

# SÆRUTSKRIFT

**Arkivsak:** 10/294

**Saksnr.**      **Utvalg**  
46/10        Formannskapet

**Møtedato**  
20.05.2010

## STRATEGI 2020 FOR UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET I HELSE MIDT NORGE

---

**Arkiv:** G00  
**Arkivsaksnr.:** 10/294

**Saksbehandler:**  
Erling Sven Busch

---

### **Vedlegg:**

Høringsbrev Helse Midt-Norge  
Høringsdokument Strategi 2020

### **Andre dokumenter i saken:**

#### **Saksopplysninger:**

Styret for Helse Midt-Norge har laget et forslag til strategiplan for spesialisthelsetjenesten fram til 2020.

Det er endring i befolkningssammensetningen som i første rekke krever at helsetjenestens oppgaver må løses på ny måte. Fram mot 2020 må det foretas nye veivalg og prioriteringer, både i tjenestetilbudet og måten tjenestene organiseres på, hevder styret i det regionale helseforetaket i Midt-Norge. Andre vil hevde at den omfattende prosess som gjennomføres i alle de regionale helseforetakene er en posisjonering i forhold til samhandlingsreformen og oppgavefordeling som følger i kjølvannet av denne reformen.

Røros sykehus er ikke et tema i denne planleggingen og drøftes ikke særskilt i denne saksframstillingen. Omlegging av driften ved Røros sykehus var bebudet på et langt tidligere tidspunkt, med bakgrunn i ønsket om samling av ortopedien i Trondheim som et resultat av utbyggingen ved St. Olavs Hospital. Utbygging av en intermediæravdeling på Røros representerer imidlertid en ny modell som blir brukt i forbindelse med nedbygging av akuttfunksjoner ved mindre lokalsykehus i hele Midt-Norge. Beslutningen om aktiviteten ved Røros sykehus ble tatt av styret i det regionale helseforetaket i februar i år.

Alle de fire regionale helseforetakene i landet gjennomgår nå omfattende organisasjonsprosesser. Helse Sør-Øst kaller sin prosess fram til 2020 for "Omstillingsprogrammet", mens Helse Vest snakker om "Strategi for helseregionen". De samme henvisninger til oppgavene finner en også i Nord-Norge og i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge har derfor definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre

Nødvendige prioriteringer. Disse skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre fram mot 2020.:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten vil bremses. Det er derfor helt sentralt å ha fokus på produktivitetsforbedringer, hevder styret. Samdatatall tyder på at Helse Midt-Norge kan drive sykehusene mer effektivt enn i dag. Overgangen fra døgn til dag- og poliklinikkbehandling går ikke raskt nok. Flere pasienter bør behandles poliklinisk eller ved dagbehandling.

Bedre tilrettelagte pasientforløp og omlegging til dagaktivitet/poliklinikk vil fortsette innen mange fagområder og derved redusere den gjennomsnittlige liggetiden ytterligere. Fokus på mer dag- og poliklinikkbehandling og mindre bruk av døgnbehandling er viktige tiltak for driftsøkonomien i sykehusene.

Dagens organisering av vaktberedskap legger beslag på en stor andel av lønnskostnadene i sykehusene. St Olav har vaktordninger innenfor 40 spesialistområder. Helse Midt-Norge skal gjennomgå alle vaktordninger i foretaksgruppen med tanke på bedre utnyttelse av personalressursen.

### **Tjenester i samhandling med kommunene**

De siste årene har en sett en tendens til at flere kommuner går sammen om å etablere felles legevakt. Begrunnelsen er dels å redusere vaktbelastningen for leger, dels å øke den faglige kvaliteten ved at det etableres fast sykepleierbemanning og muligheter for å gjennomføre enkle laboratorieundersøkelser.

FAM (felles akuttmottak) er kommunal legevaktstjeneste samlokalisert med spesialisthelsetjenester og prehospitale tjenester. Legevaktstjenesten er samlokalisert i sykehuset, og de ansatte i FAM-et har tilgang støttetjenester og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM.

### **Intermediærenheter og desentraliserte dag-/poliklinikkjenester**

I strategiperioden skal helseforetakene sammen med aktuelle kommuner videreutvikle intermediærenheter ("mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste"). Dette er et arbeid som allerede er startet opp.

Intermediærtjenestene er kommunal tjeneste og støttes med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Intermediærenheten skal sikre pasientene behandling og oppfølging i situasjoner hvor det ikke er nødvendig med innleggelse i sykehus. De intermediære enhetene har særlige fortrinn i tidlig avklaring og tidlig intervensjon for pasienter som opplever

forverring av kjent kronisk sykdom. Videre er intermediaærenheter godt egnet til å styrke pasientens mestringsressurser etter et sykdomsopphold.

I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediaæravdelinger.

## **Arbeidsgruppe KS Trøndelag**

KS-Trøndelag har i samråd med kommuner i Trøndelag gått gjennom forslag til strategiplan. Helse- og sosialsjef Marit Haanæs har representert Røros kommune i gruppen. Utredningen gir etter rådmannens syn en god vurdering av strategiplanen sett fra kommunenes side.

Kommentarene er i tråd med det Helse Midt-Norge har bedt om svar på i høringsbrevet.

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

Røros kommune er enig i oppsummering av hovedutfordringene skissert i strategi 2020. Hovedutfordringene faller sammen med det regjeringen lister opp i samhandlingsreformen.

Kommunene vil ha behov for at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere i årene framover kommer til kommunene i stedet for til spesialisthelsetjenesten. Dette er en viktig påpekning sett fra kommunenes ståsted, og vil være avgjørende for at kommunene og spesialisthelsetjenesten ikke blir konkurrenter i kampen om arbeidskraft og kompetanse.

### **Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?**

Forslagene i samhandlingsreform (St. meld. 47) vil stå og falle på om 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 primærhelsetjenesten tar økt ansvar og flere oppgaver. 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 Helse Midt-Norge.

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 helseforetaket 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 fem 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. Kommunene ønsker at spesialisthelsetjenesten bidrar til kompetanseutvikling i kommunenes helsetjeneste, bidrar med samfinansierte tiltak for å hindre behov for spesialiserte helsetjenester. 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 kommer ikke 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 det sterkeste søkelys, 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 indirekte 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 prehospitale tjenester 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. 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.

Slik sett var den tidligere drift ved Røros sykehus helt i tråd med Strategi 2020. St. Olavs Hospital har i årevis drevet protesekirurgi på Røros uten operasjonsberedskap på natt. Det er også fullt ut forsvarlig å drive elektiv kirurgi på dag eller døgnbasis i en 5-døgnspost, forutsatt at de som ikke kan reise hjem har plass på en fellespost over helga. Denne løsning arbeides det med å få etablert på Røros når protesekirurgien flyttes til Trondheim.

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 kunne bli overført til interkommunale tiltak og tjenestetilbud, eller til tjenester der helseforetak og kommunegruppe 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. Men når det gjelder konsekvensen for kommunene av endret oppgavefordeling venter kommunene at dette må skje på en måte som ikke røkter 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.

### **Saksvurdering:**

Strategi 2020 fra Helse Midt-Norge er vevd sammen med samhandlingsreformen i måten å vurdere nye oppgaver på.

Etter at høringsdokument 2020 er utarbeidet og sendt kommunene har helse- og omsorgskomiteen behandlet samhandlingsreformen. Meldingen har også passert Stortinget, uten overraskelser. En kan i ettertid konstatere at det er bred oppslutningen om tenkningen omkring samhandlingsreformen og behovene for en slik helsereform, men det er stort politisk sprik om tiltak og virkemidler. De som ventet at stortingsbehandlingen av reformen skulle være en oppskrift på framtidig organisering tok helt feil. Dette er blitt det statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen kaller en retningsreform. Dette skal følges opp med en mer detaljert helse og omsorgsplan som et operativt verktøy. Det skal utarbeides en mer detaljert helse og omsorgslov, som vil ta for seg arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, sier statsråden. Den vil komme i 2011.

Det ble i meldingen hevdet at kommunal medfinansiering av sykehusene skulle presse kommunene til å bygge opp robuste lokale tjenester. Dette finner vi ikke igjen i behandlingen. Det skulle etableres sterkere styring med fastlegene, noe vi ikke øyner i reformdokumentet. Vi finner ikke igjen helsekommunene. I sum indikerer dette en reform vi bare med statsrådets ord har sett retningen av, men ikke noe mer.

I dag ser det ut til å være de regionale helseforetak skaper nasjonal helsepolitikk, gjennom sine strategiplaner. De legger premissene for hva som skal være primærhelsetjenestens oppgaver og hva som skal være spesialisthelsetjeneste. Regjeringen er drevet på defensiven og sier bare at det foregår mye god samhandling rundt om i landet. En ny lov som tar for seg arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kommer ett eller to år for sent. I dag mangler vi et nasjonalt dokument som beskriver nye økonomiske vilkår for kommunene og hvilke forpliktelser primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil få for sine innbyggerne. Fristen for kommunenes uttalelse om strategidokumentet burde antakelig vært 20. mai 2011 og ikke 20. mai 2010.

### **Innstilling:**

1. Røros kommune er i hovedsak enig i strategidokumentets beskrivelse av spesialisthelsetjenestens utfordringer de kommende år.
2. Røros kommune mener at tidspunktet for behandling av Strategi 2020 er feil. Konsekvensen av Strategi 2020 er sentralisering av kirurgi, 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. Dette vil først

avklares gjennom den nye statlige helse- og omsorgsplan og ny lovgivning som vil foreligge om ca. ett år.

3. Kommunene i regionen ønsker å invitere spesialisthelsetjenesten til arbeidsprosesser på faglig basis med utgangspunkt i utfordringene for både kommunene og foretakene, for å finne fram til gode pasientforløpene i tråd med BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå). På denne måten kan innbyggerne ha trygghet for helhet og kvalitet på tjenestene. Iverksetting av ny oppgave- og ansvarsfordeling kan bare gjennomføres når forsvarlig finansiering er på plass.
4. 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 Helse Midt-Norge vil understreke behovet for:

1. Felles teknologiutvikling for å forenkle informasjons- og kommunikasjonsflyten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og internt mellom fagdisiplinene i sykehus.
2. At kommunene og helseforetakene skal meisle ut felles strategi og tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling. Begge nivåene vil mislykkes dersom de i stor grad blir gjensidige konkurrenter om arbeidskraft.
3. Kommunene ber også helseforetaket bidra til at staten foretar de nødvendige juridiske og finansielle avklaringer, som vil være helt avgjørende for at kommunene skal bidra til at helseforetaket får gjennomført de strukturelle endringer som ligger i forslaget til Strategi 2020.

#### **Behandling i Formannskapet 20.05.2010:**

Forslag til innstilling enstemmig vedtatt.

#### **Vedtak i Formannskapet 20.05.2010:**

1. Røros kommune er i hovedsak enig i strategidokumentets beskrivelse av spesialisthelsetjenestens utfordringer de kommende år.
2. Røros kommune mener at tidspunktet for behandling av Strategi 2020 er feil. Konsekvensen av Strategi 2020 er sentralisering av kirurgi, 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. Dette vil først avklares gjennom den nye statlige helse- og omsorgsplan og ny lovgivning som vil foreligge om ca. ett år.
3. Kommunene i regionen ønsker å invitere spesialisthelsetjenesten til arbeidsprosesser på faglig basis med utgangspunkt i utfordringene for både kommunene og foretakene, for å finne fram til gode pasientforløpene i tråd med BEON-prinsippet (best effektive omsorgsnivå). På denne måten kan innbyggerne ha trygghet for helhet og kvalitet på tjenestene. Iverksetting av ny oppgave- og ansvarsfordeling kan bare gjennomføres når forsvarlig finansiering er på plass.
4. 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 Helse Midt-Norge vil understreke behovet for:

1. Felles teknologiutvikling for å forenkle informasjons- og kommunikasjonsflyten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og internt mellom fagdisiplinene i sykehus.
2. At kommunene og helseforetakene skal meisle ut felles strategi og tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling. Begge nivåene vil mislykkes dersom de i stor grad blir gjensidige konkurrenter om arbeidskraft.
3. Kommunene ber også helseforetaket bidra til at staten foretar de nødvendige juridiske og finansielle avklaringer, som vil være helt avgjørende for at kommunene skal bidra til at helseforetaket får gjennomført de strukturelle endringer som ligger i forslaget til Strategi 2020.