

TEMA	STRATEGI 2020 - HØRINGSUTTAELSE FRA BARN OG FAMILIEKLINIKKEN MAI 2010
Til	Arne Flaot
Fra	Wenche P. Dehli, klinikkleder

Barn og familieklinikken gir en høringsuttalelse som er inndelt i:

- A) Synspunkt på forslaget til og forutsetninger for strategi 2020:
- B) Forslag til nye strategiområder i Helse Midt-Norge:

A) Synspunkt på forslag til og forutsetninger for strategi 2020:

Barneavdelingen ved Helse Nord-Trøndelag

Barneavdelingen i Levanger med tilhørende poliklinikk ved Namsos dekker viktige funksjoner og er en sentral del av et fullverdig lokalsykehus.

- En stabil pediatriisk kompetanse er avgjørende for barn med sammensatte og langvarige behov. Det gjelder barn med somatiske og psykiske lidelser og funksjonshemninger.
- Barneavdelingen er "navet" i det tverrfaglige tilbudet til stadig flere pasientgrupper, bl a diabetes, astma, habilitering, overvekt, rus/intox, tidlig intervensjon nyfødte.
- Barnelegene har det medisinskfaglige ansvaret for habiliteringstjenesten. Erfaring og kontinuitet hos barnelegene er nødvendige for at Helse Nord-Trøndelag skal opprettholde og styrke tilbudet til funksjonshemmede barn.
- Deler av Nord-Trøndelag, bl a Namdalen og kystkommuner har størst problemer med stabil legedekning. Dette betyr mye vikarer og turnusleger. Disse trenger i større grad enn erfame fastleger en dialog med 2 linjetjenesten. Særlig her er barnefaget viktig. Primærleger er ofte uerfame med vurderinger av barna. Det dreier seg f eks om meningittvurderinger og diabetesvurderinger. I disse tilfellene er sykehusstøtte er alfa og omega, og trygghetsfaktoren dreier seg om liv eller død. Ytterligere timers reisetid til barneavdelingen er i realiteten at barnetilbudet legges ned for utkantbarna. Legene i utkantene blir mer usikre og rekrutteringen vanskeligere.
- Det faglige samarbeidet med kommunene er avgjørende for tilbudet disse barna får. Det vil bli sterkt svekket uten pediatriisk kompetanse.
- 5-døgnspost innen pediatri er ikke realistisk. Det finnes ikke erfaringer fra en slik driftsform. Det er ikke utarbeidet noen faglig eller praktisk konsekvensanalyse. Det er trolig ikke regningsssvarende, det er for øvrig ikke laget noen økonomiske beregninger på forslaget.
- En 5-døgnspost vil redusere aktiviteten betydelig, og skape mye usikkerhet om hvem som kan innlegges, om samhandling og oppfølging i ettertid.
- Barnelege i vakt er en avgjørende premiss for sengeposttilbudet ved BUP. Det gjelder både faglig og økonomisk. Vaktordningen ved BUP må styrkes (= økt kostnad) hvis barnelege ikke er tilgjengelig.

- Det er urealistisk å opprettholde kun en stor poliklinikk ved Levanger. Den vil i beste fall bestå av vikarstafett med leger som jobber i sin fritid fra andre sykehus. Det gir ikke kontinuitet og faglig robusthet!
- Rekruttering og utdanning av spesialister svekkes alvorlig. Forslaget om kun to barneavdelinger i regionen vil svekke det totale tilbudet og kompetansen innen pediatri vesentlig.
- Kuvøseavdelingen må legges ned som følge av forslaget. Man må dermed overføre barn som ikke har behov for universitetskompetanse til et sykehus med høyere kostnadsnivå hvis barneavdelingen blir 5-døgnspost.
- Fødeavdelingen vil kunne ta imot færre fødende, må overføre alle truende fødsel før uke 35 og risikopasienter hvis kuvøseavdelingen legges ned. Det er ikke realistisk å skille på hverdag og helg (5døgnspost). Avdelingen vil bli mindre faglig interessant. Vi vil på nytt få store rekrutteringsproblemer både for barneleger og gynekologer.
- Helse Nord-Trøndelag har en solid rekruttering og kompetanse i sykepleietjenesten. St.Olav må bygge opp både areal og bemanning for å få kapasitet til å ta imot alle barn fra Nord-Trøndelag, spesielt syke nyfødte og premature. Da legges det opp til et fordyrende universitetsnivå for en stor pasientgruppe som ikke har behov for det.

Føde- og gynekologjavdelinger ved begge sykehus

Strategi 2020 har innen dette fagfeltet kun fokusert på fødetilbudet. Det er helt sentralt at også gynekologitilbudet er en del av dette faget. Det utgjør et stort volum, og er et avgjørende helsetilbud til kvinnene i regionen. Det er urealistisk å videreføre gynekologi tilbudet med utgangspunkt i en fødestue. Det vil si at gynekologitilbudet da kan bli redusert til et poliklinisk tilbud basert på vikarstafettløsning tilsvarende ortopedien på Røros. Det vil medføre stor ulikhet for kvinner avhengig av hvor de er bosatt. I distriktene skal tilbudet i henhold til forslaget i strategi 2020 bygges kraftig ned, mens kvinner i de større byene får et omfattende tilbud fra både sykehusene og avtalespesialistene, et tilbud som overgår det som er definert som spesialisthelsetjeneste. Et likeverdig tilbud vil i bestå i å opprettholde føde- og gynekologjavdelingene.

Det er dokumentert både faglig og kostnadmessig at den beste løsningen er å beholde to fødeavdelinger ved Helse Nord-Trøndelag.

Akutt- tilbudet ved sykehuset Namsos

I forbindelse med spørsmålet om det er forsvarlig å drive elektiv kirurgi (dag- og døgn-) uten operasjonsberedskap på natt, vises det til at St. Olav i en årrekke har drevet protesekirurgi på Røros uten slik beredskap. I den sammenheng må det presiseres at:

- Legene har døgnvakt hele perioden de er der.
- Tilbudet ved Røros drives med høye kostnader. Ordningen baseres på innleide leger til høy timepris – sannsynligvis mer enn et ordinært kostnadsnivå inklusive vaktordning ville medføre.
- Legene jobber der i sin fritid. Det vil si at arbeidstids-/vernebestemmelsene brytes systematisk – en kvalitetsrisiko som andre sykehus pålegges å unngå.

- Det er ikke mulig å få faste tilsetninger ved Røros - vikarstafett med leger og pasienter (!) fra mange sykehus. Det er en ordning som ellers sterkt frarådes og som er grunnlaget for nedleggelse av fødeavdelinger.
- Pasientene må følges opp ved andre sykehus ved komplikasjoner etc
- Det har vært vedvarende usikkerhet og uro om berettigelsen av Røros sykehus – også ortopedien – skal vi ha det slik ved flere sykehus?
- Ved sykehuset Namsos er allerede ortopedivakt tatt bort på natt, det er derfor ingen ytterligere gevinst ved å redusere akuttberedskapen i så måte.

Det sies at det er forsvarlig å drive elektiv kirurgi (dag- og døgn-) i 5-døgnspost hvis pasienter som ikke kan reise hjem fredag legges på en fellespost. Det forutsetter en kirurgisk vaktordning og en kirurgisk sengepostpost som er åpen – hvis ikke kvalitetskravene skal fravikes for disse pasientene. Det vil si at ordningen kun kan gjennomføres ved sykehus hvor man alltid vil ha uke/døgnåpen post og leger i vaktberedskap.

- 3) Fødeavdelingen på Namsos betinger kontinuerlig akuttberedskap. Eventuell kostnadsreduksjon ved å legge ned akutt ortopedi og kirurgi er minimal, og vil ikke stå i forhold til det man mister av aktivitet (inntekt), faglig kvalitet og rekrutteringsevne.

Faglig kvalitet

Det er ikke grunnlag for å hevde at faglig kvalitet vil bli styrket ved å legge ned tilbud ved Namsos eller Levanger.

- det vil redusere og medføre stor ulikhet i tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten
- det vil komplisere all samhandling både internt og i sammen med kommunene
- de med langvarig og sammensatte lidelser vil bli rammet – som en konsekvens av at "akutt"-tilbudet ses på som en isolert faktor.

Rekruttering

Forslagene om 5-døgnspost og reduksjon av akutt-tilbudet i Namsos vil føre til rekrutteringssvikt. Det vil heller ikke bli mulig å beholde nødvendig kompetanse til de funksjonene som er ment skal bestå.

Det er sannsynligvis nok spesialister i Helse Midt-Norge. Det er uholdbart at ferdig utdannede går i utdanningsstillinger ved universitetsavdelinger i årevis. Det svekker både rekruttering og utdanningskapasiteten.

Utdanningskapasitet

Forslagene i strategien vil føre til at flere fagområder vil miste utdanningsstatus. Det vil svekke kompetanseutvikling i avdelingen, og føre til kompetanse- og rekrutteringssvikt både i regionen og nasjonalt.

B) Forslag til nye strategiområder i Helse Midt-Norge:

- 1) Redusere kostnader ved å innføre **profesjonelle og standardiserte driftsløsninger** ved sykehusene:

- a. Planlegging av aktivitet
 - b. Planlegging av bemanning
 - c. Forpliktende behandlingsplaner
 - d. Avklare oppgavefordeling og samhandling med kommunene innen de ulike fagområdene
- 2) Bidra til en regional eller nasjonal **reform om samordning/organisering av de ulike statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenestene innen helse- og sosialtjenestene for barn og unge.**

Det må legges en ny strategi for helse(- og sosial)tilbudet til barn og unge. I dag er det mange aktører, uklare ansvarsforhold og mye dobbeltarbeid. Foreldre og barn må forholde seg til mange institusjoner og personer. Det utgjør i seg selv en økt påkjenning, og nytteeffekten står sannsynligvis ikke i forhold til kostnadene. Det kan også medføre at barn/unge utsettes for gjentatte utredninger og at behandling og oppfølging forsinkes.

- 2) Utarbeide **regionale planer for utdanning av legespesialister** for å sikre fremtidig behov. Alle utdanningsstillinger skal benyttes aktivt til utdanningskandidater, ferdige kandidater må ut av utdanningsstillingene. Målet er å tilby hver assistentlege et forutsigbart utdanningsforløp.
- 3) Utarbeide en **regional strategi for innholdet i fremtidens spesialisthelsetjeneste**. Hvis løsningen er reduserte kostnader til "blå-lys" funksjoner, må det beskrives og følges opp ift tjenesteutføring og utdanning. Beskrive **oppgaver og bemanningsbehov** frem i tid. Hvilke oppgaver og kompetanse skal spesialisthelsetjenesten ha og hvordan fordeles oppgaver og kapasitet på sykehusene. Hvis akutt-tilbudene endres vesentlig, må det foreligge en gjennomtenkt strategi for ny oppgave- og kompetansefordeling.
- 4) **Vurdere berettigelsen av ordningen med avtalespesialister** slik den fungerer i dag. Hvilke konsekvenser har ordningen for bemanning, faglig utvikling, utdanning og økonomi.

Vedlegg

Uttalelse fra:
- Bjørn Myklebust
- Anita Hoff

Strategi 2020.

Akuttfunksjonen ved barneavdelingene.

I sitt forslag til strategi 2020 legger Helse Midt-Norge opp til at det man i regionen skal ha 2 døgnoperative barneavdelinger. Sykehuset Levanger sin barneavdeling tenker man seg omgjort til en 5 dagers post.

Til dette tillater jeg meg å komme med noen kommentarer.

Bakgrunnen :

Helse Midt-Norge (HMN) henviser til konklusjonen fra "Fagnettverk Pediatri" sitt innspill til strategi 2020. Her hevder man at vi har lavt pasientgrunnlag.

Jeg finner det derfor rett å henvise til HMN sine egne tall fra 2008 der antall Ø-hjelps innleggelser ved 4 barneavdelingen i regionen var som følger :

St.Olav 3302

Levanger 1360

Ålesund 882

Kristiansund 879

På hvilken måte man ut fra disse tallene kan hevde at vi har et lavt pasientgrunnlag er da for meg helt uforståelig.

Rekruttering :Det er rett at vi har slitt med å skaffe kvalifiserte spesialister men dette er nå i ferd med å bedres. F.om 01.03.10 er vi igjen 5 overleger i bakvakt. I tillegg er en overlege ute i lengre ulønnet permisjon. Tilgangen på ferdige spesialister forventer jeg vil bedres markant i løpet av de 2- 3 nærmeste årene da tilgangen på ass.leger nå er svært god med mange søkere på de stillingene som lyses ut.

Jeg mener derfor at utvalget har trukket en helt feil konklusjon som HMN ikke bør legge noen vekt på nå dette skal avgjøres

Så noen tanker om forslaget om 5 dagers uke . Tenker man seg da en vaktordning som starter mandag morgen og går til fredag ettermiddag.? I så fall er da bare i helgene vi ikke skal ha vakt ? Dersom økonomi er drivkraften i dette forslaget vil det være minimalt å hente.

Det faglige i dette : En 5 dagers uke vil måtte medføre nedleggelse av kuvøseposten her.

Det bør være lett å fatte at vi ikke kan overføre barn i seng eller kuvøse på fredag ettermiddag for så å hente disse på mandag morgen.

Forslaget vil måtte medføre en nedleggelse av kuvøseposten..

I henhold til forslaget tenker man seg at fødeavdelingen her skal bestå. Det må i så fall være en sterkt vingeklippet avdeling. Ingen kvinne med truende prematur fødsel med gestasjonsalder < 35 uker vil kunne føde her.

Heller ingen andre risikofødsler.

Hva så med en generell 5 dagers barnepost ?

Ja, hva så ?. Igjen må jeg spørre, skal vi overflytte de inneliggende barna på fredag morgen for så å hente de av disse som fortsatt måtte være i behov for en sykehusseng på mandag morgen?

Det er svært få elektive innleggelser på vår avdeling. Vi kunne kan hende fylle et par plasser med barn innlagt med obstipasjon eller barn med f.eks en kjent diabetes som trenger justering av dårlig blodsukkerverdier.

En slik avdelingen vil neppe være levedyktig og det kommer til å bli svært vanskelig å rekruttere nye ass.leger til en slik avdeling som ut i fra dagens regler vil miste sin godkjenning som utdanningsinstitusjon. Det eneste alternativet videre her da vil være poliklinikk kombinert med en dagenhet.

Andre konsekvenser :

Det framlagte forslaget vil ramme hele barne og familieklinikken ved HNT. Barneavdelingen er faktisk en av bærebjelkene.

BUP : Vi har et utstrakt og godt samarbeid med BUP med ukentlige faglige møter og det er ikke så sjelden at vi har felles pasienter innlagt på vår avdeling til somatisk utredning. Forslaget vil således også ramme BUP.

Habiliteringstjenesten for barn :Avdelingens leger står også for habiliteringstjenesten for barn sitt legearbeid. Vi vil fortsatt kunne serve hab.tjenesten men utredningsinnleggelse vil da mest sannsynlig falle bort. Det er verd å merke seg at mange av de barna som innlegges akutt som Ø-hjelp er funksjonshemmede med hyppige behov for innleggelse. Denne gruppen vil bli unødig sterkt rammet dersom HMN sitt forslag blir vedtatt.

Situasjonen i dag :

I hele februar har barneposten hatt et nærmest kontinuerlig overbelegg. Har barneavdelingen på SOHO kapasitet til å ta seg av disse toppene som kommer nærmest likt i hele landet?

Dersom mine opplysninger er rett, så er det fullt også på SOHO for tida.

Kapasiteten på St.Olav:

Kuvøseposten vår har de siste årene hatt fra 120 – 140 ny innleggelse. Noen av disse barna ligger kun noen få dager mens andre ligger i ukevis. Vi tar i mot premature som fødes inntil 10 uker for tidlig samt andre syke nyfødte. Periodevis har vi de siste årene avlastet St,Olav med sør-trønderske premature i perioder da deres egen avdelingen er blitt for full.

Er det slik at SOHO kan overta alt dette eller må det en utbygging eller omorganisering der til for at så kan være tilfellet?. Kan i så fall dekke dette med dagens antall sykepleiere eller må staben utvide?. Skal man dekke legevaktordningen med dagens antall leger eller må staben utvides på SOHO.? Jeg kan ikke skjønne annet en at staben må utvides med økte kostnader for SOHO. Hva med ekstra transport-utgifter ? Har man regnet på disse ?

Hva kan vi gjøre ?

I perioder av året er det mindre innleggelse hos oss slik tilfellet er ved stort sett resten av landets barneavdelinger. Det er mulig at kostnadene kan reduseres noe ved at. For eksempel barneposten stenges i felles ferien og at akuttfunksjonen for syke barn da dekkes av SOHO.

Dette er noe vi i fellesskap med SOHO bør kunne diskutere.

Avdelingen må jobbe med å øke belegget i rolige perioder av året. Det kan skje ved at vi øker vår kompetanse på for eksempel kroniske grupper så som barn med spisevansker, knappavvending og kan hende kunne vi også komme i gang med et opplegg for barn med kronisk overvekt slik det foreligger sentrale føringer på at det skal satses på. På alle disse områdene bør vi kunne ha en regional funksjon. På enkelte av disse også en nasjonal rolle.

Konklusjon : Barneavdelingen på Levanger har livets rett og må bestå som en akuttavdeling. Vi skal ha et fortsatt tett og om mulig enda tettere samarbeid med St.Olav både med tanke på kvalitet i arbeidet, rekruttering og kapasitetsutnyttelse..

Nøkkeltall for barneavdelingen Levanger

	2007	2008	2009
Innlagte kuvøsebarn	120	153	126
Innlagte barneposten	1104	1190	1259
Totalt innlagt	1324	1343	1385
Liggedøgn	4533	584	4417
Dagopphold	59	47	64
Polikliniske konsultasjoner	4013	5042	5005

INTERNT NOTAT

Til: Avd. leder Randi B. Dreier og klinikkleder Wnche P. Dehli
Fra: Seksjonsleder Anita Hoff
Dato: 15.06.2010
Emne: Uttalelse til strategi 2020

Ad. Utkast til høringsdokument Strategi 2020, Strategi for utvikning av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge

Habiliteringstjenestene i regionen må utvikles i tråd med nasjonale føringer, og må framkomme som et av mange viktige spesialisthelsetjenestetilbud, som HMN's strategi 2020 skal omfatte.

Det vises til flere sentrale dokumenter og planer, der det i de siste år har blitt påpekt at ”habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsetjenesten etter satsingen på psykisk helse”, -jfr. Handlingsplan Habilitering barn og unge (HDIR IS-1692), som refererer til Soria Moria-erklæringen, og en erklæring fra en samlet helse- og omsorgskomite.

I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, påpekes det at det er et overordnet mål for regjeringen å endre en situasjon hvor habilitering og rehabilitering ikke har den posisjon og status i helsetjenesten som de overordnede nasjonale mål skulle tilsi. Endringen vil kreve utvikling og innsats på mange områder, over lengre tid.

Handlingsplan for habilitering barn og unge ble utarbeidet som en oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Planen er et viktig verktøy for iverksetting og oppfølging av den nasjonale strategien, med særlig fokus rettet mot faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling. Den er utgitt for å styrke helse - og omsorgstjenestens innsats til barn og unge med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer.

I Handlingsplanen for habilitering barn og unge påpekes det at flere statistiske parametre peker i retning av at barn og unge med funksjonsnedsettelse som har behov for habiliteringsbistand i kommunen har økt i senere år. Det antas at ca 10 % av barnebefolkningen vil kunne ha behov for habiliteringsbistand på kommunalt nivå. Det er anslått at ca 2-2,5 % av barnebefolkningen har behov for habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Habilitering er et tverrvitenskapelig kunnskapsområde som befinner seg i grenseområdet ml. medisin, sosialvitenskap, psykologi og pedagogikk. Habiliteringstiltak retter seg i mindre grad mot sykdommen eller diagnosen, og mer mot barn og ungdom og deres familiers fungering og deltakelse, og også mot omgivelsesfaktorene. Habilitering preges av kompleks og tverrfaglig innsats. Et godt tilbud vil forutsette at en stor andel av spesialisthelsetjenestene foregår nært barnet, i barnets/familiens hjemmemiljø, og sammen med flere instanser på kommunalt nivå. (Jfr. Forskrift om habilitering og rehabilitering vedr. ambulante tjenester) Slik foregår tjenesteyting også i dag, men må videreutvikles og kvalitetssikres.

Habiliteringstjenesten for barn og unge og Barneavdelingen i Helse Nord-Trøndelag er nært knyttet til hverandre i å yte tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. En endring i barneavdelingens funksjon vil få konsekvenser også for habiliteringstilbudet til barn og unge og deres familier.

Habiliteringstjenesten for barn og unge er avhengige av leger og psykologer i den helhetlige og tverrfaglige sammensetningen av kompetanse. Legene i Habiliteringstjenesten er spesialister i pediatri, og denne kompetansen hentes fra barneavdelingen for Nord-Trøndelags del. Dersom barneavdelingen får endret funksjon, som gjør det vanskeligere å rekruttere og beholde legespesialister, vil dette få medisinskfaglige konsekvenser for de tverrfaglige tjenestene barn og unge med funksjonsnedsettelse har behov for fra spesialisthelsetjenesten.

Premature og barn i biologisk risiko får i dag tverrfaglig vurdering og tidlige tiltak, gjennom et tett samarbeid mellom legespesialister og spesialsykepleiere ved barneavdelingen, og flere fagpersoner fra Habiliteringstjenesten for barn og unge.

I Handlingsplan for habilitering barn og unge påpekes behovet for et mer koordinert, helhetlig tilbud i spesialisthelsetjenesten gjennom et nært og forpliktende samarbeid mellom psykisk helse og somatisk spesialisthelsetjeneste. Pasientens behov må være førende for utvikling av innhold og struktur i spesialisthelsetjenesten. Barn og unge med adferdsvansker, og barn og unge med kronisk sykdom har behov helhetlig tilbud gjennom samarbeid på tvers, som inkluderer barneavdeling, psykisk helsevern barn og unge, og habiliteringstjeneste barn og unge.

Det heter i Handlingsplanen at Helsedirektoratet ønsker at tjenestetilbudene til barn og unge skal være høyt prioritert i helseforetakenes videreutvikling av et godt spesialisthelsetjenestetilbud.

Habiliteringstjenesten for barn og unge

Anita Hoff
Seksjonsleder