



Nord-Aurdal kommune

Helse- Og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:

JOHVEB - 22/16265

Vår dato:

02.10.2022

Innspill fra Nord-Aurdal kommune til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Nord-Aurdal kommune viser til brev av 3. august 2022, der Helse- og omsorgsdepartementet har invitert kommunene til å gi skriftlig innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Kommunen støtter signalene om å endre navnet fra sykehusplan til samhandlingsplan, som signaliserer kommunene og sykehusene sitt likeverdige og helhetlige ansvar for å tilrettelegge helsetjenester.

Nord-Aurdal kommune sitt innspill til meldingsarbeidet har ikke vært mulig å behandle politisk innenfor tidsfristen. Det har samtidig vært ønskelig å benytte seg av muligheten til å komme med innspill, men kommunen tar forbehold, som følge av at disse kun er faglig- og administrativt forankret.

Pkt1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere? og pkt 2. hvilke tiltak er aktuelle?

a) Variierende kjennskap til hverandre sitt ansvar og tjenester

Helsepersonell i kommuner og i sykehus har varierende kjennskap til hverandre sitt samfunnsansvar og tjenester. Kommunene har fokus på å forebygge, mestre og utnytte egne ressurser hos innbygger, mens på sykehus er det tradisjonelt fokus på utrede, diagnostisere og behandle pasienter. Ulike samfunnsoppdrag, krav til effektivisering i kommuner og sykehus, og ikke omforent felles forståelse av styringsparametere som understøtter begge samfunnsoppdragene og deres omstillingsbehov, gjør det blant annet krevende å forstå hverandres utfordring og behov.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Flere samhandlingsarenaer blant helsepersonell i utøvende tjeneste uansett forvaltningsnivå i de kritiske overgangene.
- Felles tjenesteutvikling og sette felles mål for brukerne (pasientene).
- Systematisk oppfølging av avvik- og kritisk hendelser fra overgangene på alle forvaltningsnivå eks. daglig samhandlingsarena, faglig- og administrativt nivå, øker felles innsikt.
- Felles styringsparametere som ivaretar begge perspektiver og ser hvordan omstillingsbehovet hos begge parter påvirker ressurs, kompetanse og kapasitet.
- Videreutvikle felles planlegging og prioritering på alle nivå.
- Informasjon mellom partene om hvor det er mulig å innhente oversikt over tjenestene.

b) Ulik samhandlingskultur

Samhandlingen mellom helsepersonell i de ulike forvaltningsnivåene må utvikles til å bli likeverdige partnere. Ulik styringslinje, finansieringssystem, kapasitet og tilgang til personell og kompetanse, har bidratt til at det ikke er likeverd mellom partene. I dag er det en stor ubalanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på tilgang til nøkkelressurser og kompetanse i felles tjenesteutvikling. Dette medfører at kommunene ikke har like stor kapasitet og ressurser som sykehuset, til å bidra med sitt perspektiv inn i felles prosesser. Dette medfører en stor risiko, for at sykehuset da tar definisjonsmakten for kommunene, som ikke understøtter likeverdige partnerskap. Generalistkompetansen i kommunene og spesialistkompetanse i sykehusene har samme verdi når vi skal utvikle fremtidige bærekraftige tjenester. Vi har felles brukere (pasienter) som skal ha gode tjenester, og brukerne forventer at kommuner og sykehus jobber godt sammen. I et godt partnerskap, spiller vi hverandre gode og vi ønsker å lykkes sammen.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Tilskudd til kommunene som sikrer nok kapasitet, ressurs og kompetanse inn i samarbeide om felles tjenesteutvikling med sykehusene.
- Felles modell for tjenesteutvikling som sikrer god oppstart og forankring, felles forståelse og beslutningspunkter i alle faser.
- Samarbeidsavtaler med definert oppgaver og ansvar for overgangene.
- Samarbeidsavtale som sikrer drøfting og avklaring av gevinster og konsekvenser før implementering av nye tjenester.
- Felles tjenesteutvikling mellom kommuner og sykehus med likeverdig representasjon

c) To styringslinjer- og forvaltningsnivå som har ulike finansieringssystemer

Kommunene og helseforetaket har ulike finansieringssystemer som ikke understøtter samhandling og nye måter å utføre tjenestene på. Dagens finansieringssystem gir den ene part definisjonsmakten i pasientflyten, som er uheldig, og dette understøtter ikke god pasientflyt og likeverd i samhandling. Nasjonale signaler om økt desentraliserte tjenester understøttes ikke i dagens finansieringssystem, som medfører oppgaveforskyvning uten kompensasjon til kommunal ramme. Disse forholdene kan medføre at nye gode initiativ til samhandling og tjenesteyting ikke blir gjennomført, som følge av at kommunen ikke har økonomi til dette.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Finansieringssystemet må legge til rette for økt kvalitet i tjenestene, stimulere til økt tverrfaglig samhandling, pasientflyt og nye bærekraftige arbeidsformer.

d) Digitalisering - Informasjonsutveksling og dokumentasjon i pasientforløp

I dag er det i liten grad mulig å sikre at relevant informasjon følger innbygger inn på sykehus og ut av sykehus, eller mellom tjenester i kommunen. Det er ikke tilrettelagt for at eks. individuell plan fra fastlege/kommunale tjenester er tilgjengelig for sykehuset og visa versa. Dette medfører utfordring i oppfølging og kontinuitet i forebygging, mestring og behandling. I tillegg er dagens kodeverk ikke utviklet i tråd med ny tjenesteutvikling eller nye kartleggingsverktøy for funksjonskartlegging. Dette medfører at det kan være utfordrende for sykehusene å beskrive diagnosen enkelt, eksempel er at dagens kodeverk ikke understøtter

å sette diagnose eks. skrøpeligheit. For kommunene følger ikke kodeverket utviklingen av endret funksjonskartlegging, som vanskeliggjør enkel og korrekt informasjon på funksjon og endring av denne. Dette medfører at relevant informasjon om diagnose og funksjon ikke kan deles mellom aktørene, samt at oppfølging av funksjonsendringer hos innbygger kan bli mangelfull. Mangelfullt kodeverk og manglende funksjonalitet i dagens fagsystemer, som ikke følger utviklingen i klinisk tjeneste, medfører ekstra dokumentasjonstid for helsepersonell og mangelfulle effektive systemer for å fange opp endret i funksjon hos pasient.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Kodeverk og funksjonalitet for dokumentasjon i dagens systemer må følge tjenesteutviklingen og oppdateres raskere.
- Digitale samhandlingsverktøy må følge utviklingen innen nye arbeidsformer og sikre at helsepersonell uansett forvaltningsnivå, innbygger og pårørende må kunne samhandle sømløst og sikkert.

e) Mangel av personell og kompetanse i kommunene

Det blir stadig vanskeligere å rekruttere og beholde helsepersonell. Erfaringer fra sommeren 2022, er at enkelte kommuner ikke har klart å rekruttere ferievikarer. Det er flere personellgrupper som det er vanskelig å rekruttere eks. jordmor, sykepleier, vernepleier og ikke minst fastleger. I felles planlegging og tjenesteutvikling, er det spesielt kritisk at fastleger ikke har kapasitet til å prioritere sin deltakelse.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Innen helsefelleskap eller innen helseregioner kan det settes like vilkår for lønn, turnus og kompetanseutvikling.
- Det bør i større grad legges til rette for 100% stillinger til de som ønsker det.
- Vi må i større grad sikre at helsepersonell har oppgaver som er i tråd med sin utdanning, og flytte oppgaver eller etablere nye personellgrupper, for å beholde personell.
- Vi må tilstrebe å legge til rette utviklingsmuligheter til medarbeidere i tråd med ønsket karriereretning.
- Det kan etableres tverrfaglige team og hospiteringsordninger innen kommune, på tvers av kommune og mulig på tvers av kommuner og sykehus.
- Utdanningsinstitusjonene må utvikle sin praksisordning i tråd med tjenesteutviklingen i kommunene.
- Det bør vurderes økt desentralisert utdanning, og samtidig balansere poengkravene, slik at en ivaretar geografisk nærhet ved ønske om utdanningssted.
- Fastlegeordningen må stabiliseres.

f) Omfang av nasjonale føringer og omstillingsprosesser

Ambisjonsnivået i neste nasjonale helse- og samhandlingsplan, må være noenlunde avstemt med det som er helsefelleskapenes samlede ressurser og kapasitet, på å drive omstillingsarbeid og innovasjoner i tjenestetilbud. Felles tjenesteutvikling krever finansiering ut over ordinær drift. Dagens tilskuddsordninger gir ikke den investeringen som er nødvendig, for å sikre likeverdighet i felles tjenesteutvikling mellom kommuner og sykehus. Et større omfang av samhandlingsprosjekter mellom partnerne, medfører også systemer for

å ivareta eierskapet og styring av disse. De skal også følges opp med implementering og ikke minst sikre effekt for innbygger.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Ekstern finansiering til innovasjonsprosjekter i helsefelleskap.
- Koordinering av like initiativ mellom departementer og etater, for å redusere omfang av parallelle utviklingsprosesser.
- Legge til rette for at kommuner og helseforetak får så like rammevilkår som mulig til felles planlegging, tjenesteutvikling, implementering og oppfølging av effekt.

g) Ikke godt nok kunnskapsgrunnlag

Kommunene har behov for økt innsikt i hva som virker, og det må satses på mer forskning innen forebygging, mestring og funksjon, samt pasientforløp og samhandling. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ikke i dag likeverdige rammebetingelser for å sikre forskning innen sitt samfunnsoppdrag.

Tiltak som kan være aktuelle:

- Økt finansiering til helsetjenesteforskning i kommunal sektor.
- Øremerket forskningsmidler til pasientforløp, samhandling og nye arbeidsformer i regi av helsefelleskapene.

3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Kommunene på Innlandet har mange utviklingsprosjekter sammen med Sykehuset Innlandet, og vi viser til oversikten som er sendt inn som en del av innspillet fra Helsefelleskap Innlandet, fra april 2022. Eksempler derfra er:

- SAM-AKS er samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatris avdeling i Sykehuset Innlandet innen demens.
- Talestyrt hodekamera med videokommunikasjon mellom kommuner og sykehuset for vurdering og behandling av pasienter.
- I et samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Innlandet er det etablert lokalmedisinske senter i Valdres (på Fagernes) og i Nord-Gudbrandsdal (på Otta), og et spesialistsenter på Hadeland.
- Det er etablert flere FACT-team på Innlandet.
- Sykehuset Innlandet og Valdres lokalmedisinske senter (VLMS) skal i gang med et utviklingsarbeid med å utrede spesialisthelsetestetilbudet i VLMS.

Med hilsen

Vebjørn Johansen
Kommunalsjef for helse og omsorg

Etter våre rutiner er dette brevet godkjent og sendt uten underskrift