

## Til Helse- og omsorgsdepartementet

### Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

Viser til brev fra HOD med ref. 21/4044 hvor helsefellesskapene inviteres til å komme med innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan, som i etterkant er varslet vil omtales Helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helsefellesskapet Troms og Ofoten har behandlet saken og fått innspill fra kommunene, fastlegene og helseforetaket. Det er ikke kommet innspill fra brukerrepresentantene.

#### Helsefellesskapet har følgende tilbakemeldinger basert på spørsmålene fra HOD:

**1. *Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?***

Rammevilkårene for samarbeid har ikke endret seg nevneverdig etter etablering av helsefellesskapet all den tid kommunenes samhandlingsleder ikke er ansatt. Det betyr at kommunene fremdeles opptrer noe fragmentert og fremmer få saker i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Helseforetaket synes å ha både forutsigbare økonomiske rammer og personellressurser til å gjøre dette. Dette har medført at det er UNN som stort sett melder saker til behandling i SSU.

Det er utfordrende for SSU å fastslå hvilken type beslutninger som er egnet i dette organet. Det er imidlertid full enighet om at rekruttering og stabilisering, og robuste fagmiljø i kommunene og sykehuset er felles utfordringsområder og viktige tema i helsefellesskapet. Ishavserklæringen (partnerskaps erklæring vedtatt i partnerskapsmøtet våren 2021) har vært et godt hjelpemiddel for prioritering og styring av aktiviteten så langt. Det er etablert flere faglige samarbeidsutvalg (FSU), og det blir spennende å se hva disse kan oppnå og videreutvikle av gode tjenester.

Det er foreløpig ikke etablert god nok felles forståelse mellom partnerne av hva vi skal samhandle mer om. Det er åpenbart en statlig intensjon at kommunene skal gjøre mer og ha ansvar for flere oppgaver, men hva dette er kan framstå som noe uklart. Det er også åpenbart at ulike kommuner har ulike forutsetninger, både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Det kan på enkelte områder være behov for å vurdere en mer fleksibel oppgavefordeling. Spesialisthelsetjenesten må i større grad understøtte kommunene på prioriterte satsingsområder. Kommunene uttrykker at spesialisthelsetjenesten involverer (verts-)kommunene for lite i prosesser rundt funksjonsfordeling innad i helseforetaket og omfang av ambulansvirksomhet.

Helsefellesskapet Troms og Ofoten har besluttet å gi fastlege- og brukerrepresentanter stemmerett i SSU. Dette har medført en del diskusjon når det gjelder fastlegestemmen. Kommunene hadde forstått det slik at helsefellesskapet består av to partnere. Fastlegene på sin side oppfattet tidligere statsråd Høie dit hen at helsefellesskapet er et likebyrdig partnerskap mellom tre partnere. Fastlegens mener deres sentrale rolle i forhold til pasient og pasientflyt, beskrevet som *navet* i helsevesenet, er avgjørende for at fastlegene er den 3. partneren i helsefellesskapet. Deres stemme er derfor like viktig som kommunenes og helseforetakets stemmer. Fastlegene oppfordrer til at dette tydeliggjøres fra nasjonalt hold i neste NHSP.

Etablering av helsefelleskap har vært positivt og det har vært formålstjenlig å forankre samarbeidet i et partnerskapsmøte. Det var gunstig at det her ble vedtatt et strategisk styringsdokument for å gi retning for prioriterte samarbeidsområder (Ishavserklæringen). Nye prosjekt er etablert, men likevel noe bremset av pandemien som har krevd mye fokus. Vi har foreløpig ikke fått etablert kommunal sekretariatsfunksjon, men dette er nært forestående. Dette har vært en krevende prosess, med politiske innspill vedrørende lokalisering av sekretariatsfunksjoner.

***2. Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?***

Kommunene har mindre muskler til å gjøre forsknings- og utviklingsarbeid. Kommunene blir avhengige av hva sykehusene legger opp til og hva kommunene kan få av tilskuddsmidler.

I Troms og Ofoten er det som regel et høyt antall utskrivningsklare pasienter (USK) inneliggende, spesielt ved UNN Tromsø og UNN Harstad. Antall liggedøgn for USK i UNN-området overskrider langt det nasjonale gjennomsnittet. Det er god dialog mellom sykehuset og de kommunene som i størst grad har USK, men det er ingen tvil om at dette til tider utfordrer pasientforløpene og pasientsikkerheten. Denne utfordringen er vanskelig å håndtere/løse gjennom helsefelleskapet.

Partnerne i helsefelleskapet står et stykke fra hverandre når det gjelder forståelse og kunnskap om hverandres utfordringer/ muligheter. Spesialisthelsetjenesten har noe manglende tillit /innsikt i hva ambulante helsetjenester i en kommune kan tilby av avansert oppfølging. Dette blir en hemmer for gode pasientforløp. Gode prosesser for å dele informasjon om hverandres tjenester på lokalt nivå er derfor nødvendig.

Datasystemer (EPJ) som er benyttet i forskjellige faser av pasientforløp snakker ikke sammen og manuelle flaskehalsar skaper utfordringer for fagfolk og pasienter for kvalitet og gir sviktende informasjonsgrunnlag. Partnerne må planlegge flere prosedyrer sammen. Det er behov for bedre koordinering av neste trinn i pasientforløpet. Det er fortsatt mangel på nasjonale helhetlige tiltak på området digitalisering. I Ofoten-regionen jobbes det konkret med å adressere disse utfordringene gjennom en omfattende felles OU-prosess i forbindelse med etablering av Nye UNN Narvik og Helsehuset (Narvik kommune).

I samhandlingsreformen (2012) var det meldt en kommende styrking av fastlegeordningen. Denne har ikke kommet og det påvirker både pasientforløpene og fastlegenes mulighet til å delta i nødvendig utviklingsarbeid.

En sentralt trekk i nåværende helse- og sykehusplan er at tjenester skal planlegges fra sengepost i sykehus eller sykehjem til mer spesialiserte tjenester i brukers hjem. Planen sier at pasienter i større grad skal oppleve spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Foreløpig er det ikke blitt slik. Under et nettverksmøte for helsefelleskapene presenterte Anders Grimsmo undersøkelser fra andre land som viste at de beste resultater oppnås når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet. Det må ses nærmere på hvordan dette kan gjøres i praksis.

Tilbud innen ØHD (øyeblikkelig hjelp døgn) er foreløpig ikke velfungerende, med til dels uklare og ukjente retningslinjer og for tungvinte prosedyrer. Samhandlingsreformens intensjon om kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjenesten har ikke blitt gjennomført som tenkt. Kommunene registrerer at innleggelse til psykisk helsetjeneste er for vanskelig.

Fastlegene savner at 2. linjetjenesten tar veilederrollen på større alvor for at de prioriterte pasientgruppene skal få den beste behandling der de bor. Fastlegene har behov for at spesialisthelsetjenesten ivaretar sin veilederrolle på en ansvarsfull måte. De mener flere avdelinger i UNN bør kunne tilby ambulerende team som inkluderer sykehusspesialist, slik at pasienten kan få den beste behandlingen hjemme og fastlegen kan få den veiledning og støtte den trenger.

Sammenhengende og bærekraftig er vage størrelser. Det er ønskelig at dette tydeliggjøres og konkretiseres nærmere i neste NSHP.

De prioriterte pasientgruppene, men i særdeleshet eldre pasienter med sammensatte lidelser, forutsetter en sterk lokalsykehusfunksjon. Disse pasientene vil være hovedtyngden av det vi som helsepersonell skal holde på med i framtiden. Lokalsykehusfunksjonen i regions- og universitetssykehusene må derfor være et hovedsatsningsområde i årene som kommer. Det er selvfølgelig uomtvistelig at universitetssykehusene fortsatt skal være nettopp *det*. Men kommunene og fastlegene er opptatt av at universitetssykehuset også skal ha en sterk lokalsykehusfunksjon, og mener dette må være et hovedsatsningsområde de neste årene.

**3. *Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefelleskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?***

Stormottakersatsingen og pasientsentrerte helsetjenestetteam (PSHT).

Psykisk helseteam barn og unge (Narvik)

FACT (fleksible oppsøkende behandlingsteam psykisk helse og rus)

Hverdagsrehabilitering/innsatsteam som sees sammen med PSHT, ART, Geriatrisk team, og sengeposter

Felles OU-prosess i forbindelse med etablering av nytt sykehus og Helsehus i Narvik

To av våre FSU-ene er videreføringer av tidligere råd, med noen endringer. Dette gjelder FSU Fastlegerådet og FSU Akuttmedisin. FSU Akuttmedisin har fått breddet ut «Trygg Akuttmedisin» i hele Troms og Ofoten. Tiltaket består av prehospital teamtrening mellom AMK, ambulansesarbeidere, kommunalt helsepersonell og sykehuspersonell etter fast prosedyre og sjekklister.

De øvrige FSU-ene er såvidt i gang, så for tidlig å gi noen tilbakemelding fra disse. FSU Rekruttering og stabilisering er i gang med et større kartleggingsarbeid og utvikling av felles verktøy til bruk i kartlegging av personell og kompetanse. Personal- og kompetansemangel er kanskje den største utfordringen vi har felles og dette bør være et av fokusområdene i neste NSHP.

**4. *Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?***

Bedre finansiering av samhandlingssekretariatet på kommunal side.

Har det vært mulig med flere nasjonale maler/pakkeforløp for flere pasientgrupper som utgangspunkt for pasientforløp på lokalt nivå, hvor konkrete forventninger til samarbeidspartnerne framkommer? Tilhørende finansiering må også avklares og beskrives.

Evaluering og justering av ordningen med utskrivningsklare pasienter (USK).

Kommunene har dratt nytte av ulike nasjonale tilskuddsordninger til utvikling av ulike tilbud, og er den muligheten de har til å delta også i utviklingsarbeid sammen med helseforetaket. Det blir likevel utfordrende når utviklingsprosjekter skal over i drift grunnet økonomi. Kan nasjonale myndigheter gjøre noe for å sikre overganger fra prosjekt til drift?

Helsefelleskapet savner mer synlig effekt i etablering av e-helsedirektoratet. Vi hadde forventet mer konkret støtte og forbedringsarbeid fra dette direktoratet.

Det må fortsatt gjøres et arbeid med å etablere bedre felles styringsdata. Det er også behov for å iverksette tiltak som skal sikre raskere og bedre felles tilgang på den samme pasientinformasjonen.

Mye kan og bør gjøres på området digitalisering. Teknologiske løsninger og finansiering av dette må tas grep om nasjonalt for å sikre likeverdige tjenester i landet.

Fastlegene etterlyser at HOD, Helsedirektoratet og FHI forankrer sine planer, veiledere og strategier hos de som utfører jobben i helsetjenesten. For å lykkes med fremtidens helsevesen tenker fastlegene det er nødvendig at departement og direktorat er nøye på riktig vektning og balanse mellom sykehusspesialister og allmennspesialister innspill. HOD og Helsedirektoratet kan f.eks. bidra til at makt-ubalansen mellom kommuner, sykehus og fastleger utjevnes gjennom et bedre og tydeligere avtaleverk.

**5. *Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?***

Kan KS få en sterkere rolle i samhandling gjennom deltakelse i eller ved å understøtte helsefelleskapets sekretariatsfunksjon?

Det regionale helseforetaket har ikke en aktiv rolle i de enkelte helsefelleskapene og er per nå lite synlig. Det bør vurderes om RHF-ene skal involveres mer og hva de eventuelt skal bidra med for å understøtte lokalt arbeid. RHF-et kan påta seg rollen som et viktig talerør inn mot nasjonale myndigheter. Det bør også ses på om det er behov for en regional overbygging mellom helsefelleskapene i Nord-Norge.

Uavhengige støttespillere er viktig. Statsforvalter er en slik aktør, det samme gjelder utdanningsaktørene. Begge disse har i dag møte- og talerett i vårt helsefelleskap.

Dersom det finnes regionale råd/grupper med samfunnsmedisinere/arbeidsmedisinere burde disse involveres i helhetlig vurdering av hva som er til det beste for folkehelse og spesielt pasienter i de fire prioriterte gruppene. Dette vil henge nært sammen med ett av våre satsingsområder i Ishavserklæringen som gjelder egenmestring, forebygging og helsefremmende tiltak.

#### **6. *Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?***

Forskryvning av oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste er til dels riktig vei å gå, men noen oppgaver bør og skal ikke overføres. Hvilke oppgaver som skal overføres og i hvilket tempo, må være like godt forankret på begge sider. For at en skal lykkes med denne venstreforskryvningen, må det samtidig skje en økonomisk forskryvning, altså at midler må følge med. Overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten skal være avklart og avtalt gjennom gode prosesser i forkant. Kommunal finansiering må øke i takt med økt oppgaveomfordelingen.

I gjeldende NHSP er de fire prioriterte pasientgruppene et gjennomgående premiss. I neste NHSP bør utfordringsbildet knyttet til den høyspesialiserte tjenesten og videreutvikling av denne også løftes fram. Utviklingen av høyspesialiserte tjenester går raskt i retning av blant annet mer avanserte, hybride intervensjoner som erstatning for tradisjonell åpen kirurgi, mer avansert diagnostikk med avanserte genetiske undersøkelser, nye bildemodaliteter (som mer PET) etc som grunnlag for mer avansert og persontilpasset behandling. Dette krever både avansert utstyr og ikke minst svært spiss kompetanse, der kravene vil øke raskt fremover. Dette representerer potensielt store utfordringer i forhold til å sikre et likeverdig, høyspesialisert tilbud i hele landet. Vi foreslår derfor at den kommende planen også fokuserer på disse utfordringene.

Det ønskes også en tydeliggjøring i ny NHSP hvordan prioritering skal skje i innen psykisk helse, som erstatning for «den gyldne regel».