

Folkebevegelsen for lokalsykehusene  
Hauge  
6887 Lærdal

28. juni 2006

## HØRINGSUTTALE - NOTAT OM NASJONAL HELSEPLAN (2007–2010)

Vi viser til offentlig utlagt informasjon og høringsnotat datert 22. mai i år, og vil gjerne bidra med våre synspunkt.

*Folkebevegelsen for lokalsykehusene* er en nettverksorganisasjon for et tredvetalls lokale sykehusaksjoner fra de fem regionale helseforetaksområdene. Vi representerer en stor del av befolkningen og næringslivet i områdene som sogner til lokalsykehus. Disse aksjonene har en felles oppfatning av en del sentrale problemstillinger for lokalsykehusene, og vi vil i hovedsak kommentere det som angår disse.

Folkebevegelsen ser positivt på at det igangsettes et arbeid med Nasjonal helseplan, som kan gi mulighet for å se de ulike deler av helsetjenesten i en større sammenheng og et lengre tidsperspektiv. Det er et stort behov for langsiktighet og forutsigbarhet i forhold til helsetjenestene.

Vi setter pris på at det i bakgrunnen for høringsnotatet blir presisert at helsetjenestetilbudet i Norge skal videreutvikles på et verdigrunnlag som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester som styres og i hovedsak utføres offentlig.

Men det forundrer oss at befolkningens sterke engasjement og den vedvarende uroen rundt lokalsykehusene etter sykehusreformen, ikke er behandlet i høringsnotatet.

Dersom Nasjonal helseplan skal ligge i bunn for fremtidige veivalg på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå er det viktig at planen er gjennomarbeidet og justert i forhold til innkomne tilbakemeldinger. Planen trenger en bred forankring.

Helsevesenet er en sektor som engasjerer sterkt og som vi alle kommer i kontakt med, ofte i sårbare faser av livet. Den omfatter ulike forvaltningsnivå og etater. Det er således en stor utfordring å samordne planene for denne sektoren i et enkelt dokument!

Folkebevegelsen hadde gjerne sett at departementet gav rom for noe mer omfattende orienteringer, møteserier og prosesser i forkant, og noe mer tid.

Folkebevegelsens kommentarer vil i hovedsak dreie seg om Del IV, Spesialisthelsetjenesten og kapittel 13, Lokalsykehus.

### **Om lokalsykehusenes innhold**

I Folkebevegelsen for lokalsykehusenes plattform har vi slått fast at *lokalsykehus bør ha både medisinsk og kirurgisk døgntilgjengelig akuttberedskap*. Vi trenger en nasjonal definisjon av lokalsykehus som slår fast dette innholdet, selv om enkelte lokalsykehus i tillegg har bygget opp spesialkompetanse på andre områder - som de også må beholde.

Som en følge av dette, bør det også satses på å styrke statusen for generalister, og utdanningen av leger bør i større grad sørge for å gi generalistkompetanse. Vi har med glede notert oss at legeföreningens uttalelser fra årets landsstyremøte er i tråd med vårt syn. Flere mener at den sterke spesialiseringen kan være en fare for pasientene.

De fleste pasienter har trivielle lidelser som kan få tilfredsstillende behandling på et lokalsykehus. Gjennom IKT kan en ha kommunikasjon med spesialister på et større sykehus for diagnostisering og veiledning når det er behov for det.

Folkebevegelsen for lokalsykehusene går også *mot nedbygging av fødetilbud*. Omleggingen til en "differensiert og desentralisert fødselsomsorg" er faglig omstridt og har i praksis vist seg å være lite vellykket, spesielt der veien er lang til andre sykehus med høyere beredskap. Det er bare noen få steder fødestuekonseptet har vært vellykket, og spesielle forutsetninger må da åpenbart være til stede. Etter de senere års erfaringer bør tiden være moden for å erkjenne dette. Grensene for fødestue/fødeavdeling/kvinneklinikk bør gjøres veilende, ikke absolutte. Det er fullt mulig å gjøre tiltak for å sikre kvaliteten også på fødeavdelinger med færre fødsler enn normen.

Foran stortingsvalget 2005 fokuserte Folkebevegelsen på fire mål for spesialisthelsetjenesten/lokalsykehusene:

1. **Sikre fullverdig medisinsk og kirurgisk akuttberedskap, samt fødetilbud, på de lokalsykehusene som har det i dag**
2. **Gjeninnføre folkevalgt styring av sykehusene**
3. **Øke de økonomiske rammene slik at de sikrer et godt og desentralisert helsetilbud over hele landet**
4. **Få omgjort vedtak som fjerner eller reduserer kirurgisk akuttberedskap på lokalsykehus, og/eller har svekket fødetilbudet**

Selv om mange kandidater fra partiene som vant valget helt eller delvis sluttet seg til vår velgergaranti med punktene over, gjenstår det fortsatt mye før våre krav er innfridd.

På s. 63 i høringsnotatet for Nasjonal helseplan gjentas målsettingen fra Soria Moria-erklæringen om at ingen lokalsykehus skal nedlegges. Selv om regjeringen har "fredet" lokalsykehusene, frykter vi at tilbudet dreies over mot andre tjenester, som vi ikke forbinder med den trygghet og beredskap vi forventer av et sykehus.

Rehabilitering og andre nye satsingsområder som tar hånd om eldre, kronikere og andre som i dag mangler et tilfredsstillende tilbud er særdeles viktige, og det haster med å få på plass tilbud til disse gruppene. Men disse tilbudene må bygges opp *i tillegg til* de grunnleggende tjenester med akuttberedskap innen medisin, kirurgi og føde på lokalsykehuset - ikke på bekostning av dem.

Befolkningen vil ikke akseptere omlegginger som svekker sikkerheten og kvaliteten. Uroen rundt den kirurgiske akuttberedskapen i Mosjøen (vedtatt redusert til dagtid) og fødetilbudet i Lærdal (omgjort fra fødeavdeling til fødestue) er bare to eksempler fra distriktene. Uroen rundt fødetilbudet i Oslo (etter at fødeavdelingen på Aker ble nedlagt) viser at det også er misnøye med tilbudet i sentrale strøk. Det folkelige og politiske engasjementet i disse sakene er sterkt og vedvarende.

Ressursmessig disponering av hensyn til eldre og kronikere har vært brukt som argument for å sentralisere kirurgi, men beholde indremedisin. Men også eldre og kronikere har bruk for akuttberedskap innen kirurgi! Lokalsykehus skal ha rett kompetanse til å avklare uklare tilstander og behandle de vanligste sykdommene. Fullverdig akuttberedskap med støttefunksjoner sikrer dette og må være minimumskrav på lokalsykehusene.

Vi registrerer med glede at legeföreningen vedtok en rapport på sitt landsstyremøte i mai som slår fast følgende:

"Arbeidsgruppen mener at akuttfunksjon *som et minimum* (vår utheving) bør inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester. *Tilgjengelig kirurgisk beredskap er en forutsetning for trygg medisinsk beredskap, og medisinsk beredskap er en forutsetning for en trygg kirurgisk beredskap* (vår utheving)."

For distriktskommuner er den fullverdige akuttberedskapen en viktig faktor i forhold til å rekruttere til kommunehelsetjenesten. To forhold er spesielt viktige her:

- 1) Lokalsykehus som er godkjente som utdanningsinstitusjoner er en viktig rekrutteringskanal for flere faggrupper innen kommunehelsetjenesten (og for lokalsykehuset), og
- 2) det er lettere å få besatt kommunelegetillinger innenfor rimelig avstand fra et sykehus med fullverdig akuttberedskap, som legevaktlegen kan sende videre til.

Vi slutter oss til utsagnet i høringsnotatet (s.7): "Videre vil vektlegging av en desentralisert infrastruktur og bosetting være en sentral ramme for strategisk planlegging av helsetjenestetilbudet" og håper det vil være tungt vektlagt i det endelige planutkastet.

Vi vil også minne om at dersom en skal ha nytte av de pårørende, som nevnt på s. 8 i notatet: "Pasientens pårørende vil i mange tilfelle være helt sentrale for å kunne utvikle gode forløp for behandling", da må behandlingstilbudet være lokalisert i nærheten av pasient og pårørendes bosted.

### **Distriktsmedisinske sentre**

I høringsnotatet, på s. 63, står det at en skal understøtte prosessen med å desentralisere lokalsykehusenes tjenester til distriktsmedisinske sentra eller sykestuer.

Folkebevegelsen stiller seg undrende til denne formuleringen.

Etablering av nye distriktsmedisinske sentre i kommunene kan være et godt supplement til lokalsykehusene, f.eks. for å ta i mot pasienter som er ferdigbehandlet ved sykehusene, men slike sentre kan på ingen måte erstatte de tjenester befolkningen i distriktene forventer av et lokalsykehus!

Folkebevegelsen ser på distriktsmedisinske sentre som en god løsning for å ivareta gråsonen mellom (lokal)sykehus og primærhelsetjenesten. Vi vil ikke akseptere noen nedbygging av lokalsykehusene for å huse distriktsmedisinske sentre.

Det samme gjelder for "observasjonsplasser og spesialiserte avdelinger for perioden etter behandling" som er nevnt (s. 58).

### **Virknninger av sykehusreformen**

Folkebevegelsen for lokalsykehusene ser at sykehusreformen har hatt positive effekter på noen områder, men samtidig opplever befolkningen en del negative sider ved foretaksmodellen som vi ikke ser igjen i høringsnotatet:

- pasienttilbud kuttes, mens administrasjonen og byråkratiet vokser og koster stadig mer
- utviklingen av helsetilbudet er blitt mindre forutsigbart
- det økonomiske fokuset, spesielt innen spesialisthelsetjenesten, er blitt mer dominerende mens den politiske og demokratiske styringen er avtakende
- faglige hensyn må vike for budsjettbalansehensyn
- sykehus sees i mindre grad i samfunnsmessig perspektiv

Vi er positive til folkevalgte i styrene og den økte andelen av ansattrepresentanter. Vi ser frem til at denne representasjonen i større grad kan bringe det samfunnsmessige perspektivet inn i styrerommet. I flere av helseforetakene har det vært signalisert at endringene ikke vil få praktisk betydning for styrearbeidet. Det ansvaret som til nå har sett ut til å tynges styret mest, er ikke ansvaret for pasientene men for budsjettbalansen.

En del av de organisatoriske endringene som er inspirert av det private næringslivet, som f.eks. klinikkorganisering og funksjonsfordeling, har tydelige ulemper for pasientene. De syke opplever et mindre helhetlig behandlingstilbud og blir oftere skyssert mellom flere sykehus før de har fått en fullstendig utredning og behandling. Spesielt for eldre mennesker er dette en stor påkjenning.

"Moderne organisering legger mer vekt på oppgaver og funksjoner" heter det i høringsnotatet (s. 58). Men denne moderne organiseringen er kanskje ikke egnet for pasientrettet arbeid! Klinikkorganisering på tvers, innenfor helseforetak, ser ut til å føre til lenger reisevei for pasientene, avmakt for personalet, dårligere ressursutnyttelse "innenfor huset", mindre mulighet for samarbeid om diagnostisering på tvers av disiplinene. Organiseringen passer ikke når en skal behandle hele mennesket og ta med de pårørende! Vi trenger tilgjengelighet, nærhet og breddekompetanse i rimelig avstand fra der vi bor - ikke "klinikker" som er lokalisert tre-fire steder med mange timers avstand mellom seg.

Vi støtter en samling av spesialiserte tilbud på færre steder (s. 60), men ser at områder ikke behøver å være så spesielle for å bli sentralisert. I diskusjonene om funksjonsfordeling har vi ofte registrert at enkelte eksempler (brystbevarende kreftkirurgi, tarmkreft) hyppig brukes som eksempler og begrunnelse for å samle langt mer triviell operasjonsaktivitet, som f.eks. bløtdelskirurgi.

Vi registrerer også at omsorgsperspektivet trer mer i bakgrunnen når helseforetakenes ledelse og styrer domineres av personer uten helsefaglig bakgrunn. Når en f.eks. hører at ventelistepasienter omtales som "ordrerreserve", er det grunn til bekymring. Ledelsen må i større grad interessere seg for den helsefaglige, pasientnære delen av virksomheten.

Vi hadde gjerne sett at noe av ovenstående ble gjenspeilet i Nasjonal helseplan.

### **Økonomiske rammer**

Trass i det enorme antallet strategidokumenter, rapporter og analyser av spesialisthelsetjenesten som har vært produsert de siste årene, er det til syvende og sist de økonomiske rammene som avgjør hvilket tilbud pasientene får. Helseforetakene trenger trolig mer enn 2 mrd kroner mer for å opprettholde et tilbud på dagens nivå. Dette perspektivet er knapt behandlet i høringsnotatet.

I praksis ser det ut til at det i større grad er kravet til budsjettbalanse som styrer utviklingen av tilbudene innen helseforetakene, mer enn den medisinske utviklingen eller tilgang på personale. Det ser vi f.eks. når styremedlemmer uttaler at de eneste tiltak som er interessante for styret, er slike som kan bidra til en bedre budsjettbalanse.

Et flertall av befolkningen er positive til å betale skatt for å sikre velferdsgoder som sykehus. Dette avspeiles ikke tilstrekkelig i den praktiske politikken.

Gode planer kan ikke kompensere for sulteforing. En Nasjonal helseplan uten oppfølging med de nødvendige midler, vil være av liten verdi.

### **Underfinansieringen har konsekvenser for behandlingstilbudet**

Presset på sykehusene og de ansatte har vært, og er, ekstremt hardt, og dette vanskeliggjør selvfølgelig et positivt utviklingsarbeid. Vi deler ikke Agenda/Muusmanns inntrykk (i første versjon av rapporten fra november 2005, forordet) som "kun (kan) berette om positive opplevelser og klare inntrykk av entusiasme, initiativrikdom, holdninger og engasjement" på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. Tvert i mot er det vårt inntrykk at usikkerheten og det stadige presset fra ledelsen på nedskjæringer og kutt er en sterk belastning for personalet på flere nivåer.

Denne belastningen kombinert med underbemanning, høyt sykefravær og stillingsstopp underminerer lokalsykehusene, som er sårbare for små endringer i bemanning. Når nøkkelpersoner sier opp på grunn av usikkerhet for sykehusets fremtid, får det store ringvirkninger for hele fagmiljøet og tilbudet til pasientene.

Gjennom media er vi kjent med de store vanskelighetene også de større sykehusene har. Og i nesten alle helseforetak varsles det nå kutt som griper direkte inn i pasientbehandlingen; redusert sengetall, ytterligere sentralisering av tilbud osv.

### **Evalueringen av sykehusreformen**

Høringsnotatet (10.4, s. 55) behandler evalueringen av helseforetaksmodellen og varsler at tredje del av evalueringen vil foreligge høsten 2006.

Evalueringsprosessen virker for oss både uoversiktlig og lukket. Hvor skal befolkningen adressere sine innspill? Hvem teller f.eks. det folkelige, politiske og faglige engasjementet rundt lokalsykehusene?

Det er godt kjent at personalet ved sykehusene etter reformen har mindre rom for å ytre seg kritisk om forhold på arbeidsplassen, i alle fall i offentlighet. Men vi er kjent med at flere også opplever det som vanskeligere å nå frem med sine synspunkt om de går tjenestevei. I enkelte helseforetak har personalet opplevd sanksjoner etter å ha tatt opp kritikkverdige forhold. Denne kulturen tjener ikke pasientene!

Folkebevegelsen for lokalsykehusene mener at evalueringsprosessen må åpnes opp for synspunkt og innspill fra flere miljøer enn de som nå er involvert. Sitatet som er nevnt tidligere, fra den første versjonen av Agenda/Muusmann-rapporten, bekrefter at det er behov for et åpnere perspektiv og en sterkere vilje til å fange opp et større spekter av erfaringer. En bør bevisst gå inn for å fange opp kritiske synspunkt, både innenfor og utenfor sykehusveggene, og ta dem med i den videre prosessen.

Folkebevegelsen for lokalsykehusene vil gjerne formelt involveres i evalueringsprosessen, slik vi tidligere har hatt kommunikasjon med departementet om. Folkebevegelsen samler lokale aksjoner fra hele landet til møter to ganger i året og koordinerer felles utspill. Vi har gjennom flere år vært en kritisk røst fra folkedypet og formidlet synspunktene fra folkeaksjonene i møter med sentrale politiske miljøer og helseministre fra både denne og forrige regjering.

### **Felles utfordringer i helsetjenesten**

(Blant annet omtalt i høringsnotatets del 2, s. 12 og 13.)

Folkebevegelsen kan slutte seg til de fleste av disse synspunktene, og vil gjerne supplere med noen kommentarer.

#### *Kvalitet og prioritering*

At kvalitet skal vurderes i et bredere perspektiv, er omtalt i høringsnotatet bl.a. på s. 16. Dette er viktig, og støttes.

Svært mye av helseforetaksledelsens rapporteringer handler om kvalitetsindikatorer. Indikatorene kan synes så viktige at man nesten glemmer at de bare er indikasjoner. Det er ikke sikkert at det viktigste i spesialisthelsetjenesten for pasienten kan telles og måles! Epikrisetid, ventelistedager osv. er viktig, men forteller bare om en del av virkeligheten pasienten møter.

Nærhet er en viktig, men undervurdert, kvalitet for de fleste pasienter - og spesielt de eldre. Nylig ble det presentert en undersøkelse om hofteopererte, som viste at over 60% av pasientene valgte å bli operert ved nærmeste sykehus, og at de måtte ha en stor reduksjon i ventetid for å være villig til å reise en time ekstra. Her er altså

pasientenes opplevelse av situasjonen tydeligvis en annen enn det medisinske resultatet, slik det refereres på s. 59 i høringsnotatet.

### *Pasientsikkerhet*

Vi ser frem til at Nasjonal helseplan presenterer et opplegg for å sikre at flere uønskede hendelser rapporteres, og at organisasjonen lærer av dem. Både store og små sykehus må utvikle en kultur der det er trygt både for pasienter og personale å melde fra om slike hendelser, uten at det skal medføre ubehag.

Utviklingen mot papirløse sykehus (IKT, også omtalt i høringsnotatets del 6) gjør at mange pasienter bekymrer seg for sikkerheten. Ett område er personvernet. Gjennom media er vi kjent med at administrativt personell har hatt tilgang til pasientdata. Usikkerhet om personvernet kan føre til at pasienter holder tilbake viktig informasjon for helsevesenet, fordi de er redd at den kan komme på avveie. En annen side ved det papirløse sykehuset er spørsmålet om driftssikkerhet, at hele systemet kan være så sårbart ved datafeil, slik vi nettopp opplevde på St. Olavs Hospital i Trondheim. Hva skjer dersom energiforsyningen svikter under en operasjon, hva skjer dersom datasystemet er nede i en kritisk situasjon hvor helsepersonell har bruk for rask tilgang til pasientdata?

Den økende bruken av dagbehandling/poliklinisk behandling i stedet for døgnbehandling/innleggelse (omtales også på s. 57 i høringsnotatet) er ikke til det beste for alle pasienter.

Det er dokumentert at sykehusene nå i større grad behandler pasienter med lettere, ukompliserte lidelser på bekostning av mer kompliserte tilfeller med uklare eller dårligere betalte diagnoser. Det vil altså si at man ikke nødvendigvis hjelper dem som trenger det mest.

For en del pasientgrupper er det heller ikke helt ukomplisert å bli sendt hjem etter et daginngrep. Det gjelder f.eks. pasienter uten nære pårørende, pasienter som på grunn av annen sykdom eller alder er redusert og pasienter med lang reisevei. Som aksjonister hører vi en del historier om dette.

### **Avsluttende kritiske kommentarer**

Generelt må vi kommentere at det ikke hjelper å vedta at ingen lokalsykehus skal legges ned, når de smuldrer opp innenfra pga for lite penger, sentralisering og usikkerhet om framtiden. Vi finner det vanskelig å akseptere at denne regjeringen, som har gått til valg på "velferd", ikke bevilger mer når man ser hvor dramatisk situasjonen er rundt om i helseforetakene.

Folkebevegelsen vil bemerke at det er underlig at departementet ikke finner grunn til å omtale den sterke uroen og det omfattende folkelige engasjementet som har vokst frem etter sykehusreformen og som har gitt gjenklang inn i politiske miljøer på alle nivåer. Nedbygging av akuttberedskap og fødeavdelinger, sentralisering og funksjonsfordeling har mobilisert unge og eldre til fakkeltog over det ganske land for å forsvare gode, lokale tilbud.

Folkebevegelsen savner en problematisering av rommet for "fortsatt politisk styring" (Om styring og ansvar, s. 53). Foretaksmodellen har, så langt vi har registrert, ført til

et økende byråkrati og gitt administrasjonen mer makt på bekostning av faglighet og regionale politiske målsettinger.

Helsereformen har ikke gitt bedre oversikt: De tilbakemeldinger vi har fått fra stortingspolitikere, tyder på at landets øverste politiske organ i hovedsak ved tilfeldigheter, og i liten grad systematisk, får vite hva som foregår i helseforetakene etter at reformen trådte i verk.

Folkebevegelsen kan også bare delvis slutte seg til beskrivelsen av videreutviklingen og justering av modellen etter reformen. Vi savner en problematisering av rollen til de "foreslåtte kandidater på fylkes- og kommunenivå" - den såkalte politikerrepresentasjonen i styrene. Ved oppnevning av styremedlemmer har disse i mange tilfelle vært presentert med partinavn i parentes. Som innvalgte styremedlemmer er deres lojalitet likevel ikke til de politiske partier eller fora som har valgt dem, men til eier. Den som håpet at representanter innvalgt fra politiske organer skulle sørge for at det samfunnsmessige perspektivet ble ivaretatt, er blitt sørgelig skuffet.

Departementet skriver at en har hatt "en markant utvikling fra om lag 80 sykehus og om lag 250 organisatoriske enheter før reformen, til 45 helseforetak like etter reformen - som nå er ytterligere redusert til 32 helseforetak" (s. 53). Men antall helseforetak og administrativ sammenslåing er ikke i seg selv noen forbedring! Norge er fremdeles et vidstrakt land, og den geografiske spredningen av sykehus er en nødvendighet for å trygge befolkningen. At sykehus som ligger langt fra hverandre organiseres sammen gir ikke automatisk verken mer effektivitet eller bedre kvalitet, det kan se ut som det i en del tilfeller skjer det motsatte.

### **Arbeidet med Nasjonal helseplan**

Folkebevegelsen for lokalsykehusene ser positivt på at det er satt i gang en prosess med å utarbeide en Nasjonal helseplan, og vi mener at høringsnotatet er en god begynnelse på et viktig arbeid.

Vi har tillit til at departementet i det videre arbeidet vil ta hensyn til de kommentarer og innspill som er kommet inn fra forskjellige kanter, og håper å få anledning til å bidra med kommentarer også på senere stadier i prosessen.

Med vennlig hilsen  
Folkebevegelsen for lokalsykehusene

(sign)  
Bente Øien Hauge  
koordinator

(sign)  
Gunnvald Lindset  
reg.kontakt Nord

(sign)  
Turid Opedal  
reg.kontakt Sør

(sign)  
Nils Johan Ystanes  
reg.kontakt Vest

(sign)  
Einar Aasen  
reg.kontakt Midt-Norge

(sign)  
Svein Sandberg  
reg.kontakt Øst