



Helse Møre og Romsdal
Postboks 1600
6026 Ålesund

Deres ref.: UP2023-2026

Høyring om «Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)»

Det vert vist til brev datert 10.03.2022 frå Helse Møre og Romsdal (heretter HMR) om høyring til «Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)» med høyringsfrist 06.05.2022.

Innleiingsvis meiner kommunen at samspelet mellom kommunen og HMR kunne kome betre fram i planen. Vi er alle kjent med pågåande fastlegekrise, og denne er eskalerande. Kommunane er svært bekymra for denne utviklinga, og meiner den kan få konsekvensar for å bygge ei god teneste både hos spesialisthelsetenesta og i kommunane. Vi meiner òg at meistringstanken ved det å sette pasientane/brukarane i stand til å meistre kvardagen utan eller med minimal bistand kunne kome betre fram.

I den vidare uttalen vil kommunen fokusere på nokre overordna tema knytt til planen:

- pasientforløp
- prioriterte pasientgrupper
- digitale tenestetilbod
- rekruttering av helsepersonell

Pasientforløp

I utviklingsplanen går det fram at HMR skal tilby «gode persontilpassa pasientforløp». Begrepet «persontilpassa standardiserte pasientforløp» nyttast òg fleire gonger. Utviklingsplanen omtalar i liten grad korleis individuelle tilpassingar skal gjennomførast, og korleis dette påverkar det «standardiserte pasientforløpet». «Persontilpassa standardisering» framstår i utgangspunktet som sjølvmotseiande formuleringar. Det er derfor avgjerande at ein tydeleggjer kva for typar «persontilpassingar» ein legg opp til.

Utviklinga av pasientforløpa skal ifølge planen gjerast i samarbeid med kommunar og fastlegar. Det vert derimot sagt lite om korleis dette skal gjerast. Gode saumlause pasientforløp fordrar gode veksingar mellom dei ulike tenestetilbydarane. At kommunane ikkje er organiserte likt, eller har dei same tenestetilboda vil naturlegvis påverke også pasientforløpa i spesialisthelsetenesta. Etter vår vurdering bør utviklingsplanen i større grad fokusere på korleis pasientforløpa skal «lagast» og korleis ein skal sikre at desse fungerer godt i alle kommunane i fylket.

Det kjem fram i planen ei dreining til meir behandling i heimen, og prosjektet hospital@home er nemnt. Det vert sagt veldig lite i planen om konsekvensar av dette, og etter vår forståing vil ei slik omlegging medføre konsekvensar for kommunane sin tenesteproduksjon, humankapital og dei økonomiske rammene. Vi er alle kjente med samhandlingsreforma kor kommunane vart kompensert i starten for dette arbeidet. Men kompensasjonen for reforma har dessverre flata ut, medan oppgåvene er aukande.

Prioriterte pasientgrupper

Av utviklingsplanen går det fram at det i helsefelleskapet mellom HMR og kommunane er «særleg fire pasientgrupper som blir prioritert i samarbeidet: barn og unge,

personar med alvorlege psykiske lidingar og rusproblem, og skrøpelege eldre og multisjuka».

Ei utfordring med prioritering er at det vil få konsekvensar for grupper som *ikkje* blir prioriterte. I nokre tilfelle vil det være medisinsk fornuftig å avgrense ressursbruken til enkelte pasientgrupper basert på fagkunnskap om effekt/nytte av behandling. Dette for å unngå eksempelvis overbehandling. Utviklingsplanen bør i større grad omtale kva for grupper som *ikkje* vil bli prioriterte, og bakgrunnen for dette. På same måte bør ein òg understreke kvifor og korleis ein ønskjer å prioritere de nemnte pasientgruppene.

Frå ein kommune sin ståstad ser vi særlege utfordringar knytt til eldre pasientar med kognitiv svikt. Ein vesentleg del av desse vil i periodar ha behov for alderspsykiatrisk spesialistkompetanse i sengeavdeling. Vår oppleving er at denne kapasiteten i liten grad er tilgjengeleg og at pasientgruppa *ikkje* blir prioritert, sjølv om personar med «alvorlege psykiske lidingar» er mellom dei prioriterte pasientgruppene. Kognitiv svikt er *ikkje* nemnt i det heile i utviklingsplanen, medan «demens» er nemnt ein gong. Med tanke på den demografiske utviklinga som vert lagt til grunn og forventna sjukdomsførekost i ei aldrande befolkning bør dette viast større plass i utviklingsplanen.

Digitaliserte helsetjenester

Utviklingsplanen legg stor vekt på digitalisering av helsetenestene og bruk av (ny) medisinsk teknologi, i dette medisinsk avstandsoppfølging.

Blant de prioriterte pasientgruppene «barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidingar og rusproblem, og skrøpelege eldre og multisjuka» vil det være ein vesentleg del som vil ha betydelege utfordringar med digitaliserte helsetjenester. I tillegg vil òg til dømes framandspråklege, personar med kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og kognitiv svikt oppleve eit svekka tenestetilbod om ein legg for stor vekt på digitale helsetjenester. Utviklingsplanen bør derfor omtale korleis ein vil ivareta helsetjenester til grupper som *ikkje* kan nyttiggjere seg digitale tenester.

Det vil òg være ein risiko for at ressursar vert fordelt til pasientgrupper som *ikkje* er prioriterte når digitale helsetjenester vert vektlagt i så stor grad. Det er òg viktig at utviklingsplanen omtalar kva for konsekvensar digitale helsetjenester, eksempelvis medisinsk avstandsoppfølging, vil ha for kommunane. Er det ein forventning frå helseføretaket at kommunane i slike tilfelle skal hjelpe til i tenesteytinga frå helseføretaket?

Det må òg omtalast i planen korleis kommunane skal involverast i utviklinga av dei digitale tenestene.

Rekruttering av helsepersonell

Tilgang på helsepersonell er ein utfordring for både kommunane og helseføretaket. Utviklingsplanen legg betydeleg vekt på det å «rekruttere, utvikle og beholde helsepersonell». Dette er ein utfordring som òg kommunane står i. Eit einseitig fokus på rekruttering til helseføretaket vil resultere i ein konkurrans med kommunane om helsepersonellet. Dette vil kunne få negative konsekvensar, også økonomisk.

Utviklingsplanen bør omtale korleis dette arbeidet kan gjerast i samarbeid med kommunane, og korleis ein skal sikre godt kompetent helsepersonell til helsetenestene i fylket.

Med helsing

Jan Erik Hovdenak
kommunalsjef