



**Overhalla kommune**  
**Sentraladministrasjonen i Overhalla**

Helse Midt-Norge  
Strandveien 1  
7500 STJØRDAL

## Melding om vedtak

Vår ref:	Deres ref	Saksbehandler	Dato
2010/3776-4		Torunn Grønnesby 97660648	19.05.2010

### **Strategi 2020. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge - Høringssvar fra Overhalla**

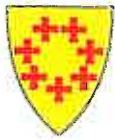
Vedlagt følger utskrift av saksdokument med vedtak og vårt høringssvar i ovennevnte sak, behandlet i kommunestyremøte den 11.5.2010.

Vår ref. 2010/3776-4 bes oppgitt ved henvendelse.

Med hilsen

  
Torunn Grønnesby  
Formannskapssekretær





**Overhalla kommune**  
**Sentraladministrasjonen i Overhalla**

Saksmappe: 2010/3776-1

Saksbehandler:

Torunn Grønnesby

## Saksframlegg

### Strategi 2020. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge - Høring

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Overhalla kommunestyre	27/10	11.05.2010

#### Rådmannens innstilling

Overhalla kommune har følgende uttalelse til "Strategi 2020. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge", besvart i forhold til de 5 spørsmål som Helse Midt-Norge ber om svar på:

0. Det er et helt klart behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling for å møte de langsiktige utfordringene som vi vet vil komme.  
 Vi er også enige i at vi må ha et helhetlig pasient- og tjenestefokus og at utfordringene må løses med ufravikelige krav til både kvalitet og innbyggertrygghet. I dette ligger at både geografi og avstander må tillegges vesentlig vekt i den videre tjenesteutformingen.

Fra HMN RHF er det ofte hevdet at "*vi må sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan*".

Vi kan ikke se at dette er blitt synliggjort og konkretisert gjennom Plan 2020. Dette bidrar til å skape en betydelig usikkerhet om hva som skjer i det videre arbeidet med denne planen og konsekvensene med tanke på samhandlingen omkring Samhandlingsreformen når den kommer.

Overhalla kommune vil også understreke helseforetakets rolle som regional utviklingsaktør.

Vi vil også understreke betydningen av samarbeidet mellom private, ideelle og andre offentlige institusjoner. Spesielt innenfor rehabilitering og rusomsorg må det legges til rette for forutsigbare og gode ordninger.

1. De **fire hovedutfordringene** synes riktige, men i tillegg er følgende utfordringer viktige:
- Det er en stor utfordring å opprettholde trygghet og tillit hos befolkningen som får lengre avstand til evt. færre fødeavdelinger.
  - Konkurransen om arbeidskraft mellom kommunene og helseforetakene.

- c) Arbeidsdeling og finansieringen som del av Samhandlingsreformen.
2. De fem strategiske målene sier vi oss enige i, men vi har synspunkter på følgende forhold:
- a) *Flytting av ressurser fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet:* Det synes nødvendig å flytte ressurser over mot aktiv behandling på bekostning av passiv beredskap. Kommunen tar derimot et klart forbehold på dette punktet når det gjelder forslaget om færre fødeavdelinger. Færre fødeavdelinger vil ha som konsekvens betydelig økt geografisk avstand for mange fødende, og dermed redusert trygghet og tillit til fødetilbudet.
  - b) *Organisering som underbygger trygge pasientforløp:*  
Dette målet vil måtte medføre flere fødeavdelinger enn det styret foreslår, der avstandene er store, for eksempel i Nord-Trøndelag.
  - c) *Rett kompetanse på rett sted til rett tid:*  
Dette er viktig i forhold til behovet for kvalitet og trygghet. Fødeavdelingene er også her i en særstilling.
  - d) *Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunene slik at man kan lykkes med forebyggende arbeide.*  
Et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til forebyggende arbeid er helt avgjørende for å lykkes.
3. Kommunen har følgende synspunkter til de **prinsippene for oppgavedeling** som styret har sendt på høring:
- a) Det er behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt Norge.  
Utfordringen som følge av forslag til ny oppgavefordelingen ligger bl.a. i nærheten til akutfunksjoner, og da spesielt nærheten til gode og trygge fødetilbud i Nord-Trøndelag med en kompliserte og utfordrende geografi.  
Geografisk avstand og trygghet til bl.a. et godt fødetilbud er i høringsforslaget er ikke godt nok vektlagt. Dette er tilbud som det har store bosettingsmessige konsekvenser å endre på. Befolkningen forventer og forutsetter at slike tilbud er i en rimelig akseptabel avstand til eget bosted.
  - b) Begge fødeavdelingene ved sykehusene i Nord-Trøndelag **må** bestå som et fullverdig og godt fødetilbud for befolkningen i Nord-Trøndelag.  
Kommunen forventer derfor at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde begge fødeavdelingene, og finansierer tilbudet som del av den planlagte oppgavedelingen, og ikke lar spørsmålet om å opprettholde tilbudet bli en sak for Helse Nord-Trøndelag HF.  
  
Geografi og befolkningsstrukturen i fylket må tillegges stor vekt i dette arbeidet. Det må derfor opprettholdes fullverdige fødeavdelinger ved så vel Sykehuset Levanger som Sykehuset Namsos. Dette innebærer også kirurgisk akuttberedskap ved begge sykehus.
  - c) Det ligger i forslaget til ny oppgavedeling en betydelig utfordring knyttet til å takle behovet for økt kapasitet for de fagområdene som får ansvaret for 7 dagers beredskap. Konsekvensene med tanke på behovet for økt kapasitet synes ikke å være tilstrekkelig avklart i forkant. Det vil også bli behov for å flytte flere pasienter mellom sykehusene i større utstrekning enn i dag som følge av prinsippet om 5-dagers tilbud på de lokalsykehusene, som ikke får akuttstatus.

- d) Både kapasitetsmessig forhold, behovet for økt transport, og hensynet til barna og deres pårørende må vektlegges sterkere av styret i forhold til forslaget til endring av strukturen på antallet barneavdelinger, med forslag om av barneavdelinger med 7 dagers døgnbasert akuttberedskap reduseres til to

Forslaget om endringer i vaktberedskapen ved barneavdelingen ved Sykehuset Levanger innebærer en uakseptabel svekkelse av tjenestetilbudet til barn og fødende, og må erstattes av en plan basert på dagens oppgaver og vaktberedskap ved avdelingen.

- e) Forslagene til endringer i struktur og oppgavedeling kan få konsekvenser i forhold til framtidig tilgang til og utvikling av lokal/regional spesialistkompetanse på de fagområdene som ikke får status som akuttfunksjoner, men som er tiltenkt å drive med mer planlagt aktivitet.  
Dette både i forhold til rekruttering til utdanningsløp for spesialister og senere rekruttering av ferdige spesialister for å sikre faglig stabilitet i tilbudene. En slik utvikling vil kunne føre til en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten.
- f) Det er viktig at styret i Helse Midt Norge RHF har med seg i sine vurderinger hva som også skjer utenfor helseregion Midt Norge, der pasienter og innbyggere utenfor regionen velger vår region som følge av endringer i egen region, for eksempel endringer i fødetilbud for Søndre Nordland. Dette er av stor betydning for Helse Nord-Trøndelag, og spesielt Sykehuset Namsos.
- g) Strategidokumentet har ikke gode nok beskrivelser over de konsekvenser endringene vil bety for kommunene.
- h) Tidspunktet for å behandle ny strategi for Helse Midt Norge synes ikke å være godt nok tilpasset de sentrale politiske vedtak som er forventet som del av St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen".  
Strategi 2020 har fokus på et tettere og et mer utvidet samarbeid med kommunene. Skal kommunen settes i stand til å håndtere nye oppgaver som vil kreve ny og endret kompetanse, så forutsetter dette en sterkere sentral avklaring av både lovgrunnlag, finansiering og ny organisering av den tradisjonelle oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.  
For kommunene er det viktig at denne oppgavedelingen er vedtatt av sentrale myndigheter før den blir iverksatt, da en slik ny oppgavedeling vil ha store konsekvenser for kommunene som tjenesteyter.

4. Samarbeidet med helseforetakene og kommunene må styrkes betydelig.  
Samhandlingsreformen er på høringstidspunktet innholdsmessig meget uavklart, selv om retningen er tydelig. Det er derfor en vanskelig oppgave å foreslå konkret oppgavedeling/tjenesteorganisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene uten å kjenne til økonomien som en forutsetning for det kommunale handlingsrommet.
5. På side 30 i strategidokumentet så er antall fødsler i 2007 i Helse Midt-Norge tatt inn som en oversikt. Fødselstallene for årene 2008 og 2009 må også tas inn som informasjon i høringsdokumentet.  
Det er viktig å klargjøre flere av de begrepene som i dag brukes i dialogen om forskjellige løsninger innenfor helseområdet, og som også berøres i strategidokumentet. Her vises til eksempler under sak "vurdering" ovenfor.

### **Behandling i Overhalla kommunestyre - 11.05.2010**

Behandlet.

Kommunestyret fremsatte forslag om at det nedsettes ei arbeidsgruppe for å formulere/justere forslag som kom frem under behandling av saken, følgende ble valgt:

Jostein Hildrum, Trond Stenvik, Kari M. Hustad, Solvår R. Rian og Bente Eidesmo.

### **Vedtak i Overhalla kommunestyre - 11.05.2010, enst.:**

Rådmannens forslag til vedtak vedtas med de justeringer som arbeidsgruppen bestemmer.

Etter at arbeidsgruppen har justert rådmannens forslag til vedtak, blir kommunestyrets vedtak som følger:

Overhalla kommune har følgende uttalelse til Strategi 2020. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge”, besvart i forhold til de 5 spørsmål som Helse Midt-Norge ber om svar på:

Det er et helt klart behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling for å møte de langsiktige utfordringene som vi vet vil komme.

Vi er også enige i at vi må ha et helhetlig pasient- og tjenestefokus og at utfordringene må løses med ufravikelige krav til både kvalitet og innbyggertrygghet. I dette ligger at både **geografi og avstander** må tillegges vesentlig vekt i den videre tjenesteutformingen.

Fra HMN RHF er det ofte hevdet at ”*vi må sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan*”.

Vi kan ikke se at dette er blitt synliggjort og konkretisert gjennom Strategi 2020.

Dette bidrar til å skape en betydelig usikkerhet om hva som skjer i det videre arbeidet med denne planen og konsekvensene med tanke på samhandlingen omkring Samhandlingsreformen når den kommer.

Kommunen vil også understreke helseforetakets rolle som regional utviklingsaktør.

Overhalla kommune vil også understreke betydningen av samarbeidet mellom private, ideelle og andre offentlige institusjoner. Spesielt innenfor rehabilitering og rusomsorg må det legges til rette for forutsigbare og gode ordninger. Overhalla kommune vil også understreke viktigheten av å opprette offentlig rusbehandling i Nord-Trøndelag snarest.

1. De **fire hovedutfordringene** synes riktige, men i tillegg er følgende utfordringer viktige:

- a) Det er en stor utfordring å opprettholde trygghet og tillit hos befolkningen som får lengre avstand til evt. færre fødeavdelinger.
- b) Konkurransen om arbeidskraft mellom kommunene og helseforetakene.
- c) Arbeidsdeling og finansieringen som del av Samhandlingsreformen.

2. De fem strategiske målene sier vi oss enige i, men vi har synspunkter på følgende forhold:
- a) *Flytting av ressurser fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet:* Det synes nødvendig å flytte ressurser over mot aktiv behandling på bekostning av passiv beredskap. Kommunen tar derimot et klart forbehold på dette punktet når det gjelder forslaget om færre fødeavdelinger i Nord-Trøndelag. Færre fødeavdelinger vil ha som konsekvens betydelig økt geografisk avstand for mange fødende, og dermed redusert trygghet og tillit til fødetilbudet.
  - b) *Organisering som underbygger trygge pasientforløp:*  
  
 Dette målet vil måtte medføre flere fødeavdelinger enn det styret foreslår, der avstandene er store, for eksempel i Nord-Trøndelag.
  - c) *Rett kompetanse på rett sted til rett tid:*  
 Dette er viktig i forhold til behovet for kvalitet og trygghet. Fødeavdelingene og akuttberedskapen er også her i en særstilling.
  - d) *Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunene slik at man kan lykkes med forebyggende arbeide.*  
 Et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til forebyggende arbeid er helt avgjørende for å lykkes.

3. Kommunen har følgende synspunkter til de **prinsippene for oppgavedeling** som styret har sendt på høring:

- a) Det er behov for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Utfordringen som følge av forslag til ny oppgavefordelingen ligger bl.a. i nærheten til akuttfunksjoner, og da spesielt nærheten til gode og trygge fødetilbud i Nord-Trøndelag med en kompliserte og utfordrende geografi. De siste dagers hendelser i flytrafikken (asken fra Island) er ett eksempel på hvor uforutsigbar og sårbar fly- og helikoptertrafikken kan være. Det betyr at basistransport for syke og skadde personer må ta utgangspunkt i biltransport, der luftambulanser er et godt supplement. Konsekvensen av en slik erkjennelse er at geografisk spredning av fullverdige akuttfunksjoner i Nord-Trøndelag må tillegges langt større vekt enn de prehospitale tjenestene. Namdalen ligger i tillegg i randsonen for normaloppdrag for luftambulansen, både fra Brønnøysund og Trondheim.

**Geografisk avstand og trygghet** til bl.a. et godt akutt- og fødetilbud er i høringsforslaget ikke godt nok vektlagt. Dette er tilbud som det har store bosettingsmessige konsekvenser å endre på.

Befolkningen forventer og forutsetter at slike tilbud er i en rimelig akseptabel avstand til eget bosted.

- b) Begge fødeavdelingene ved sykehusene i Nord-Trøndelag **må** bestå som et fullverdig og godt fødetilbud for befolkningen i Nord-Trøndelag.

**Dette innebærer også akuttberedskap ved begge sykehus.**

Kommunen forventer derfor at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde begge fødeavdelingene, og finansierer tilbudet som del av den planlagte oppgavedelingen, og ikke lar spørsmålet om å opprettholde tilbudet bli en sak for Helse Nord-Trøndelag HF.

**Geografi og befolkningsstrukturen i fylket må tillegges stor vekt i dette arbeidet.**

- c) Det ligger i forslaget til ny oppgavedeling en betydelig utfordring knyttet til å takle behovet for økt kapasitet for de fagområdene som får ansvaret for 7 dagers beredskap. Konsekvensene med tanke på behovet for økt kapasitet synes ikke å være tilstrekkelig avklart i forkant. Det vil også bli behov for å flytte flere pasienter mellom sykehusene i større utstrekning enn i dag som følge av prinsippet om 5-dagers tilbud på de lokalsykehusene, som ikke får akuttstatus.
- d) Både kapasitetsmessig forhold, behovet for økt transport, og hensynet til barna og deres pårørende må vektlegges sterkere av styret i forhold til forslaget til endring av strukturen på antallet barneavdelinger, med forslag om av barneavdelinger med 7 dagers døgnbasert akuttberedskap reduseres til to

Forslaget om endringer i vaktberedskapen ved barneavdelingen ved Sykehuset Levanger innebærer en uakseptabel svekkelse av tjenestetilbudet til barn og fødende, og må erstattes av en plan basert på dagens oppgaver og vaktberedskap ved avdelingen.

- e) Forslagene til endringer i struktur og oppgavedeling kan få konsekvenser i forhold til framtidig tilgang til og utvikling av lokal/regional spesialistkompetanse på de fagområdene som ikke får status som akuttfunksjoner, men som er tiltenkt å drive med mer planlagt aktivitet.

Dette både i forhold til rekruttering til utdanningsløp for spesialister og senere rekruttering av ferdige spesialister for å sikre faglig stabilitet i tilbudene. En slik utvikling vil kunne føre til en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten.

- f) Det er viktig at styret i Helse Midt Norge RHF har med seg i sine vurderinger hva som også skjer utenfor helseregion Midt Norge, der pasienter og innbyggere utenfor regionen velger vår region som følge av endringer i egen region, for eksempel endringer i fødetilbud for Søndre Nordland. Dette er av stor betydning for Helse Nord-Trøndelag, og spesielt Sykehuset Namsos.
- g) Strategidokumentet har ikke gode nok beskrivelser over de konsekvenser endringene vil bety for kommunene.
- h) Tidspunktet for å behandle ny strategi for Helse Midt Norge synes ikke å være godt nok tilpasset de sentrale politiske vedtak som er forventet som del av St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen". Strategi 2020 har fokus på et tettere og et mer utvidet samarbeid med kommunene. Skal kommunen settes i stand til å håndtere nye oppgaver som vil kreve ny og endret kompetanse, så forutsetter dette en sterkere sentral avklaring av både lovgrunnlag,



finansiering og ny organisering av den tradisjonelle oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

For kommunene er det viktig at denne oppgavedelingen er vedtatt av sentrale myndigheter **før** den blir iverksatt, da en slik ny oppgavedeling vil ha store konsekvenser for kommunene som tjenesteyter.

4. Samarbeidet med helseforetakene og kommunene må styrkes betydelig. Samhandlingsreformen er på høringstidspunktet innholdsmessig meget uavklart, selv om retningen er tydelig. Det er derfor en vanskelig oppgave å foreslå konkret oppgavedeling/tjenesteorganisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene uten å kjenne til økonomien som en forutsetning for det kommunale handlingsrommet.
5. På side 30 i strategidokumentet så er antall fødsler i 2007 i Helse Midt-Norge tatt inn som en oversikt. Fødselstallene for årene 2008 og 2009 **må** også tas inn som informasjon i høringsdokumentet.

Det er viktig å klargjøre flere av de begrepene som i dag brukes i dialogen om forskjellige løsninger innenfor helseområdet, og som også berøres i strategidokumentet. Her vises til eksempler under sak "vurdering" ovenfor.

## Vedlegg

- 1 Strategi 2020 - Høring
- 2 Høringsdokument Strategi 2020 - Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge

## Saksopplysninger

Styret for Helse Midt Norge RHF har til behandling ny oppgavedeling og strukturendring innenfor spesialisthelsetjenesten. Saken berøre alle Helseforetakene i helseregion Midt Norge. Den berører også innbyggerne og kommunene i Nord-Trøndelag. Selve prosessen har navnet "Strategi 2020".

Styret for Helse Midt Norge RHF sendte i brev av 4. mars 2010 ut et høringsdokument i anledning saken, med høringsfrist 20. mai 2010. Endelig beslutning skal tas i styremøte den 24. juni 2010.

Bakgrunnen for strategiprosessen er at man de neste 10 - 20 årene vil stå ovenfor sentrale utfordringer på en rekke områder. Styret har vurdert fire utfordringer som de viktigste for perioden fram til 2020:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Det vil bli tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Høringsutkastet skisserer videre fem forbedringsområder for å møte disse utfordringene.

Det er i forkant av prosessen foretatt beregninger av forskjellene i ressursbruk i beredskapen til et sykehus som har full døgnerberedskap i både kirurgi og indremedisin, mot et sykehus der det er full beredskap i indremedisin, men uten døgnerberedskap i kirurgi (5-døgnspost for planlagte kirurgiske inngrep).

Det er også gjennomført kostnadsanalyser over økte transportkostnader dersom den kirurgiske akuttberedskapen samles i ett sykehus i hver region. Dette skal konsekvensvurderes videre fram mot endelig avgjørelse i saken.

KS Nord Trøndelag ga allerede i brev til Helse Midt-Norge RHF datert 16.02.10 en entydig anbefaling om at to fødeavdelinger i Nord-Trøndelag var viktig for trygghet og trivsel for store og viktige grupper av befolkningen..

Oppgavedelingen som er foreslått kan i hovedsak oppsummeres slik:

- Inndeling av sykehusene i "akuttisykehus" og lokalsykehus. Forskjellen ligger i hovedsak i hvem som får ansvaret for akuttkirurgisk beredskap.
- Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert Helseforetak. Dette sykehuset får status som "akuttisykehus" i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

- Lokalsykehusene skal gi et helhetlig tilbud til pasientene, og skal derfor tilby kirurgiske tjenester i ulike spesialiteter, men skal ikke ha akuttberedskap innenfor kirurgiske spesialiteter.
- Planlagte døgntjenester i lokalsykehusene skal være basert på 5-døgnsdrift. Planlagte pasienter med behov for lengre liggetid enn 5- døgn skal behandles ved akuttstusykehusene.
- Alle lokalsykehusene skal ha døgnerberedskap innenfor indremedisin med tilhørende nødvendige støttefunksjoner som bla. vaktberedskap innenfor anestesi.
- Antallet fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingen. Geografiske ulikheter i de fire sykehusområdene kan gjøre av løsningen ikke nødvendigvis blir de samme.
- Antall barneavdelinger med døgnerbasert akuttberedskap reduseres til to i Helseregion Midt-Norge (St. Olavs og Ålesund). I de øvrige helseforetakene etableres barneavdelinger med akuttberedskap i 5-dagersposter.
- Ressursveksten i somatikk skal reduseres. Den reduserte veksten i somatikk skal bidra til å bygge opp tjenester og øke kapasiteten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.
- Helseforetakene skal etablere desentralisert poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger.
- Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenester til å samarbeide om etablering av FAM (felles akuttinntak).
- Pasientforløpene skal bedres gjennom standardisering og ved at de ulike deltjenestene knyttes bedre sammen.
- Ved akutt skade og sykdom vil de prehospitale tjenestene (syketransporttjenestene) være en del av pasientforløpet.
- Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, hvor hoveddelen av pasientgruppene sine behov for spesialiserte helsetjenester skal dekkes av lokalsykehus, eller gjennom desentraliserte poliklinikk-/dagtilbud.
- På alle fagområdene i Helseforetakene, der det er mulig, så skal det frigjøres ressurser gjennom redusert vaktberedskap.

I tilknytning til høringen bes høringsinstansene besvare fem spørsmål. Disse spørsmålene vil bli vurdert nedenfor, og besvart i form av en konkret uttalelse formet som et vedtak i saken.

## Vurdering

Høringsuttalelsen bygges opp i forhold til hva Helse Midt Norge etterspør. Det åpnes i spørsmål 5 for å legge inn andre tilbakemeldinger, enn de som direkte etterspørres.

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

De fire hovedutfordringene synes riktige.

I tillegg vil en påpeke tre andre meget viktige utfordringer:

- Det er en stor utfordring å opprettholde trygghet og tillit hos befolkningen som får lengre avstand til evt. færre fødeavdelinger.
- Konkurransen om arbeidskraft mellom kommunene og helseforetakene.
- Arbeidsdeling og finansieringen som del av Samhandlingsreformen.

**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?**

I hovedsak er en enig om de fem strategiske målene, men vi har synspunkter på følgende forhold:

- *Flytting av ressurser fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet:* Det synes nødvendig å flytte ressurser over mot aktiv behandling på bekostning av passiv beredskap. Kommunen tar derimot et klart forbehold på dette punktet når det gjelder forslaget om færre fødeavdelinger. Færre fødeavdelinger vil ha som konsekvens betydelig økt geografisk avstand for mange fødende, og dermed redusert trygghet og tillit til fødetilbudet.
- *Organisering som underbygger trygge pasientforløp:* Dette målet vil måtte medføre flere fødeavdelinger enn det som er foreslått av styret, der avstandene er store, for eksempel i Nord Trøndelag. Eksempelvis så er avstanden fra Austafjord i Vikna til Levanger 227 km og turen tar 3 t 25 min. Turen fra Leka er på 240 km og tar 3 t og 18 min.
- *Rett kompetanse på rett sted til rett tid:* Dette er viktig i forhold til behovet for kvalitet og trygghet. Fødeavdelingene er også her i en særstilling.
- *Bistand fra spesialisthelsetjenesten til kommunene slik at man kan lykkes med forebyggende arbeide.* Ett gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til forebyggende arbeid er helt avgjørende for å lykkes.

**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)**

Styret legger i høringsdokumentet opp til flere prinsipper for oppgavedelingen mellom Helseforetakene i regionen, mellom sykehusene i det enkelte Helseforetak, internt i det enkelte sykehus, og mellom Helseforetak og kommune.  
(se oppsummering foran under Saksopplysninger)

Begrunnelsen i høringsdokumentet for en ny oppgavedeling, er at for mange pasienter i dag får tilbud om helsehjelp sent i sykdomsutviklingen, at for mange pasienter reinnlegges, og at for mange pasienter i sykehus kunne ha fått et tilbudet på et mer effektivt omsorgsnivå.

Videre at det er en voksende etterspørsel etter dagbasert behandling og poliklinikk som en ønsker å foreta endringer i oppgavedelingen for å kunne imøtekomme.

Videre er endringer i oppgavedelingen nødvendig for å bygge sterkere fagmiljø for å sikre framtidig rekruttering og kvalitet i tilbudene.

Rådmannen ser behovet for å foreta strukturelle endringer og en ny oppgavedeling innenfor spesialisthelsetjenesten i Midt Norge. Dette for bl.a. å frigjøre ressurser fra vaktberedskap til planlagte aktivitet, og for å sikre robuste fagmiljø og sikre kvaliteten i tjenesten.

Utfordringen som følge av forslag til ny oppgavefordelingen ligger bl.a. i nærheten til akuttfunksjoner, og da spesielt nærheten til gode og trygge fødetilbud i Nord-Trøndelag med en kompliserte og utfordrende geografi, samt kvaliteten på og tilliten til gode og faglig

avanserte pre-hospitale tjenester Det er helt nødvendig å opprettholde, og om mulig utvikle, kvalitative pre-hospitale tjenester i regionen for å fortsatt ha tillit hos brukere og befolkning ellers.

Rådmannen kan ikke se at geografisk avstand og trygghet til bl.a. et godt fødetilbud er nok vektlagt i høringsforslaget. Dette er tilbud som det har store bosettingsmessige konsekvenser å endre på. Befolkningen forventer og forutsetter at slike tilbud er i en rimelig akseptabel avstand til eget bosted.

Når det er etablert gode fagmiljø med tilgang til spesialister som ønsker å gå i en vaktberedskap som er høyere enn hva som uttales som et mål i strategidokumentet, og det ligger store utfordringer med å sikre trygghet for innbyggerne gjennom å øke geografisk avstand til alternativt gode tilbud, så er det rådmannens oppfatning at tilbudet må bestå. Spesielt når en endring av tilbudet vil føre til et nytt behov for å måtte øke kapasiteten ut over hva som det er tilrettelagt for i dag andre steder.

Rådmannen er derfor tydelig på at fødeavdelingen ved Sykehuset Namsos må bestå som et fullverdig og godt fødetilbud for befolkningen i Nord-Trøndelag.

Rådmannen forventer derfor at Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprettholde begge fødeavdelingene, og finansierer tilbudet som del av den planlagte oppgavedelingen, og ikke lar spørsmålet om å opprettholde tilbudet bli en sak for Helse Nord-Trøndelag HF.

Det ligger i forslaget til ny oppgavedeling en betydelig utfordring knyttet til å takle behovet for økt kapasitet for de fagområdene som får ansvaret for 7 dagers beredskap. Konsekvensene med tanke på behovet for økt kapasitet synes ikke å være tilstrekkelig avklart i forkant. Det vil også bli behov for å flytte flere pasienter mellom sykehusene i større utstrekning enn i dag som følge av prinsippet om 5-dagers tilbud på de lokalsykehusene, som ikke får akuttstatus.

Rådmannen vil i den forbindelse også peke på forslaget om endringer av barneavdelingene, med omlegging til 2 barneavdelinger med 7 dagers døgnberedskap i helseregion Midt Norge, og ellers 5-dagersposter ved de andre helseforetakene.

Både kapasitetsmessig forhold, behovet for økt transport, og hensynet til barna og deres pårørende må vektlegges sterkere av styret i forhold til forslaget til endring av strukturen på antallet barneavdelinger, med forslag om 7 dagers døgnbasert akuttberedskap reduseres til to

Rådmannen mener at forslagene til endringer i struktur og oppgavedeling kan få konsekvenser i forhold til framtidig tilgang til og utvikling av lokal/regional spesialistkompetanse på de fagområdene som ikke får status som akuttfunksjoner, men som er tiltenkt å drive med mer planlagt aktivitet.

Dette både i forhold til rekruttering til utdanningsløp for spesialister og senere rekruttering av ferdige spesialister for å sikre faglig stabilitet i tilbudene. En slik utvikling vil føre til en ytterligere sentralisering av spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig at styret i Helse Midt Norge RHF har med seg i sine vurderinger hva som også skjer utenfor helseregion Midt Norge, der pasienter og innbyggere utenfor regionen velger vår region som følge av endringer i egen region. Dette gjelder for eksempel endringer i fødetilbud i søndre Nordland. Dette er av stor betydning for Helse Nord-Trøndelag, og spesielt Sykehuset Namsos.

Rådmannen mener at strategidokumentet ikke har gode nok beskrivelser over de konsekvenser endringene vil bety for kommunene. Rådmannen forventer at endringene ikke skal svekke tryggheten for tilgang til og kvaliteten på helsetjenesten til innbyggerne. Endringene vil kreve et systematisk og tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i forhold til oppgavefordeling.

Tidspunktet for å behandle ny strategi for Helse Midt Norge synes ikke å være godt nok tilpasset de sentrale politiske vedtak som er forventet som del av St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen".

Rådmannen mener at styret i Helse Midt Norge RHF burde i en slik viktig sak ha avvventet behandlingen av "Strategi 2020" til den sentrale politiske behandlingen av Samhandlingsreformen er gjennomført før Helse Midt-Norge RHF utmeisler sin egen strategi fram mot 2020.

Strategi 2020 har fokus på et tettere og et mer utvidet samarbeid med kommunene. Skal kommunen settes i stand til å håndtere nye oppgaver som vil kreve ny og endret kompetanse, så forutsetter dette en sterkere sentral avklaring av både lovgrunnlag, finansiering og ny organisering av den tradisjonelle oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Rådmannen mener at "Strategi 2020" legger opp til at den framtidig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal bygges på prinsippene som er foreslått i St. meld. nr. 47 "Samhandlingsreformen". For kommunene er det viktig at denne oppgavedelingen er vedtatt av sentrale myndigheter før den blir iverksatt, da en slik ny oppgavedeling vil ha store konsekvenser for kommunene som tjenesteyter.

**4. Har høringsinstansene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som er satt, herunder forholdet mellom å sentralisere noen spesialiserte tjenester og desentralisere andre oppgaver?**

Det legges opp til en desentralisering av flere oppgaver, spesielt for de største pasientgruppene, hvor behovet for spesialisthelsetjenester skal dekkes av lokalsykehusene, eller gjennom desentraliserte poliklinikker/dagtilbud.

Samarbeidet med helseforetakene og kommunene må stykes betydelig. Samhandlingsreformen er på høringstidspunktet innholdsmessig meget uavklart, selv om retningen er tydelig.

Rådmannen ser det derfor som en vanskelig oppgave å foreslå konkret oppgavedeling/tjenesteorganisering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene uten å kjenne til økonomien som en forutsetning for det kommunale handlingsrommet.

**5. Andre tilbakemeldinger**

På side 30 i strategidokumentet så er antall fødsler i 2007 i Helse Midt-Norge tatt inn som en oversikt.

Rådmannen mener at fødselstallene for årene 2008 og 2009 også burde ha vært tatt inn som informasjon i høringsdokumentet.

Rådmannen ser det som viktig å klargjøre flere av de begrepene som i dag brukes i dialogen om forskjellige løsninger innenfor helseområdet, og som også berøres i strategidokumentet. Det gjelder i første rekke hva som legges av faglig innhold i begrepene, rolle og ansvar for aktørene, og hva som er planlagt organisering av de forskjellige tilbudene, herunder finansiering og lovgrunnlag.

Dette gjelder for eksempel FAM (felles akuttinntak), lokalmedisinsk senter (LMS), distriktsmedisinsk senter (DMS), og tilsvarende betraktninger rundt desentraliserte intermedierposter, forsterket sykehjem osv. Det er viktig at aktørene i helsedebatten snakker om det samme når løsninger blir diskutert og vedtatt.

