

Helse og mestring - stab

Postmottak helse Sør-Øst

Høringsinnspill regional utviklingsplan helse Sør-Øst

På vegne av Kongsvingerregionen (Eidskog, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Kongsvinger) oversendes høringssvar til Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør Øst.

Rekrutteringsutfordringer

Regionen ser positivt på signalet om ønsket samarbeid om rekruttering og det å *utvikle tverrprofesjonelle utdanningsløp*. Spesialist og kommunehelsetjeneste er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne tilby et kvalitativt godt og helhetlig pasientforløp til den enkelte

«Sykehusene bør i større grad også samarbeide med kommunehelsetjenesten om enkelte yrkesgrupper, som for eksempel jordmødre. Dette vil sikre bedre tilgang på denne kompetansen, samtidig som det kan bidra til at flere arbeider i heltidsstillinger.»

Kommunesektoren opplever også til dels store rekrutteringsutfordringer, og planen påpeker utfordringene med at vi konkurrerer om de samme ressursene. Planen gir også signaler om at fagarbeideren i større grad enn tidligere skal inn i sykehusene og dette vil påvirke tilgangen til denne faggruppen for kommunene. Det vil være avgjørende at vi kan finne felles tiltak som sikrer forsvarligheten i alle deler av helsetjenestene. I planen beskrives det at sykehusene i større grad bør samarbeide med kommunehelsetjenesten om enkelte yrkesgrupper, som for eksempel jordmødre. Regionen mener det er avgjørende at det spesifikt fremheves at dette også gjelder leger, sykepleiere og spesialsykepleiere. Det er grunn til å anta at kombinasjonsstillinger med gode og attraktive turnuser vil styrke begge tjenestene. Kombinasjonsstillinger bidrar også til å styrke det helhetlige pasientforløpet gjennom at medarbeidere kan følge pasienten lengre og på tvers av forvaltningsnivåer. Dette legger et godt fundament for å få til samhandling i praksis gjennom økt kunnskap om hverandres tjenester.

Samhandlingsformen har satt nye og store krav til kommunen. Dersom vi ikke lykkes med samarbeid om rekruttering og kompetansefordeling er det stor fare for at kommunene ikke vil klare å ivareta den stadig sykere pasient.

Planen gir ingen konkrete tiltak som gjelder rekruttering eller utdanning, og legger heller ikke opp til videre prosess for samarbeid og planlegging om disse svært sentrale temaene. Et aktuelt tiltak kunne være å gjennomføre workshop og felles prosjekt med det enkelte helsefelleskap, for vår region vil dette være Helsefelleskapet Ahus og kommunene.

Oppgaver som kan være på vei ut av sykehusene

Planen nevner flere steder at ny teknologi kan bidra til å flytte flere tjenester ut av sykehusene, også tradisjonelle oppgaver som har vært lagt til akuttmottakene:

- Pre-hospitale behandlingsopplegg (eks. behandling akutt hjerteinfarkt og hjerneslag)

- Mobile diagnostiske hjelpemiddel (hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker, mobile røntgen og CT-løsninger)
- Teknologiske løsninger gjør det mulig å flytte behandling ut av sykehusene

Regionen støtter at det er nødvendig å finne nye og mer effektive måter å løse oppgavene på, men dette fordrer også at det er godt mottak i andre ender. Mer prehospitale behandlinger fordrer en styrket ambulansetjeneste, særlig i distriktene. Det er ofte brannvesenet som er første respons i mer rurale strøk. Er det konkrete planer for å styrke prehospital divisjon? Det bør være et uttalt mål at det akutte medisinske helsetilbudet ikke får uønskede variasjoner som følge av hvor man bor.

«Befolkningens akuttmedisinske tilbud er et felles ansvar mellom kommuner og sykehus».

Det beskrives en høy aktivitet i de pre-hospitale tjenestene i Helse Sør-Øst, men poengteres samtidig at samhandlingen mellom sykehusene og kommunen kan bli enda bedre. De pre-hospitale tjenestene påvirkes i stor grad av akuttmedisinsk kompetanse også i kommunehelsetjenesten, og tematikken bør derfor gis grundigere og bedre gjennomgang.

Med økt bruk av teknologi beskrives det i planen at fastleger kan ta større del i pasientbehandlingen og at pasienten i økt grad kan få behandlingen lokalt eller i eget hjem. Et moment som kan gjøre dette vanskelig å gjennomføre er den økende mangelen på fastleger i distriktskommunene og de store rekrutteringsutfordringene. Et annet moment er at dersom fastleger og sykehus skal kunne nyttiggjøre seg velferdsteknologiske løsninger, må også takster og refusjon gjelde ved digital oppfølging. Det bør derfor sikres at normaltariiffen for fastleger oppdateres i tråd med utviklingen.

Hjemmesykehus beskrives som en ny behandlingsform der grensene mot annen ambulansetjeneste ennå ikke er definert. Det beskrives som en oppgaveforflytning der ansvaret ikke legges over på kommunen, men der det i mange (de fleste) tilfeller vil være behov for å samordne med kommunalt tilbud. Det beskrives ikke hvordan dette samarbeidet skal utvikles, og hvor stort andel av pasientnære oppgaver (pleie og omsorg) som vil legges på de kommunale tjenester – selv om behandleransvaret ligger hos helseforetaket. Regionens ser positivt på å øke denne type tjenester, men har erfart at distriktene ikke prioriteres i ordningen med bakgrunn i lang transporttid for personell. Et av de seks satsningsområdene i planen er å *Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester*. Regionens forutsetter at våre innbyggere vil få samme tilbud som innbyggere i nærhet til sykehusene har.

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

Det meldes i utviklingsplanen om økt og betydelig behov for investeringer i MTU samt økt og raskere bruk av teknologi for helhetlige pasientforløp. Behandlingskjeder ved bruk av MTU vil strekke seg på tvers av virksomheter, omsorgsnivå og inn i pasientens hjem. Likevel nevnes det i utviklingsplanen ingenting om eventuelt samarbeid mellom helseforetaket og kommunen nettopp innen bruk og utvikling av dette.

Psykisk helse og rus

Planen gir god retning og gode intensjoner mht tidlig intervensjon, koordinerte helsetjenester, samvalg og brukerorientering. Regionens etterlyser flere konkrete tiltak for å nå målene. I dag er det flere som blir svingdørspasienter – og defineres som «ikke behandlingsbare». De skal leve og bo i kommunen – og vi trenger sårt hjelp til å klare å håndtere dette, og skape trygge gode boforhold for alle. Spesialisthelsetjenesten må bidra mer til å gi bedre tjenester til

hjemmeboende personer med alvorlige psykiske lidelser og store og sammensatte problemer. Dette kan være oppsøkende fagteam som FACT-team. Evaluering har vist at dette fører til at færre blir innlagt, det blir færre liggedøgn og mindre bruk av tvang.

Pasientgrupper som spesielt beskrives for helhetlig behandlingstilbud i planen

Barn og unge med langvarig somatisk sykdom har økt risiko for en barnepsykiatrisk diagnose. Disse pasientene skal i større grad ivaretas i en helhetlig og tverrfaglig tilnærming innen spesialisthelsetjenesten, innen rammen av helseforetakene og mellom tjenestenivåene. Mange av disse ivaretas i kommunehelsetjenesten. Utviklingsplanen beskriver ikke hvordan samhandling mellom kommunehelsetjenesten og de andre tjenestenivåene skal ivaretas.

Alvorlig psykiske lidelse og rusproblematikk. Helsefelleskapene gis ansvar for å være en arena for samarbeid mellom kommuner og helseforetak i planlegging og utvikling av tjenester til denne gruppen –en pasient- og brukergruppe som i all hovedsak ivaretas i kommunene. Utviklingsplanen nevner kort at tjenestene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i dag oppleves som lite integrerte og koordinerte. Det vektlegges ingen spesielle tiltak der kommunen er en aktiv part i et samarbeid.

Skrøpelige eldre. «Vi har som mål at skrøpelige eldre i størst mulig grad får hjelp og behandling i eget hjem, men også at det ved behov for innleggelse etableres ordninger som tar hensyn til sårbarheten disse pasientene har. Det er stor bevissthet om dette i helseforetakene, noe som gjenspeiles i de lokale utviklingsplanene.»

Planen vektlegger etablering av flere pasientsentrerte helseteam, men samtidig står det beskrevet under tiltak at antall liggedøgn skal ytterligere ned, og at flere pasienter skal kunne behandles trygt i eget hjem eller kommunale omsorgstjenester. Dette harmonerer dårlig med kommunens erfaring i at liggedøgn på sykehus for denne pasientgruppen allerede i dag oppleves som for få, og at pasienter som skrives ut til kommunale helsetjenester ofte får en rask/akutt re-innleggelse.

Utviklingsplanen legger til grunn *Perspektivmeldingen 2021* samt *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023*. Her drøftes sammenheng mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Utviklingsplanen legger til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at de medisinske framskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom. Det antas at en aldrende befolkning vil trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner, men eldreomsorg for en kortere periode. Planen nevner kort at kapasitetsutfordringene knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten hardest, og at spesialisthelsetjenesten derfor i mindre grad bør planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten og i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte pleie- og omsorg. Imidlertid beskrives ingen tiltak som skal legges til rette for denne samhandlingen.

Personer med flere kroniske lidelser. Det spesifiseres at mange av pasientene med flere kroniske lidelser i hovedsak skal følges opp av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter med flere samtidige kroniske lidelser skal prioriteres av helsefelleskapene, da disse vil kunne ha behov for oppfølging fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er opp til de enkelte helsefelleskapene å finne samarbeidsformer knyttet til pasientgruppens behov.

Reduksjon i aktivitet og kapasitet (antall liggedøgn samt døgnplasser i sykehus) både innen somatikk og psykiatri har vært en villet utvikling, -mer behandling skal gjøres poliklinisk eller

utenfor spesialisthelsetjenesten. I utviklingsplanen stilles det her spørsmål ved om kortere liggetid for pasienter innen psykisk helse ved enkeltopphold kan gi et høyere antall liggedøgn når pasienten følges opp over tid. Dette antas å kunne ha sammenheng med at det har vært for mye fokus på diagnoser og mindre vekt på pasientens funksjonsnivå. Kommunen antar at dette er like gjeldende for pasienter innen somatikk, og at framskrevet aktivitets- og kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten bør gjennomgås og beregnes på nytt, -dette for både helhetlig pasientforløp og bedre samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samtidig peker utviklingsplanen på føringer fra *Nasjonal helse- og sykehusplan* som legger til grunn at økt brukerstyring og digital hjemme oppfølging skal tillate at sykehusene i fremtiden vil ha behov for mindre areal, færre ansatte og færre liggedøgn.

Beredskap og læring fra pandemien

«Ved kriser eller beredskapshendelser som rammer hele eller deler av regionen, har Helse Sør-Øst ansvaret for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Både i en beredskapshendelse og i beredskapsforberedelser er nært samarbeid en forutsetning for koordinerte håndtering. Samhandlingsmøter og felles øvelser med kommunen er viktige arenaer for samordning av helseberedskapen»

Utviklingsplanen nevner utover dette avsnittet ingenting om reelt samarbeid, oppgaveforskyvning, koordinering og omdisponering av ressurser mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. All videre beskrevet utredning, analyse og behovsvurdering baseres utelukkende på helseforetakenes/spesialisthelsetjenestens behov, -dette gjelder både behov for fremtidig intensivkapasitet, forutsigbar legemiddelforsyning og beredskap, beredskap for smittevernutstyr etc. Under pandemien var det flere kommuner som var i stor mangel på smittevernutstyr, og der kommunenes helseansatte måtte inn til pasienter uten godkjent utstyr. Samtidig hadde Helse Sør-Øst og andre helseforetak smittevernutstyr av høy kvalitet. Den største andelen pasienter som døde av covid-19 i Norge ble smittet og/eller døde i kommunale tjenester.

Øvrige kommentarer

Kommunene har fått et stadig større ansvar for nye pasient- og brukergrupper med komplekse diagnoser, problemer og funksjonstap. Veksten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har i stor grad gått med til å dekke disse nye brukergruppens behov, ofte på bekostning av tjenestene til eldre og mer tradisjonelle brukere av omsorgstjenester. Kommunen vil med dagens rammer og ressurser få mer enn nok med å håndtere veksten i tallet på eldre med behov for helse- og mestringstjenester.

Spesialisthelsetjenesten må settes i stand til å ivareta en større andel av eldrebefolkningens behov for gode, forutsigbare helsetjenester. Stadig kortere liggetid og manglende nærhet er dårlig tilpasset den eldre befolkningen og peker ikke inn i framtida.

Sykehusene/spesialisthelsetjenesten bør få økonomiske ordninger som er mer lik og lettere lar seg samordne med kommunenes behov. Samfinansiering/forløpsfinansiering nevnes kort, men bør videre utredes: dagens finansieringssystem understøtter tradisjonelle behandlings- og omsorgstjenester og bidrar ikke til samhandling og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Det er knapphet på helsepersonell samtidig med reduksjon i frivillig og pårørendes omsorg: dette vil være den største utfordringen i årene som kommer. Kommuner og helseforetak pålegges å planlegge sammen –også ressursbehov. Utviklingsplanen for Helse Sør-Øst nevner utfordringsbildet kort, men implementerer ikke kommunen i tiltak/forslag.

Vi ser at dette er en Utviklingsplan for helseforetaket, men samtidig er rammene og forutsetningene for at målene i både planen og i Nasjonal helse- og sykehusplan skal nås, helt avhengig av sømløse overganger mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Andre forutsetninger er høy grad av kompetanse og tilstrekkelige ressurser i primærhelsetjenesten og samtidig finansieringsordninger som ivaretar et behov for reelt samarbeid og samskaping. Ingenting av dette nevnes i høringsutkastet.

Med hilsen

på vegne av ordførerne i Eidskog, Grue, Nord-Odal, Sør-Odal og Kongsvinger kommune

Eli Wathne
Ordfører
Kongsvinger kommune
Tlf. 91 61 09 59