



SKAUN KOMMUNE
Sentraladministrasjonen

Helse Midt-Norge
Postboks 464

7501 STJØRDAL

HELSE	MIDT-NORGE
Saksdok.:	2010/62-113
Mottatt:	14 MAI 2010
Saksbeh.:	BRI Unnt.off.:
Arkiv:	

Vår ref.
10/468-8/GEV

Arkivkode
G20 &13

Deres ref.

Dato
10.05.2010

SVAR - STRATIGI 2020 - HØRING

Skaun kommunestyre har fattet følgende vedtak i saken om Strategi 2020 – høring:

Skaun kommune slutter seg til *Hørings svar til Helse Midt-Norge: Strategi 2020*, slik den foreligger fra Arbeidsutvalget i KS Sør-Trøndelag.

Tillegg til avsnitt Arbeidskårsressurser:

Flere heltidsstillinger og mindre uønsket deltid vil stabilisere og øke tilgangen på kvalifisert arbeidskraft i de enkelte helseforetakene.

Etter Skaun kommunes mening må eventuelle strukturendringer begrunnet i mangel på kvalifisert arbeidskraft avventes inntil det er tatt handlekraftige og systematiske grep for å løse heltids-/deltids-problematikken

Skaun Kommune forutsetter at også helseforetakene stiller lærlingeplasser til disposisjon slik at flere kan gis en fullgod fagopplæring.

Vedlagt følger fullstendig høringsuttalelse.

Med hilsen


Geir Evjen
ass. rådmann

Direkte innvalg: 72867204

Vedlegg:

Høringsuttalelse: Strategi 2020



Høringsuttalelse fra Skaun kommune: Strategi 2020.

Viser til høringsbrev og utkast til høringsdokument – Strategi 2020 – fra Helse Midt-Norge. Kommentarene nedenfor er i tråd med det oppsett det bes om og de spørsmål HMN ber om svar på, jfr. oppsett gitt i høringsbrevet.

1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020?

Det synes å være allmenn enighet om de hovedutfordringer som skisseres i strategi 2020 fra HMN. Disse hovedutfordringene er for øvrig de samme som de utfordringene som statlige myndigheter har lagt til grunn for Stortingsmelding 47 (samhandlingsreformen). Alle disse utfordringene er nasjonale, og er merkbare allerede i dag innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Strategidokumentet påpeker at kommunene vil ha behov for at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere i årene framover rekrutteres til kommunene i stedet for til spesialisthelsetjenesten. HMN viser i den sammenheng til den foreslåtte samhandlingsreformen. Dette er en viktig påpekning sett fra kommunenes ståsted, og det vil være avgjørende at kommunene og spesialisthelsetjenesten ikke blir konkurrenter i kampen om arbeidskraft og kompetanse, men utvikler felles strategi og tiltak for å øke rekrutteringen til nødvendige kompetansegrupper.

Flere heltidsstillinger og mindre uønsket deltid vil stabilisere og øke tilgangen på kvalifisert arbeidskraft i de enkelte helseforetakene.

Etter Skaun kommunes mening må eventuelle strukturendringer begrunnet i mangel på kvalifisert arbeidskraft avventes inntil det er tatt handlekraftige og systematiske grep for å løse heltids-/deltids-problematikken

Skaun Kommune forutsetter at også helseforetakene stiller lærlingeplasser til disposisjon slik at flere kan gis en fullgod fagopplæring.

Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?

Foreslåtte samhandlingsreform (St. meld. 47) vil stå og falle på hvorvidt finansiering for kommunene blir troverdig eller ikke. Strategidokumentets mål og prinsipper for oppgavedeling oppfattes i hovedsak som interne strategier og prinsipper. Men, dersom disse skal legges til grunn for gjennomføring fram mot 2020 i spesialisthelsetjenesten, vil det forutsette at kommunene og primærhelsetjenesten tar økt ansvar og overtar flere oppgaver og funksjoner. Økte oppgaver for kommunene vil med andre ord være konsekvensen, sjøl om samhandlingsreformen utsettes eller ikke gjennomføres, men som en direkte følge av strategi 2020 fra HMN.

En slik oppgaveoverføring har pågått ”i det stille” over noe tid allerede, noe som har påført kommunene ekstra utfordringer når det gjelder kompetanse og ressurser. Redusert liggetid for pasienter i sykehusene har vært spesialisthelsetjenestens strategi over lang tid, og noe av effekten av dette er økt belastning for kommunehelsetjenesten. En ytterligere oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten som resultat av strategi 2020, vil ikke være mulig uten at finansieringen er sikret, uten at det er klar enighet mellom kommunene og helseforetak om hvilke oppgaver som skal

overføres og hvordan tjenestene skal struktureres, finansieres og kvalitetssikres.

Strategi 2020 gir ikke inntrykk av at HMN i tilstrekkelig grad ser denne utfordringen for kommunene.

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

Kommunene har ikke grunnlag for å si seg uenige i de foreslåtte 5 strategiske målformuleringene som er gitt i dokumentet (s.14). Likevel gis noen kommentarer eller poengteringer knyttet til de strategiske målene.

Et strategidokument for spesialisthelsetjenesten vil naturlig nok ha hovedfokus på behandling. Samhandlingsreformen (St. melding 47) har et vesentlig poeng med at samfunnet skal tone ned det ensidige fokus på behandling til fordel for et styrket fokus på forebygging og mestring.

Strategi 2020 på s.17 tar opp spørsmålet om en styrket pasient-/brukerrolle med mål å få den enkelte pasienten til å ta delansvar for behandling og kvalifisere den enkelte pasienten til en mer aktiv rolle. Etablering av lærings- og mestringssenter er ett av tiltakene som det vises til. Det vises til erfaringer fra psykisk helsevern med innføring av selvstyrte døgnplasser som kan redusere bruk av tvang og redusere antallet innleggelser. Nye metoder i behandling fører også til redusert innleggelse og overgang til mer dagbehandling. Ressurser foreslås omdisponert fra døgn til dag og poliklinikk, og fra sentraliserte til lokale tilbud, der det er hensiktsmessig for pasienten og for kvaliteten på behandlingen.

Er det andre strategiske mål som vurderes som like viktige?

I strategidokumentet s.18 påpekes et ønske om å prioritere innsats tidlig i sykdomsforløpene. Dette blant annet gjennom å gi primærhelsetjenesten råd og deltjenester slik at behandling kan skje lokalt. Dette er kanskje det viktigste strategiske målet å realisere, nemlig tidlig intervensjon for å forebygge behov for helsetjenester, for å unngå sykehusinnleggelser etc. Kommunene ønsker at spesialisthelsetjenesten bidrar til kompetanseutvikling i kommunenes helsetjeneste, bidrar med samfinansierte tiltak for å hindre behov for spesialiserte helsetjenester, etc. Lykkes ikke kommunene sammen med spesialisthelsetjenesten med dette, vil presset mot både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bare øke.

Dersom både kommunehelsetjenesten, den kommunale omsorgstjenesten samt spesialisthelsetjenesten skal lykkes med sine oppgaver og funksjoner innenfor en bærekraftig ramme, forutsetter det at samfunnet lykkes i det forebyggende arbeidet. Det vil være en forutsetning at vi alle lykkes med målet om å redusere behov for helse- og omsorgstjenester og redusere pasientstrømmen til sykehusene. Derfor vil det være av felles interesse å jobbe sammen om de forebyggende strategiene og tiltakene. Slik felles satsing vil ikke kun omfatte tiltak for å redusere behov for helsetjenester på grunn av livsstil, like mye kan det gjelde tilrettelegging av samfunnet for å forebygge uheldige hendelser, ulykke og skade.

Dette felles ansvaret for tidlig intervensjon og fokus på helsefremmende arbeid samt spesialisthelsetjenestens rolle i denne satsingen, mener vi ikke kommer tilstrekkelig fram i strategidokumentet.

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

Det er dette kapitlet i strategidokumentet som kommunene opplever som vanskeligst og mest kontroversielt, og som kan gi grunnlag for folkelig og sterkt faglig og politisk engasjement. Det er dette kapitlet som også mediemessig er under den sterkeste lupen, og som kan skape grunnlag for uro i befolkningen.

Særlig kontroversielt blir sykehusstrukturen, lokalsykehusenes rolle og funksjon i et helhetlig behandlingstilbud, samt spørsmålet om lokalisering av og antallet fødeavdelinger.

Det virker troverdig at det er behov for strukturelle endringer innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, på grunn av ressurspress og på grunn av behov for å sikre robuste fagmiljø for å sikre kvaliteten i tjenesten. Men, de strukturendringer som foreslås direkte eller implisitt i strategidokumentet, berører også lokalpolitikk i høyeste grad. Dette gjelder spørsmålet om nærhet til akuttfunksjoner, nærhet til fødeavdelinger i en region med vanskelig geografi, grad av tiltroen til at prehospitaltjenester og særlig ambulansetjenesten, er noe mer enn livredning og hurtig transport til nærmeste sykehus. I tillegg berører de foreslåtte strukturendringer spørsmålet om arbeidsplasser, om lokal/regional kompetanse, om senterfunksjoner, om bygninger etc.

Strategidokumentet legger opp til sentralisering av spesialiteter og akuttfunksjoner, men desentralisering av behandlingstilbud til de store diagnosegruppene, større grad av desentralisering av elektiv behandling etc. Likeledes at hele strukturendringen har som intensjon at størst mulig del av total kompetanse nyttes til behandling, og mindre andel enn i dag av samla kompetanse og ressurser nyttes til vakt og beredskap. Dette er i seg selv fornuftig, også for å sikre robuste nok faglige miljø som kan ha tilstrekkelig pasientomfang til å opprettholde kvalitet i tilbudene.

Kommunene ser behovet for interne strukturelle endringer i helseregionen. Uroen går på at strategidokumentet ikke setter fokus på konsekvensen disse endringene vil ha for kommunene. En er redd for at strategi 2020 blir en "stille reform" i forkant av en eventuell samhandlingsreform, uten at verken finansielle, strukturelle eller juridiske avklaringer er foretatt. De prosesser som er igangsatt rundt 2 sykehus i Sør-Trøndelag illustrerer utfordringen med at HF setter i gang en prosess med nedlegging av sengeposter og fordeling av oppgaver mellom foretak og kommuner, uten at merbelastningen for kommunene rundt sykehusene er finansiert eller kompetansemessig sikret.

Det kunne være hensiktsmessig at hele eller deler av innsparingene som sykehusene oppnår gjennom strukturendringer, færre liggedøgn, mindre vaktressurser etc., kunne bli overført til interkommunale tiltak og tjenestetilbud, eller til tjenester der helseforetak og kommune gruppe samhandler om tilbudet.

Oppsummert kan en si at kommunene stort sett er enige i strategidokumentets angivelse av oppgavefordeling mellom nivåene internt i helseregionen, mellom spesialistfunksjoner og lokalsykehus, etc. Men når det gjelder følgekonssekvensen for kommunene av endret oppgavefordeling internt i spesialisthelsetjenesten, forventer kommunene at dette må skje på en måte som ikke rokker ved tryggheten for kvalitet på helsetjenesten for befolkningen. Det krever reell samhandling med kommunene på basis av felles kunnskapsgrunnlag om utfordringene og de faglige mulighetene som ligger både for kommunene og for spesialisthelsetjenesten i foreslått samhandlingsreform.

Kommunene forventer derfor at helseforetakene og kommunegruppene som er under etablering, i fellesskap finner fram til den "ideelle" oppgave- og funksjonsfordelingen som kan ligge til grunn for praksis når eventuell finansiering er avklart.

4. Oppsummering

- *Kommunene er enige i de utfordringsbeskrivelsene som strategidokument 2020 skisserer. Disse utfordringene er de samme som er lagt til grunn for samhandlingsreformen.*
- *Kommunene mener timingen med framleggelse av strategi 2020 i forkant av eventuelt stortingsvedtak om egen samhandlingsreform, er mindre heldig. Konsekvensen av Strategi 2020 er blant annet sentralisering av kirurgien, nedlegging av sengeposter og ytterligere redusert liggetid. Prisen for denne effektiviseringen betales i hovedsak av kommunene. Det er ikke realistisk å tro at denne effektiviseringen oppnås uten at kommunene har finansiering og en robust faglig tjeneste på plass.*
- *Kommunene inviterer spesialisthelsetjenesten til arbeidsprosesser på faglig basis med utgangspunkt i utfordringene for både kommunene og foretakene, for å finne fram til de ideelle pasientforløpene i tråd med BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå), og slik at innbyggerne kan ha trygghet for helhet og kvalitet på tjenestene. Effektivering av endra oppgave- og ansvarsfordeling iverksettes på det tidspunkt troverdig finansiering er på plass.*
- *I tråd med tidligere vedtak i KS-fylkesmøte for Sør-Trøndelag, skal kommunene ha inngått allianser med andre kommuner i regioner eller kommunegrupper, innen 01.07.10. Det er det faglige nivået i disse kommunene eller regionene som i fellesskap skal samhandle med helseforetakene for å finne fram til ideell oppgave- og funksjonsfordeling. For kommunene i Sør-Trøndelag kan det dreie seg om 5 eller 6 slike "forhandlingsgrupper" eller regiondannelser. De endelige interkommunale samarbeidsstrukturene vil kunne dannes først når realitetene i samhandlingen med foretakene avtegner seg i konkret beskrivelse av pasientforløp og oppgavebeskrivelser.*

Kommunene har i tillegg en forventning om at endelig styrevedtak på Strategi 2020 i HMN vil understreke behovet for:

- *Felles teknologiutvikling for å forenkle informasjons- og kommunikasjonsflyten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og internt mellom fagdisiplinene i sykehus.*

- *At kommunene og helseforetakene skal utmeisle felles strategi og tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling. Begge nivåene vil mislykkes dersom de i stor grad blir gjensidige konkurrenter om arbeidskraft.*

Kommunene ber også HMN bidra til at staten foretar de nødvendige juridiske og finansielle avklaringer, som vil være helt avgjørende for at kommunene skal bidra til at HMN får gjennomført de strukturelle endringer som ligger i forslaget til Strategi 2020.