

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
21/14891-4

Saksbehandler:
Hanne Katinka Solhaug
+47 45490880

Dato:
01.04.2022

Svar på høringsuttalelse: Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 (av 31.3.2022)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har invitert kommuner og helsefelleskapene til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan (tidl. sykehusplan) 2024–2027.

Helse- og velferdsutvalget i Tromsø kommune har følgende tilbakemeldinger basert på spørsmålene fra HOD:

- 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 helsefelleskapet 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 helsefelleskapet.

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 rent konkret framstår som 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 kommunen på prioriterte satsingsområder. Som vertskommune for spesialisthelsetjenesten opplever vi at vi blir for lite involvert i prosesser rundt funksjonsfordeling innad i helseforetaket.

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 enn hva tilfellet er for spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir avhengige av hva sykehusene legger opp til og hva kommunene kan få av tilskuddsmidler.

Tromsø kommune har over tid hatt et høyt antall utskrivningsklare pasienter (USK) inneliggende ved UNN Tromsø. Det er god dialog mellom sykehuset og kommunen, 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 flaskehals 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 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, selv om internasjonal forskning viser at de beste resultater oppnås når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet. Det må ses nærmere på hvordan dette kan gjøres i praksis.

Tromsø kommune erfarer ofte at innleggelse til psykisk helsetjeneste er for vanskelig. En stadig nedbygging av sengekapasiteten innen psykisk helsetjeneste gir store utfordringer til kommunene. 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.

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 helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?*

Stormottakersatsingen og pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) er gode eksempler på dette. FACT (fleksible oppsøkende behandlingsteam) innen psykisk helse og rus likeså. Hverdagsrehabilitering/innsatsteam som sees sammen med PSHT, ART, Geriatrisk team, og sengeposter.

To av FSU-ene som Helsefellesskapet har oppnevnt er videreføring 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.

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 felles utfordringen vi har, og dette bør være et av fokusområdene i neste NSHP.

4. *Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene 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.

Ønskelig 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?

Helsefellesskapet 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 vekting 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. 5 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?*

Forskyvning 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 venstreforskyvningen, må det samtidig skje en økonomisk forskyvning, 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. Det ønskes en tydeliggjøring i ny NHSP hvordan prioritering skal skje i innen psykisk helse, som erstatning for «den gyldne regel».

Med vennlig hilsen

Magne Nicolaisen
Direktør, avdeling for helse og omsorg

Hanne Katinka Solhaug
Rådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopi til: Avdeling for helse og omsorg, adm. v/ Magne Nicolaisen

