



Saksnr

Løpenr.

Sakshandsamar

Dato

MELDING OM VEDTAK SAKA GJELD:

De får med dette melding om at det er gjort følgjande vedtak.

Vedtak i Ulstein formannskap, 11.05.2010:

Ulstein kommune sluttar seg til vurderingane frå kommuneoverlegen slik dei går fram av vedlegg til saka, og vil særskilt understreke:

Ulstein kommune vil ikkje akseptere at det skal vere berre eit sjukehus med akutt kirurgisk beredskap i kvart helseforetak. Dette spørsmålet er for dårleg utgreidd og vurdert.

Ulstein kommune vil behalde Volda sjukehus som eit godt lokalsjukehus med god fagleg kvalitet. Dette må innebere at sjukehuset må ha beredskap i indremedisin, generell kirurgi, anestesi og fødselshjelp i samsvar med modell A i høyringsdokumentet frå Helse Sunnmøre

Dersom det likevel vert vedteke å legge ned fødeavdelinga i Volda, krev Ulstein kommune at helseforetaka opprettheld beredskapsordninga for jordmor på Ytre Søre Sunnmøre.

Dersom det likevel vert vedteke å redusere den kirurgiske akuttberedskapen i Volda, må ein rekne med at befolkninga i Ulstein vil velje Ålesund som sitt lokalsjukehus, og foretaka må vere i stand til å dimensjonere tilbodet i Ålesund i samsvar med dette.

Ulstein kommune er positiv til overføring av oppgåver frå helseforetaka til kommunane, men det må ikkje skje raskare enn at vi får ressursar og kompetanse til å ta vare på oppgåvene på ein god måte. Det er viktig at oppgåvefordelinga skjer i eit nært samarbeid mellom fagfolk ved sjukehusa og fagfolk i kommunane.

Behandlingstilbod bør bli etablert så nær pasienten som det er fagleg forsvarleg, både innafør spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. I utgangspunktet ønskjer Ulstein kommune at "forsterka sjukeheim" blir etablert ved styrking av kapasitet og kompetanse ved lokale institusjonar og ikkje ved oppbygging av nye institusjonar.

Handsaming:

Røysting:

Tilrådinga frå rådmannen vart vedteken med 6 mot 0 røyster.

- Uttale frå kommuneoverlegen ligg ved

Med helsing

Ottar Grimstad
helsesjef

Notat frå kommuneoverlegen om Strategi 2020 frå Helse Midt-Norge RHF og Strategi 2015 frå Helse Sunnmøre HF

Strategi 2020 frå Helse Midt-Norge RHF

Eg kommenterer strategiplanen slik dei har bedt høyringsinstansane disponere svara sine.

1. Hovedutfordringar for spesialisthelsetenesta
 - a. Endra samansetting av befolkninga – andel av eldre vil auke
 - b. Auka krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering
 - c. Relativ mangel på personell til å møte utfordringane
 - d. Lavare økonomisk vekst for spesialisthelsetenesta

Kommentar:

Eg er samd i at dette er hovedmoment i dei utfordringane vi står overfor

2. Det er sett opp 5 strategiske mål
 - a. Styrka innsats for store pasientgrupper
 - i. Flytte ressursar frå akuttberedskap til planlagt verksemd
 - ii. Omfordele ressursar frå somatikk til psykisk helsevern og rus
 - iii. Omdisponere ressursar frå døgn til dag og poliklinikk
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. Ei organisering som underbygger trygge pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett stad til rett tid
 - e. Økonomisk bærekraft

Kommentar:

I målsettinga rett kompetanse på rett stad til rett tid, må det også ligge det å kunne yte øyeblikkeleg hjelp med rett kompetanse når det er påkrevd – heile døgnet. Dette burde også vere ein del av foretaket sitt strategiske mål, og kan kome i motsetning til omfordelinga av ressursar frå døgn til dag og poliklinikk enkelte stader og på enkelte område.

3. Prinsipp for oppgavedeling

- a. Samle akuttberedskap i kirurgi og ortoped til ein stad i kvart helseforetak.
- b. Redusere stader med fødetilbod
- c. Betre samarbeid mellom rusomsorg og psykiatri og somatikk

Kommentar:

Spørsmålet om kva eit lokalsjukehus med akuttfunksjon skal innehalde, er eit hovudspørsmål i denne strategien. Spørsmålet har vore diskutert i mange år. Hovedmoment i diskusjonen har vore geografiske omsyn, kvalitet på behandlingstilbodet og kostnader.

Den norske legeforening laga ein rapport om dette temaet i 2006, basert på utgreiingsarbeid i ei breitt samansett faggruppe.

http://www.legeforeningen.no/asset/30892/1/30892_1.pdf. Ein av hovedkonklusjonane er: "Skal lokalsjukehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt ha tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester."

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2007 publisert ein rapport om "Lokalsjukehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede"

<http://bit.ly/lokalsjukehus>. Denne rapporten foreslår at ein bør kvalitetssikre og utgreie eit driftskonsept med berre planlagt kirurgi og redusert kirurgisk beredskap. Det bør innhenta røynslar frå Mosjøen og Nordfjordeid. Uansett må der vere kompetanse til viktige kirurgiske prosedyrar som innlegging av dren i brysthola, avlastning av urinretensjon og mellombels stabilisering av brudd. Prosjekt må følgjast nøye opp og evaluerast. Det er no kome framlegg om nedlegging av akuttfunksjonen ved både Mosjøen og Nordfjordeid. Eg kjenner ikkje til at det har skjedd den grundige evalueringa av drifta ved desse sjukehusa som rapporten forutset.

Strateginotatet er overflatisk når ein berre vurderer kor mange kirurgiske pasientar som blir operert same natt eller i løpet av 72 timar. Beredskapsvakta i kirurgi har mange andre oppgåver, tilsyn med inneliggande pasientar både på egne og andre avdelingar – ein kan ikkje ha kirurgisk verksemd med inneliggande pasientar 5 dagar i veka utan beredskap for å kunne vurdere komplikasjonar heile døgn. Poliklinisk vurdering og behandling av kirurgiske pasientar som øyeblikkeleg hjelp, er også ei viktig arbeidsoppgåve som ikkje er belyst. Dei auka transportkostnadene synes betydeleg undervurdert. Ein saknar også vektlegging av korleis dei føresetnadane departementet si utgreiingsgruppe legg til grunn, skal bli oppdekt.

Funksjonane i eit sjukehus er avhengig av kvarandre. For ein del av sine pasientar har indremedisinarane behov for drøfting med kirurgar. Det er grunn til å frykte at eit lokalsjukehus med den strukturen strategirapporten legg opp til, vil bli eit sjukehus som vil tape i rekruttering av kvalifisert personell – også til indremedisin og anestesi, og bli eit B-sjukehus med redusert tillit i lokalbefolkninga.

Dersom ein vurderer å legge ned akuttfunksjonar i kirurgi og behalde dei i indremedisin, bør dette ha klart forsøkspreg og bli grundig evaluert. Eg trur ein da heller bør vurdere å legge ned alle akuttfunksjonar ved dette sjukehuset og gjere det om til spesialsjukehus med berre planlagde funksjonar. Om dette skal skje bør

vrderast for kvart einskild sjukehus ut frå ei vurdering av geografi og fagleg kvalitet. Det synes prematurt å trekke ein konklusjon om at det berre skal vere eit lokalsjukehus med akuttkirurgisk beredskap i kvart helseforetak.

Eg er samd i at ein må sjå på behovet for vaktordningar, og redusere dei så langt det er fagleg forsvarleg. Det må også gjelde dei store sentrale sjukehusa med mange parallelle vaktordningar. Ein må ikkje primært angripe dei ordningane ved lokalsjukehusa som er basale for sjukehuset sin funksjon.

Det er positivt at ein satsar på betre samarbeid mellom rusbehandling og psykiatri og somatikk. Midt-Norge er den einaste regionen som har satsa på eit eige helseforetak for rusomsorg. Denne organiseringa kan vere tenleg i ei periode med oppbygging av tilbodet og skaping av likeverd mellom delar av regionen. Svært mykje av rusbehandling må likevel skje i kommunane og i dei lokale helseforetaka, og det er behov for eit nært samarbeid. På same måte som det er inngått samhandlingsavtalar mellom kommunane og Helse Sunnmøre, bør ein også utarbeide samhandlingsavtalar omkring rusbehandling der både dei lokale helseforetaka, rusforetaket og kommunane er partar.

4. Oppgavedeling/tenesteorganisering

Eg synes det er vanskeleg å gå detaljert inn på vurdering av kva oppgåver som elles må sentraliserast eller desentraliserast innafor helseforetaket sitt ansvarsområde. Som generelt prinsipp bør oppgåver desentraliserast så langt det er fagleg forsvarleg, for å betre nærleik til pasienten sitt heimemiljø og samarbeidspartane i primærhelsetenesta.

Samhandlingsrapporten og strateginotatet skriv om intermediaæreiningar som kommunale institusjonar med fagstøtte frå sjukehusa til tidleg avklaring og intervensjon for pasientar med forverring av kjent kronisk sjukdom – og styrking av mestringsressursar etter eit sjukehusopphald.

Det må vere ei målsetting at lokale sjukeheimar kan ta seg av akutte pleiebehov der det ikkje er behov for sjukehusa sin kompetanse. Det må også vere ei målsetting å gjere sjukehusopphald så kort som medisinsk forsvarlegheit tilseier. Særleg eldre pasientar har det ofte betre i lokal sjukeheim enn på ei framand sjukehusavdeling

Pasientar som treng sjukehuset sine diagnostiske og terapeutiske ressursar for å få god nok utgreiing og behandling, må framleis kunne få dette – og ikkje berre blir vist til eit intermediaernivå. Dette må også gjelde eldre med akutt funksjonssvikt.

Det er tvilsamt om oppretting av nye institusjonar på eit intermediaær nivå er rette løysinga for denne problemstillinga. Fagleg, ressursmessig og kapasitetmessig styrking av dei institusjonane vi har, vil truleg vere ei betre løysing. Ein vil der kunne ha pasientane nærare sitt kjente miljø, kunne etablere samarbeid med fastlegar og heimetenester i samband med ein utskrivingsituasjon, og også bevare meir kompetanse lokalt i staden for å tappe lokale sjukeheimar for dyktige medarbeidarar og spennande oppgåver.

Overføring av oppgåver frå sjukehus til primærhelseteneste må skje i samsvar med tilførsel av ressursar og kompetanse til primærhelsetenesta, og ikkje forserast ut over det som er fagleg forsvarleg. Vi ser ein klar tendens til tidlegare utskrivning av

dårlegare pasientar og oppgåveoverføring frå sjukehus til kommunane – før vi har fått den ressurstilføringa som samhandlingsreformen har gitt bod om.

5. Andre tilbakemeldingar

Avtalespesialistane er ikkje omtala i strategidokumentet. Privatpraktiserande spesialistar er eit supplement til sjukehusa sin poliklinikkar. Dei har høg produktivitet og gir betra tilgang til spesialisthelsetenester for primærhelsetenesta. Det er det regionale helseforetaket som har ansvar for avtalespesialistane. Møre og Romsdal har svært få avtalespesialistar samanlikna med trøndelagsfylka og ingen slike praksisar i somatiske fagområde er lokalisert til Ytre Søre Sunnmøre. Auka tal på avtalespesialistar med betre geografisk spreiding bør innarbeidast i strategidokumentet.

Ei årsak til dei problema ein ser for kirurgisk beredskap ved små lokalsjukehus, er at spesialiteten i ortopedi vart skilt heilt ut frå spesialiteten i generell kirurgi. Det burde vere mogleg at kirurgar ved små sjukehus hadde ein spesialitet i generell kirurgi som også ga vaktkompetanse i den basale ortopedien som trengs for å handtere akutte tilstandar som ikkje kan vente til neste dag. Dette gjeld særleg stabilisering av brudd, som omtala i departementet sin rapport. Helseforetaket bør ta initiativ overfor departementet for å vurdere spesialitetsstrukturen på dette området på nytt.

Det er i institusjonshelsetenesta behov for spesialistar med "breiddekompetanse" – ei kompetanse til å sjå pasienten sin helsemessige situasjon utover det området spesialisten sjølv har best kompetanse i. Dette er særleg viktig med eldre pasientar og pasientar med samansette lidningar. Dette ser ut til å vere ein aukande kategori. Dei mindre sjukehusa kan vere svært gode utdanningsinstitusjonar for legar med eit slikt perspektiv. Dei gir også gode startstillingar for legar som vil utdanne seg i kirurgiske fag. Utdanning av spesialistar er viktig for å sikre rekruttering og kvalitet i framtida. Ein saknar i strateginotatet nærare vurdering av dei utdanningsmessige konsekvensane av forslaga, særleg nedlegging av akuttberedskap i kirurgi ved desse sjukehusa.

Sikring av trygge pasientforløp krev eit nært fagleg samarbeid mellom primærhelseteneste og sjukehusa. Gode rutinar kan ikkje skapast ved diktat frå spesialisthelsetenesta aleine, men må skje i ein fagleg dialog mellom fagpersonar frå begge områda. Ein bør arbeide bevisst for å styrke fagaksen mellom allmennlegar og sjukehuslegar ved å programfeste oppretting av deltidstillingar for allmennlegar i sjukehusa – praksiskonsulentar – som kan arbeide med slike spørsmål, og ved aktivt å rekruttere allmennlegar til arbeidsgrupper rundt faglege rutinar.

Strategi 2015 for Helse Sunnmøre

Dette er på mange måtar eit svært godt dokument. Det vil vere krevjande å gjennomføre alle måla som er sett opp. Dersom ein lukkast, vil det innebære store forbetringar på mange område. Her vil det berre bli kommentert nokre få moment.

1. Sjukehuset i Volda

For generelle kommentarar om behovet for akutt kirurgisk beredskap ved lokalsjukehus med akutfunksjon, viser eg til kommentarane til Strategi 2020 for Helse Midt-Norge.

Det er skissert 4 modellar for utvikling av Volda sjukehus. Alle modellane inneheld akuttberedskap i indremedisin og anestesi heile veka. I tillegg er det:

A: kirurgi/blautdelskirurgi og føde/gynekologi heile døgnet, heile veka, ortopedi til klokka 22.

B: føde/gynekologi og ortopedi heile veka. 5-døgnspost kirurgi med beredskap berre inneliggande

C. føde/gynekologi heile veka. 5-døgnspost kirurgi/ortopedi med beredskap berre for inneliggande pasientar

D: Ikkje beredskap for føde/gynekologi. 5-døgnspost kirurgi/ortopedi med beredskap berre for inneliggande pasientar

Eg meiner at modell A er den einaste som vil tilfredsstillе dei krav som er rimeleg å stille til eit lokalsjukehus med akutfunksjon.

Vi har etablert ei nattlegevakt ved Volda sjukehus i samarbeid mellom Hareid, Ulstein, Ørsta og Volda kommunar. Røynslene med denne har så langt vore gode. Dersom Volda sjukehus i framtida blir utan generell kirurgisk vaktkompetanse på natta, blir det vanskeleg å styre pasientstraumen på legevakt frå særleg Hareid, men også Ulstein, omvegen til Volda for tilstandar som høgst sannsynleg må vidare til Ålesund. Vi må revurdere lokalisering av felles legevakt. Deltaking i felles akuttmedisinsk mottak lokalisert til Volda blir, mindre aktuelt for våre kommunar.

For innbyggjarane i Hareid og Ulstein vil det vere meir tenleg å bruke Ålesund som lokalsjukehus, enn å halde fram med å bruke Volda, dersom Volda blir eit sjukehus med opplevd redusert medisinsk kvalitet. Ein må ha med i vurderinga om Ålesund sjukehus vil vere i stand til å ta imot auka pasientstraum frå våre kommunar og eventuelt andre kommunar på ytre sørre sunnmøre.

Volda sjukehus har ikkje barneavdeling, og ikkje tilstadevakt for gynekolog. Det betyr at fødsjar med mogleg risiko må sendast til fødeavdelinga i Ålesund. For alle andre fødsjar har Volda vore den primære fødeavdelinga for fødande frå Ulstein. Fødande frå Hareid har tidlegare brukt mest sjukehuset i Ålesund, men søker seg i aukande

grad også til Volda. Dersom Volda skal halde fram med fødeavdeling, må der vere operasjonsberedskap for akutte keisarsnitt, noko som vil redusere eventuell innsparingsgevinst ved å legge ned kirurgisk vakt. Dersom det blir fødeavdeling berre i Ålesund, vil reisetida ofte vere over 90 minutt og det vil framleis vere behov for beredskap for å følgje fødande. Ein må også vurdere om fødeavdelinga i Ålesund vil ha kapasitet til å ta imot eit større tal fødslar.

PCI-behandling

Strategiplanen inneheld ei målsetting om å starte opp PCI-behandling ("blokking") av akutte hjerteinfarkt i Ålesund. Dette er ei behandling som vil krevje spesialiserte team med heilkontinuerleg beredskap. Førekomsten av hjerte- karsjukdom går heldigvis ned. Spørsmålet om oppretting av eit slikt tilbod, er for få år sidan vurdert av ei faggruppe som konkluderte med at det ikkje var fagleg grunnlag for dette. Det synes ikkje rett å prioritere oppretting av slike team framfor t.d. bevaring av akutt kirurgisk beredskap i Volda.

Isolat

Det er gjort prinsippvedtak om bygging av isolat for alvorlege infeksjonssjukdommar, men det manglar pengar i investeringsbudsjettet slik at det er heilt usikkert når tiltaket kan bli realisert. Dette er ikkje bra. I ein alvorleg smittesituasjon kan tilgangen til slike behandlingssenger vere heilt avgjerande, og etablering av slike bør ha høg prioritet.

Lokalmedisinske sentra, forsterka sjukeheimar

Strategiplanen inneheld formuleringa: "I samarbeid med kommunane utvikle forsterka sjukeheimar og eventuelt interkommunale lokalmedisinske sentra". Dette er ei god formulering. Det er behov for nærare utgreiing før ein tar stilling til om ein skal forsterke dei sjukeheimane vi har til å ta på seg større oppgåver, eller satse på nye interkommunale institusjonar. Truleg vil forsterking av eksisterande institusjonar vere ei betre fagleg løysing, enn oppretting av nye. Dette vil uansett vere kostnadskreivjande tiltak der finansieringa må vere på plass.

Opplæring av pasientar og pårørande

Ein kan med fordel flytte meir av dette arbeidet ut til kommunane. Ein kan tenke seg oppretta kompetanseiningar for t.d. diabetes , lungesjukdommar, overvektbehandling mm, som kan ha spesialsjukepleiarar utplassert ved legekontora på faste dagar for gruppeundervisning og oppfølging av enkeltpasientar i samarbeid med fastlegane. Slike kompetanseiningar vil trenge både interkommunalt grunnlag og nært samarbeid med sjukehusa.

Fagaksen mellom sjukehus og helsepersonell i kommunane

Dette er svært viktig. Gode pasientforløp og god arbeidsfordeling og rutinar må avklarast i eit samarbeid mellom likeverdige partar, ikkje ved diktat frå helseforetaket. Særleg viktig er det med god samhandling mellom primærlegar og sjukehuslegar. Det er primærlegar som avgjer dei fleste innleggingar i sjukehus. Primærlegane si kompetanse er viktig for å skape gode pasientforløp og vurdere kva oppgåver som kan overførast til legetenesta i kommunane. Eit svært viktig tiltak i samband med dette, er oppretting av praksiskonsulentstillingar der allmennlegar får små deltidstillingar i helseforetaket for å drive med slikt arbeid.

Hareid 29/3 2009

Ottar Grimstad
Kommuneoverlege i Hareid og Ulstein kommunar