haldens eneste hjemmel for privatpraktiserende barnelege fikk lov å flytte til nabobyen, hvor det er flere barneleger fra før.

Som del av DMS etablerte helseforetaket en sengeavdeling med 10 senger inne i Halden kommunes avdeling for rehabilitering i sykehjemmet, til fortrenghet for pasientene der. Den kalles intermediærpost. Laboratorium er minimalt og flyttet internt i huset.

Sykehusledelsen angir at Distriktsmedisinsk senter (DMS) er et 2-årig prosjekt og dessuten avhengig av bevilgning 5,6 mil. kroner som ikke var budsjettet. Dens legebemannning er to indremedisinere på deltid, og en eller begge plukkes stadig bort til andre oppgaver, slik at det er liten forutsigbarhet i poliklinikken som kunne vært ganske lønnsom for sykehuset. Statsminister Bondevik på valgkamp til Halden og donerte 4 mil. kroner. Man undres om dette er de 5,6 mil som prosjekt DMS ble gjort avhengig av.

Helseministeren ga altså et løfte. Halden kommunes politikere og administrasjon ha all interesse av å bedre situasjonen for sine korridorpasienter ved omorganisering til lokaliteter og fasiliteter som var på plass i Halden. Men nå bygges Haldens gamle lokalsykehus om til psykiatri for Sarpsborg og Halden.

Dette til tross for at indremedisinske sengeavdelinger snart blir meget etterspurt p.g.a. eldrebølgen. De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre, og før eller siden rammes de fleste.

Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet angir at det i løpet av nærmeste 15 år må bygges sengeavdelinger i Norge for 30-50 milliarder kroner pga eldrebølgen som har begynt og som det hittil ikke er tatt høyde for i helseforetaket.

Dermed må det i Halden bygges nytt som erstatning for de sengeplasser man hadde.

Særlig i denne sammenheng med økende antall eldre og økende såkalte gråsonepasienter har distriktsmedisinske senter sin plass. Når endelig nytt høyteknologisk sykehus er på plass, bør fylkets samtlige gamle sykehus omorganiseres til DMS. Kall det gjerne nærsykehus eller lokalsykehus med annet innhold enn før, men i hvert fall blir det viktige behandlingsmiljøer for lokalbefolkningene.

8. Litt om organisering av psykiatrien

Meningen med å tømme Halden sykehus er å fylle det med Distriktspsykiatrisk senter for Sarpsborg- og Haldenregionene. Samtidig blir nesten all somatisk spesialisttjeneste systematisk fjernet for 30.000 innbyggere.

Dette er galt både medisinsk faglig og økonomisk. Sarpsborgs psykiatriske pasienter får nemlig oppsplittet sin behandling fordi ved sykehusopphold skal de til Halden, og ved polikliniske konsultasjoner skal de til annet personale på hjemmebane. Slik blir det ulik behandling for lokale pasienter og innenfor fylket. Både Moss og Askim som har færre innbyggere enn Sarpsborg-regionen, har egne distriktspsykiatriske senter.

Halden bør også ha det, men det kunne vært en løsning å la sykehuset der romme både distriktsmedisinsk og distriktspsykiatrisk senter for sine egne innbyggere, slik at det blir et helhetlig behandlingsmiljø. Nå ser det ut til at denne løsning ikke kan bli noe av fordi ombyggingen har kommet for langt.

I fjor ble det i Østfold referert 8 selvmord blant psykiatriske pasienter som var innlagt for nettopp å hindre slikt. I Halden har psykiatriske enheter måttet bytte lokaler 7 ganger de siste få år, hver gang med oppussing av lokaler og nye møbler etc. Det bare er litt av bakgrunnen for behovet for kvalitativ og kvantitative forbedringer. Det er stort behov for personalressurser i dette faget.

9. Omorganisering er ikke alltid nødvendig, men alltid problematisk. Regnestykket for foretatte omorganiseringer siste 2-3 år er ikke gunstig. Se pkt 6. Det er uro blant fagfolk. Sykehuset Østfold har blant de fleste pasientklagene i landet (forklares med at man har det beste rapporteringssystemet). Dette illustrerer den gamle tese preget av Gaius Petronius for 2000 år siden: **VI ARBEIDET HARDT OG FIKK FUNGERENDE GRUPPER. SÅ KOM DET ORDRE OM OMORGANISERING, OG DET BLE KAOS. SIDEN I LIVET HAR JEG ERFART AT VI GJERNE VIL MØTE VANSKELIGHETER MED OMORGANISERING, OG DET ER EN UNDERBAR METODE TIL Å OPPNÅ KAOS, FRUSTRASJONER OG INEFFEKTIVITET** (Gaius Petronius begikk suicid i en stor bankett år 66 e.Kr.)

Man kan ikke se at det er gjort forsøk på å utrede den medisinsk faglige nytte eller økonomien i organisering av DMS i Østfold. Heller ikke samfunnsregnskap for nåværende behandling av pasienter med logistikk og annet.

10. Det økende indremedisinske overbelegg kan løses ved å legge pasienter som ikke har behov for høyteknologi i DMS. Når dette kobles med alminnelige spesialistpoliklinikker og kommunal helsetjeneste, er det i tråd med internasjonal trend. Det er forsøk på dette også i Norge i bl.a. Alta, Florø nærsykehus og Hallingdal sjukstugu).

Eldrebelegget med sine indremedisinske sykdommer har begynt, og DMS gjelder særlig for dem. Deres behov for

sykehusopphold øker nå drastisk fordi neste år er det 69% flere 60-åringer i Norge enn i 1996. Økende behov for sykehusplasser vil medføre økende anstrengelser med å forenkle dem, og human tankegang vil ha dem nærmere bosted. Derfor vil behandlingsmiljøer i distriktsmedisinske senter i Østfolds gamle lokalsykehus være løsningen. Motsatt vil store forandringer nå medføre nye store kostnader når DMS etterpå så likevel må opprettes.

Når fylkets nye høyteknologiske sykehus er på plass, vil det være naturlig at de gamle lokalsykehus brukes som behandlingsmiljøer for lokalbefolkningene. Dette bør forberedes så snart som mulig i stedet for ytterligere bygg og kjøp.

11. Sterke fag-grupper i sykehusene er viktige i beslutningsprosessene.

Når sykehusavdelinger skal plasseres og oppgaver fordeles, har leger og sykepleiere betydelig og viktig innvirkning. Likevel skal styrer, råd og politikere være klar over det evig menneskelige; at enhver gruppe argumenterer for egen vekst. Regionsykehusene ønsker mange funksjoner som meget godt kan desentraliseres i henhold til medisinsk faglig utvikling, og i sentralsykehusene ser man ikke alltid nytten med lokalsykehus. Men det gjør pasientene!

Derfor kreves forsiktighet når det tas råd fra prominente fagfolk. Det er lett å miste pasienten av syne. Også sentralt i helse-Norge har man vært nølende til fordeling og desentralisering av oppgaver - antagelig p.g.a. kunnskapsmangel om DMS.

12. Leger har særlig én innvending mot DMS: At det er vanskelig å få spesialistleger dit. Løsningen er like enkel som sikker: Gi dem stykkprisordninger i poliklinikkene og hjemler knyttet til stedet. Slik var det faktisk den gang det ikke var sykehuskøer i Norge, og det var langt færre leger enn nå uten at oppgavemengden var mindre.

For sykehusaksjonen i Halden

Trond Holm ~~24.04.2006~~

21/6.06