



Halså kommune
Serviceavdelinga

Helse Midt-Norge
postboks 464
7501 STJØRDAL

HELSE	MIDT-NORGE
Saksdok:	2010/67-84
Mottatt:	07.04.2010
Saksbeh:	BRI Unnt.off
Arkiv:	

Melding om vedtak


Deres ref:	Vår ref 2010/169-7	Saksbehandler Milly Bente Nørsett	Dato 05.05.2010
-------------------	------------------------------	---	---------------------------

Høringsuttalelse fra Halså kommune Strategi 2020

Vedlagt følger sakspapirer med vedtak i saken.

Behandling i Halså kommunestyre - 29.04.2010

Med hilsen



Milly Bente Nørsett
Pleie- og omsorgsleder

Postadresse
6683 Vågland
E-post:
post@halsa.kommune.no

Besøksadresse
Kommunehuset

www.halsa.kommune.no

Telefon
71 55 96 00
Telefaks
71 55 96 01

Bank
4090 05 00006
Org.nr
962350526



Saksprotokoll

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Halså kommunestyre	28/10	29.04.2010

Høringsuttalelse fra Halså kommune Strategi 2020 vedtatt i Halså kommunestyre 29.04.2010.

Strategi 2020 – Høring

Vi viser til vedlagte høringsnotat og høringsbrev fra Helse Midt Norge som saksgrunnlag. Høringsfristen for kommunene er 20 mai.2010

Helse Midt Norge har sendt strategi 2020 ut på høring. Dette er en av de viktigste helsepolitiske og regionalpolitiske sakene kommunene har til behandling og det er svært viktig at vi bruker anledningen til å uttale oss konstruktivt. Det går tydelig fram at eksisterende strukturer ikke svarer på utfordringene vi står overfor. De foreslått krever en ny kommunerolle og helt nye element i kommunale helse- og omsorgstjeneste og dermed både tid, økonomi, kapasitet og kompetanse i kommunene for å bygge dette opp.

Innledende kommentarer:

Er det tilstrekkelig sammenheng mellom problem og løsning ?

Strategi 2020 har karakter å være et ” totalkonsept” som er krevende å argumentere alternativt til. En kan ikke være uenig i de store nasjonale og til dels globale utfordringer som er beskrevet mht. en aldrende befolkning, framveksten av livsstilssykdommer, store rekrutteringsvansker pga alderssammensetning og sentralisering i befolkningens bosettingsmønster. I tillegg kommer en gigantisk vekst i utgiftene til sjukehusdrift som er generert etter at sykehusene ble overtatt av staten i 2002. Det en kan spørre om; er disse makroproblemene blir brukt som en anledning for å strukturrasjonalisere sykehusvesenet. Strategi 2020 viser i liten grad til de indre og sektorbaserte drivkrefter som gjør spesialisthelsetjenesten uhensiktsmessig organisert og finansiert. Dersom en ikke har tilstrekkelig søkelys på disse indre kreftene eks. profesjoner, sykdommer med og uten prestisje, spesialisering, grenser for behandling og finansieringssystem så er det ikke sikkert de nye strategiene som er foreslått løser problemene - verken de økonomiske eller behandlingen av de store befolkningsgruppene.

En bør også spørre seg om tiden for de totale strukturomleggingene er forbi nettopp fordi vi har svært stor kompleksitet i tjenestene og uoversiktlige organisasjoner. Et problem løst en plass skaper et nytt problem et annet sted i behandlingsskjeden. Jfr. omleggingen til NAV.

Likeverdige partnere !

I Strategi 2020 viser helseforetaket hvordan de tenker å omgruppere spesialisthelsetjenesten, og er samtidig svært tydelige på at mer sykdomsforebygging, pasientbehandling og pasientoppfølging skal skje i kommunene i samspill med spesialisthelsetjenesten. Det forutsetter at kommunen har økonomi, kapasitet og kompetanse til å bygge opp sine helse- og omsorgstjenester. Og at vi bygger dette opp i tide! Helseforetaket sin nedbygging og kommunenes oppbygging må være koordinert. Vi kan i Strategi 2020 ikke se hvordan denne koordinerte utviklingen av helsetilbudet skal skje i praksis, og hvordan en iverksetting er planlagt. En slik parallellitet for å sikre helhetlige/ sammenhengende pasientforløp forutsetter at helseforetakene/ sjukehusa er likverdige partnere med kommunene, og det er vi ikke i dag. En part kan ikke besitte definisjonsmakten i pasientbehandlingen, og den andre parten leve med resultatet av beslutningen. I dag er det helseforetaket/ sykehusene som sitter med definisjonsmakten og kommunene (og pasienten) må leve med resultatet. Eksempel på dette er utskrivingsklare pasienter.

Når kvalitet er den fremste verdien i pasientbehandlingen så må vi se at strategi 2020 er mer enn strukturomlegging for sparing og driftsreduksjoner i sykehusene

Å bygge opp og bygge ned – hvordan sikrer vi samtidighet og sikkerhet for innbyggernes helse

Strategi 2020 er i samsvar med samhandlingsreformen, og til dels forskuddterer samhandlingsreformen som p.t. ikke er vedtatt av Stortinget. Kommunene har en positiv innstilling til samhandlingsreformen, men reformen har svært store usikkerhetsmoment bl.a. organiseringen av kommunale helsetjenester, legerolle og legedekning og ikke minst finansieringsmodellen for kommunene.

Kun ved en samordnet opp- og nedbygging av ulike tjenestetilbud vil vi være i stand til å gjennomføre med den kvalitet på tjenestene som innbyggerne krever. Dette er ikke drøftet i Strategi 2020, og kan være en av de store hindringene for forsvarlig gjennomføring av Strategi 2020. Erfaringen fra opptrappingsplanen i psykisk helse viser alvorlige konsekvenser når vi ikke er samordnet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samtidig regner vi med at pasientgjennomstrømmingen er mye større i somatikk enn i psykiatri. Det øker alvorlighetsgraden dersom vi ikke er forberedt godt nok.

Helhetlige pasientforløp betinger samordning i hele behandlingsskjeden for pasienten. Det taler for enkle, standardiserte og oversiktlige løsninger i organiseringen både i sjukehus og kommuner. Det er reell fare for svært ulike og ugjenomsiktlige samhandlingsmønstre mellom enkeltkommuner og sjukehus, og dermed fare for uoversiktlige pasientforløp.

Verken samhandlingsreformen eller Helse Midt sin strategi 2020 kan realiseres uten at reformen er fullfinansiert fra staten overfor kommunene.

En funksjonsfordeling mellom sjukehusa, ny sjukehusstruktur og nye former for samhandling med kommunene viser behovet for en nasjonal helseplan vedtatt av Stortinget. Dette er eneste

mulighet for å se en samlet ressursforvaltning på tvers av forvaltningsnivå, sikre samtidig vedtak, gjennomføringsevne og likeverdighet.

Samling av akuttfunksjoner - Sjukehusmodellen i Helse Nordmøre og Romsdal

Rekkefølge – samling av akuttfunksjoner på gamle Molde sjukehus eksponerer forvitring av Kristiansund sykehus før sykehuseier har tatt beslutning om framtidig sykehusstruktur.

I oversendelsesbrevet til Strategi 2020 viser styreleder til at Helse Nordmøre og Romsdal har startet sin egen prosess knyttet til strategi 2020, om samling av akuttfunksjoner.

Helse- og omsorgsministeren har bedt Helse Midt utrede bl.a. ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal. Vi stiller et grunnleggende spørsmål ved hvorfor helseforetaket forskuddterer en beslutning og foreslår å samle akuttfunksjonen ved gamle molde sykehus før utredningen av framtidig sykehusstruktur er tatt av eier. Ved å gjennomføre en samling av akuttfunksjoner nå vil sjukehusmiljøet og spisskompetansen i Kristiansund kunne utarmes og forvitte, og slik vil det kunne skape både rekrutteringsvansker til det nye sykehuset, kvalitetsreduksjoner ved at de dyktigste fagfolkene kan forsvinne, og en svekker muligheten til evt. å etablere et lokalsykehus i tråd med Strategi 2020. Beslutninger på et lavt styringsnivå kan ikke lukke handlingsalternativ for et høyere styringsnivå. Derfor støtter vi helse- og omsorgsministeren sitt krav om at samlingen av akuttfunksjoner må stoppes fram til utredningene om framtidig sykehusstruktur er gjort og vedtak fattet.

En må vente på eierbeslutning om framtidig sykehusstruktur for helse Nordmøre og Romsdal.

Vi støtter helse- og omsorgsministeren sitt initiativ for å utrede ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal. Ett felles sykehus trengs først og fremst for at innbyggerne i vår region skal ha høy kvalitet på sine helsetjenester, og et forsvarlig og godt helsetilbud over tid. Et felles sykehus trengs for å sikre stabil rekruttering og gode fagmiljø, kvalitet og mangfold i tjenestene, muligheten til å se sammenhenger på tvers av spesialistfunksjoner.

Et felles sykehus vil også være et svar på helseforetaket sitt behov for kvalitet, tilgjengelighet, trygghet, samling av akuttfunksjoner, et godt lokalsykehusstilbud, og en bedre sykehusøkonomi. Ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil realisere målene for den somatiske spesialisthelsetjenesten i Strategi 2020.

Helse Midt Norge må sikre en **rask og uhildet utredning** av felles sjukehus for å stoppe forvitringen av eksisterende fagmiljøer på sykehusene som kan komme av usikre rammevilkår og beslutninger om framtidig drift. Det er ikke tilstrekkelig å finne gamle utredninger fra 2002 og 2005 som grunnlag for beslutningene. En ny utredning må inkludere nye samferdselsanalyser, og dermed pasientstrømmer.

Ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal må plasseres sentralt i regionen. Dette sykehuset blir trolig akuttsykehuset mellom Ålesund og Trondheim, og kan ikke plasseres på Eikrem i Molde. Kristiansund er baseby for Norskehavet, og sykehuset har beredskap i forhold til dette. En må vurdere en optimal plassering av et nytt felles akuttsykehus basert på et kompromiss mellom korteste avstand for de fleste og akseptabel avstand for mindretallet.

Da et nytt sykehus planlegges for drift de neste 40-50 årene så må en også ta høyde for samferdselsendringene som er planlagt og som er nærmest en realisering i tid. En må se på framtidig pasientgrunnlag, bl.a. med bakgrunn i framtidige kommunikasjoner

- Tresfjordbrua og Vågetunnelen som knytter Rauma nærere Ålesund
- Trollheimstunnelen
- Utbedring av RV 70 mellom Kristiansund og Sunndalsøra, inkl tunnel Oppdølstranda
- Nye veitraseer og utbedring av veier mellom Kristiansund og Molde (Gjemnes, Hjelset, innfartsveier til byene)
- Ferjefri fjordkryssing mellom Tingvoll og Halså som knytter Indre Nordmøre nærmere Ytre Nordmøre
- Møreaksen som knytter Molde, Midsund, Aukra og Ålesund nærmere

Det er også andre initierte samferdselsprosjekt i regionen som vil øke integrasjonen i Nordmøre og Romsdal:

- Langfjordtunnelen
- Talgsjøtunnelen
- Innkorting av RV 64 over Averøy

Profesjonsmakt

En av de største hindringene for store organisatoriske endringer i (relativt) flate organisasjoner er profesjonsmakt. I kunnskap ligger makt. Og makta er institusjonalisert. I en kunnskapsbasert organisasjon som sykehus er savner vi drøftingen av profesjonsmakta som et premiss i organisering og endring i Strategi 2020. Maktforhold er ofte underkommunisert i omstillingsarbeid.

Strategi 2020 drøfter målene og perspektivene for endring, men den tar ikke opp kritiske faktorene for å kunne klare å gjennomføre endringene. En kan argumentere for at det kommer i neste fase, men det er ikke et godt nok svar. For å klare å gjennomføre bør vi ha oversikt over årsakssammenhenger for dagens situasjon, og for framtidens mulighet. En må også ha tilstrekkelig forankring både i fagmiljø og i helsevesenets omgivelser for å kunne starte iverksetting. Dette betyr ikke at en trenger konsensus for enhver beslutning, men en trenger å vite at det en setter i gang av endringsarbeid leder til målet.

Faglig autonomi og profesjonell egenkontroll preger sykehusene

Innad i sykehus, og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er det profesjonsmotsetninger. Dette kom bl.a. til syne når en snakket om en-ledelse. Kan en sykepleier være overordnet en lege i en avdeling? Kan administrativt utdannede ledere, lede en fagenhet? Vi ser et klart behov for at profesjonssamarbeid løftes fram som et grunnleggende premiss i Strategi 2020.

- Hvordan etablere nære faglige og kunnskapsbaserte relasjoner mellom helsepersonell i sykehus/ spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten?
- Hvordan sikre at pasientbehov preger tjenestene og ikke faglige preferanser og prestisje?
- Hvordan vil og kan sykehuseier styre bruken av helsepersonell, og bygge incentiver for samfunnsmedisinsk tjeneste og de store befolkningsgruppene behov - geriatri, psykisk helse, livsstil, kroniske lidelser osv.

Kommentarer til de konkrete spørsmålene som er stilt i høringsinvitasjonen:

1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020 - Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?

De 4 hovedutfordringen er:

- Befolkningen sammensetning og behov endres
- Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering
- Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Vi er enige i de 4 hovedutfordringene som er nevnt. I tillegg vil vi påpeke en hovedutfordring til:

(mangelen på) likeverdighet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Dette er et stort problem når omstillinger i spesialisthelsetjenesten forutsetter vesentlige endringer i kommunehelsetjenesten og våre pleie- og omsorgstjenester. I dag er kommunenes behandling av pasienter fra sykehus et "produkt" av spesialisthelsetjenesten sine beslutninger både på systemnivå og individnivå. Eksempel på systemnivå er endringene i behandling av ressurskrevende pasienter innen psykiatri, eller systemet med utskrivingsklare pasienter fra sykehus. Strategi 2020 forutsetter reell likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det sier noe om hvem som besitter makt til å iverksette hvilke endringer, hvordan og når.

2. Er det enighet om de 5 strategiske målene som Helse Midt-Norge har satt for spesialisthelsetjenesten mot 2020?

- Er det andre strategiske mål som vurderes som like viktige?

De 5 strategiske målene er:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- Rett kompetanse på rett tid til rett sted
- Økonomisk bærekraft

Vi har tydelige synspunkt på styrket innsats for de store pasientgruppene, og rett kompetanse til rett tid, til rett sted:

Psykisk helse – eller psykiatri - har fått svært liten omtale i Strategi 2020. Det vises til at Helse Midt bruker mer penger på somatikk enn på psykisk helse, og at det skal skje en omprioritering. Vi støtter en slik omprioritering. Et annet element som er tatt opp er spesialisthelsetjenesten sitt klare ansvar for å behandle de aller sykeste. Dette skjer ikke i dag i Helse Nordmøre og Romsdal. Vurderinger på nasjonalt nivå etter opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det svakeste punktet i opptrappingsplanen er at en ikke har vært tydelig nok på hva spesialisthelsetjenesten skal ha av behandlingstilbud.

Helse Nordmøre og Romsdal på bestilling av Helse Midt Norge er i ferd med å omlegge en vesentlig del av spesialisthelsetjenesten i psykiatri, og vi ser nå hvordan voksenpsykiatrien er i ferd med å bli organisert i vårt helseforetak. Stikkord for omleggingen er:

- Bortfall av langtidsplasser
- Færre døgnplasser
- Færre rehabiliteringsplasser
- Mer polikliniske tjenester
- Mer ambulante team
- Betydelig tilgang til leger, psykologer, psykiatere, spesialistutdannede helsearbeidere.

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunene på Nordmøre styrket sine tjenester innen psykisk helse slik:

- Bolig/ boligfellesskap
- Lavterskel tilbud
- Tiltak som kan nå breie brukergrupper
- Samspill med andre kommunale tjenester (skoler, helsestasjon, NAV, hjemmebaserte tjenester)
- Spesialsykepleiere og miljøarbeidere som fagfolk.

Dette er i tråd med nasjonal politikk, og internasjonale trender i arbeidet med psykisk helse. Denne omleggingen av psykiatrien i kommunene og helseforetakene har ført til at samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket er økende innen fagfeltet, og nye brukergrupper får sin behandling i kommunene gjerne med faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunene på Nordmøre vil imidlertid uttrykke sterk bekymring for behandlingstilbudet til de pasientene med de aller største behovene innen psykiatri. (jfr brev til helse Nordmøre og Romsdal i juni 2009 og januar 2010)

I prosessen med omlegging av tjenestene i Helse Nordmøre og Romsdal HF finner vi ingen planer om hvordan de alvorligst syke skal hjelpes.

Gjennom bortfallet av langtidsplasser og redusert antall døgnplasser i psykiatrien i Helse Nordmøre og Romsdal har disse pasientene ikke gode nok behandlingstilbud. De krever høy faglig kompetanse for å få behandling, gjerne kombinert med institusjonslignende lokaliteter for å kunne fungere i hverdagslivet. Grunnbemanningen er oftest 1-1 eller 2-1, og de krever ofte lang behandlingstid. Kommunene har betydelige problemer med rekruttering av fagfolk til disse tjenestene.

For å behandle de aller sykeste pasientene innen psykiatri krever vi at spesialisthelsetjenesten gjennom Strategi 2020:

- **Etablerer organisasjonsløsninger der en bruker spisskompetansen i spesialisthelsetjenesten på de sykeste pasientene.**
- **gjenoppretter langtidsbehandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten.**
- **Etablerer ambulante team som er i turnus, og som kan behandle på kveld, natt og helg**

En kartlegging i kommunene i Nordmøre og Romsdal viser at vi har ca 38 pasienter som har grunnbemanning 1-1 tilbud og er i praksis reinstitusjonalisert i kommunene. Vi bruker samlet ca

87 millioner kroner på disse pasientene. Men får de kvalitet og helsehjelp tilsvarende denne ressursbruken?

Kommunene kan i større grad, i samspill med helsespesialister, behandle pasienter i dag som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse.

3. Er det enighet om de prinsippene for oppgavedeling som styret har vedtatt sendt ut på høring?

- Er det andre måter å organisere tjenestene på som vil gi rom for å møte de utfordringene som er beskrevet? (Se også pkt 4.8 i høringsdokumentet)

Vi forstår prinsippene som:

- samling av akuttfunksjoner på ett sykehus i hvert lokalt helseforetak
- samling av føde
- 2 barneavdelinger
- oppretting av lokalsykehus for primært elektiv behandling og samhandling med kommunehelsetjenesten
- kommunene skal behandle forbyggende, før - istedenfor og etter sykehus

En samling av alle funksjoner på ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil svare på utfordringen og kunne gi helsehjelp med høy faglig kvalitet og på et mangfold av diagnoser. På den måten kan et nytt felles sykehus både ha akuttfunksjoner, lokalsykehusfunksjon og muligens en del regionale spesialfunksjoner.

I strategi 2020 bør en ha en mer entydig definisjon av lokalsykehus – det er ikke sykehus uten akuttfunksjoner. Nedgraderte lokalsykehus vil lett kunne erstattes av private klinikker eller forventinger om interkommunalt organiserte tjenester. Det er svært viktig at lokalsykehusfunksjonene er spesialisthelsetjenester. Når det gjelder behandling av ”de store pasientgruppene” kan mye av dette flyttes til kommunene i samspill med en mer utadrettet spesialisthelsetjeneste, og en trenger utvikling av samspillmodeller, mer enn modell 4 sykehus. Regionen Nordmøre og Romsdal bør kunne bli en nasjonal ”storskala” pilot for utvikling av samhandlingsreformen i praksis.

Vi er svært overrasket over at ikke St. Olavs hospital er drøftet i Strategi 2020. Det vises kun til at også vaktberedskapen på St. Olavs skal gjennomgå, og en ”Traumerapport”. Utbyggingen på St. Olavs hospital har skapt store økonomiske vansker for hele Helse Midt i mange år. Dette har hatt direkte konsekvenser for driftsbudsjettene til våre lokale sykehus. Når Strategi 2020 nå foreslår en strukturrasjonalisering i våre lokale sykehus, med samling av akuttfunksjoner – noe som skal gi effekt på både effektivitet, kvalitet og økonomi - er det underlig at ikke St. Olavs hospital er kritisk gjennomgått med samme intensjon. Vi har forstått at St. Olavs hospital er traumesykehus, og slik skiller seg fra våre lokale sjukehus, men vi vet også at St. Olavs er brukt som sentral- og lokalsykehus for befolkningen i Sør-Trøndelag.

Derfor krever vi at analyse av St. Olavs hospital må innarbeides i Strategi 2020.

4. Har høringsinstansene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som er satt?

- En annen organisering av psykiatrien/ psykisk helse for de aller sykeste. Spesialisthelsetjenesten må ta et langvarig behandlingsansvar for disse. Kommunene kan ta mer behandlingsansvar innen poliklinisk arbeid.
- Igangsette et stort og systematisk program for fagutviklende samarbeid mellom profesjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Faglig og pasientrettet.
- Igangsette konkret organisasjonsutvikling for helhetlige og enkle pasientforløp mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Unngå beslutninger i helseforetakene kun basert på økonomisk kortsiktighet.

5. Andre tilbakemeldinger

Jfr. innledning på høringsuttalelsen

Oppsummering:

Kommunene og spesialisthelsetjenesten som likeverdige partnere er en av hovedutfordringene i Strategi 2020.

I Strategi 2020 viser helseforetaket hvordan de tenker å omgruppere spesialisthelsetjenesten, og er samtidig svært tydelige på at mer sykdomsforebygging, pasientbehandling og pasientoppfølging skal skje i kommunene i samspill med spesialisthelsetjenesten. Det forutsetter at kommunen har tid, økonomi, kapasitet og kompetanse til å bygge opp sine helse- og omsorgstjenester. Helseforetaket sin nedbygging og kommunenes oppbygging må være samordnet. Vi kan i Strategi 2020 ikke se hvordan denne koordinerte utviklingen av helsetilbudet skal skje i praksis, og hvordan en iverksetting er planlagt.

En slik parallellitet for å sikre helhetlige/ sammenhengende pasientforløp forutsetter at helseforetakene/ sykehusene er likverdige partnere med kommunene, og det er vi ikke i dag.

Dette er ikke drøftet i Strategi 2020, og kan være en av de store hindringene for forsvarlig gjennomføring av Strategi 2020

Verken samhandlingsreformen eller Helse Midt sin Strategi 2020 kan realiseres uten at reformen er fullfinansiert fra staten overfor kommunene.

Indre drivkrefter i helsesektoren som betingelse for endring

Strategi 2020 viser i liten grad til de indre og sektorbaserte drivkrefter som gjør spesialisthelsetjenesten uhensiktsmessig organisert. Dersom en ikke har tilstrekkelig søkelys på disse indre kreftene eks. profesjoner, sykdommer med og uten prestisje, spesialisering, grenser for behandling og finansieringssystem så er det ikke sikkert de nye strategiene som er foreslått løser problemene – verken de økonomiske eller behandlingen av de store befolkningsgruppene. Vi ser et klart behov for at profesjonssamarbeid løftes fram som et grunnleggende premiss i Strategi 2020.

Samling av akuttfunksjoner – uhildet utredning av ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal

Vi støtter helse- og omsorgsministeren sitt initiativ for å utrede ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal. Ett felles sykehus trengs først og fremst for at innbyggerne i vår region skal ha høy kvalitet på sine helsetjenester, og et forsvarlig og godt helsetilbud over tid. Et felles sykehus trengs for å sikre stabil rekruttering og gode fagmiljø, kvalitet og mangfold i tjenestene, muligheten til å se sammenhenger på tvers av spesialistfunksjoner.

Et felles sykehus vil også være et svar på helseforetakets behov for kvalitet, tilgjengelighet, trygghet, samling av akuttfunksjoner, et god lokalsykehusstilbud, og en bedre sjukehusøkonomi. Vi støtter helse- og omsorgsministeren sitt krav om at samlingen av akuttfunksjoner må stoppes fram til utredningene er gjort og det er tatt eierbeslutning om framtidig sykehusstruktur for helse Nordmøre og Romsdal.

Helse Midt Norge må sikre en **rask og uhildet utredning** av framtidig sykehusstruktur. En ny utredning må inkludere nye samferdselsanalyser, og dermed pasientstrømmer.

Ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal må plasseres sentralt i regionen. Dette sykehuset blir trolig akuttpsykehuset mellom Ålesund og Trondheim, og kan ikke plasseres på Eikrem i Molde. Kristiansund er baseby for Norskehavet, og sykehuset har beredskap i forhold til dette. En må vurdere en optimal plassering av et nytt felles akuttpsykehus basert på et kompromiss mellom korteste avstand for de fleste og akseptabel avstand for mindretallet.

Vi mener at analyse av St. Olavs hospital basert på kvalitet, effektivitet og økonomisk bærekraft må innarbeides i Strategi 2020.

Organisering av tilbudet innen psykisk helse til de sykeste pasientene.

For å behandle de aller sykeste pasientene innen psykiatri krever vi at spesialisthelsetjenesten gjennom Strategi 2020:

- Etablerer organisasjonsløsninger i Helse Nordmøre og Romsdal der en bruker spisskompetansen i spesialisthelsetjenesten på de sykeste pasientene.
- Gjenoppretter langtidsbehandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten.

Etablerer ambulante team som er i turnus, og som kan behandle på kveld, natt og helg

Høringsuttalelsen med følgende tillegg fra Arbeiderpartiet v/ Ivar Betten ble enstemmig vedtatt.

STRATERGI 2020 uttale fra Halså kommunestyre:

Lokalsykehusa

1. Halsa kommune mener at for befolkningen (pasientene) i Romsdal og på Nordmøre er et felles sjukehus med akuttfunksjon, barn og fødeavdeling i fremtid det beste.
2. Plassering av et felles sjukehus må ta hensyn til geografisk plassering, slik at det blir en akseptabel avstand til sjukehuset for alle kommuner som skal sokne til sjukehuset. Det må være tilgjengelig både for landveis og sjøveis ambulanse på en effektiv og sikker måte. Det er en selvfølge at saka blir sendt til kommunene til høring før den blir avgjort.
3. Halsa kommune kan ikke akseptere at styret i HF-Nordmøre og Romsdal allerede har bestemt å gjennomføre endring i funksjonsfordelinga mellom sjukehusa i Kristiansund og Molde. Halsa kommune vil opprettholde akuttfunksjon og fødeavdeling ved både Kristiansund og Molde, inntil utgreinga om et eventuelt felles sjukehus blir avgjort.
4. Både av hensyn til barna og foreldre er det viktig med ei barneavdeling med døgnbasert akuttberedskap. Derfor må det være en selvfølge at et felles sjukehus har ei velfungerende barneavdeling med døgnbasert akuttberedskap.
5. Samhandlinga mellom helseforetaket og kommunene for å bygge opp sine helse- og omsorgstjenester er viktig, og Strategi 2020 seier lite om hvordan denne samhandlingsreforma mellom Helse Midt og kommunene skal realiseres, og hvilken økonomiske utfordringer kommunene har for at vi skal lykkes med dette.
6. For at vi skal få et bedre tjenestetilbud forutsetter vi at kommunene får økonomi, kapasitet og kompetanse til å bygge opp sin helse- og omsorgstjeneste. Vi er samtidig bekymra for behandlingstilbudet for pasienter med psykiatriske lidelse og rus. Strategi 2020 gir oss ikke tilfredsstillende svar på dette.
7. Halsa kommune er opptatt av at psykiatriske lidelser og rus får gode tilgjengelige tjenester, poliklinisk, dag- og døgnbehandling nært der pasienten bor. Da er både HIPS og den polikliniske/oppøkende tjenesten i Halsa viktig. Det er også viktig at rusbehandling blir tettere integrert både med psykisk helsevern og somatikken.