

Saksframlegg

STRATEGI 2020 - HØRING

Arkivsaknr:	10/442	Arkiv: K2-G20
Saksbehandler:	Bjarne Nordlund	

Saksgang:	Møtedato:	Saksnummer:
Formannskapet	19.05.2010	029/10

RÅDMANNENS INNSTILLING:

Følgende høringsuttale fra Rindal kommune vedr. Helse Midt-Norge sin Strategi 2020 vedtas:

(Det presiseres at formannskapet har fått fullmakt fra kommunestyret til å uttale seg i saken)

Rindal kommune er i det alt vesentlige enig i de utfordringsbeskrivelsene som strategidokument 2020 skisserer. Disse utfordringene er i det alt vesentlige de samme som er lagt til grunn for samhandlingsreformen.

Rindal kommune mener imidlertid at timingen med framleggelse av strategi 2020 i forkant av stortingsvedtak om egen samhandlingsreform, er svært lite gunstig. Konsekvensen av Strategi 2020 er blant annet sentralisering av kirurgien, nedlegging av sengeposter og ytterligere redusert liggetid. Prisen for denne effektiviseringen må 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. Dette er langt fra avklart på nåværende tidspunkt.

Det er helt nødvendig at Helse Midt-Norge tar initiativ til en langt mer omfattende og grundig drøfting sammen med kommunene før Strategi 2020 vedtas – (likeverdige partnere !).

Rindal kommune støtter innspillet fra KS om at 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 en troverdig oppgave- og ansvarsfordeling OG finansiering er på plass – i og for seg både for helseforetakene og kommunene.

I Orkdalsregionen (der Rindal kommune er med) er det igangsatt et forholdsvis omfattende prosjekt med utredning av mulige modeller/samarbeid kommunene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Dette er en utmerket "allianse" for Helse Midt-Norge å ha kontakt/drøftinger med.

Her kan en – som likeverdige partnere – drøfte og samhandle for å finne fram til mest mulig ideell oppgave- og funksjonsdeling.

Rindal kommune 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 sykehusene. 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.

Uten at dette er på plass vil resultatet bli dårlig for både for Helse Midt-Norge og kommunene.

De fleste av kommunene på Nordmøre har i sin høringsuttale tatt opp videre/framtidig sykehusstruktur på Nordmøre og i Romsdal.

Rindal kommune støtter det som et klart flertall av nordmørskommunene har uttalt på dette punktet.

Utover dette vil Rindal kommune understreke og presisere følgende:

a) Psykisk helse – eller psykiatri (og rus) - har fått svært liten omtale i Strategi 2020. Det vises til at HMN bruker mer penger på somatikk enn på psykisk helse, og at det skal skje en omprioritering. Vi støtter klart en slik omprioritering. Et annet element som er tatt opp er spesialisthelsetjenestens sitt klare ansvar for å behandle de aller sykeste. Dette skjer ikke i dag på en god nok måte.

Vurderinger på nasjonalt nivå etter opptrappingsplanen for psykisk helse viser at det svakeste punktet i opptrappingsplanen er at en ikke har vært tydelig nok på hva spesialisthelsetjenesten skal ha av behandlingstilbud.

Helse Nordmøre og Romsdal på bestilling av HMN 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 dette helseforetaket.

Stikkord for omleggingen er:

- Bortfall av langtidsplasser
- Færre døgnplasser
- Færre rehabiliteringsplasser
- Mer polikliniske tjenester
- Mer ambulante team

- Betydlig 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. Dette må spesialisthelsetjenesten og kommunene fortsatt ha stor fokus på å utvikle videre.

Rindal kommune vil imidlertid uttrykke sterk bekymring for behandlingstilbudet til de pasientene med de aller største behovene innen psykiatri.

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

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

b) De prehospitale tjenestene er etter hvert svært viktige ledd i tjenestetilbudet innenfor den totale helsetjenesten. Framover vil dette trolig bli enda mer sentralt og viktig, når vi ser hvilken utvikling som trolig kommer på beredskap innenfor spesialisthelsetjenesten og sentraliseringen mer generelt av en del av helsetjenestetilbudet. Avstanden til en del av tjenestene som i dag finnes lokalt vil sentraliseres. Utviklingen av interkommunale legevaktsentraler er også et element i dette. Rindal kommune ser allerede i dag hvor viktig en god (både kompetansemessig og kapasitetsmessig) ambulans- og ambulanshelikoptertjeneste er, og Rindal kommune vil understreke at ambulansetjenesten må være stasjonert på minst de stedene den er stasjonert i dag også i framtiden. Styrking av fagpersonellets kompetanse må fortsette. Dette har også med befolkningens trygghet å gjøre.

c)Utviklingen av tilbudet for fødende har stor fokus i Rindal.

Samtidig som en ser behovet for å styrke tjenesten kompetansemessig ved å samle tilbudet noe, må en være svært klar over problematikken med avstander når det gjelder denne tjenesten.

Rindal kommune er skeptisk til å redusere antall fødeavdelinger i HMN.

Dagens praksis med at en gjør en form for risikovurdering for hver enkelt gravid, og så planlegger hvor denne bør føde, ser for oss ut til å fungere bra. Den fødende sitt eget ønske er også selvsagt viktig.

Denne ordningen fører til at de aller fleste kan føde på et sted som ikke medfører svært lange reiseavstander, og det er svært viktig for de fødende.

For Rindal sin del mener vi å vite at det ikke er kapasitet til å ta alle de "ekstrafødslene" ved St.Olav i Trondheim om fødeavdelingen i Orkdal legges ned. Vi presiserer at vi da legger til grunn at tjenesten i Trondheim gis på en god måte. Blant annet kan muligheten til å få ligge på barsel en dag eller to "ekstra" ved behov bli sterkt svekket.

Til slutt – Rindal kommune ønsker å understreke sitt hovedbudskap i høringen slik:

Det er mange gode, riktige og nødvendige mål og tanker nedfelt i "Strategi 2020" - og som Rindal kommune ønsker velkommen.

MEN det mangler et svært vesentlig punkt – en strategi som er samordnet med kommunenes strategi. En strategi som er utarbeidet i et samarbeid med kommunene og der hele pasientløpet er tatt med i vurderingen. Det handler om likeverdige parter !

Vi vet at i tillegg til at hovedprinsippene i samhandlingsreformen nå er vedtatt i Stortinget, skal det i løpet av høsten utarbeides ny lovgivning på området OG Stortinget skal vedta en ny helseplan for hele Norge. Dette vil bli svært viktige dokumenter. I tillegg vil det snart bli mer avklart vedr. finansieringsmodell av helsetjenestene framover.

Rindal kommune vil klart oppfordre Helse Midt-Norge til å avvente endelig vedtak i "Strategi 2020" fram til Stortinget har avklart dette viktige rammeverket for BÅDE helseforetakene og kommunene OG at tiden fram til dette brukes til å ha omfattende kontakt/samhandling med kommunene i saken.

Vedlegg:

- Høringsbrevet fra Helse Midt-Norge av 4.3.2010
- Selve strategidokumentet – Strategi 2020
- Notat fra KS til hjelp i høringsuttalene fra kommunene

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge HF (HMN) har en tid jobbet ut en strategi for sin virksomhet for en 10-årsperiode framover – den såkalte Strategi 2020.

Det er en lang rekke høringsinstanser på denne strategien – og høringsfristen er 20. mai 2010. Styret i HMN har planlagt vedtak i saken før sommerferien.

Kommunestyret her i Rindal fattet 28. april 2010 følgende vedtak:

1.Følgende gruppe oppnevnes til å lage et forslag til uttale fra Rindal kommune i forbindelse med Helse Midt-Norge HF sin Strategi 2020:

Ann Elin H. Brønstad
Åge Jonli
Ola Sellie
Rådmannen

Arbeidstakerorganisasjonene involveres i arbeidet.

2.Saken drøftes i livsløpskomiteen 5. mai

3.Formannskapet behandler saken (etter planen 19. mai) politisk som Rindal kommune sin høringsuttale.

Saken ble drøftet i livsløpskomiteen 5. mai.

Til dette møtet var også alle arbeidstakerorganisasjonene invitert. Det møtte representanter fra 3 organisasjoner.

I stor grad går bakgrunnen for saken fram av høringsbrevet fra Helse Midt-Norge av 4.3.2010. Dette brevet er i sin helhet vedlagt saken.

Samhandlingsreformen sine hovedpunkter er også viktig bakgrunnsstoff for saken.

Dette handler blant annet om:

(Det sakses fra prosjektplanen for prosjektet vedr. Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen):

Stortingsmeldingen skisserer følgende utfordringer for dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester bevares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Kommunene har, uavhengig av det som er skissert i Stortingsmeldingen, store utfordringer innenfor helse- og omsorgstjenestene som må håndteres parallelt med en statlig initiert reform.

Forventede endringer i befolknings sammensetningen, i kombinasjon med stadig økende ambisjoner om gode velferdstjenester. Det kommunale pleie- og omsorgstilbudet vil bli sterkt berørt av den kommende eldrebølgen. I tillegg er tallet på yngre brukere av kommunale omsorgstjenester i vekst.

Nye brukergrupper stiller krav til nye arbeidsformer, endret kompetanse og utbygging av tjenestetilbudet.

Krav til lokal utbygging og samordning av helsetjenester og et sterkere fokus på psykiatri, rus og ulike sosialpolitiske utfordringer, gjør at det må forventes stor dynamikk i den kommunale helse- og sosialtjenesten..

Det er viktig å løfte disse fram slik at de ikke mister fokus eller at det skapes problemer i forhold til reformen ved at det ikke tas høyde for den nødvendige kapasitet og kompetanse som må være på plass for å møte også disse.

Ellers så er det grunn til å minne om at utfordringene skissert i Stortingsmeldingen ikke er noe nytt. De eksisterer uavhengig av meldingen og samhandlingsreformen. Slik sett bør kommunene sammen, og sammen med Helseforetaket, ta tak i dette uavhengig av om

Samhandlingsreformen blir vedtatt. For å lykkes er det imidlertid nødvendig at det legges rammer og føringer som stiller krav og stimulerer til samhandling.

I tillegg ser kommunene følgende utfordringer innenfor helse- og omsorgstjenestene:

- Rekruttere og opprettholde tilstrekkelig kompetanse innenfor smittevern, miljørettet helsevern og samfunnsmedisinsk arbeid.
- Ressurskrevende unge brukere med behov for døgnbaserte sammensatte tjenester innenfor psykiatri, psykisk utviklingshemming og fysisk funksjonshemming.
- De ”gode grep” for å skape resultater gjennom primærforebygging. Stortingsmeldingen fokuserer mest på sekundærforebygging.

Stortingsmeldingen skisserer videre følgende hovedgrep for å møte utfordringene:

- Klarere pasientrolle
Herunder videreutvikling av pasientmedvirkning og videreutvikling av samarbeidet med pasientorganisasjonene, større fokus på helhetlig pasientforløp med egen mestring som mål og lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en egen pasientkoordinator.
- Ny framtidig kommunerolle
Endret rolle for kommunene slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i tidlig fase av sykdomsforløpene, det legges til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene, kommunene skal sørge for en helhetlig tenking med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå, kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. Nye oppgaver til kommunene er inndelt i to hovedkategorier; kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. **Kompetansekrevende funksjoner** er av tverrfaglig og i noen grad spesialisert art som:
 - Kommunale lærings og mestringstjenester
 - Tidlig intervensjon ved for eksempel type 2- diabetes, kols, demens og rus
 - Tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type-2 diabetes, kols, demens, rehabilitering/habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus.
 - Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse
 - Behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
 - Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.

Eksempler på oppgaver knyttet til **administrasjons- og systemarbeid** er:

- Helseovervåking
 - Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
 - Arbeid med kommunale planer
 - Arbeid med samarbeidsavtaler, jfr. forslag i reformen om lovforankret avtaleopplegg mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetakene.
- Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsning. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivingsklare pasienter er de viktigste.

- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
- Tilrettelegging for tydeligere prioriteringer

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk som understøtter målene og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

Samhandling med sykehuset skal sikres gjennom forpliktende avtaler og ny teknologi knyttet til felles elektroniske journaler og overføring / deling av informasjon.

Disse utfordringene betyr at kommunene må ha følgende apparat tilgjengelig:

- Lokaler for forsterkede sykehjemsplasser og andre behandlingstilbud, bl.a. rus og rehabilitering / læring og mestring – kvalitetssikring av kjøpte tilbud.
- Leger, sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer, ergoterapeuter, helsepedagog, ernæringsfysiolog – mange av dem med spesialutdanning innenfor fagområder knyttet til sykdomsgruppene. Spesiell vekt må legges på forebygging.
- Et styringsapparat og et administrativt apparat knyttet til tjenestene. Kommunene må gå gjennom sin interne organisering av helsetjenestene for å vurdere om den er robust nok til å takle samarbeid, samhandling, koordinering, oversikt over pasientstrømmer, kvalitetssikring av tilbud til pasienter og oppfølging av pasienter.
- Koordinator for alle kronikere.
- System for kompetanseutvikling og kompetansebevaring – både faglig og innenfor samhandling – legge til rette for praksisnær forskning, pasientmøtet.
- Tverrfaglige forebyggende team.
- Rus / psykiatri: lokalt apparat som fanger opp og kanalisierer til kommunalt apparat, intermediærpost eller 2.-linjetjenesten.
- Før / i stedet for og etter sykehus: Både lokalt i den enkelte kommune og i intermediærpost.

I tillegg ser kommunene at følgende apparat må være tilgjengelig – utenom det som er nevnt i Stortingsmeldingen:

- Tilrettelagte heldøgns botilbud med nødvendig kompetanse for unge mennesker med tung psykiatrisk lidelse, psykisk utviklingshemming og fysisk funksjonshemming.
- Tilrettelagt tilbud for å skape en meningsfull hverdag for funksjonshemmede (arbeid / aktivitet / dagtilbud).

Dette reiser følgende utfordringer for kommunene

- Flere oppgaver som skal løses lokalt – samtidig som en får en tydeligere bestillerrolle.
- De fleste (kanskje alle) kommunene i vår region vil være for små til å etablere brede nok og gode nok tilbud som kan bidra til at vi holder kostnadene nede og kvaliteten oppe.
- Robuste fagmiljø vil være sentralt for å gi innbyggerne lovpålagte tjenester, og det finnes ikke kompetanse og nok arbeidskraft til at alle kommuner skal ha alt.
- Utfordringer skissert i Stortingsmeldingen skal håndteres samtidig som kommunene opplever en vekst i utfordringer knyttet til ressurskrevende unge.

Så lagt fra denne prosjektplanen:

Stortingsbehandlingen av stortingsmeldingen i slutten av april av Samhandlingsreformen, ga nok en del usikkerhet om alt det som var signalisert/vedtatt i fjor står ved lag i denne reformen.

To punkter som ble understreket i stortingsbehandlingen er at staten nå er i full gang med å lage:

- Ny lovgivning for hele helseområdet (og pleie- og omsorgsområdet)
- Ny og omfattende helseplan for Norge

MEN rådmannen er av den oppfatning at en god del av det som er nedfelt som grunnlag i denne reformen må gjennomføres uansett – rett og slett fordi det opplegget/systemet vi i dag har ikke er bærekraftig.

Så rådmannen mener det som så langt er skrevet under ”BAKGRUNN” i saken er aktuelt og relevant bakgrunn i saken der HMN skal utmeisle sin strategi for årene som kommer.

VURDERING

Rådmannen synes KS i sin oppsummering i sin anbefaling til høringssvar for kommunene har gjort en god oppsummering og anbefaler Rindal kommune å legge denne til grunn i sin høringsuttale.

RÅDMANNEN MENER DET ER SPESIELT VIKTIG Å UNDERSTREKE AT DET ER FEIL TIDSPUNKT FOR HMN Å VEDTA SIN STRATEGI NÅ – MIDT I PROSESSEN MED Å KONKRETISERE SAMHANDLINGSREFORMEN OG RETT I FORKANT AV NYE HELSELOVGIVNING OG NY NASJONAL HELSEPLAN

KS har selvsagt uttalt seg på et forholdsvis generelt grunnlag, så når Rindal kommune skal uttale seg vil det bli et spørsmål om hva en eventuelt skal presisere og om det er helt nye forhold/monemter som bør trekkes inn.

Rådmannen mener slike forhold er (i stikkords form):

- Sykehusstrukturen for Helse Nordmøre og Romsdal
- De prehospitale tjenestene (ambulansse og ambulanshelikopter)
- Rus- og psykiatritilbudet
- Felles akuttmottak (FAM)
- Tilbudet til fødende
- Beredskapen i spesialisthelsehelsetjenesten – først og fremst vedr. kirurgi og ortopedi

I drøftingen i livsløpskomiteen ble det konkludert med at det er fornuftig å støtte nordmørskommunene i det som flertallet mener vedr. sykehusstruktur og arbeid med denne.

Ellers er det viktig å være klar i sitt innspill vedr. de prehospitale tjenestene. Rådmannen og livsløpskomiteen mener dette er meget viktig for Rindal kommune.

Å understreke behovet for å styrke tilbudet til ”de tyngste tilfellene” innenfor psykiatri mener også både livsløpskomiteen og rådmannen er sentralt å ta med.

Livsløpskomiteen var enige om at det er viktig å understreke at det fortsatt blir et godt tilbud (det innebærer blant annet at det ikke må bli for lange reiseavstander) til det fødende.

Utover dette vil rådmannen understreke at HMN gjerne må bruke samhandlingsprosjektet i Orkdalsregionen som en form for ”pilot” å ha kontakt/samhandlingsplanlegging sammen med.
Her sitter jo allerede helseforetaket og kommunene sammen i styringsgruppa for prosjektet.