



Lokalt samarbeidsutval (LSU) Volda sjukehusområde møte nr. 1/2022 – Ørsta rådhus.

Innspel/kommentarar til Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSP)

Framdrift:

LSU Volda har fortløpande innspelsrunde i møte, der referatet gir innspel på moment som kan takast med vidare. SSU vert redaktør i dette arbeidet med frist til 17. mars for samarbeidsekretariatet ved Bodil Våge eller Eli Ottarei, for å sende inn innspela samla frå Helsefellesskap Møre og Romsdal. Ein kan også sende eigne innspel som kommune eller andre, dette vert då sendt som vedlegg.

Tilbakemeldingar/kommentarar:

Dei fortløpande **kommentarane frå LSU Volda** er samla og sortert under dei 6 spørsmåla som Helse- og omsorgsdepartementet ynskjer tilbakemelding på (*spørsmåla utheva i kursiv*):

1. 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?

Ein har lang erfaring med samarbeid mellom kommunar og lokalsjukehus. Lokalt samarbeidsutval har eksistert lenge på Søre-Sunnmøre og ein har arbeidd ei periode med førebuingar til dei nye Helsefellesskapa jf. Samhandlingsavtalar og arbeid i regionråda. På den andre sida er den nye strukturen i (det utvida Helsefellesskapet) relativt nytt, og ein har ikkje rukke å få gjort seg veldig mange erfaringar kring dette.

Vi skisserer nokre fordelar og positive erfaringar med Helsefellesskapet så langt, og deretter nokre utfordringar.

I LSU Volda har man eit godt utgangspunkt for samarbeid jf. den etablerte og gode samhandlinga mellom lokalsjukehus og kommunane. Dette vere seg i det såkalla Sjustjerne-nettverket i helse- og omsorg, samt også Lokalt samarbeidsutval. Ein samarbeider godt med ulike prosjekt som til dømes Geriatiske fagdagar og Kompetanseplan (kompetanseheving for tilsette i kommunar og helseføretak).

Ved etableringa av Helsefellesskapa ser LSU Volda det som ein fordel at ein lettare skal kunne få løyst problemstillingar på lågaste nivå. Det er positivt at brukarrepresentasjonen er styrka i alle ledd. Det er positivt at fastlegane/ praksiskonsulentar også er styrka med fleire representantar inn i Helsefellesskapa (fordelt på mange mindre stillingar).

Når det gjeld gode beslutningsprosessar, er det i tillegg til at brukarrepresentantane er viktigare, også meir brukarsamarbeid der pasienten sjølv er med i fellesskapet (ikkje berre dimensjonen mellom kommune og helseføretak). Ei erfaring ein har gjort seg er at det har tatt for lang tid å få på plass rutinar for finansiering til (kommunale) brukarrepresentantar, men er glad dette er på plass no.

Vi ser på det som ein fordel at man har større spreing i representasjonen og saker vedrørande Helsefellesskap og samhandling dermed vert meir kjent. Men det at fellesskapet er såpass stort,

gjer også at vert meir fragmentert og uoversiktleg. For å utdjupe meir: Helsefellesskap Møre og Romsdal består av 12 faglege samarbeidsutval. Nokre meiner at dette er for omfattande både med tanke på plassar som skal fyllast og arbeid som skal forankrast. Utfordringa vi ser no er at det

er sett i gang mykje arbeid i alle faglige utval samstundes, td. revisjon av alle handlingsplanar og forankringa av desse. LSU Volda set spørsmål ved at det vert revisjon av alle 12 handlingsplanar på kort tid, og korleis ein då kan klare å få forankre arbeidet, samt ha fokus på dei 4 prioriterte områda. Dette gjeld særleg for LSU som skal vere høyringsinnstans og forsøke å forankre desse (planane) vidare i sine organisasjonar. Kunne nokre av handlingsplanane ha venta eller er det andre ting som skal settast på vent slik at ein klarer å prioritere dei vedtekne prioriterte områda? Her må ein igjen sjå på mandat og om ein gjer det ein har mål og intensjon om.

2. *Hva opplever helsefellesskapet 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?*

Der er mykje å hente på å bygge felles tenester til pasientar, særleg dei pasientane som har behov for koordinerte tenester. Det er viktig at ein er kollegaer på tvers av helsefellesskap og arbeidsstad. Vi kan ha ein fordel med at det er lokale små forhold, der «alle kjenner alle». Viktig å vidare få fram denne *alle-kjenner-alle*-kjensla, særleg i overgangane mellom tenestene våre og når pasientar vert skrivne ut tidlegare enn før. Generelt sett fir å kunne nå måla om meir samanhengande tenester ser det ut til at ein planlegg helseteneste for for *få* personar. Ein må planlegge og dimensjonere for framtida (jf. framskrivinga av eldre og tilleggsutfordringar). Fleire og fleire vert behandla, nokre brukar mange ressursar. Sjølv om også kommunane prøver å planlegge for fleire eldre, har dei også fått fleire brukarar under 67 år.

Mykje av den individretta behandlinga ein gjer, er ressurskrevjande og feilretta. I LSU Volda er ein samde om at det bør arbeidast meir førebyggjande og helsefremmande med meistringstilbod, auka pasient- og pårørandeopplæring som når ut til mange. Om ein ser på forsvarlegheita i at pasientar no vert skrivne ut frå spesialisthelseteneste tidlegare, er det særleg behov for å skulere dei som skal ta vare på «pasientane» heime, altså i mange tilfelle dei pårørande i tillegg til dei sjuke sjølve. Det er mykje god (førebyggjande) kompetanse ute i kommunane, men ikkje økonomi til å drive slike førebyggjande eller helsefremmande tilbod, jf. få ressursar til td. frisklivssentralar i området på Søre-Sunnmøre. Dersom ein tenker pasientforløp, er det vesentleg at ein får vidare tilbod om oppfølging og meistringstilbod vidare etter at ein kjem heim.

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?*

Gjennom dei to siste åra har LSU Volda. Frå møte i desember 2021 vedtok LSU Volda 4 prioriterte satsingsområder for 2022:

1. Felleskompetanse/rekruttering

- Kompetanseheving: Vidareføring av Felles kompetanseplan. Ei oversikt og satsing på ulike kompetansehevande tiltak og fagdagar, mellom anna felles fagdag for geriatri.

2. Fokuserert innsats på tiltak og gode pasientforløp til dei fire prioriterte gruppene

- Personar med alvorlige psykisk lidelsar og rusproblem, skrøpelege eldre, born og unge samt personar med fleire kroniske lidingar. Herunder satsing på Barn og unges helseteneste samt rask psykisk helsehjelp.

- Førebygging.

3. Vellukka kultur for samhandling

- Tydeleg leiing i kvar seksjon som arbeider aktivt saman med partnerane og skaper eit godt samarbeidsklima. Prosjekt Råbra (= forsterke det ein gjer bra, ikkje berre fokus på avvik) og samhandlingsstatistikk /viktige møteplassar.

4. Innspel til Nasjonal helse og sjukehusplan (NHSP) 2024-2027

Barn og unges helseteneste er eit døme på teneste som er i ferd med å utviklast og implementerast i fellesskap, samt rask psykisk helsehjelp. Det andre er kompetanseheving blant helsepersonell med fokus på nokre av dei prioriterte pasientgruppene. I tillegg til generell erfaringsutveksling mellom kommunane og helseføretak og samarbeid kring utskrivingsklare pasientar. I tillegg har beredskap vore eit viktig samarbeidsområde, særleg grunna pandemi, så har dette også vore prioritet. LSU kjenner seg igjen i dei fire prioriterte pasientgruppene, og ynskjer å fokusere på innsats for desse gruppene. Det er likevel ikkje konkretisert tydelege mål og prosjekt knytt til alle desse 4 gruppene.

4. Hvordan kan nasjonale myndigheter 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?

LSU Volda meiner det er positive føringar frå nasjonalt hald at ein har endra namnet til å heite *Nasjonal helse- og samhandlingsplan*, noko som tydelegare viser retninga ein ynskjer og dermed også gir auka relevans for kommunane.

LSU Volda har diskutert at både styringsinformasjon og finansieringsordningar er viktige nasjonale virkemiddel.

KOSTRA-tal og tal frå SSB viser at kommunane i Møre og Romsdal bruker 3000 kr meir pr. innbyggjar på helse- og omsorgstenester enn Trøndelag. Ein veit ikkje kvifor og ein manglar gode styringsverktøy for å få svar på dette på ein god måte.

Brukar man ressursane sine på ein god måte eller har ein høgare standardar? Kan det ha med demografi eller kultur å gjere? Det er viktig at ein ser på demografien og ikkje berre på innbyggartal i så måte. Vi antek at man hadde spart noko på å samarbeide betre og i ein del tilfelle slått saman tilboda i mindre einingar/kommunar og samarbeide betre på tvers.

Finansieringsordninga gir for lite til unge brukarar med samansette behov som skal bu ute i kommunane. Difor bør desse ordningane (td. *tilskotsordning for særleg ressurskrevjande helse- og omsorgstenester i kommunane*) styrkast og forenklast.

LSU Volda opplever også at saker knytt til refusjonsordningar og økonomi kan vere krevjande for å kunne samhandle godt i Helsefellesskapet. Dette kan vere til dømes ordninga for følgjeperson, der diskusjon kring økonomiske forhold ikkje bidreg til betre samhandling, snarare tvert om. Ved

at kommunane bør få dekkja dette frå nasjonalt hald, kan det bidra til meir samanhengane tenester for pasientane.

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?*

Kommunane har positiv erfaring med tettare samarbeid med KS til dømes med prosjekt heiltidskultur. Ynskjer at KS vert meir aktive overfor regionalt analyse av drift, kostnad og samheng mellom tenestenivå.

6. *Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027?*

LSU Volda støttar tilbakemelding om at statistikk og analyser bør ha ei viktig rolle. Særleg støtte til analysar knytt til samhandling og ikkje berre i spesialisthelseteneste. Det bør jobbast for betre statistikk som kan nyttast på ein god måte og i forbetningsarbeid mellom HF og kommune.