



MOLDE KOMMUNE

Helse Møre og Romsdal
Postboks 1600
6026 Ålesund

Deres ref.: UP2023-2026

Høring om «Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)»

Det vises til brev datert 10.03.2022 fra Helse Møre og Romsdal (heretter HMR) om høring til «Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)» med høringsfrist 06.05.2022.

Innledningsvis mener kommunen at samspillet mellom kommunen og HMR kunne kommet bedre fram i planen. Vi er alle kjent med pågående fastlegekrise, og denne er eskalerende. Kommunene er svært bekymret for denne utviklingen, og mener den kan få konsekvenser for å bygge en god tjeneste både hos spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Vi mener også at mestringstanken ved det å sette pasientene/brukerne i stand til å mestre hverdagen uten eller med minimal bistand kunne komme bedre fram.

I den videre uttalen vil kommunen fokusere på noen overordnede tema knyttet til planen:

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

Pasientforløp

I utviklingsplanen framgår det at HMR skal tilby «gode persontilpassa pasientforløp». Begrepet «persontilpassa standardiserte pasientforløp» benyttes også flere ganger. Utviklingsplanen omtaler i liten grad hvordan individuelle tilpasninger skal gjennomføres, og hvordan dette påvirker det «standardiserte pasientforløpet». «Persontilpasset standardisering» framstår i utgangspunktet som selvmotsigende formuleringer. Det er derfor avgjørende at man tydeliggjør hvilke typer «persontilpasninger» man legger opp til.

Utviklingen av pasientforløpene skal ifølge planen gjøres i samarbeid med kommuner og fastleger. Det sies imidlertid lite om hvordan dette skal gjøres. Gode sømløse pasientforløp fordrer gode vekslinger mellom de ulike tjenestetilbydere. At kommunene ikke er organisert likt, eller har de samme tjenestetilbudene vil naturligvis påvirke også pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Etter vår vurdering bør utviklingsplanen i større grad fokusere på hvordan pasientforløpene skal «lages» og hvordan man skal sikre at disse fungerer godt i alle kommunene i fylket.

Det framkommer i planen en dreining om mer behandling i hjemmet, og prosjektet hospital@home er nevnt. Det sies veldig lite i planen om konsekvenser, og etter våre begrep vil dette medføre en konsekvens for kommunene tjenesteproduksjon, humankapital og de økonomiske rammene. Vi er alle kjent med samhandlingsreformen, og kommunene ble kompensert i begynnelsen for dette arbeidet. Men kompensasjonen for reformen har dessverre flatet ut, men oppgavene er økende.

Prioriterte pasientgrupper

Av utviklingsplanen framgår det at det i helsefellesskapet mellom HMR og kommunene er «særleg fire pasientgrupper som blir prioritert i samarbeidet: barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem, og skrøpelege eldre og multisjuka».

Ei utfordring med prioritering er at det vil få konsekvenser for grupper som *ikke* blir prioritert. I noen tilfeller vil det være medisinsk hensiktsmessig å begrense ressursbruken til enkelte pasientgrupper basert på fagkunnskap om effekt/nytte av behandling. Dette for å unngå eksempelvis overbehandling. Utviklingsplanen bør i større grad omtale hvilke grupper som ikke vil bli prioritert, og bakgrunnen for dette. På samme måte bør man også understreke hvorfor og hvordan man ønsker å prioritere de nevnte pasientgruppene.

Fra et kommuneståsted ser vi særlige utfordringer knyttet til eldre pasienter med kognitiv svikt. En vesentlig andel av disse vil i perioder ha behov for alderspsykiatrisk spesialistkompetanse i sengeavdeling. Vår opplevelse er at denne kapasiteten i liten grad er tilgjengelig og at pasientgruppen ikke blir prioritert, tross at personer med «alvorlege psykiske lidningar» er blant de prioriterte pasientgruppene. Kognitiv svikt er ikke nevnt i det hele tatt i utviklingsplanen, mens «demens» er nevnt én gang. Med tanke på den demografiske utviklingen som legges til grunn og forventet sykdomsforekomst i en aldrende befolkning bør dette vies større plass i utviklingsplanen.

Digitaliserte helsetjenester

Utviklingsplanen legger stor vekt på digitalisering av helsetjenestene og bruk av (ny) medisinsk teknologi, herunder medisinsk avstandsoppfølging.

Blant de prioriterte pasientgruppene «barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidningar og rusproblem, og skrøpelege eldre og multisjuka» vil det være en vesentlig andel som vil ha betydelige utfordringer med digitaliserte helsetjenester. I tillegg vil også eksempelvis fremmedspråklige, personer med kognitiv svikt, psykisk utviklingshemming og kognitiv svikt oppleve et svekket tjenestetilbud dersom man legger for stor vekt på digitale helsetjenester. Utviklingsplanen bør derfor omtale hvordan man vil ivareta helsetjenester til grupper som *ikke* kan nyttiggjøre seg digitale tjenester.

Det vil også være en risiko for at ressurser omfordles til pasientgrupper som ikke er prioritert når digitale helsetjenester vektlegges i så stor grad. Det er også viktig at utviklingsplanen omtaler hvilke konsekvenser digitale helsetjenester, eksempelvis medisinsk avstandsoppfølging vil ha for kommunene. Er det en forventning fra helseforetaket at kommunene i slike tilfeller skal bistå i tjenesteytelsen fra helseforetaket?

Det må også omtales i planen hvordan kommunene skal involveres i utviklingen av de digitale tjenestene.

Rekruttering av helsepersonell

Tilgang på helsepersonell er en utfordring for både kommunene og helseforetaket. Utviklingsplanen legger betydelig vekt på det å «rekruttere, utvikle og beholde helsepersonell». Dette er en utfordring som også kommunene står i. Et ensidig fokus på rekruttering til helseforetaket vil resultere i en konkurranse med kommunene om helsepersonellet. Dette vil kunne få negative konsekvenser, også økonomisk.

Utviklingsplanen bør omtale hvordan dette arbeidet kan gjøres i samarbeid med kommunene, og hvordan man skal sikre godt kompetente helsepersonell til helsetjenestene i fylket.

Med hilsen

Tanja Thalén
kommunalsjef

Cato Innerdal
kommuneoverlege