

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Adresse: postmottak@hod.dep.no

Vår referanse

Kommunalt helseleiarforum, nordre Sunnmøre
v/ Synnøve Vasstrand Synnes, kommunalsjef Ålesund kommune

Innspel til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027

Nasjonal helse- og sykehusplan er først og fremst ein sjukehusplan der det som omhandlar kommunane gjeld samhandling med helseføretaket/spesialisthelsetenesta. Nasjonale føringar for kommunane innan helseområdet finn ein i andre stortingsmeldingar som; «Folkehelsemeldingen», «Fremtidens primærhelsetjenester – nærhet og helhet», «Leve hele livet», «Handlingsplan for allmennlegetjenesten» m.m.

Uttalen til ny helse- og sjukehusplan er derfor først og fremst knytt til samarbeidet med helseføretaket/spesialisthelsetenesta.

Frå parter til partnarar og etablering av Helsefelleskap

I ny nasjonal helse- og sjukehusplan bør ein vere endå tydelegare enn tidlegare på viktigheita av at kommunane og helseføretaka er likeverdige partnarar. Dette er viktig for å få til gode, koordinerte og berekraftige tenester.

Helsefelleskap Møre og Romsdal vart etablert i 2021 og er i oppstartsfasen. Det har ein omfattande struktur med 12 faglege samarbeidsutval. Kommunane tenker at Helsefelleskapet kan bli ein viktig arena for vidare utvikling av eit likeverdig partnaraskap, men det er heilt naudsynt at statleg finansiering av «felles samarbeidssekretariat» held fram. Det er vanskeleg for kommunane å finne rom til å finansiere dette sjølv innanfor knappe budsjettammer.

Eit reelt og likeverdig partnaraskap vil krevje samordning både mellom kommunar, og mellom kommunar og helseføretak. Det må etablerast dialogfora og ein må ha gode avtalar for ansvar og finansiering. For at kommunane skal verte einige om saker og tiltak så krev dette samordning, og då må ein ha møteplassar. Dersom ein får dette på plass, vil det vere lettare for kommunane å ta regi og initiativ til saker som skal behandlast i Helsefelleskapet.

Det kan opplevast som om Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet har ein tettare dialog med spesialisthelsetenesta enn med kommunane. Dette gjer at kommunane ikkje alltid får den «drahjelpa» og dei ressursane som er naudsynt til omstilling, for å kunne drifte vår del av samarbeidet om pasientane. Det er positivt at ein nasjonalt ser behovet for å styrke kommunane si moglegheit for samarbeid med spesialisthelsetenesta. Felles planleggingsprosessar vil krevje ei styrking av kommunane si økonomiske ramme knytt til prioriterte satsingar (t.d. pakkeforløp). Dette vil også omfatte satsingar for å førebygge slik at funksjonsnivå kan oppretthaldast gjennom heile livet.

Helseføretaka blir i for stor grad opplevd som ein «bestiller» til kommunane. Helseføretaka riggar seg ofte raskt for tidlegare utskriving, og kommunane får då ei større rolle når det gjeld å behandle fleire og sjukare pasientar. Faren er at ein ikkje alltid får tid til å opparbeide kompetanse og kapasitet.

For å ha god planlegging om felles pasientgrupper, må målet vere tidleg identifisering av pasientar i risiko/kunne predikere risiko for forverring av helsetilstand. For å få til dette er det viktig med styringsinformasjon. HelseDirektoratet må i større grad bidra med å utvikle standardiserte styringsdata og kvalitetsindikatordata som kommunane og helseføretaka kan nytte i fellesskap. Det er viktig at indikatorar og styringsverktøy blir utvikla i lag med kommunane slik at disse er i samsvar med behova i kommunane. Sentrale signal tyder på at kommunane vert rekna som grunnmuren i helsetenesta i landet. Det er difor behov for å samordne både styringsdata og økonomiske insentiv. Som ein del av dette arbeidet, bør det også forskast meir i kommunane (per i dag går berre 10 % av forskingsmidlane frå Forskningsrådet til kommunane).

Demografi, rekrutteringsutfordringar og god utnytting av ressursar, bør vere viktige premisser for å jobbe med samordning og samarbeid. Dette kan inkludere både samlokalisering av tilbod som kommunane og spesialisthelsetenesta har, og bruk av digitale kommunikasjonsformer m.m. Utvikling av felles tilbod basert på behovet i regionen ser kommunane på som positivt.

Journalssystema i kommunane og helseføretaka er ulike. Det er viktig for kommunane at ein har nasjonale løysingar som ivaretek informasjonsflyt og samhandling om og med pasientane. Dette må også gjelde ut over vår eigen region, der ein er med i forprosjekt Helseplattformen.

For å sikre gode rutinar for henvisning, innleggingar og utskriving bør det utviklast nasjonale samarbeidsavtalar/reglar.

Prioriterte pasientgrupper

Barn og unge

Samarbeid, koordinering og gode overgangar mellom tenester er særskilt viktig for kunne gi gode tenester til barn og unge. Kommunane og spesialisthelsetenesta bør i større grad ha felles samhandlingsarena og samarbeide om ambulante tenester/tilbod.

Psykisk helse og rus

Psykiatrien bør få større fokus. Samhandlingsreforma legg opp til at kommunane må ta ansvar for meir komplekse diagnoser. Det er då viktig at kommunane får tilstrekkeleg med ressursar til å kunne mobilisere eit tenestetilbod med tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet.

Ambulerande team frå spesialisthelsetenesta kan vere god bruk av ressursane, men for å få til eit godt samarbeid så bør det vere kontakt og samarbeid mellom dei ulike nivåa.

Personar med psykisk utviklingshemming har også psykiske helseproblem og spesialisthelsetenesta definerer desse ofte ut av tilbod i psykisk helsehjelp. Det er viktig at alle får eit godt tilbod, og at ingen blir definert ut.

Skrøplege eldre

Det er viktig å ikkje diskriminere eldre som treng å oppretthalde eit godt funksjons- og aktivitetsnivå heile livet, ref. Kvalitetsreforma «Leve hele livet». Etter 67 år mistar ein t.d. tilbodet om spesialisert rusbehandling.

Personar med fleire kroniske lidningar

Når det gjeld personar med fleire kroniske lidningar, finst det eit stort spekter av ulike diagnoser som kan verke inn på kvarandre. Her er det ein stor kulturforskjell mellom spesialisthelseteneste og kommunar. Det er behov for å sjå på felles interesser i diagnosesetting og kva verdi pasienten opplever i forhold til dette i ulike samanhengar, og kva som er viktig for pasienten knytt til dette.

Utadvendte sjukehus og spesialisthelsetenester i heimen

Det er viktig at ansvaret mellom kommune og helseføretak er avklart før spesialisthelsetenesta leverer tenester i heimen. Dette for å unngå konflikhtar om felles pasientar og for å kunne vere likestilte partnerar.

Ansvar og mynde må avklarast både prinsipielt og reint operativt. Samhandling i praksis krev auka samarbeid og tidsbruk til koordinering.

Dersom helseføretaka skal fasilitere helsetenester i heimen, vil dette bli registrert gjennom aktivitetsdata for spesialisthelsetenesta. Dersom dette betyr at meir av helseføretaka si verksemd skal flyttast ut i kommunane, og at dette krev auka kompetanse frå kommunane si side, må det byggast kompetanse og kapasitet i kommunane. Dette krev tid og ressursar.

Kommunane er positive til at spesialisthelsetenesta skal levere fleire tenester i heimen. Faren er likevel at ansvaret vert viska ut, at spesialisthelsetenesta «bestiller» tenester i kommunen som kommunen ikkje er rigga for, eller at ansvar og roller ikkje er avklara.

Med helsing

Lene Bjørlo Overå, kommunalsjef Giske kommune

Jan Ove Gravdal, kommunalsjef Fjord kommune

Kjetil Helge Fylling, kommunalsjef Sula kommune

Synnøve Vasstrand Synnes, kommunalsjef Ålesund kommune