



VOLDA KOMMUNE
Servicekontoret

HELSE	MIDT-NORGE
Saksdok:	
Mottatt:	10.05.2010
Saksbeh.:	Unnt.off.:
Arkiv:	

Helse-Midt Norge

Strandvegen 1, Postboks 464
7500 STJØRDAL

Arkivsak nr.	Løpenr.	Arkivkode	Avd/Sakshandsamar	Dato
2010/555	3947/2010	G20	SVK/ US	03.05.2010

MELDING OM POLITISK VEDTAK - STRATEGI 2015 FOR HELSE SUNNMØRE HF OG 2020 FOR HELSE MIDT-NORGE. UTTALE

Vi melder med dette frå at kommunestyret den 29.04.2010, hadde føre ovannemnde som sak PS 52/10, der det vart gjort slikt vedtak:

Kommunestyret sluttar seg til uttale frå felles formannskapsmøte med Volda og Ørsta 26.04.10 knytt til Strategi 2015 for Helse Sunnmøre HF og 2020 for Helse Midt-Norge – uttale frå kommunane

Sakutgreiinga med vedlegg følger vedlagt.

Volda kommune, servicekontoret

U. Strand
Unni Strand
sekretær

Kopi til:
Sakshandsamar Arne Gotteberg

SAKSDOKUMENT

Sakshandsamar: Arne Gotteberg

Arkivsak nr.: 2010/555

Arkivkode: G20

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
55/10	Formannskapet	26.04.2010
52/10	Kommunestyret	29.04.2010

STRATEGI 2015 FOR HELSE SUNNMØRE HF OG 2020 FOR HELSE MIDT-NORGE. UTTALE FRÅ KOMMUNANE VOLDA OG ØRSTA

Handsaming i Volda kommunestyre:

Sakutgreiing og tilrådinga frå felles formannskapsmøte med Ørsta den 26.04.10 vart utdelt på møtet.

Fung. ordførar (varaordførar) kom med fylgjande framlegg:

Kommunestyret sluttar seg til uttale frå felles formannskapsmøte med Volda og Ørsta 26.04.10 knytt til Strategi 2015 for Helse Sunnmøre HF og 2020 for Helse Midt-Norge – uttale frå kommunane

Røysting:

Framlegget frå fung. ordførar vart samrøystes vedteke.

Vedtak i Kommunestyret - 29.04.2010

Kommunestyret sluttar seg til uttale frå felles formannskapsmøte med Volda og Ørsta 26.04.10 knytt til Strategi 2015 for Helse Sunnmøre HF og 2020 for Helse Midt-Norge – uttale frå kommunane

Handsaming i felles formannskapsmøte med Ørsta og Volda:

Sakutgreiing og tilråding vart utdelt på møtet.

8. Arild Iversen kom med fylgjande tilleggsframlegg som pkt. 8 og 9:
Kommunane sluttar seg til uttale frå fylkestinget i Møre og Romsdal 21.04.10 med krav om 4 sjukehus i Møre og Romsdal med akuttkirurgisk beredskap og fødeavdeling.
9. *Utvikling av overordna strategiar knytt til sjukehusa må utsettast og sjåast i samanheng med utarbeiding av Nasjonal helseplan.*

Røysting:

Tilrådinga frå administrasjonen vart samrøystes vedteken.

Framlegget frå Arild Iversen vart samrøystes vedteke.

Felles vedtak i Formannskapa i Ørsta og Volda - 26.04.2010:

Kommunane viser til Strategidokument 2015 for Helse Sunnmøre HF og 2020 frå Helse Midt-Norge HF.

Vår vurdering av desse går fram av saksutgreiinga og gir bakgrunn for følgjande vedtak:

- 1. Kommunane meiner at spesialisthelsetenestetilbodet innanfor Helse Sunnmøre HF skal gjevast ballansert, i god samhandling og ved utvikling både ved Ålesund og Volda Sjukehus, slik der er lange og gode tradisjonar for. Ålesund Sjukehus skal vere det mest avanserte og differensierte sjukehuset med Volda sjukehus som eit velfungerande lokalsjukehus med akuttfunksjonar jamf. pkt. 2. Tilstandar som kostnadseffektivt og på ein fagleg god, trygg og rask nok måte kan behandlast innanfor Helse Sunnmøre HF sitt ansvarsområde, bør ein ha som mål å behandle her og å unngå unødig sentralisering.*
- 2. Strategiarbeidet må sikre grunnlaget for at Volda sjukehus kan utvikle seg vidare frå dagens nivå som eit veldrive lokalsjukehus med fødeavdeling og reell akuttfunksjon på døgnbasis også innanfor dei vanlegaste kirurgiske tilstandane.*
- 3. Samfunnet har investert store summar i regionen for å gi oss ferjefrie samband og svært gode tunnelsamband. Regionen styrkar seg kraftig. Langt fleire menneske kan nå Volda Sjukehus som sitt klart næraste akuttsjukehus. Eit velfungerande akuttsjukehus er eit heilt sentralt element i regionutviklinga. Det blir då feil å bygge ned akutt- og fødefunksjonane. Befolkninga, politiske organ på alle nivå lokalt (kommunestyra – regionråd – fylkesting), næringslivet og primærhelsetenesta gir uttrykk for at vi treng og ikkje kan akseptere å bli utan eit reelt akuttsjukehus mellom Førde og Ålesund.*
- 4. Kommunane vil gi honnør til Helse Midt-Norge og Helse Sunnmøre for at det er oppretta ein dialog med Helse Vest og Helse Førde om mulig samarbeid om spesialisthelsetenestetilbodet til innbyggjarane på Søre Sunnmøre og deler av Nordfjord, her under akutt- og fødetilbodet. Vi vil også gi honnør til Helse Sunnmøre for at ein av fire modellar for vidare utvikling av Volda Sjukehus kjem kommunane sine ønskemål i møte*
- 5. Kommunane si vurdering for framtidig utvikling av Volda Sjukehus blir best sikra gjennom modell A med lokale modifikasjonar på godt fagleg grunnlag. Modell B vil ikkje vere god nok og modell C og D kan ikkje akseptrast av kommunane. På same måte kan ikkje kommunane akseptere framlegget frå Helse Midt-Norge HF om å sentralisere beredskap innan akuttkirurgi og fødeavdelingar til eit sjukehus i kvart HF*
- 6. Kommunane og kommunehelsetenesta er ikkje budde på å ta over så viktige og ressurskrevjande oppgåver som Strategiarbeidet legg opp til og vi er enno usikre på om vi kan løyse dei fagleg like godt som eit velfungerande lokalsjukehus. Mange av framlegga avheng av at Samhandlingsreforma – Stortingsmelding 47 (2008-2009) vert vedteken og at det blir lagt økonomisk fundament for kraftig opprusting av kommunehelsetenesta. Det vil ta mange år å gjere helsetenesta i kommunane fagleg, personellmessig og økonomisk i stand til å løyse oppgåver som HF alt no legg opp til i Strategiarbeidet*

7. *Kommunane er svært positive til utviklingsarbeid og ny oppgåvedeling mellom HF og kommunehelsetenesta. Nye samhandlingsavtalar mellom Helse Sunnmøre HF og kommunane på Sunnmøre er godt fundament å bygge vidare på. Oppgåver vi m. a ser som svært viktige å vidareutvikle er: Felles Akuttmottak (FAM) ved lokalsjukehuset, Forsterka sjukeheimsavdelingar, Styrka tilbod om kommunal avklaring, medisinsk behandling og rehabilitering av særlege pasientgrupper, Førebyggjande og helsefremjande arbeide, Fastlegeordninga opp mot dei nye medisinske utfordringane i kommunane, Utviklingsprosjekt for ny oppgåve- og arbeidsdeling mellom kommunehelsetenesta og HF*
8. *Kommunane sluttar seg til uttale frå fylkestinget i Møre og Romsdal 21.04.10 med krav om 4 sjukehus i Møre og Romsdal med akuttkirurgisk beredskap og fødeavdeling.*
9. *Utvikling av overordna strategiar knytt til sjukehusa må utsettast og sjåast i samheng med utarbeiding av Nasjonal helseplan.*

Administrasjonen si tilråding:

Kommunane viser til Strategidokument 2015 for Helse Sunnmøre HF og 2020 frå Helse Midt-Norge HF.

Vår vurdering av desse går fram av saksutgreiinga og gir bakgrunn for følgjande vedtak:

1. *Kommunane meiner at spesialisthelsetenestetilbodet innanfor Helse Sunnmøre HF skal gjevast ballansert, i god samhandling og ved utvikling både ved Ålesund og Volda Sjukehus, slik der er lange og gode tradisjonar for. Ålesund Sjukehus skal vere det mest avanserte og differensierte sjukehuset med Volda sjukehus som eit velfungerande lokalsjukehus med akutfunksjonar jamf. pkt. 2. Tilstandar som kostnadseffektivt og på ein fagleg god, trygg og rask nok måte kan behandlast innanfor Helse Sunnmøre HF sitt ansvarsområde, bør ein ha som mål å behandle her og å unngå unødig sentralisering.*
2. *Strategiarbeidet må sikre grunnlaget for at Volda sjukehus kan utvikle seg vidare frå dagens nivå som eit veldrive lokalsjukehus med fødeavdeling og reell akutfunksjon på døgnbasis også innanfor dei vanlegaste kirurgiske tilstandane.*
3. *Samfunnet har investert store summar i regionen for å gi oss ferjefrie samband og svært gode tunnelsamband. Regionen styrkar seg kraftig. Langt fleire menneske kan nå Volda Sjukehus som sitt klart næraste akuttsjukehus. Eit velfungerande akuttsjukehus er eit heilt sentralt element i regionutviklinga. Det blir då feil å bygge ned akutt- og fødefunksjonane. Befolkninga, politiske organ på alle nivå lokalt (kommunestyra – regionråd – fylkesting), næringslivet og primærhelsetenesta gir uttrykk for at vi treng og ikkje kan akseptere å bli utan eit reelt akuttsjukehus mellom Førde og Ålesund.*
4. *Kommunane vil gi honnør til Helse Midt-Norge og Helse Sunnmøre for at det er oppretta ein dialog med Helse Vest og Helse Førde om mulig samarbeid om spesialisthelsetenestetilbodet til innbyggjarane på Søre Sunnmøre og deler av Nordfjord, her under akutt- og fødetilbodet. Vi vil også gi honnør til Helse Sunnmøre for at ein av fire modellar for vidare utvikling av Volda Sjukehus kjem kommunane sine ønskemål i møte*

5. *Kommunane si vurdering for framtidig utvikling av Volda Sjukehus blir best sikra gjennom modell A med lokale modifikasjonar på godt fagleg grunnlag. Modell B vil ikkje vere god nok og modell C og D kan ikkje akseptast av kommunane. På same måte kan ikkje kommunane akseptere framlegget frå Helse Midt-Norge HF om å sentralisere beredskap innan akuttkirurgi og fødeavdelingar til eit sjukehus i kvart HF*
6. *Kommunane og kommunehelsetenesta er ikkje budde på å ta over så viktige og ressurskrevjande oppgåver som Strategiarbeidet legg opp til og vi er enno usikre på om vi kan løyse dei fagleg like godt som eit velfungerande lokalsjukehus. Mange av framlegga avheng av at Samhandlingsreforma – Stortingsmelding 47 (2008-2009) vert vedteken og at det blir lagt økonomisk fundament for kraftig opprusting av kommunehelsetenesta. Det vil ta mange år å gjere helsetenesta i kommunane fagleg, personellmessig og økonomisk i stand til å løyse oppgåver som HF alt no legg opp til i Strategiarbeidet*
7. *Kommunane er svært positive til utviklingsarbeid og ny oppgåvedeling mellom HF og kommunehelsetenesta. Nye samhandlingsavtalar mellom Helse Sunnmøre HF og kommunane på Sunnmøre er godt fundament å bygge vidare på. Oppgåver vi m. a ser som svært viktige å vidareutvikle er: Felles Akuttmottak (FAM) ved lokalsjukehuset, Forsterka sjukeheimsavdelingar, Styrka tilbod om kommunal avklaring, medisinsk behandling og rehabilitering av særlege pasientgrupper, Førebyggjande og helsefremjande arbeide, Fastlegeordninga opp mot dei nye medisinske utfordringane i kommunane, Utviklingsprosjekt for ny oppgåve- og arbeidsdeling mellom kommunehelsetenesta og HF*

Vedleggsliste:

Nærare utdjupeingar av kommunane sine synspunkt og vurderingar
Strategi 2015 frå Helse Sunnmøre HF – Høyring (Oversendingsskriv)
Strategi 2020 frå Helse Midt-Norge HF – Høyring (Oversendingsskriv)

Uprenta saksvedlegg:

Det samla høyringsutkast frå Helse Sunnmøre HF (39 sider)
Det samla høyringsutkast frå Helse Midt-Norge HF (49 sider)
Begge dokument kan skrivast ut frå internett: www.helse-sunnmore.no/strategi-2015 og
www.helse-midt.no/strategi-2020

Saksopplysningar:

Innleiingsvis vil vi gi honnør både til Helse Sunnmøre HF og Helse Midt-Norge HF for klare og velformulerte saksutgreiingar og for opplegg til omfattande høyring av Strategidokumenta. Mange av utfordringane og målsetjingane kan vi utan vidare slutte oss til.

Vi er nøgde med at HF vektlegg verdien av lokalsjukehusa og vil tilføre dei nye oppgåver.

Vi har motføretilingar mot så sterk sentralisering av akuttfunksjonar og fødeavdelingar. Vi meiner at dette har negative konsekvensar og vil vere uheldig for beredskap og tryggleik. Det vil kunne føre til forvitring av velfungerande lokalsjukehus som reelle akuttsjukehus.

Det svekker eit veietablert og verdfullt helsetenestetilbod i distriktet og i ein region som no er i sterk ekspansjon.

Vi er på sentrale punkt ikkje samde med HF i behova for og/eller i dei føreslegne tiltaka

Etter vår meining bygger HF nokre av argumenta sine på føresetnadar som vi ikkje kan sjå er dokumenterte. Dette gjeld t.d påstanden om at sentralisering er nødvendig fordi det blir vanskeleg å rekruttere fagfolk til dei mindre sjukehusa i framtida og fordi sentralisering er ei økonomisk vinning.

Vi vil først gjennomgå bakgrunnen for kommunen sine synspunkt, argument og bestilling til Helseforetaket (HF) då dette lett kan "forsvinne" ved bare å svare på spørjeskjema. Så vil vi kommentere korleis våre mål blir ivareteke i dei to framlagde strategidokument:

Oppsummering av bakgrunn for kommunane sine synspunkt, argument og bestilling til Helseforetaket:

1. Det er kostnadseffektivt og ut frå ei totalvurdering viktig å vidareutvikle velfungerande lokalsjukehus som fundamentet i den norske sjukehusordninga.
2. Lokalsjukehusa er tryggleiksbase for befolkninga i regionen. Dei skal difor vere reelle sjukehus som er i stand til å gi gode nok akuttmedisinske tenester for dei fleste sjukdomstilstandar (også kirurgiske) eller god stabiliserande behandling for vidare transport
3. Samfunnet har investert store summar i regionen for å gi oss betre ferjefrie samband og nye flotte tunnelsamband. Om knapt 2 år vil ca 60000 menneske kunne nå Volda Sjukehus som sitt klart næraste akuttsjukehus innan ei reisetid på under 1 time. Regionen styrkar seg kraftig. Det blir då heilt feil å bygge ned akutt- og fødefunksjonane. Befolkninga og primærhelsetenesta gir klart uttrykk for at dei treng og ikkje kan akseptere at vi skal bli utan eit reelt akuttsjukehus mellom Førde og Ålesund.
4. Sjølv ei godt utbygd ambulanseteneste kan aldri erstatte tryggleiken i eit akuttsjukehus i rimeleg reiseavstand. Lokalsjukehusa sine oppgåver i den akuttmedisinske kjeda bør vidareførast og styrkast.
5. Vi synes at Strategiarbeidet går med for stort hastverk. Mange av framlegga i Strategi 2015 og 2020 er knytt til og avhengig av at Samhandlingsreforma vert vedteken og gjennomføringa blir vellukka og at det skjer ei vesentleg oppbygging og styrking av Kommunehelsetenesta. Dette element er det usikkert kor lang tid det vil ta å få på plass.
6. Vi saknar grundige nok konsekvensanalysar, m.a for kommunehelsetenesta, og også risikoanalysar for dei føreslegne endringane. Det same gjeld kostnadsanalyse for gjennomføringa av strategiarbeidet og ei total samfunnsøkonomisk berekning
7. Nedbygging av akuttfunksjonane ved lokalsjukehuset vil true det Felles Akuttmottaket (FAM) og Nattlegevaktordninga som er oppretta mellom lokalsjukehuset og 4 kommunar.
8. Kommunane er positive til utviklingsarbeid og utgreiing av ny oppgåvefordeling mellom helseforetaka og kommunehelsetesta. Kommunane er heller ikkje negative til sentralisering når god nok behandling ikkje kan bli gitt lokalt.

Sjå elles vedlegg: Nærare utdjuping av kommunane sine synspunkt og vurderingar

Strategi 2015 frå Helse Sunnmøre HF – tilbakmelding frå kommunen

Vi er godt nøgde med Helse Sunnmøre HF sin beskriving av utfordringane og mange av strategiane for å løyse dei framtidige utfordringane. Desse fell saman med kommunane sin analyse og opplevde ønskemål inntil vi kjem fram til

- sentrale spørsmål som knyter seg føde- og akutttilbodet.
- grunnlaget for overføring av oppgåver frå HF til kommunane (Samhandlingsreforma)

Om dette er å sei følgjande:

Helse Sunnmøre HF slår fast at dagens desentraliserte sjukehusstilbod skal oppretthaldast for å sikre nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod, men seier at slike tilbod ikkje skal bli gitt ved alle sjukehus. Det skal takast omsyn til nye kommunikasjonar og vegsamband

Prisverdig har Helse Sunnmøre HF utgreidd 4 modellar for utvikling av Volda Sjukehus. . Det skal vere eit traumemottak ved sjukehuset. Modell A sikrar fullverdig kirurgisk vaktberedskap, akuttfunksjon og fødeavdeling, slik vi kjenner det, ved sjukehuset

Kommunane sine ønskemål for framtidig utvikling av Volda Sjukehus vert sikra gjennom modell A med lokale modifikasjonar på eit fagleg grunnlag.

Modell B oppfyller ikkje kravet til generell kirurgisk vaktberedskap og er difor ikkje tilfredsstillande, men gir god ortopedisk vaktberedskap

Modell C og D kan ikkje akseptrast av kommunane på Søre Sunnmøre

Kommunane på Sunnmøre har gjennom ein langvarig og konstruktiv prosess forhandla fram nye Samhandlingsavtalar med Helse Sunnmøre HF. Desse er vedtekne av HF og av kommunane og legg eit godt grunnlag for utvikling av samarbeidet vidare. Kommunane er sterkt interessert i å vidareutvikle gjensidig forpliktande og god samhandling med HF på alle områder, men finansieringa må først vere klarlagt.

Oppgåver vi m.a ser som svært viktige å vidareutvikle er:

- Felles Akuttmottak (FAM) ved lokalsjukehuset,
- Forsterka sjukeheimsavdelingar,
- Styrka tilbod om kommunal avklaring, medisinsk behandling og rehabilitering av særlege pasientgrupper,
- Førebyggjande og helsefremjande arbeidet,
- Fastlegeordninga opp mot dei nye medisinske utfordringane i kommunane.
- Utviklingsprosjekt for ny oppgåve- og arbeidsdeling mellom kommunehelsetenesta og HF

Den framlagde Strategi 2015 frå Helse Sunnmøre HF byggjer på dei gode intensjonane i St. meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma. Stortingsbehandling blei nyleg utsett då m.a finansieringsgrunnlaget ikkje er klart og delar av den er politisk kontroversiell.

Det har kome signal om at gjennomføring av Samhandlingsreforma på det noverande tidspunkt er heilt usikker

Mange av tiltaka i Strategi 2015 føreset ei betydeleg oppgaveoverføring frå HF til kommunane og tilsvarande oppbygging av kommunehelsetenesta. Så lenge reforma ikkje er vedteken og ikkje finansiert, er vegen vidare dessverre ennå noko uklar.

Dersom denne oppgaveoverføringa skal skje på ein god og truverdig måte, vil dette ta mange år å bygge opp eit velfungerande tenestetilbod, og det krev nærleik til eit velfungerande lokalsjuehus for å få avklaring og rådgeving frå spesialisthelsetenesta

Vi meiner det er behov for å styrke fagaksen mellom fastlegane og sjukehusa, liksom for anna kommunalt helsepersonell. Konkret kan dette gjerast gjennom styrking av den utadretta rettleiing og kompetanseutvekslinga og ambulante tenester frå HF og å gjenopprette stillingar for praksiskonsulentar.

Når Samhandlingsreforma venteleg gir eit betre finansieringsgrunnlag for Kommunehelsetenesta, vil utfordringane for kommunehelsetenesta bli store. Vi har høg faneføring for at ei velfungerande kommunehelsetenesta gradvis og på ein svært god måte kan ta på seg fleire oppgåvene som no blir sende til spesialisthelsetenesta, men då må det vere nær fagleg back-up, god samhandling og ambulante tenester frå spesialisthelsetenesta ved eit nærliggande sjukehus.

HF bør vere meir kritisk når nye tiltak blir vurdert oppretta. HF bør sjå at mange tiltak like gjerne høyrer heime i Kommunehelsetenesta som i HF, eller i eit samarbeidsprosjekt og konsekvensutgreie betre omsynet til kommunehelsetenesta før nye tiltak "poppar" opp. Opprettinga av nokre slike tiltak har svekka kompetansen i primærhelsetenesta. Dette håpar vi at Samhandlingsreforma og dei nye Samhandlingsavtalane vil snu.

Vi kjenner til mange aktuelle samarbeidsprosjekt som ligg på beddinga og ventar på å bli vurdert. Nokre av desse er store og tunge prosjekt.

Eit lite men naturleg framtidig samarbeidsprosjekt kan vere deler av smittevernarbeid, f.eks utbrot av epidemiar på kommunale institusjonar eller i kommunehelsetenesta der kommunane ikkje har god nok kompetanse og stillingar f.eks for hygiene-sjuepleiar sjølv. Slike spørsmål høyrer naturleg inn og er viktige saker å drøfte i det Administrative Samhandlingsutvalet som nettopp er oppretta gjennom dei nye Samhandlingsavtalane

Ei særleg utfordring mellom HF og Kommunane er å styrke Regionråda sin rolle og kompetanse som sentral samhandlingsaktør mellom HF og den einskilde kommune. Mange samhandlingsspørsmål er felles for alle kommunar og det må lette arbeidet for HF å kunne ta opp slike spørsmål med eitt organ heller enn med mange små kommunar

Strategi 2020 frå Helse Midt-Norge HF – tilbakmelding frå kommunen

Dei same synspunkt gjeld Strategi 2020 frå Helse Midt-Norge HF. Det er difor viktig at Helse Midt-Norge gjennomgår heile dette dokumentet for å gjere seg kjende med våre vurderingar. Helse MN må få ros for den dialog dei har innleia med Helse Vest HF for å utgreie eit muleg samarbeide om tenester til befolkninga på Søre Sunnmøre og i delar av Nordfjord, først og fremst fødetilbodet. Helse MN går lenger enn Helse Sunnmøre HF i å konkretisere at akutt-kirurgi og fødeavdelingar skal sentraliserast, til eitt sjukehus i kvart føretak. Helse MN ber oss ta stode til konkrete spørsmål:

- **Er det enigheit om dei fire utfordringane som er beskrivne i Strategi 2020?**
 - **Befolkninga sin samansetning og behov endrast**
 - **Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering**

- **Tilsette i helsesektoren blir ein knappheitsfaktor**
- **Økonomisk vekst bremsas for spesialisthelsetenesta**

Til punkt 1 og 2 er det lite å bemerke. Til punkt 3 og 4 er det å bemerke at dette er utsegn som det er mange synspunkt på og mange uavklarte faktorar. Det blir i alle fall, etter vår meining, feil å argumentere med at sentralisering er nødvendig fordi det blir vanskelig å rekruttere fagfolk til dei mindre sjukehusa i framtida og fordi sentralisering er ei økonomisk vinning. Det kan også vere ei stor fare i at den omlegging Helse MN skisserar (helsarbeidarar som knappheitsfaktor) vil føre til omlegging av helsepersonell på fleire nivå, og som kan forverre rekruttering og situasjonen i distrikta.

- **Er det semje om dei 5 strategiske mål som Helse MN har sett opp for spesialisthelsetenesta mot 2020?**
 - **Styrka innsats for dei store pasientgruppene**
 - **Kunnskapsbasert pasientbehandling**
 - **Organisering som underbygger trygge pasientforløp**
 - **Rett kompetanse på rett stad til rett tid**
 - **Økonomisk bærekraft**

Vi er samde i dei første formuleringane, men dei siste har vi vesentleg merknader til slik som vi utførlig har grunngitt i innleiinga.

- Kva er rett kompetanse?
- Kva er rett stad?
- Kva er samfunnet i stand til/har politisk vilje til å bruke på helse?

Her er ein rett inne i problematikken – oppretthalde lokalsjukehus?

Her vert det vanskeleg grenseoppgang mellom medisin og politikk (jfr. Samfunnsutviklinga, samband/geografi m.m)

Sjølv det verste senariat med nedlegging av føde- og akuttkirurgisk tilbod vil nokre hevde ikkje er medisinsk uforsvarleg, men befolkninga vil vurdere det som mindre forsvarleg, mindre trygt og det har medisinske implikasjonar som:

- Folk misser tilbod som dei har tillit til og er glade i
- Vulkanutbrotet på Island viser kor sårbar ein vert i enkelte situasjonar
- Omlegginga ved velfungerande lokalsjukehus vil svekke tilgangen på fagpersonar. Den foreslåtte opprustinga ved lokalsjukehusa er på fagfelt som har låg medisinsk status. Fagfelte psykiatri, rus, geriatri, muskel- skjelettlidingar og sjukekeleg overvekt må det satsast på, men kan dette bli for ”skrint” og for einsidig? Vil det på sikt føre til oppbygging eller forvitring ved eit velfungerande lokalsjukehus? Vi fryktar som ein konsekvens av strategiarbeidet at distrikta blir tappa for høgkvalifisert helsepersonell. Det blir altså ei klar svekking av distrikta både når det gjeld gode helsetenestetilbod og høgkvalifisert og ambisiøst helsepersonell.

- **Er det semje om dei prinsipp for oppgåvedeling som styret har vedteke – sendt ut på høyring?**

Som grunngitt i denne saksutgreiing er vi ikkje einige i viktige deler av dei prinsipp for oppgåvedeling som er ute på høyring. Dette gjeld mellom ulike sjukehusnivå. Dessuten er vi usikre på om Samhandlingsreforma vil gi kommunane finansieringsgrunnlag for å overta ansvaret for så tunge tenester

- **Konkret oppgåvedeling**

Er utførlig kommentert

- **Andre tilbakemeldingar**

Reforma er stor og vil ta mange år å implementere. Ein burde gå stegvis fram etter som grunnlaget for endringa er til stades. Det er avsett få midlar til utprøving, skikkeleg førebuing, jamf. kompetanse og samhandlingsmønster. Ungen kan verte slegen ut med badevatnet. Det blir også hevda at når kommunane skal overta så stort (økonomisk) ansvar vil det bli eit dilemma for helsearbeidaren om lojaliteten skal ligge hos pasienten eller i kommunen

- slutt på uttalen til Helse Midt-Norge -

Helse og miljøkonsekvensar:

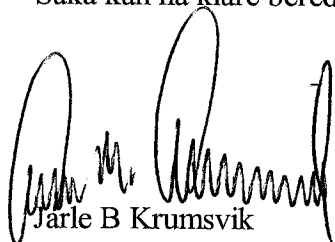
Dei spørsmål som er omhandla i denne saka har store helse og miljøkonsekvensar, jamf saksutgreiinga

Økonomiske konsekvensar:

Dei spørsmål som er omhandla i saka vil ha store økonomiske konsekvensar for kommunen og kommunen må ta atterhald om at finansieringsgrunnlaget blir vedteke av Stortinget før ein kan ta stilling til omfanget av kommunal deltaking

Beredskapsmessige konsekvensar:

Saka kan ha klare beredskapsmessige konsekvensar slik det går fram av saksutgreiinga.



Jarle B Krumsvik
adm. sjef

Arne Gotteberg
kommuneoverlege/fagsjef

Utskrift av endeleg vedtak:

Helse Midt-Norge
Helse Sunnmøre HF

Vedlegg :

Nærare utdjuiping av kommunane sine synspunkt og vurderingar:

For pkt.1: All informasjon viser at lokalsjukehus fyller ei svært viktig oppgåve for befolkninga, at dei driv mykje rimelegare enn store sjukehus og svært godt ut frå ei total kvalitetsvurdering. Spørsmål om liv, helse og tryggleik handlar meir om verdival enn om pengar. Lokalsjukehus har dei klart billigaste vaktordningane også rekna per behandla pasient. Kvar personellkategori har mange passive vakttimar kvart døgn som er løna med 1/4 timeløn. Det er tilsvarende lite å spare ved å legge ned desse vaktordningane og å overføre pasientane frå rimeleg drivne sjukehus til sjukehus med vesentleg høgare løns og driftskostnadar. Kva konsekvensar vil så mange fleire overføringar ha for kostnadar og kapasitet i ambulansetenesta? Kva blir konsekvensane personellmessig, bygningsmessig og økonomisk for dei avdelingane som skal ta på seg så store meirbelastningar? Ved å sluse akutt pasientane frå lokalsjukehusa til dei store sjukehusa må ein bruke ein meir komplisert og dyrare organisasjon til å løyse dei same oppgåvene. Dette vil medføre auka kostnad per behandla pasient. Ein bør vere varsam med å sei at "vaktpersonell sit på baken og ventar på pasientar" Det gjerast veldig mykje vaktarbeid av t. d. ein kirurg for kvar operasjon. T. d. trengs det ei veldig god kirurgvurdering av dei mange pasientane som ikkje treng operasjon og teamarbeide mot andre avdelingar og primærhelstenesta

For pkt. 2: Med den unike breiddekompetanse og det gode diagnostiske apparatet som det er i eit velfungerande lokalsjukehus, skal det på fullt forsvarleg måte avklare og behandle størsteparten av innleggingane (ca. 80%) og dei skal vere i stand til å stabilisere og vidaresende dei pasientane som treng eit meir spesialisert sjukehusstilbod Det avgjerande punkt for å sikre at eit lokalsjukehus er eit reellt sjukehus er at dei er i stand til å gi reelle akuttmedisinske tenester. Legeforeninga seier at: "Skal et lokalsjukehus ha akuttfunksjon må det som eit minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk- kjemiske og radiologiske støttetjenester" Vi meiner også at eit velfungerande lokalsjukehus skal ha eigen fødeavdeling med gynekolog. Indremedisinsk vaktberedskap aleine er ikkje godt nok då det aldri er klart ved innlegging kva som feilar pasienten. I tillegg er det behov for fulltids kirurgisk beredskap All erfaring frå andre sjukehus her i landet (6 nedlagde dei siste åra) og frå utlandet viser at dersom ein fjernar ein eller fleire av bærebjelkane under akuttfunksjonen begynner sjukehuset å forvitte gjennom dårleg fagleg rekruttering og sviktande tillit. Sjukehuset kan ikkje fungere lenger som utdanningssjukehus. Den store eldrebølgja som kjem i åra framover møtast ikkje best ved sentralisering, men heller med desentralisering. Akuttmedisin for denne gruppa er ikkje hjerteinfarkt og multitraumatiserte trafikkskadde, men i like stor grad lårhals- og andre brotskader, uklare magesmerter etc. Det blir heilt feil å sentralisere dette, men krev kirurgisk vaktkompetanse i tillegg til indremedisinsk. Innan spesialisthelsetenesta har lokalsjukehusa den beste føresetnaden for å ta hand om behandlinga av dei pasientgruppene Samhandlingsreforma er oppteken av. I lokalsjukehusa med sin unike breiddekompetanse er heller ikkje grensene mellom dei ulike spesialitetar så skarpe som i dei høgspesialiserte sjukehus. Det er viktig at slike pasientgrupper får sine tenester så nær sin bustad som muleg. Det er logisk og framtidsretta å satse på å prioritere opp kommunehelsetenesta. Kommunehelsetenesta må på den andre sida supplerast av spesialisthelsetenester og det blir viktig med gjensidig samhandling, slik som går fram av dei Samhandlingsavtalane kommunane har inngått med Helse Sunnmøre HF. I spesialisthelsetenestene er lokalsjukehusa best eigna til å ta i vare eit slikt samarbeide. Difor er det i ei slik reform logisk også å prioritere lokalsjukehusa sine tilbod

Fokus for diskusjonen og utgreiingsarbeidet bør endrast frå det sentraliserings- og nedbyggingsperspektiv, til meir å sjå mulegheitene og framtidig utviklingspotensiale for lokalsjukehusa som tryggleiksbasis og ytar av svært effektive, rimelegare og fagleg gode nok tenester for dei vanlegaste sjukdomstilstandane herunder akutt-tilbodet

Nasjonalt må ein utgreie korleis ein kan styrke og auke bruken av lokalsjukehusa og kva oppgåver desse kan og skal løyse på ein trygg og god nok måte. Skulle det bli avdekka manglar, må fokus her, som på større sjukehus, vere på kva tiltak som skal iverksettast for at tenestene skal bli gode og trygge nok. Kan Noreg og HF ha noko å lære av den Britiske satsinga "Keep Health-Service Local"? Regjeringa seier at "alle skal ha et likeverdig tilbod av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdommen rammer, skal folk oppleve at de får tilbod om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren"

For pkt. 3: Viser her til erfaringane med Nordfjord Sjukehus som tidlegare er fråteken akutt-kirurgiske tenester og no, som eit av framlegga frå Helse Førde HF, er foreslått omgjort til Distriktsmedisinsk senter. Framlegg om også å ta ifrå Volda Sjukehus akuttfunksjonar har ført til eit enormt befolkningsengasjement og kraftige protestar politisk (frå kommunane, Regionrådet og Fylkestinget) frå Næringslivet, den store skipsbyggingsindustrien på Søre Sunnmøre, frå Primærhelsetenesta og primærlegane på Søre Sunnmøre. På den andre sida viser vi til førespurnad frå Helse Førde HF til Helse Sunnmøre HF om ikkje Volda Sjukehus kan ta på seg om lag 200 fødselar/år og ta imot særlege akutte sjukdomstilfelle frå kommunar i Nordfjord

For pkt. 4: Erfaringar med vanskeleg geografi og dårlege vêrtilhøve, rasstenge vegar og no sist vulkanutbrotet då all flytrafikk har ligge nede i fleire døgn, viser med all tydelegheit kor sårbar luftambulansetenesta er. Samstundes har lokale sjukehus redda liv som no ikkje kunne transporterast eller gi god stabiliserande behandling før vidare biltransport. Dette siste er behandling legevaktsslegar og ambulansemannskap ikkje på nokon måte kan utføre tilfredsstillande. No foreslo Helsetilsynet klokt å auke beredskapen ved å utplassere fleire spesialistar til lokalsjukehusa for å ivareta best mogeleg beredskap i distrikta. Ville det ha vore muleg dersom lokalsjukehusa var forvitra eller blitt nedlagde? Hadde ein ikkje hatt lokalsjukehusa no – kva då med tryggleiken for befolkninga? Frå menneske som bor avsides til i kommunane våre blir det sagt at ei nedlegging av funksjonar på det lokale sjukehuset skræmer folk vekk frå utkantane. Ute i periferien i dei enkelte kommunane rår det er fortvila stemning hos folket. Sentralisering er alt no ein stor trussel mot periferiane. Stemninga og utryggleiken forsterkar seg dersom avstandane til akuttmottak aukar, særleg for eldre menneske. Det blir sagt at jenter fryktar å bu der når dei kjem i svangerskap. Dersom det skjer noko så vanleg som t. d. snøstorm, korleis kan ein kome seg raskt nok til akuttmottak og fødestove. Vi meiner det ikkje er gjort gode nok berekningar på transport- og ambulanssekostandar ved å frakte så mange menneske så mykje lenger. Og vi er sikre på at det ikkje er gjort gode nok berekningar på dei helsemessige og sosiale omkostnadane ved å frakte mange fleire eldre bort frå sitt nettverk til fjernare og meir avanserte sjukehus.

For pkt. 5: Finansieringsgrunnlaget for samhandlingsreforma er ikkje klart og Stortingsbehandlinga av den er utsett. Det er stor tvil om kva som til slutt blir innhaldet i reforma. Det som er sikkert, er at det vil ta mange år å gjere kommunehelsetenesta fagleg og økonomisk i stand til å løyse oppgåver som HF no legg opp til i sitt Strategiarbeide. Det er mange som meiner at Strategiarbeidet også bør utsettast noko og sjåast i samheng med ei ny Nasjonal Helseplan. Å køyre desse ting igjennom med for stort hastverk kan få NAV-reforma til å bleikne

For pkt. 6: Svekking av akuttfunksjonane ved lokalsjukehus kan ha store konsekvensar t.d ved naturkatastrofer og ulukker med mange skadde samstundes, noko vi ikkje kan sjå er utgreidd gjennom risiko og sårbarheitsanalyser (ROS-analyser) Ved alle alvorlege skader er det dei første minutta og timen som tel

Dette er høgst reelle problemstillingar om vi skulle bli utan akuttkirurgisk beredskap mellom Førde og Ålesund. Kan ambulanseteneste løyse dette? Det er jo foreslått at Volda Sjukehus framleis skal ha eit traumemottak. Då må også sjukehuset ha kirurg i vaktberedskap heile døgnet. Beredskap kostar alltid, men det er mykje dyrare å forsømme. Vi må sei ifrå om slike samfunnskonsekvensar då det er eit stor ansvar å bygge ned helseberedskapen

Eit hovudbodskap i Strategidokumenta 2015 og 2020 er at den økonomiske veksten i spesialisthelsetenesta ikkje kan halde fram, at helseutgiftene her i landet har dobla seg dei siste 7 åra, og no er svært høge i internasjonal samanheng. Det er muleg dette er korrekt, men ein forskingsrapport frå Høgskulen i Hedmark 2010 blir dette siste trekk i tvil. Det blir konkludert med at Noregs utgifter til helsetenester er moderat samanlika med andre land som har same inntektsnivå som oss. Årsakene til det er følgjande

- a. Kva som blir definert som helseutgifter er forskjellig frå land til land. Dette gjeld spes. utgiftene til langtidspleie. Medan Noreg i all hovudsak registrerer dette som helseutgifter blir det i andre land registrert som sosiale utgifter
- b. Det vert ikkje korrigert for skilnadar i reallønsnivå mellom landa

Vi meiner difor at Noreg har råd til å vidareføre velfungerande lokalsjukehus

Det vi på den andre sida har sett av rapportar dei siste åra (m.a frå Riksrevisjonen) er mange eksemplar på at dei store sjukehusa dreg av med veldige summar til byggeprosjekt, gjerne med store overskridingar Det er på dei høgspesialiserte sjukehusa at den økonomiske veksten har vore svært stor. Der er stor auke i personell og driftskostnader, gjerne med mange parallelle klinikkar og vaktteam. På den andre sida ser vi at mindre sjukehus med dyktig og produktiv personellstab, der t.d eit vaktteam kan drifte akuttfunksjonane ved eit heilt sjukehus, må innskrenke eller nedlegge drifta. Dette virkar svært demotiverande for personellet og hindrar nyrekrutering. Det kan da ikkje vere rett å finansiere høgspesialiserte sjukehus ved å ta frå eller bygge ned sjukehus som driv godt, billig og med god økonomisk kontroll? Vi kan ikkje sjå at sentralisering til mykje dyrare sjukehus har ført til nokon innsparing. Og – når vi vurderer alle sider og konsekvensar av sentraliseringa – vil dette, etter vår oppfatning, med stor sannsynlegheit, gi oss auka samfunnsøkonomisk utgifter.

For pkt. 7 HF argumenterer sterkt for at slik samlokalisering i eit Felles Akuttmottak (FAM) bør skje, noko sjukehuset og 4 kommunar no i eit år har gjennomført. Det kjem fram kraftige signal frå dei mest fjerntliggande kommunane at dersom sjukehuset mister sin noverande akuttfunksjon, vil dei overveie å trekke seg ut av samarbeidet. Dette fordidet virkar meningslaust og medisinsk uforsvarleg først å trekke pasientane langt i ei retning, t.d frå Hareid til Volda for så å måtte bli sendt ennå lenger tilbake i motsett retning for å få akuttbehandling i Ålesund

For pkt. 8:

Kommunen (-ane) er positive til utviklingsarbeid og til å utgreie ny oppgåvedeling mellom HF og kommunehelsetenesta. Ferske samhandlingsavtalar mellom Helse Sunnmøre HF og kommunane på Sunnmøre er godt fundament å bygge på. Oppgåver vi m.a ser som svært viktige er: Felles Akuttmottak (FAM) ved lokalsjukehuset, Utvikling av forsterka sjukeheimsavdelingar, Styrka tilbod om kommunal avklaring, medisinsk behandling og rehabilitering av særlege pasientgrupper i forsterka sjukeheimar, Utvikling av det førebyggjande og helsefremjande arbeidet, utvikling av fastlegeordninga.

Ut frå vår erfaring har eit velfungerande lokalsjukehus ein unik breiddekompetanse og eit godt diagnostisk apparat, også når det gjeld å vurderer når tid pasientar skal sendast vidare til