



# TRONDHEIM KOMMUNE

Ordføreren

Helse Midt-Norge RHF  
Postboks 464

7501 STJØRDAL

HELSE	MIDT-NORGE
Saksdok.: 2010/67-	
Mottatt: 26 MAI 2010	
Saksbeh: BRI	Unnt.off.: _____
Arkiv: _____	

Vår saksbehandler  
Rita Ottervik

Vår ref.  
10/9239/ G00 &13  
oppgis ved alle henv.

Deres ref.

Dato  
20.05.2010

## Høringsvar - Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge

I høringsbrev av 04.03.2010 ber Helse Midt-Norge RHF Trondheim kommune om å besvare 5 spørsmål vedrørende "Strategi 2010. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge."

Formannskapet fikk seg forelagt sak til høring 19.05.2010, og vedlagt følger høringsuttalelsen som ble vedtatt.

Med hilsen  
TRONDHEIM KOMMUNE

  
Rita Ottervik  
ordfører

Vedlegg: Høringsuttalelsen

Postadresse:  
TRONDHEIM KOMMUNE  
Bystyresekretariatet  
7004 TRONDHEIM

Besøksadresse:  
Munkegata 1

Telefon:  
+47 95330000

Telefaks:  
+47 72547684

Organisasjonsnummer:  
NO 942 110 464

E-postadresse: [bystyret.postmottak@trondheim.kommune.no](mailto:bystyret.postmottak@trondheim.kommune.no)  
Internettadresse: [www.trondheim.kommune.no/bystyret/](http://www.trondheim.kommune.no/bystyret/)

## Saksframlegg

---

HØRINGSSVAR - STRATEGI 2020 - STRATEGI FOR UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET

I HELSE MIDT-NORGE

Arkivsaksnr.: 10/9239

---

### Forslag til vedtak:

Rådmannens høringssvar for strategi for utvikling av tjenestetilbudet i helse Midt-Norge tilsluttes.

### Saksutredning:

#### Bakgrunn

I høringsbrev av 04.03.2010 ber Helse Midt-Norge Trondheim kommune om å besvare 5 spørsmål vedrørende "Strategi 2010. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge."

#### Fakta

Det er skissert fire hovedutfordringer for perioden fram til 2010 og fem forbedringsområder skal følges for å møte disse utfordringene

- En effektiv tjenesteproduksjon – vi kan bli bedre
- Riktig prioritering – tilpasset endringer i behov
- Mindre ressurser til passiv beredskap og mer til aktiv pasientbehandling
- Styrking av fagmiljøene for å sikre stabil rekruttering
- Bidra aktivt til omfordeling av oppgaver i tråd med Samhandlingsreformen

De fem strategiske målene er

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

### Konklusjon:

#### HØRINGSSVAR FRA TRONDHEIM KOMMUNE

Trondheim kommune slutter seg til KS sitt høringssvar, men vil tilleggs kommentarer sett fra vår kommunes ståsted.

Dette er et overordnet strateginotat som i stor grad samsvarer med Trondheim kommunens strategiske hovedgrep som skildres i kommuneplanene samfunnsdel: Mestring – Samhandling, samarbeid og samordning – Medvirkning - Kommunikasjon - Ressursstyring – Kompetanseutvikling.

Når det gjelder legevaktstjenesten ser vi at vi velger ulike strategier.

Vi ser også at Helse Midt-Norge i noen grad tar høyde for de endringene som er varslet gjennom samhandlingsreformen (St.meld. 47). Trondheim kommune stiller seg positiv til samhandlingsreformen, men i skrivende stund er den ikke vedtatt og det er usikkert om hva som blir den endelige finansieringsmodellen. Det er viktig å være forsiktig med iverksetting av strategier

## Trondheim kommune

som berører ansvars- og oppgavefordeling før de nye finansieringsordningene er ferdigbehandlet og vedtatt.

Siden dette er et overordnet strategidokument sies det lite om hvilke konkrete konsekvenser disse strategiene får, og hvordan Helse-Midt-Norge ser for seg å realisere strategiene. Strategiene er i og for seg greie, men utfordringen blir å finne ut hvordan vi skal samarbeide for å gjennomføre de gode intensjonene. Trondheim kommune savner derfor en strategi som omhandler samhandling med primærhelsetjenesten.

I høringssvaret legger Trondheim kommune vekt på å beskrive hvilke utfordringer, behov og forventninger *kommunen* har i forhold til sykehusets strategier.

- **Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020?**
- **Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?**

Det gis et godt bilde av utfordringene fram mot 2020 gjennom de fire hovedutfordringene. Dette er felles utfordringer som også beskrives i Samhandlingsreformen.

Når det gjelder kompetanse og ansatte som knapphetsressurs er det viktig at det framheves at en vellykket samhandlingsreform betinger at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere og sykepleiere rekrutteres i kommunen istedenfor spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder spørsmålet om det er andre utfordringer som vi vurderer som like viktige, så vil vi nevne tre utfordringer som er lite omtalt i dokumentet; 1) Samhandling med kommunene, 2) forventningsgapet og 3) koordinering.

*Samhandling spesialisthelsetjeneste - kommune* er av avgjørende betydning for å kunne forholde seg til utfordringene. Det er viktig at man blir omforent om løsninger og ansvarsfordeling i forhold til valgte strategier.

*Forventningsgapet i samfunnet /befolkningen* om hva som er mulig og realistisk å motta av tjenester er en stor felles utfordring, og det er viktig at man gjør felles sak her, slik at samarbeidspartene ikke bidrar til å øke forventningsgapet hos hverandre. Avklaring av forventninger hos hverandre er en del av dette.

I tillegg er det en utfordring å *koordinere* tilbud til den enkelte pasient på tvers av fagmiljø, avdelinger og tjenester (*horisontal koordinering*). Dette er godt beskrevet under tilbud om rus- og rusrelaterte problemer, samt i nest siste avsnitt under pkt 3.2 (s.15) om store og voksende pasientgrupper, men denne utfordringen er av generell karakter og gjelder ikke bare enkeltområder. Koordinering er nødvendig for å utnytte ressursene effektivt., og horisontal koordinering får store konsekvenser for behov for innleggelses (antall) og opplevd kvalitet for den enkelte pasient, og også for kommunehelsetjenesten som har behov for å utrede årsaksforhold og prognose for å kunne planlegge videre oppfølging. Demografiske endinger med økende sammensatt problematikk (multidiagnoseproblematikk / samtidighetsproblemer) tilsier at dette blir enda viktigere i framtiden. På s.11 skrives det at sykehus som ikke kan dokumentere kvalitet ikke skal godkjennes som behandlingsinstitusjon. Vi regner med at dette også gjelder avtaler med rehabiliteringsinstitusjoner. Dette er et nødvendig prinsipp, men vi savner definisjon av kvalitet. I et fragmentert tjenesteapparat er det viktig at kvalitet ikke defineres faglig som kvalitet i enkelttjenester/på enhetsnivå, men også i et helhetsperspektiv/samfunnspektiv. God kvalitet betinger både koordinering i et pasientforløp og horisontal koordinering (koordinering på tvers av fagmiljø, avdelinger og tjenester i det enkelte forvaltningsnivå). I tillegg er det viktig å vurdere hvilke konsekvenser dette kan få for kommunene. Dersom kvaliteten ett sted ikke er god nok, f eks. ved en rehabiliteringsavdeling, bør løsningen primært være å øke kvaliteten, evt. å velge en leverandør som fyller kvalitetskravene. Dersom man isteden velger å redusere antall rehabiliteringsplasser, vil presset øke på kommunens tjenester.

## Trondheim kommune

Denne løsningen kan derfor ikke iverksettes uten at saken er drøftet med kommunene.

På s.12 står følgende: ”Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor *best effektive omsorgsnivå (BEON)*.” Dette er selvfølgelig et felles ansvar, ikke et kommunalt ansvar alene. Vi regner med at dette handler om en skrivefeil som vil bli rettet opp. Det riktige må være: ”Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for en helhetlig tenkning----”, jmf det som står i siste avsnitt.

- **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?**

Trondheim kommune er enig i de fem strategiske målene, men siden de er på et så overordnet nivå er det som nevnt innledningsvis vanskelig å vurdere konsekvensvurdering av dem og vi hadde også gjerne sett at samhandling med kommunene ble synliggjort som en egen strategi.

Samhandling og samarbeid med kommuner og lokalsykehus om helhetlige og gode pasientforløp og kompetanseutveksling vil være en vesentlig faktor for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen.

*Ressurser skal flyttes fra døgn- til dag og poliklinisk virksomhet.* Konsekvensen av denne strategien blir redusert liggetid og sengekapasitet, og selv om kommunen er enig i at dette er en ønsket utvikling på flere områder, ser vi med en viss bekymring på den utviklingen som har pågått de siste årene. Dette har bakgrunnen i at våre enheter erfarer at pasientene i dag er mye sykere på utskrivningstidspunktet enn bare for et par år siden, og at dette øker kommunens ansvar både i tjenesteomfang og kompetansebehov. Det handler med andre ord om effektivisering av behandlingsreformer som alle er tjent med, men også om eventuell forskyving av ansvar for oppgaver. Kvaliteten er ikke alltid tilfredsstillende ved det arbeidet som gjøres før utskrivning. Det store antallet reinnleggelser og dødsfall ved Øya helsehus indikerer for eksempel at terskelen for utskrivning i dag er for lav eller for dårlig kvalitetssikret. Det kan også reises spørsmål ved om det er etisk riktig å flytte terminale pasienter fra sykehus til helsehus. Tall fra Øya helsehus for 2009 kan illustrere omfanget av denne problematikken: 121 brukerne (ca 24 %) som ble henvist til Øya fra sykehuset ble enten reinnlagt (8 %) eller døde innen få dager (ca 16 %).

En strategi med flytting fra døgn til dag- og poliklinisk virksomhet krever derfor utstrakt kvalitetssikring, og det krever at forskyvningen skjer i forståelse med kommunene og at kommunene tildeles ressurser i samsvar med oppgaveforskyvningen.

Etterbehandlingsavdelingen på Søbstad helsehus er et godt eksempel på at oppgaveforskyvningen kan være resultat av en bevisst og omforent strategi, der det åpnes for at pasienten overføres før han/hun er ferdigbehandlet. Dette er også et eksempel på at strategien følges med ressursoverføringer. Faren med dette er imidlertid at strategien generaliseres slik at terskelen for overføringer til Søbstad legges til grunn også for andre enheter i kommunen.

Strategiene er i tråd med samhandlingsreformen, men finansieringen av reformen vil ikke komme på plass før tidligst i 2012, og det vil deretter ta tid å sikre rekruttering og bygge opp den nødvendige kompetanse og tjenestestrukturen i kommunene. Dette må være på plass før vi kan overta ansvaret.

## Trondheim kommune

- **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)**

Hovedgrep 2 i *samhandlingsreformen* sier noe om ny fremtidig kommunerolle. Her legges det opp til at oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøklene. Det skal legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/ samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. Dette hovedgrepet er vi enige om, men det er viktig at man ikke forskutterer løsningene før samhandlingsreformen og finansieringsordningen er på plass.

Kanskje burde man avventet konklusjonene i Strategi 2020 til denne situasjonen er mer avklart. Oppgavedeling, slik vi forstår det her, gjelder tjenesteorganisering i spesialisthelsetjenesten mot 2020. Vi hadde gjerne sett at man også sa noe om hvordan man ser for seg oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, men dette krever dialog mellom partene og politisk behandling før endelig vedtak i styret.

Tjenesteorganisering i spesialisthelsetjenesten kan også få ringvirkning til kommunens praksis, med behov for omforente løsninger. Et eksempel på dette er LAR, hvor fastlegen kan skrive ut Subotex i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men hvor pasienten må betale full pris i motsetning til hva tilfelle er når spesialisthelsetjenesten skriver ut samme medikament.

Lokalsykehusene får en sentral rolle i denne oppgavefordelingen. For Trondheim kommune er det St. Olav som skal ivareta lokalsykehusfunksjonen. Så langt vi kan se vil ikke endringene få negative konsekvenser for Trondheim kommune. Risikoen for oss er at lokalsykehusfunksjonen lett kan usynliggjøres ved St. Olavs hospital.

Den nye strukturen kan i en viss grad berøre prinsippet om fritt sykehusvalg, i og med at det blir færre sykehus å velge mellom for pasientene. Samtidig erfarer vi at mange er villig til å reise langt for å få det beste når det gjelder planlagte sykehusinnleggelser.

En god utvikling av lokalsykehuset betinger et godt samarbeid med de lokale aktører. Siden St Olav er Trondheim kommunes lokalsykehus forventer vi et godt samarbeid rundt videreutviklingen av tilbudet ved vårt lokalsykehus.

Akuttberedskapen skal reduseres til fordel for planlagte innleggelser. Det er i den forbindelse viktig at det først eller samtidig bygges opp tilbud som forebygger behov for akuttberedskap gjennom satsing på forebygging og tidlig intervensjon, f eks gjennom poliklinisk oppfølging. Dette betinger økt kunnskap om risikofaktorer, risikogrupper og om potensialet som ligger i forebygging og lærings- og mestringsarbeid. Dette betinger videre samarbeid med kommunen både om forskning, tjenesteutvikling og kompetanseoverføring. Dersom det forventes at ansvaret skal ivaretas i kommunen istedenfor gjennom for eksempel poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten, må man forhandle med kommunene om en løsning. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten ikke bygger ned sine tjenester før kommunene i så fall har fått ressurser og tid til å bygge opp alternative strategier.

## Trondheim kommune

Trondheim kommune er enig i prinsippene som er lagt til grunn for fødselsomsorgen og akutt-tilbudet for barn.

Det legges opp til at legevaktstjenesten samlokaliseres med felles akuttmottak (FAM). Dette er ikke i tråd med Trondheims framtidige strategi på området. Trondheim kommune vurderer mulighetene for en framtidig samlokalisering av legevaktstjenesten sammen med andre kommunale beredskapstjenester, evt. lokalisert til Øya helsehus. En av grunnene til det er at samlokalisering med kommunal institusjon gir stordriftsfordeler for kommunen, og samarbeidsmuligheter om legedekning ved den kommunale institusjonen. Et annet argument er at samlokaliseringen i form av et felles akuttmottak fører til at publikum oppfatter legevaktstjenesten til å være sykehusets ansvarsområde, og ikke kommunens.

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

Når det gjelder tjenesteorganisering innad i spesialisthelsetjenesten, så er det viktig at det bygges ut systemer for veiledning og kompetanseoverføring til kommunene, f.eks. ved utbygging av ambulante tjenester (ambulante team). Disse systemene må ivareta enkeltpasienter med kompliserte sykdomsbiler i tillegg til kurs og utviklingsarbeid.

Trondheim kommune har gode erfaringer på å utvikle felles tiltak og tjenesteutvikling i samarbeid med St. Olavs hospital HF, og vi tror potensialet er enda større. Særlig gjelder det området tidlig intervensjon og forebygging for de store pasientgruppene, men også lærings- og mestringsvirksomheten. Samtidig er det viktig at vi utvikler gode systemer for samarbeid rundt mer sjeldne sykdommer hvor kommunene er helt avhengig av kompetanseoverføring for å kunne ivareta sine oppgaver.

- **Andre tilbakemeldinger.**

Tilgang på arbeidskraft og kompetanse er en utfordring for både helseforetak og kommunehelsetjeneste. Her vil vi konkurrere med hverandre i årene fremover, og et kreativt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten kan være en av god løsningene. Det er viktig at vi bygger opp en kultur for helhetlig tenkning der begge parter søker etter vinn-vinn-løsninger.

De siste årene er det oppstått en del nye begreper som kan være vanskelig å skille for publikum, for eksempel begreper som lokalmedisinske senter, distriktsmedisinske senter og helsehus. Noen ganger dreier dette seg om kommunale institusjoner, andre ganger er det helseforetak i spesialisthelsetjenesten, og det kan også være institusjoner hvor man har inngått forpliktende samarbeid som også inkluderer delfinansiering. Etter hvert kan det også være vanskelig å se

## Trondheim kommune

forskjellen på disse nye institusjonsformene og lokalsykehus. Det er derfor viktig å definere slike begreper, da det lett kan oppsto misforståelser dersom det konkrete innholdet i begrep ikke er beskrevet mht innhold og funksjon.

Rådmannen i Trondheim, 07.05.2010

Helge Garåsen  
kommunaldirektør

Oddrun Linge  
rådgiver

*Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift*