Vesterålsrådet

**Dato:** 24. april 2024

**Høringsinstans:** Vesterålsrådet

**Navn:** Grete Ellingsen (Leder) og Lena Arntzen (Daglig leder)

---

## *Helse Nord trenger mer penger, bedre rekruttering og stabile tjenester. De foreslåtte nedleggelsene i Vesterålen løser ingen av disse problemene*

---

**Høringsnotatet legger opp til sentralisering av døgnplasser til de største byene i Nord-Norge.**

I forslaget som foreligger, flyttes 32 DPS-døgnplasser i distriktet fra lokalsykehus nær pasientene til regionale sykehus (bare i UNN og Nordlandssykehuset HF). Det totale antallet døgnplasser i Nord-Norge er 58. Dette skjer helt i utakt med styringssignaler fra Hurdalsplattformen, Oppdragsdokumentet, Opptrappingsplan for psykisk helse og Helse Nords egen Regionale utviklingsplan, som alle slår fast at man skal ha en *desentral helsetjeneste nært der folk bor*. Risikovurderingene som er lagt til grunn for tilrådning er overordnet, upresis og utelater en rekke vesentlige risikoområder som burde vært grundig belyst. De mangler legitimitet.

**Økonomi – små beløp og ukjente følgekostnader**

Den totale effekten av alle forslagene om nedlegging og flytting utgjør kun 7% av Helse Nord sitt estimerte underskudd i 2027.

I tillegg er denne innsparingen «eksklusive investeringsbehov». Nordlandssykehuset har angitt at psykiatrien i Bodø i dagens bygningsmasse ikke kan «etablere forsvarlig, effektiv og moderne drift», og det er ønsket investeringer der for nærmere 1,3 milliarder ref.styresak 007/2021. Selv med mindre rehabiliteringer er det vanskelig å se at Helse Nord med noen grad av sikkerhet kan sannsynliggjøre en netto innsparing gjennom de foreslåtte endringene.

**Rekruttering og utdanning – Helse Nord går imot egen kunnskap og strategi**

Lokal utdanning og praksis er i særklasse viktig for å rekruttere og beholde helsepersonell, både for kommuner og sykehus. De nedleggingstruede avdelingene i Vesterålen brukes til utdanning og spesialisering av logoped, ergoterapeut, fysioterapeut, psykologer, sykepleiere og på medisinstudiet. Medisinutdanningen i Tromsø og den desentraliserte Bodøpakken er i stor grad jobbet frem ut fra en anerkjennelse av hvor viktig lokal tilknytning er for rekruttering.

De ansatte ved LVDPS har i uttalelser gitt klart uttrykk for at de ikke kommer til å flytte ved en nedleggelse. Personalsituasjonen ved Lofoten og Vesterålen DPS er bedre enn på svært lenge, og

avdelingen er en av få i landsdelen som har fullverdig, fungerende vaktordning. Det er ikke mulig å finne belegg i verken arbeidsgruppens arbeid eller høringen generelt for at nedlegging i Vesterålen vil styrke rekruttering.

**Tjenestetilbud - Fortsetter nedbygging av psykiatrien**

Allerede er 12 av 20 døgnplasser lagt ned i Vesterålen i nyere tid. I tillegg er de resterende sengene sitt opptaksområde utvidet til Lofoten. Før dagens situasjon har det altså vært en omfattende nedbygging av psykiatritilbudet i regionen. Tilbudet har gått ned fra 6,6 senger til 1,45 senger per 10 000 innbygger.

Høringen peker på flere psykiatri-innleggelser per innbygger enn resten av landet. Det er særlig AHUS- og OUS-områdene som drar ned snittet. Pasienter med lang reisevei har vanskeligere for å nyttiggjøre seg poliklinisk behandling. Det er derfor helt naturlig at antallet innleggelser er høyere i distriktsregioner. Å sammenligne Nord-Norge med det det mest urbane og tettbygde området i hele landet fremstår lite formålstjenlig.

**Høringsinnspill fra Nordlandssykehuset HF**

Et splittet styre i Nordlandssykehuset HF vedtok 23. april en høringsuttalelse til Helse Nord RHF som vi i Vesterålsrådet ikke stiller oss bak. Diskusjonen i styremøtet som ledet hen til vedtak av høringsuttalelse bar preg av usikkerhet rundt tall. Praktiske, økonomiske og bygningsmessige konsekvenser av vedtaket ble ikke redegjort for i den grad man kan si at flertallet i styret har gjort et godt fundamentert vedtak.

## *1. Psykisk helsevern og TSB*

Kuttforslagene fra Helse Nord utfordrer det helhetlige tjenestetilbudet innen psykisk helsevern på flere områder.

**Konsekvens 1: Uttalt geografisk skjevfordeling**

Med 55 000 innbyggere har Lofoten/Vesterålen flere innbyggere enn Bodø, og rundt tilsvarende ¾ av hele Finnmark. Helse Nord fremstiller dette som et lite og sårbart område der det ikke er mulig å drifte forsvarlig. Dette står i sterk kontrast til andre helseforetak. Følgende er en liste over sykehus med omtrent tilsvarende, eller mindre, befolkningsgrunnlag som LVDPS.

Kongsberg: 45 000

Flekkefjord: 40 000

Elverum sykehus: 58 000

Voss: 30 000

Volda: 50 000

Stord: 50 000

Kristiansund: 50 000

Namsos: 40 000

Alle disse sykehusene har i dag DPS med døgnposter. Når både Helse Sør-øst, Helse Vest og Helse Midt anser dette som forsvarlig og gjennomførbart, fremstår det underlig at Helse Nord har helt andre vurderinger.

Salten DPS og psykiatritilbudet ved NLSH Bodø har over tid vært i høynet beredskap grunnet fullt belegg. Dette har medført en forskyvning av kritisk syke pasienter utover i organisasjonen. Elektive sengeplasser i LVDPS benyttes i dag som halv-akutt senger, som en direkte konsekvens av gul beredskap og manglende kapasitet til å ivareta pasienter i Bodø.

NLSH i sitt høringssvar foreslår å drifte sengeposten på LVDPS «på oppsigelse», i påvente av oppbygging i Bodø som det ikke foreligger noen plan for. Dette er en oppskrift på å miste fagfolk og ødelegge avdelingen.

Det kan også nevnes at for psykiatrien i Bodø sin del synes det ikke problematisert at å utvide en 5-døgnsenhet til 7-døgnsenhet kan få negative konsekvenser for rekrutteringen dit. Det er en tydelig trend i hele helsesektoren at stillinger med mye helg og natt er vanskeligst å få besatt.

**Konsekvens 2: Ødeleggende for samhandling om kompleks pasientgruppe**

Sammenhengen mellom en sterk primærhelsetjeneste og godt psykisk helsevern er tydelig vist langs flere akser. Det er mindre bruk av tvang der det er god kapasitet på fastlegesiden, for eksempel.

Samspillet mellom pasient, pårørende, kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten er

altså sentralt for gode pasientforløp. Tilbud som FACT og Akutt Ambulant Team og de somatiske tilbudene ved lokalsykehuset bidrar til nærhet til både pasient og kommunale samarbeidspartnere. Synergieffektene av nærheten til lokalsamfunnet (pårørende, frivillighet, nærhet til hjem mm) forsvinner hvis man legger ned sengeposten ved LVDPS.

Lofoten og Vesterålen er også i en særstilling på grunn av behovet for å benytte fly for å komme seg til Bodø. Dette er vesentlig mye vanskeligere for pasienter og de pårørende å få til og det er mye dyrere. For barn som pårørende, og pårørende med små barn, er dette helt ødeleggende for å kunne være tilstede.

ROS-analysene fra arbeidsgruppene er på overordnet plan, og hopper bukk over å gå inn i konkrete forhold og gjøre simuleringer på de ulike konsekvensene. Dette viser seg særlig ved at man ikke ser grundig nok på samlede samfunnsmessige konsekvenser. Eksempelvis er antall oppdrag der politiet bistår helse med oppdrag innen psykisk helse, økt fra 37.000 til 53.000 mellom 2017-2022. Det er en økning på 43 prosent. Helse Nords høringsforslag fremstår å være frakoblet denne type avhengigheter til samarbeidende samfunnsinstitusjoner.

**Konsekvens 3: Økt bruk av tvang, dårligere prognose**

Forskning er tydelig over flere tiår fra flere kontinenter: økt avstand til psykiske helsetjenester gir mindre bruk. Vi kan vise til nyere studier fra Finland og Sveits.

Den foreslåtte nedbyggingen av psykiatrien er i direkte konflikt med Stortingsmeldingen «Opptrappingsplan for psykisk helse 2023-2033». Den er også i strid med helseministerens klare topp-prioritering i sykehustalene i både 2022 og 2023.

De aller sykeste innen mental helse er de som tvangsinnlegges akuttakutt tvangsinnlagte. I dag benyttes NLSH Bodø for tvungent psykisk helsevern for Lofoten/Vesterålen. Å fjerne senger for frivillig innleggelse fra Vesterålen vil gjøre det ytterligere vanskelig å få til et frivillig døgntilbud for befolkningen i Vesterålen. Det blir vanskeligere å hindre at sykdomsforløp utvikler seg til akuttfase. Det var 268 akuttinnleggelser fra Lofoten/Vesterålen i 2023. Så lite som en 10% økning vil kreve store ressurser og medføres store belastninger for pasienter og pårørende.

Det bør være meget godt kjent for Helse Nord at venting på transport til Bodø påfører akuttpasientene uverdige forhold og forsinket behandlingsstart. De oppholder seg ofte mange timer på en legevakt som ikke er dimensjonert for å ta vare på denne pasientgruppen. Det er vanskelig å se hvordan nedleggingen av sengeposten ved LVDPS ikke vil generere flere tvangsinnleggelser. Dette gir sterkt økte samfunnskostnader i form av flyambulanse, legevakt og ofte vesentlige politiressurser.

## *2. Rehabilitering og private tjenester*

**Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.**

a. Det er veldig positivt med en styrking av akutt rehabilitering i NLSH-området, da dette tilbudet i dag ikke eksisterer, og det er et omfattende behov.

b. Det er en feilvurdering å svekke tilbudet til muskel-skjelettlidelser, sykelig overvekt og ortopedi. Det foreligger ingen kjente planer fra statens side om å styrke dette tilbudet i kommunene, og kommunene har ikke ressurser innenfor dagens rammer til å bygge opp slike tjenester. I praksis medfører altså høringsforslaget en svekkelse.

**Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.**

Vi slutter oss til høringsforslaget fra Lofoten på dette punktet: Det foreslås å legge ned tilbud i Vesterålen, der det er god plass og godt bemannet, og bygge opp tilbudet i Bodø. Med tanke på god videreføring av et eksisterende tilbud, og styrking av et lokalsykehus, bør Helse-Nord heller etablere hele tilbudet i Nordlandssykehuset Vesterålen med 15-17 senger.

## *3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten*

**Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:**

A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester

C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

**Innspill:**

A: Vi vil på det sterkeste understøtte alle forslag som går i retning av å gi lokalsykehusene stedlig ledelse.

B og C: Dette vil vi komme nærmere tilbake til på et senere tidspunkt.

D: Her er det stor potensiale for samarbeid og effektivisering, ikke minst for å redusere reisetid og å gi faglig støtte via digitale løsninger fra spesialister ut til primærhelsetjenesten. Men skal man realistisk se gevinster her, må sykehusene først og fremst gjøre det aller mest grunnleggende grepet: Dele journaldata med kommunene. Dette er det suverent høyest prioriterte ønsket fra kommunene hva angår digital samhandling, og det som vil gi klart mest effekt i forhold til innsats. Vi ber også sykehusene prioritere implementering av Pasientens Legemiddelliste.

**Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste:**

**Samhandling**

Blant fagfolk og administratorer i primærhelsetjenesten har Helsefellesskapene enda ikke opparbeidet seg troverdighet eller relevans som samhandlingsarena. Lokalsykehusene og kommunene ferdigbehandler over 90% av alle pasienter som trenger helsehjelp og er helt avgjørende for å handtere det økende behovet for helsetjenester. Helsefelleskapet er et overordnet strategisk organ, men lokalsykehusene er nøkkelen for å skape en effektivere helsetjeneste. For å lykkes er det nødvendig med sterkere lokal ledelse og økt fokus på regional samhandling i Helsefelleskapet.

**Funksjonsfordeling:**

Det er ingen plan for hvordan overfylte tilbud ved sentralsykehus skal takle en økning i pasienter som kommer fra nedskalerte lokalsykehus. Den økte mengden (akutt)pasienter fra distriktene fordrive nettopp den svært viktige og spesialiserte behandlingen som de store sykehusene virkelig trengs for.

Vesterålsrådet

Ettersom høringsforslagene ikke kan sannsynliggjøre verken økonomiske innsparinger, bedre rekruttering eller bedre pasientbehandling, fremstår de i hovedsak som et ønske om å styrke miljøene i Bodø og Tromsø.

Helse Nord må innse at pasientnær behandling ikke er en distriktspolitisk floskel: Det er effektiv helsehjelp. Dersom Helse Nord RHF velger å ikke hensynta dette, og tilstreber en organisering etter BEON-prinsippet, ender det med at samfunnskontrakten mellom innbyggerne utenfor Bodø og Tromsø oppleves som brutt. Da vil lojaliteten til sentralsykehusene svinne hen. Og når man først har satt seg på flyet, vil mange pasienter ikke bry seg stort om de flyr 40 minutter til Tromsø / Bodø eller i overkant av en time til Trondheim.