

Høringsuttalelse til "Strategi 2020" fra Tingvoll kommune

Innledene kommentarer:

Er det tilstrekkelig sammenheng mellom problem og løsning ?

Strategi 2020 har karakter å være et "totalkonsept" som er krevende å argumentere kritisk og konstruktivt i forhold 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 sykehusdrift som er generert etter at sykehusene ble overtatt av staten i 2002. En kan spørre om 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 til dels finansiert. Dersom en ikke har tilstrekkelig søkelys på disse indre kreftene, eksempelvis profesjoner, sykdommer med og uten prestisje, 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.

Likeverdige partnere!

I Strategi 2020 viser helseforetaket hvordan de tenker å omgruppere spesialisthelsetjenesten, og er samtidig svært tydlige 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/ sykehusa er likverdige partnere med kommunene, 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.

Er kvalitet den fremste verdien i pasientbehandlingen så må vi se at Strategi2020 er mer enn en strategi 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. Samhandlingsreformen har svært store usikkerhetsmomenter bl.a. når det gjelder organiseringen av kommunale helsetjenester, legerolle og legedekning og ikke minst finansieringsmodellen for kommunen. Da dette handler om innbyggere sine liv og helse kan vi ikke ha halvgode løsninger når det mest grunnleggende kravet er kvalitet i tjenesten.

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. Ett problem løst en plass, skaper et nytt problem et annet sted i behandlingsskjeden. Jfr omleggingen til NAV.

Verken samhandlingsreformen eller helse Midt sin Strategi2020 kan realiseres uten at reformen er fullfinansiert fra staten overfor 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. Og vi regner 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 ”verdikjeden” for pasienten. Det taler for enkle, standardiserte og oversiktlige løsninger i organiseringen både i sykehus og kommuner. Det er reell fare for svært ulike og ugjenomsiktlige samhandlingsmønstre mellom enkeltkommuner og sykehus, og dermed fare for uoversiktlige pasientforløp.

Samling av akuttfunksjoner - Sykehusmodellen i Helse Nordmøre og Romsdal

Rekkefølge – samling av akuttfunksjoner på gamle Molde sykehus 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 valgte å forskuddtere en beslutning med forslag om å samle akuttfunksjonen ved gamle Molde sykehus før utredningen av framtidig sykehusstruktur er tatt av eier. Vi er glad for at denne beslutningen nå er ”lagt på is”. Ved å gjennomføre en samling av akuttfunksjoner nå ville sykehusmiljøet og spisskompetansen i Kristiansund kunne utarmes og forvitte, og slik ville det kunne skape både rekrutteringsvansker til det nye sykehuset, kvalitetsreduksjoner ved at de dyktigste fagfolkene kunne forsvinne, og en svekkelse av muligheten for å eventuelt etablere et lokalsykehus i tråd med Strategi 2020. Beslutninger på et lavt styringsnivå kan ikke lukke handlingsalternativer for et høyere styringsnivå.

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 og 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 god lokalsykehusstilbud, og en bedre sykehusøkonomi. Ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal vil realisere målene for spesialisthelsetjenesten i Strategi 2020.

Tingvoll kommunestyre gjorde dette vedtaket i februar 2006 (et utdrag):

”Skal Nordmøre og Romsdal kunne oppretthada eit godt sykehusstilbod for våre innbyggjarar, og attraktive fagmiljø for å sikra rekruttering, spisskompetanse, kvalitet i tenestene og pasientgrunnlag, så bør ein byggja eit nytt felles sykehus i Krifast-området”

Helse Midt Norge må sikre en rask og uhildet utredning av felles sykehus 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.

Ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal må plasseres sentralt i regionen. Dette sykehuset blir trolig sykehuset 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. Da et nytt sykehus planlegges for drift de neste 40-50 årene så må en også ta høyde for samferdselsendingene som er planlagt, og som er nærmest en realisering i tid; Tresfjordbrua som knytter Rauma nærere Ålesund, nye veitraseer og utbedring av veier mellom Krifast og Molde (Gjemnes, Hjelset), ferjefri fjordkryssing mellom Tingvoll og Halså som knytter Indre Nordmøre nærere Ytre Nordmøre, Møreaksen som knytter Molde, Midsund, Aukra og Ålesund nærere.

Tingvoll kommune mener at et nytt felles sykehus for Nordmøre og Romsdal bør plasseres i Krifastområdet.

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 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 de 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 innebærer bruk av virkemidler som 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 en grunnleggende premiss i Strategi 2020. Hvordan skal vi være organisert på vårt beste i en sammenhengende behandlingsskjede for pasientene ?

- Hvordan er faglige relasjoner og dialog mellom fastleger og sykehusleger ? (når vi får feil i medisinerer, og epikiser ikke følger pasienten ut ?)
- Hvordan er kunnskapen til sykehusleger om tilbudene i kommunehelsetjenesten ?

- Hvordan er kunnskapen til sjukepleiere i sykehus om sjukepleie i sykehjem og hjemmesykepleie, og omvendt ?
- Hvordan er tilliten til fagkompetanse mellom fastlegene og sykepleiere på sykehjem ?
- Hvorfor er det større faglig prestisje å være sykepleier og lege på sykehus enn i kommunehelsetjenesten ? Hvorfor er det få incitament for leger i samfunnsmedisinske oppdrag – kommunehelsetjeneste, tilsynslegefunksjon og hvordan endrer vi dette ?
- Hva er holdningen blant leger til å jobbe som tilsynsleger på sykehjem ?
- Hvorfor er det stor mangel på legespesialister innen geriatri ?
- Hvorfor drøftes akutfunksjoner, med få innleggelser og store ressurser, med stort engasjement mens geriatri og psykiatri som har store behov nesten ikke får oppmerksomhet ?
- Hvordan vil helseforetaket styre legene sin fagkompetanse mot de store befolkningsgruppene sine behov, hvilke virkemidler har foretaket ?

Profesjonene sin rolle, og sykehuseier sin styringsmulighet og vilje, må drøftes i Strategi 2020.

Tingvoll kommune sine 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 fire 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

Tingvoll kommune er enige i de fire hovedutfordringene.

I tillegg vil vi påpeke at en annen hovedutfordring: 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 behandlingen av tunge 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 definisjonsmakt til å iverksette hvilke endringer, hvordan og når.

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

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

De fem strategiske målene er:

1. Styrket innsats for de store pasientgruppene
2. Kunnskapsbasert pasientbehandling
3. En organisering som underbygger trygge pasientforløp
4. Rett kompetanse på rett tid til rett sted
5. Økonomisk bærekraft

Kommentar til styrket innsats for de store pasientgruppene, og rette 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 relativt 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 (psykiatri). 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.

Vi ser :

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.

Vi vil imidlertid uttrykke sterk bekymring for behandlingstilbudet til de tyngste pasientene innen psykiatri.

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.

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

- bruker spisskompetansen i spesialisthelsetjenesten på de sykeste pasientene.
- gjenoppretter langtids behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen av pasientene må fokusere på pasientens helhetlige helse, - unngå at medisinerer fører til nye sykdommer for pasienten, f.eks. sykelig overvekt.
- Benytter 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 1-1 tilbud og er i praksis reinstitusjonalisert i kommunene. Vi bruker samlet ca 87 millioner kroner på disse pasientene. Men får de kvalitet i tjenestene tilsvarende denne ressursinnsatsen?

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

I strategi 2020 det blir vist til at psykiatrien har kommet lenger en somatikk i bruk av nye samhandlingsformer – mer dagbehandling, poliklinisk behandling og ambulante team. Fra kommunene ser vi at dette er gode tjenester for svært mange, men ikke som tiltak for de aller sykeste.

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)**

Prinsippene for oppgavefordeling synes noe uklare i Strategi 2020. Vi forstår prinsippene som:

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

Tingvoll kommune er enig i prinsippene for oppgavefordeling som er sendt ut, men det forutsetter at kommunene får fullfinansiert reformen for å kunne ta nye omfattende oppgaver.

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.

Vi er 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 til 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 svært 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 sykehus, men vi vet også at St. Olavs er brukt som sentral- og lokalsykehus for befolkningen i 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?

Vi vil foreslå:

1. En annen organisering av psykiatrien/ psykisk helse for de aller sykeste. Spesialisthelsetjenesten må ta et langvarig helhetlig behandlingsansvar for disse. Kommunene kan ta mer behandlingsansvar innen poliklinisk arbeid.
2. Igangsette et stort og systematisk program for fagutviklende samarbeid mellom profesjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Faglig og pasientrettet.
3. Bidra til å drive organisasjonsutvikling for helhetlige og enkle pasientforløp, på tvers av forvaltningsnivå.
4. Unngå lokal rasjonalitet i helseforetakene særlig med tanke på økonomisk kortsiktighet.

5. Andre tilbakemeldinger

Jfr vår innledning på høringsuttalelsen.