



Høring Regional utviklingsplan 2040 Helse Sør-Øst

Felles høringsinnspill fra kommunene i Gardermoreregionen

Innledning

Kommunene i Gardermoreregionen (Ullensaker, Eidsvoll, Nes, Nannestad, Gjerdrum og Hurdal) avgir felles administrativt høringsinnspill i forbindelse med Regional utviklingsplan 204 for Helse Sør-Øst, innen fristen 30.september 2022.

Revidert utviklingsplan er en oppdatering av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035, vedtatt i desember 2018, og skal ikke innebære noen vesentlig endring av den retning/utvikling av spesialisthelsetjenesten som tidligere er satt. Den viderefører de overordnede satsingsområdene, samtidig som læringspunkter og erfaringer fra forrige planarbeid er innarbeidet.

Planen er todelt, første del beskriver de viktigste trendene og satsingsområder, andre del omtaler rammer og forutsetninger for å få nå målene som er satt.

Fire hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode pasienterfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Seks satsingsområdene som skal bidra til at målene nås:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering (nytt satsningsområde fordi man har erfart at samarbeid med pasienter/pårørende er avgjørende for å få til nødvendige endringer)
- Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Ta tiden tilbake, mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Høringsinnspill

Gardermoreregionen støtter opp om hovedmål og satsningsområder i utviklingsplanen, det er mål og satsninger som alle deler av helsetjenesten må ha felles for å kunne møte de store utfordringene man står overfor. Det at utviklingsplanen i større grad enn tilsvarende tidligere planer, har et mer operativt fokus og sikter mot å få mer ut av hver krone, mener vi er svært viktig. I forhold til de fire delmålene som er satt opp, er det pekt ut seks satsningsområder som er angitt med en tilhørende beskrivelse av tiltak for økt kvalitet og mer ut av hver krone. Satsningsområdene og konkretisering av dem fremstår som gode sett ut fra et kommunalt perspektiv.

I større grad enn å komme med mange forbedringsforslag til selve utviklingsplanen, velger vi derfor å tenke at det ligger mange muligheter for å gå inn på en videreutvikling når man kommer til samhandling om konkretisering av tiltak. Her er vårt helsefellesskap Ahus og kommunene en viktig arena.



Noen momenter i utviklingsplanen vi anser som særlig positive:

- Høy prioritet for å få til mer bærekraftige tjenester, og da slik at fokus både er kvalitetsforbedringer og det å få mer/betydelig mer ut av de budsjetttrammene som allerede er stilt til rådighet.
- At man tar inn over seg de konkrete utfordringene i kommunehelsetjenesten når fremtidens spesialisthelsetjenester skal planlegges, og i større grad ser at de må planlegge for hvordan spesialisthelsetjenesten kan støtte og avlaste kommunehelsetjenesten og ikke overføre oppgaver, samt ta en mer aktiv rolle i forebyggende helsearbeid.
- At man vektlegger videreutvikling av helsefelleskapene, og arbeidet rundt bedre samhandling og samordning både internt og ut mot kommunene, bl.a. for barn/unge, og de andre prioriterte pasientgruppene (jfr. Nasjonal helse- og sykehusplan).
- Perspektivet om mulighet for mer egenmestring hos pasienter og pårørende er vektlagt, og at egenmestring er knyttet opp mot kvalitetsforbedring og økt helsekompetanse hos befolkningen.
- At pasientenes egenmestring, bærekraft og behov ses i sammenheng med hvilke økonomiske rammer som forespeiles via regjeringens perspektivmelding, og ved at det tydelig sies at behovet for økte ressurser mest er på kommunal sektor.

Momenter vi mener er viktige å ta med i videre oppfølging av planarbeidet:

- Mange av de mer konkrete tilnærmingene for økt kvalitet, resultat og høyere effektivitet (mer for hver krone), fremstår som like relevante i de kommunale oppvekst og helse- og velferdstjenester som i spesialisthelsetjenesten. Da kan det være naturlig å satse mer på hvordan man parallelt, og i samarbeid, kan utvikle disse forbedringsområdene både i statlig og kommunal tjeneste. Jfr. at begge linjer har utfordring med relativt lite ressurser til utviklingsarbeid. Med lite ressurser til utviklingsarbeid, er det viktig å utnytte eventuelle stordriftsfordeler som kan oppnås i utviklingsarbeid.
- Teknologi og digitalisering er viktige og nødvendige verktøy i fremtidens helsetjenester. Men det er viktig å påpeke at spesialisthelsetjenesten ikke kan legge opp til overføring av ansvar ved bruk av teknologi/digitale løsninger før kommunene er rustet for det. Implementering og det å sikre forsvarlig bruk av teknologiske løsninger er tid- og ressurskrevende, og kommunene har fortsatt en vei å gå. Den teknologiske utviklingen må derfor gjøres i samarbeid med kommunene.
- Det utadvendte sykehus er en viktig satsning, med mer helsehjelp hjemme hos pasienten og mål om at pasienten skal bo hjemme så lenge som mulig. Det krever et tett samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester, hjemmesykehus for flere pasientgrupper (barn, eldre), ambulante team, digital avstandsoppfølging. Men samtidig må det jobbes med en tydelig avklaring av grensesnitt, ansvar og oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og hvordan man skal håndtere utfordringene med at tiltak som skal redusere behovet for helsetjenester i spesialisthelsetjenesten (reduisert døgnbehandling, økt poliklinisk behandling) vil gi økt press på kommunale helsetjenester.
- Det pekes på at vi som nasjon har et høyt antall legeårsverk pr. innbygger når vi ser spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene under et. Da kan det være hensiktsmessig om man legger opp til mer å se på hvordan disse ressursene brukes samlet, med tanke på bedre resultat og herunder egenmestring for innbyggerne, kombinert med at det skal være fristende nok å bli fastlege. Kanskje man også i dette bør se på om endringer i formelle kompetansekrav kan gjøre det mer fristende å gå fra en stilling som erfaren sykehuslege til det å bli fastlege?



- Utviklingsplanen tar til orde for at noe av bemanningsutfordringene (sykepleiere og leger) bør møtes med at en relativt større del av samlet antall stillinger brukes på andre grupper som f.eks. helsefagsarbeidere og merkantilt personell. Dette er god tenkning, men utfordrer også den tradisjonelle forståelsen vi har med hensyn til hva som kan bli mer ventetid, dødtid og transaksjonskostnader, om oppgaver i større grad skal fordeles mellom ulike utdanningsbakgrunner. Et vellykket løp omkring økt bruk av helsefagsarbeidere, oppgaveforskyvning etc. bør ses i sammenheng med dette.
- Utviklingsplanen beskriver rekrutteringsutfordringer for flere grupper innen helsefagene, og hvilke tiltak som er aktuelle. Det er likevel lite beskrevet hvordan man tenker seg et samarbeid med kommunene for de helseprofesjonene der det i dag er stor konkurranse om å rekruttere personell, det vil si profesjoner som er sentrale både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gjennom de virkemidlene man i dag bruker (lønn, godtgjørelser, arbeidstidsordninger o.l.) taper man hverandre for fagkompetanse. Det gjelder ikke bare sykepleiere og leger, men også vernepleiere. Planen bør beskrive tydeligere mulige tiltak for hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten kan samarbeide for å møte utfordringene rundt de faggruppene man i dag konkurrerer om.
- I planen peker man på muligheten for samarbeid om bemanning på tvers for noen faggrupper ved bruk av kombinasjonsstillinger. Vi ser at det kan være noen fordeler med slike kombinasjonsstillinger (økt heltid, styrking av helhetlige pasientforløp, økt kunnskap om hverandres tjenester, god samhandling i praksis), men erfaringsmessig har det hittil vært vanskelig å rekruttere til slike stillinger og ressurskrevende å administrere.

Innspill vedr. psykisk helsevern og om tilbudene er riktig plassert og dimensjonert:

- I den videre planleggingen rundt andel poliklinisk behandling/døgnbehandling innen psykisk helsevern, må det gjøres en grundig vurdering med utgangspunkt i faglig forsvarlighet i et samfunnsikkerhetsperspektiv. Gardermoregionen vil uttrykke en stor bekymring rundt kommunenes ansvar for alvorlig psykisk syke, og at det i dag ikke er tilstrekkelig antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Dette får særlig konsekvenser når det gjelder kommunens ansvar for å ivareta personer dømt til psykisk helsevern. I kommunenes samhandling med spesialisthelsetjenestens sikkerhetspsykiatriske institusjoner, pekes det på store behov for å skrive ut pasientene på grunn av mangel på egnede institusjonsplasser. Spesialisthelsetjenesten stiller konkrete krav til kommunen (f.eks. krav om særskilt bosted, spesifikke og restriktive kommunale tjenester for pasienten) ved utskrivelse fra institusjon og overføring til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. I økende antall tilfeller gjelder det personer med høy voldsrisiko, manglende motivasjon for helsehjelp, aktiv rusbruk og ustabil psykisk helse med høyt symptomtrykk. Kommunene erfarer at det stilles krav som øker risiko for vold, trusler og alvorlig kriminalitet og dermed truer samfunnsikkerheten. Utfordringen er knyttet til gjeldende lovgrunnlag, da kommunen i de fleste tilfeller ikke har hjemmel til å gjennomføre sin plikt til å yte nødvendig helse- og omsorgstjenester med bruk av restriktive tiltak, begrensning, tvang og kontroll når det er nødvendig for å ivareta samfunnsikkerheten.

For helseledernetverket i kommunene Ullensaker, Eidsvoll, Nes, Nannestad,
Gjerdrum og Hurdal
Trude H. Westerberg, samhandlingskoordinator Gardermoregionen